

Razni stečeni poremećaji hemostaze te posljedice do kojih dovode zahvaćaju velik broj populacije te postoji mogućnost da će ih doktor dentalne medicine sresti u svojoj praksi. Potrebno je detaljno poznavati bolesnikovo opće medicinsko stanje, a u procjeni rizika od intra- i postoperativnog krvarenja mogu nam pomoći anamnestički podaci o prethodnom krvarenju nakon kirurških zahvata.

Bolesnici s rizikom od nastanka tromboembolije na terapiji su raznim lijekovima kao što su kumarinski antikoagulansi, heparin, acetilsalicilna kiselina, nesteroidni protuupalni lijekovi, koji redom zahtijevaju veći oprez zbog povećane sklonosti krvarenju pri izvođenju oralnokirurških zahvata. U skladu s time treba znati djelovati te prije zahvata imati nalaze vrijednosti PV-a te INR-a i postići zadovoljavajuću stabilnost hemostatičkog sustava potičući zgrušavanje različitim dopunskim i/ili lokalnim sredstvima.

Suvremeni svjetski protokoli više ne preporučuju skidanje pacijenata s antikoagulantne terapije prije oralnokirurških zahvata ako su vrijednosti INR-a unutar terapijskih vrijednosti. Primjenom varfarina ili heparina uvijek postoji mogućnost prekomjerne koagulacije i posljedične tromboze, s jedne, ili preslabe koagulacije i opasnosti od krvarenja, s druge strane. Zbog toga je prijeko potrebno redovito praćenje jednostavnim laboratorijskim testovima kao što su PV, INR ili APTV. U svim oralnokirurškim zahvatima koji izazivaju krvarenje postoji mogućnost produljenoga krvarenja. Zbog toga je nužno na sam dan zahvata ili dan prije provjeriti vrijednost INR-a. Manji oralnokirurški zahvati mogu se provesti bez prilagođivanja doze varfarina ako je INR manji od 3,5 (uz primjenu topikalnih i lokalnih mjera hemostaze). Ako je INR veći od 3,5, zahvat se odgađa dok se INR kontrolirano ne smanji.

U pacijenata s nasljednim manjkom jednog od koagulacijskih faktora, neinvazivni postupci poput pleksusne ili intraligamentarne anestezije, endodontskog zahvata i konzervativnih zahvata mogu se obaviti bez primanja vanjskih nadomjesnih koagulacijskih faktora. Pri invazivnijim postupcima kao što su provodna anestezija i parodontološka terapija, te kirurški zahvati potrebno je konzultirati se s hematologom koji će pacijentu odrediti nadomjestak potrebnog faktora. Poželjno je mjerama lokalne hemostaze pospješiti nastanak ugruška i pacijenta naručiti na kontrolni pregled za 1 – 2 dana. Za postoperativno smanjenje boli preporučuje se paracetamol, a poželjno je izbjegavati aspirin i većinu preostalih nesteroidnih analgetika.

Pri većim oralnokirurškim, tj. maksilofacijalnim zahvatima, gdje postoji mogućnost komplikacija kao što je prekomjerno krvarenje, postoji potreba za prekidanjem antikoagulantne terapije.

U razgovoru s pacijentom treba pripaziti na sve bolesti, stanja i navike koje bi mogle dovesti do stečenog poremećaja hemostaze kao što su bolesti jetre (važna za sintezu čimbenike koagulacije i fibrinolize), zloćudne bolesti koje oštećuju koštanu srž (mjesto sinteze trombocita) te uzrokuju abnormalnosti trombocita, kao i autoimune bolesti ili pak metaboličke poremećaje koji dovode do oštećenja krvnih žila.

Doktor dentalne medicine se treba truditi prepoznati simptome koji upućuju na poremećaje hemostaze. Premda većina bolesnika blagog do umjerenog intenziteta poremećaja ne mora imati simptome, oni su uobičajeni kod težih poremećaja. Simptomi, na koje se bolesnici žale, obuhvaćaju učestale epistakse, spontano krvarenje gingive i sluznice usta, sklonost hematomima, produljeno krvarenje uzrokovano površinskim rezovima, prekomjerno menstrualno krvarenje te hematuriju. Postoje li anamnestički podaci o sklonosti krvarenju, treba napraviti detaljnije kliničko ispitivanje te laboratorijske testove.