

Julia Sarah Freytag
Dr. med. dent.

Postoperative Blutungen nach oralchirurgischen Eingriffen bei Patienten mit hämorrhagischen Diathesen. Ursachen und Behandlungsstrategien.

Fach/Einrichtung: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktorvater: Herr Prof. Dr.med. Dr. med. dent. Christian Freudlsperger

Schwer stillbare Blutungen zählen zu den gefürchteten Komplikationen bei Patienten mit hämorrhagischen Diathesen während und nach chirurgischen Eingriffen. Um diese Blutungen besser kontrollieren zu können oder prophylaktisch entgegenzuwirken, ist das perioperative Gerinnungsmanagement von Patienten unter medikamentöser Antikoagulation von entscheidender Bedeutung. Aktuelle Studien und wissenschaftlichen Stellungnahmen zufolge, ist eine präoperative Umstellung oder Absetzung von Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmern bei oralchirurgischen Eingriffen nicht mehr indiziert. Das Risiko eines thromboembolischen Vorfalls, mit im Einzelfall letalem Ausgang, ist viel höher einzustufen als das Risiko für eine rezidivierende oder persistierende Blutung nach einem oralchirurgischen Eingriff. Eine adäquate intraoperative Versorgung der Extraktionsalveole durch Anwendung zusätzlicher Hämostyptika, kann das Nachblutungsrisiko bei Patienten mit medikamenteninduzierten hämorrhagischen Diathesen auf nahezu das eines gesunden Patienten senken, ohne dabei die Medikation umzustellen.

Im Zeitraum vom 01. Juli 2009 bis zum 31. Juli 2014 wurden 299 Patienten mit Nachblutungen nach einem oralchirurgischen Eingriff, wie Extraktionen oder Osteotomien in der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg behandelt. Grund der Nachblutung war bei 92,6 % der Patienten eine erworbene medikamenteninduzierte hämorrhagische Diathese.

Mittels logistischer Regressionsrechnung wurden Risikofaktoren ermittelt, welche einen Einfluss auf die Notwendigkeit einer stationären Versorgung und auf das Risiko einer erneuten Nachblutung hatten. Überdies wurde der Erfolg der angewandten hämostyptischen Maßnahme, zur Versorgung der blutenden Extraktionsalveole, kritisch ausgewertet.

Aus den erhobenen Daten ergab sich ein zunehmendes Risiko für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung mit der Anzahl der extrahierten Zähne. Patienten, welchen mehr als 4 Zähne extrahiert wurden, hatten ein signifikant höheres Risiko im Vergleich zu Einzelzahnextraktionen. Nach Molar- oder Prämolarenextraktionen stieg das Risiko signifikant im Vergleich zu Extraktionen in der Front. Bei 62,6 % der Patienten erfolgte eine Umstellung der Vitamin-K-Antikoagulation auf ein Heparinbridging. Diese Patienten hatten ein signifikant höheres Risiko, stationär behandelt werden zu müssen.

Patienten, die stationär aufgenommen wurden und eine erneute Nachblutung aufwiesen, wurden als Hochrisikopatienten eingestuft. Im Mittel waren diese Patienten 70 Jahre alt. Ihnen wurden 2-3 Zähne im Oberkiefer extrahiert. Bei 66,7 % dieser Patienten erfolgte ein Heparinbridging, was im Vergleich zu Marcumarpatienten das Risiko auf eine erneute Blutung 3-fach erhöhte. Die Einnahme von Direkten Oralen Antikoagulantien verdoppelte das Risiko auf eine erneute Blutung unter stationären Bedingungen. Das Risiko, dass der Patient eine zusätzliche Leberzirrhose aufwies, war 8-fach erhöht. Wurde bei der

Erstversorgung der Nachblutung ein Mukoperiostlappen präpariert, stieg das Risiko auf eine erneute Blutung im Vergleich zu einer Nahtversorgung signifikant um das 3,5-fache an. Bei 18,3 % mussten, aufgrund einer Hb-relevanten Blutung, Blutbestandteile transfundiert werden.

Die erfolgreichste Maßnahme zur Blutstillung war die Einlage eines Kollagenkegels mit zusätzlicher Naht, wodurch bei 77,9 % die Blutung durch diese Maßnahme gestillt werden konnte. Patienten unter Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern hatten das geringste Risiko für einen Misserfolg der blutstillenden Maßnahme.

Diese Ergebnisse bestätigen die aktuellen Studien über den Umgang mit antikoagulierten Patienten. INR-Werte bei Patienten unter Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten sollten präoperativ im therapeutischen Bereich liegen. Bei Patienten, welche Direkte Orale Antikoagulantien einnehmen, sollte der Zeitpunkt des chirurgischen Eingriffs so gewählt werden, dass Plasmakonzentrationsspitzen zum Operationszeitpunkt vermieden werden.

Da mit jedem weiteren Zahn das Risiko für eine postoperative Nachblutung ansteigt, sollte die Anzahl der extrahierten Zähne mit dem individuellen Blutungsrisiko abgewogen werden und der Extraktionsplan gegebenenfalls auf mehrere Sitzungen fraktioniert werden.

Durch ein einheitliches standardisiertes perioperatives Gerinnungs- und Versorgungsmanagement, was durch weitere randomisiert kontrollierte Studien erarbeitet werden sollte, kann eine Reduktion der Nachblutungsrate erreicht werden und würde gleichzeitig dem Behandler einen, auf das Blutungsrisiko ausgerichteten, Therapieleitfaden ermöglichen.