

Oralno kirurški zahvati u bolesnika s prirođenim koagulopatijama

Pavel Kobler, Perica Ficović, Goran Knežević, Zvonimir Grgić

Zavod za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu

Centar za hemofiliju i Zavod za kliničko laboratorijsku dijagnostiku
Kliničkog bolničkog centra Rebro, Zagreb

Primljeno 19. studenog 1982.

Sažetak

Autori prikazuju skupinu koagulopata, pretežno hemofiličara, koji su u sedmogodišnjem razdoblju liječeni u Klinici za kirurgiju čeljusti, lica i usta u Zagrebu, zbog potrebnih oralno kirurških zahvata.

U dogovoru s koagulacionistom iz Centra za hemofiliju određena je premedikacija i liječenje nakon zahvata. Od 33 bolesnika naknadno krvarenje javilo se u tri slučaja, u jednom slučaju razvio se apsces, a u jednom slučaju bolesniku je prokrvario čir na dvanaestercu.

Autori zaključuju da koagulopati dolaze u stomatološke ambulante sa zapuštenim i nesaniranim zubima, jer kod stomatologa postoji neopravdan strah od rada u ustima takvih bolesnika, pa ne preostaje drugo već da se izvrši ekstrakcija, alveotomija, incizija, apikotomija ili neki drugi kirurški zahvat. Veća briga za te bolesnike u smislu poboljšanja preventive i liječenja karioznih zubi smanjila bi potrebu za takvim zahvatima.

Ključne riječi: koagulopatije, oralno kirurški zahvati

UVOD

Liječenje bolesti usta i zubi u pacijenata s prirođenim koagulopatijama bilo je u prošlosti, a ponegdje je to i danas problem za bolesnika i za liječnika. Posljedica toga je, da koagulopati, a naročito hemofiličari koji čine najveću skupinu koagulopata, imaju nesaniranu usnu šupljinu i trpe bolove, što samo pogoršava njihovu tešku bolest. Boljim upoznavanjem bolesti zgrušavanja i širom naobrazbom liječnika stomatologa smanjio se je strah i rizik od komplikacija nakon zahvata u ustima tih bolesnika. Treba znati da svaki zahvat u ustima takvih bolesnika nije rutinski posao. Zbog toga stomatolog koji liječi koagulopata mora znati sve o pripremi takvog bolesnika za krvavi zahvat u ustima, o komplikacijama koje mogu nastati, ali i o mjerama koje se moraju poduzeti ako

u toku zahvata dođe do krvarenja. U pravilu je potrebno surađivati s hematologom odnosno koagulacionistom iz centra za hemofiliju. Ne treba zaboraviti da se neki zahvati mogu izvršiti samo na hospitaliziranom bolesniku. Registriranim hemofiličarima trebalo bi u preventivi posvetiti puno više pažnje, kako se ne bi našli u situaciji da je u njihovim ustima potrebno vršiti samo krvave zahvate. Tu spada upućivanje u održavanje oralne higijene, liječenje svih vrsta bolesti paradonta, popravak zuba itd.

Ne smijemo, također, zaboraviti na ulogu stomatologa u otkrivanju koagulopatija. Mnogi takvi bolesnici otkriveni su upravo u zubnim ambulantom, kada se, nakon vađenja zuba, pojavilo uporno krvarenje koje nije bilo moguće riješiti svim poznatim metodama za lokalnu hemostazu.

Prirodne koagulopatije uzrokovane su obično smanjenjem jednog faktora koagulacije, premda se može naći i kombinirani defekt (B i g g s¹). To su rijetke bolesti (1:20000 stanovnika u SFRJ), no ozbiljnost kliničke slike, obilna i po život opasna krvarenja zaslužuju posebnu pažnju. Prema učestalosti prirodnih koagulopatija 96% otpada na hemofiliju A, hemofiliju B i von Willebrandovu bolest, a 4% na sve ostale defekte.

PROBLEM

U svakodnevnoj stomatološkoj praksi susrećemo se s koagulopatima koje bi mogli podijeliti u dvije skupine.

U prvu skupinu spadaju bolesnici koji su verificirani kao koagulatori i evidentirani u centru za hemofiliju, a k nama dolaze zbog ekstrakcije ili nekog drugog kirurškog zahvata.

Drugu skupinu čine bolesnici koji dolaze k nama zbog krvarenja iz ekstrakcijske rane, ali i zbog spontanog krvarenja u usnoj šupljini. Za nas svakako veći problem znači bolesnik iz druge skupine, koji često dolazi nakon velikog gubitka krvi i u dosta lošem stanju. U tom slučaju potrebno je ocijeniti njegovo opće stanje i lokalni nalaz u ustima. Takvog bolesnika nužno je hospitalizirati, izvršiti lokalnu hemostazu, napraviti koagulogram te konzultirati hematologa. Određenom broju bolesnika to je prvo jače krvarenje u životu i nakon učinjenih prvih pretraga potvrđuje se sumnja na koagulopatiju.

Bolesnika prve skupine, dakle verificiranog koagulopata moramo općom terapijom uz suradnju koagulacionista pripremiti za planirani zahvat u ustima, čime izbjegavamo mogućnost jakog krvarenja. Opisujemo naša iskustva sa skupinom takvih bolesnika, koji su hospitalizirani na Klinici za kirurgiju čeljusti, lica i usta zbog potrebnog oralnog kirurškog zahvata, kako bi se liječniku stomatologu ukazalo na problematiku, te u budućnosti takvim bolesnicima provodila redovita preventiva i liječenje karijesa i tako smanjila potreba za oralno kirurškim intervencijama.

METODA RADA

1973. godine osnovan je Centar za hemofiliju u Kliničkom bolničkom centru s kojim naša klinika vrlo uspješno surađuje. Pratili smo oralno kirurške zahvate,

pripremu i komplikacije u bolesnika s prirođenim koagulopatijama u posljednjih sedam godina tj. od 1975. do 1981. godine. U tome razdoblju liječili smo u našem odjelu ukupno 33 bolesnika. Ovdje nisu uključeni bolesnici koji su kod nas liječeni ambulantno, a da su prije toga u Centru za hemofiliju primili premedikaciju. Također nismo u tu skupinu uvrstili djecu s hemofilijom koja se liječe u Klinici za dječje bolesti, a u našu ambulantu dolaze nakon premedikacije zbog ekstrakcije zuba.

Bolesnike koji boluju od prirodene koagulopatije, a potrebno im je bilo izvršiti neki od oralno kirurških zahvata primili smo u bolnicu. U dogovoru s koagulationistom iz Centra za hemofiliju određena je premedikacija te liječenje nakon zahvata, a mi smo pažljivim radom i po potrebi lokalnom hemostazom sveli mogućnost krvarenja na minimum. Koagulationista je prema vrsti i stupnju bolesti odredio opću terapiju, kako bi razina defektnog faktora u krvi za vrijeme kirurškog zahvata bila od 20 do 50%. Prije svakog kirurškog zahvata, pa tako i zahvata u usnoj šupljini kod tih bolesnika potrebno je odrediti slijedeće:

1. stupanj koagulopatije
2. opseg kirurškog zahvata
3. vrstu materijala za opću i lokalnu terapiju
4. duljinu trajanja liječenja.²

Budući da se kod naših bolesnika uglavnom radilo o ekstrakcijama zuba to smo ih prije morali adekvatno pripremiti. Za hemofiliju A davali smo domaći krioprecipitat neposredno prije zahvata te 4 do 7 dana poslije zahvata; za hemofiliju B svježe smrznutu plazmu i Capramol 3 do 7 dana poslije zahvata, a za von Willebrandovu bolest krioprecipitat 12 do 24 sata prije zahvata te prema potrebi ponavljali dozu poslije zahvata. Nivo defektnog faktora u krvi (za hemofiliju A — faktor VIII) podigli smo prije ekstrakcije do 35%, za hemofiliju B do 20% defektnog faktora u krvi (hemofilija B — faktor IX), a za von Willebrandovu bolest do 30% (faktor VIII) od normalne vrijednosti. Capramol (epsilon amino kapronska kiselina — antifibrinolitik) u dozi od 20 gr. dnevno 4×1 ampula per os kroz 7 dana davali smo kod hemofilije B, jer nemamo koncentriranih preparata faktora IX tj. ne proizvode se u zemlji (Biggs,³ Boone,⁴ Biggs,⁵ Jones⁶).

REZULTATI

Najveći broj zahvata u prikazanoj skupini bolesnika bile su ekstrakcije zuba (Tablica I). To je i razumljivo jer moramo znati da ti pacijenti dolazi k nama s vrlo zapuštenom usnom šupljinom što je djelomice posljedica načina ishrane. Kako bi izbjegli krvarenje u ustima, koje se u njih često javlja, oni uzimaju mekanu i ljepljivu hranu i ne četkaju čvrsto zube. S druge strane koagulopati, kao i bolesnici s nekom drugom osnovnom bolesti, često lutaju od jedne do druge zubne ambulante, kako bi im netko pružio osnovnu zubozdravstvenu zaštitu. Nažalost, stomatolozi većinom bježe od zahvata u ustima takvih bolesnika, pa makar se radilo o popravku površinskog karijesa. Tako ti bolesnici dolaze k nama sa zapuštenim zubima, pa nam ne preostaje drugo već da izvršimo ekstrakciju, alveotomiju, inciziju ili neki drugi kirurški zahvat. Što se tiče lokalne terapije odnosno različitih načina zaustavljanja krvarenja, pokazalo se, da kod prirodnih koagulopatija uz dobru premedikaciju često nije potrebna lokalna

Broj	Spol	Dob	Vrsta koagulopatije	Premedikacija	Oralno-kirurški zahvat	Lokalna terapija	Postoperat. terapija	Lokalne komplikacije	Dani liječenja
1.	M.	26	Hemofilija B III stupanj	Svježa plazma 1000 ml.	Ekstrakcija <u>6,5</u>	—	3. i 6. dan 800 ml. svježe plaz.	—	14
2.	M.	20	Morbus von Willebrand III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija <u>4</u>	Tamponada Šavovi	Krio. 1000 i.j. (3 dana)	Krvario	15
3.	M.	49	Hemofilija A III stupanj	Krio. 3000 i. j.	Ekstrakcija <u>2 5</u> <u>7 6,7</u>	—	Krio. 2000 i.j. (10 dana)	—	24
4.	M.	40	Hemofilija A I stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija <u>1</u>	—	Krio. 2000 i.j. (6 dana)	—	10
5.	M.	43	Defekt f. VIII III stupanj	Svježa plazma 1500 ml.	Incizija apscesa	—	Svježa plazma 1000 ml. (3 dana)	—	5
6.	M.	40	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija <u>4, 2 1, 3</u>	Šavovi	Krio. 2000 i.j.	—	11
7.	M.	43	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija <u>6,7</u>	Tamponada Šavovi	Krio. 2000 i.j. (4 dana)	—	7
8.	M.	43	Hemofilija B II stupanj	Svježa plazma 1500 ml.	Ekstrakcija <u>6,7</u>	Pelota	—	Apsces	9
9.	M.	12	Hemofilija B III stupanj	Svježa plazma 1000 ml.	Gingivektomija	Šavovi	Svježa plazma 800 ml (4 dana)	—	13
10.	M.	27	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija <u>5, 6</u>	Tamponada	Krio. 2000 i.j. (3 dana)	—	7
11.	M.	50	Hemofilija B III stupanj	Antifemofilna plazma (4 doze)	Ekstrakcija <u>5</u>	—	Antihemofilna plazma 4 doze (5 dana)	—	7
12.	M.	30	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija <u>2 7 1 8</u> Alveotomija	Šavovi	Krio. 2000 i.j. (5 dana)	—	4

13.	M.	34	Hemofilija B III stupanj	Antifemofilna plazma 1000 ml.2	Ekstrakcija 1, 2, 3	Šavovi	Antihemofilna plazma 1000 ml. (3 dana)	—	6
14.	M.	22	Hemofilija A II stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija 3, 4, 6	Gelaspon	Krio. 2000 i. j. (5 dana)	Krvario	8
15.	M.	22	Morbus von Willebrand III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Alveotomija 3	Šavovi	Krio. 2000 i. j. (4 dana)	—	6
16.	M.	49	Hemofilija B III stupanj	Antifemofilna plazma 800 ml.	Ekstrakcija 3	—	Antihemofilna plazma 800 ml. (3 dana)	—	7
17.	M.	16	Hemofilija A II stupanj	Krio. 2000 i. j.	Alveotomija 6	Gelaspon Šavovi	Krio. 2000 i. j. (3 dana)	—	3
18.	M.	21	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija 6	Gelaspon	Krio. 2000 i. j. (4 dana)	—	7
19.	M.	36	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2500 i. j.	Ekstrakcija 4	—	Krio. 2000 i. j. (4 dana)	—	4
20.	M.	46	Morbus von Willebrand III stupanj	Krio. 2000 i. j.	Ekstrakcija 3 3	Gelstipt	Krio. 2000 i. j. (4 dana)	—	7
21.	M.	22	Hemofilija A I stupanj	Krio. 2500 i. j.	Ekstrakcija 3 2, 3, 4	Tamponada	Krio. 3000 i. j.	—	16
22.	M.	35	Hemofilija B III stupanj	Svježa plazma 300 ml.	Ekstrakcija 1, 2 2	Gelaspon	Svježa plazma 300 ml	—	9
23.	M.	26	Hemofilija B III stupanj	Svježa plazma 800 ml.	Alveotomija 6	Šavovi	Svježa plazma 800 ml. (4 dana)	Prokrvario iz čira na duodenumu Premješten na kirurgiju	6

24.	M.	13	Hemofilija A III stupanj	Krio. 3000 i. j.	Incijija apscesa	—	Krio. 3000 i.j. (3 dana)	—	4
25.	M.	24	Morbus von Willebrand III stupanj	Krio. 3000 i. j.	Alveotomija 1	Šavovi	Krio. 3000 i.j. (3 dana)	—	7
26.	ž.	43	Morbus von Willebrand II stupanj	Krio. 3000 i. j.	Alveotomija 2 2 1 5, 8	Šavovi	Krio. 2000 i.j. (7 dana)	Krvarila, Premještaj na internu	11
27.	M.	22	Hemofilija A III stupanj	Krio. 2000 i. j.	4 5, 6	Šavovi	Krio. 2000 i.j. (3 dana)	—	4
28.	M.	19	Hemofilija B III stupanj	Svježa plazma 500 ml.	Ekstrakcija 5, 6	—	Svježa plazma 500 ml (3 dana)	—	3
29.	M.	53	Hemofilija A II stupanj	Premješten s interne, Krio. 3000 i. j.	Ekstrakcija 7	—	Krio. 3000 i.j. (2 dana)	Ponovni premeštaj na internu	2
30.	M.	17	Morbus von Willebrand III stupanj		Ozlijedio se hranom, krvari iz gingive	—	Krio. 1000 i.j. (5 dana)	—	5
31.	M.	31	Hemofilija A III stupanj	Krio. 300 i. j.	Ekstrakcija 3, 6 8, 5, 4 3	—	Krio. 1000 i.j. (7 dana)	—	8
32.	M.	36	Hemofilija A II stupanj	Krio. 2000 i. j.	Alveotomija 6 6 i multiple eks.	Šavovi Gelaspon	Krio. 2000 i.j. (2 × 5 dana)	—	30
33.	M.	25	Morbus von Willebrand III stupanj	Prethodno nedijagnosti- ciran	Apicotomija 1	Šavovi tamponada	Krio. 3000 i.j. (3 dana)	Primljen zbog krvarenja	4

terapija, jer ju u trećini slučajeva nismo morali provoditi. Kada smo prisiljeni izvršiti lokalnu hemostazu, tada izabiremo metodu koja će najmanje traumatizirati tkivo: stavljanje spužvastih tvari (fibrinska pjena, Gelastipt, Gelaspon), ispunjenih pelota spužvastim tvarima, jodoform tampona, a izbjegavamo šivanje kada ono nije neophodno, jer ubod iglom može provocirati krvarenje (Miše i Arko,⁷ Findlay i Nicholl,⁸ Wiskart⁹).

Osim krioprecipitata i svježe plazme davali smo i antifibrinolitike jer sprečavaju lizu ugruška budući da blokiraju djelovanje plazmina, kojim obiluje slina. Kako je supstancijska terapija krvnim komponentama vrlo skupa, to antifibrinolitikima smanjujemo potrošnju plazmatskih preparata. Osim toga ne smijemo zanemariti ni dijetetske mjere tj. hladne napitke ili hranu koja se samo guta. Treba se kloniti mlijeka i mliječnih proizvoda 5 do 6 dana nakon ekstrakcije, zbog litičkog djelovanja kazeina na ugrušak. Potrebno je također izbjegavati upotrebu slamke za piće zbog stvaranja negativnog tlaka u ustima, što može pokrenuti ugrušak.

Od ukupnog broja pacijenata u 3 slučaja došlo je do jačeg naknadnog krvarenja. U jednom slučaju bolesniku je prokrvario čir na dvanaesteru, u jednom slučaju razvio se lokalni apsces, a u jednog od prikazanih bolesnika dijagnosticirana je koagulopatija, nakon krvarenja koje se pojavilo poslije resekcije gornjeg sjekutića.

ZAKLJUČAK

Rad s opisanim bolesnicima kroz 7 godina doveo nas je do slijedećih zaključaka.

1. Svakog bolesnika s prirođenom koagulopatijom kod kojeg moramo izvršiti ekstrakciju ili drugi kirurški zahvat treba najprije laboratorijski i klinički obraditi.

2. Koagulacionista treba odrediti premedikaciju i postoperativnu terapiju.

3. Treba raditi tako da se najmanje traumatizira operaciono područje i okolno tkivo.

4. Treba primjeniti jedan od načina za lokalnu hemostazu, iako smo se uvjericili da kod prirodnih koagulopatija uz dobru opću terapiju i bez lokalne terapije ne dolazi do znatnijeg krvarenja.

5. Bolesnici s prirođenim koagulopatijama nose svoj defekt cijeli život, pa se prema njima treba odnositi kao prema drugim kroničnim bolesnicima. Veliku ulogu u saniranju usne šupljine takvih bolesnika imaju stomatolozi na terenu, jer k nama bolesnici dolaze u takvom stanju da ne preostaje drugo, već da se izvrši ekstrakcija, alveotomija, incizija ili drugi kirurški zahvat. Veća briga za te bolesnike u smislu poboljšanja preventivne i liječenja karijesa smanjila bi potrebu takvih zahvata i omogućila im nešto lakši život, jer im je on i bez oralno kirurških intervencija težak.

LITERATURA

1. BIGGS, R.: Human blood coagulation, haemostasis and thrombosis, Blackwell Scientific Publication, 232, 1976.
2. FICOVIĆ, P.: Naša iskustva u liječenju hemofilije, Zbornik radova V. stručnog sastanka internista Slavonije, Osijek 1974.
3. BIGGS, R.: The treatment of haemophilia A and B and von Willebrand's disease, Blackwell Scientific Publication, 135, 1978.
4. BOONE, C.: Comprehensive management of haemophilia, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1976.
5. BIGGS, R.: Recent advances in the management of haemophilia and Christmas disease, *Clinic in Haematology*, 8: 95, 1979.
6. JONES, P.: Developments and problem sin the management of haemophilia, *Seminars in hematology*, 14:375, 1977.
7. MIŠE, I., ARKO, V.: Oralna kirurgija, Stomatološka biblioteka za praktičara, Školska knjiga Zagreb, 1969.
8. FINDLAY, I. A. and NICHOLL, B.: Tooth extraction in patients with haemophilia, *Oral Surg.*, 13:1167, 1960.
9. WISHART, C.: Oral surgery in the haemorrhagic states, *J. Oral Surg.* 22:178, 1964.

Summary

ORAL SURGERY IN PATIENTS WITH HEREDITARY COAGULOPATHY

The authors present their seven-year experience with patients suffering from coagulopathy, mainly hemophilia, who were treated at the Clinic for Jaw, Facial and Oral Surgery in Zagreb. The authors, together with the blood specialists at the Center for Hemophilia, planned preoperative medications and postoperative treatment. Postoperative hemorrhaging occurred in three of 33 patients, abscess in one and a bleeding ulcer on the duodenum in one. There is an unjustified fear of doing dental work on hemophiliacs among dentists and therefore when patients do require treatment, the interventions are usually extraction, alveotomy, incisions, apicotomy, etc. Greater care for these patients, that is, improving the prevention and treatment of carious teeth, would significantly reduce the need for more serious interventions.

Key words: coagulopathy, oral surgery