

KLINISCHE LESSEN

*Uit de afdeling Mondheelkunde van de
Universiteit van Amsterdam.
Hoofd: Prof. M. Hut.*

DE EXTRACTIE BIJ HEMOFILIE A-PATIËNTEN

W. VAN HERK

Gelet op het grote aantal extracties dat dagelijks in de tandheelkundige praktijk wordt verricht, is er slechts in een klein percentage van de gevallen sprake van een nabloeding. Onder normale omstandigheden ontstaat na de extractie een coagulum in de alveole en is de verdere genezing van de extractiewond een snel verlopend proces waarbij weinig complicaties te verwachten zijn.

De bloedstolling is op zichzelf een ingewikkeld proces waarbij uiteindelijk een eiwit uit het bloed overgaat in de fijnvezelige substantie die men fibrine noemt, terwijl tevens samenklontering van de bloedplaatjes plaatsvindt.

Hoe ingewikkeld de materie van de bloedstolling is, blijkt uit het feit dat in de loop der jaren de zienswijze over het verloop hiervan nog al eens is gewijzigd.

Wanneer men in de praktijk te maken krijgt met een bloeding na een extractie, kan worden volstaan met overhechten van de alveole of het aanbrengen van een druktampon. Deze eenvoudige hulpmiddelen zijn in bijna alle gevallen afdoende. Die enkele patiënten bij wie dit niet het geval is en waarvan geen stollingsstoornissen bekend zijn, dienen aan een nader onderzoek te worden onderworpen, met name het laboratoriumbloedonderzoek.

In de loop der jaren is het in de polikliniek enkele malen voorgekomen dat bij een persisterende bloeding na een extractie een afwijking zoals hemofilie eerst daar voor het eerst werd ontdekt.

Daarnaast wordt een trombopathie beschreven ten gevolge van het gebruik van acetosal. Twee tabletten geven reeds een directe uitwerking op de trombocytenfunctie. De nawerking daarvan kan tot ongeveer een week duren. Nabloedingen na het gebruik van acetosal zullen in tamelijk grote frequentie voorkomen. Aan iedere patiënt met een nabloeding dient de vraag te worden gesteld of dit analgeticum gebruikt is.

Extracties worden meestal voorafgegaan door een periode van pijn; vooral acetosal is dan een veel gebruikt pijnstillend middel. Het gebruik hiervan moet echter ten zeerste worden ontraden.¹

Onschadelijk in dit opzicht is natriumsalicylaat.

Opgemerkt dient te worden dat de patiënten vrijwel altijd zelf op de hoogte zijn van bestaande storingen in hun bloedstolling, die congenitaal aanwezig zijn (bijvoorbeeld hemofilie) of door het gebruik van anticoagulantia worden veroorzaakt. Deze patiënten dragen een kaartje bij zich waarop vermeld staat dat de behandelende tandarts of arts terstond moet worden gewaarschuwd alvorens een eventuele bloedige ingreep plaatsvindt.

Een onmiskenbaar doch niet onoverkomelijk probleem doet zich voor bij de gebitsextractie of een andere bloedige ingreep bij een hemofiliepatiënt.

Hemofilie

Dit is een aandoening met een typisch erfelijkheidspatroon. De ziekte is recessief en geslachtgebonden, praktisch uitsluitend mannen zijn aangedaan; vrouwen, de zgn. „carriers”, brengen de aandoening over.

Het aantal hemofilie lijders in Nederland bedraagt meer dan tweeduizend, van wie ongeveer 4/5 tot het type A behoren en 1/5 tot het type B.² Er bestaan nog meer vormen van aangeboren afwijkingen in het stollingsmechanisme; deze komen echter in een zeer klein percentage voor. In iedere vorm is er een ontbrekende factor in de bloedstolling: bij hemofilie A is dit de factor VIII, bij hemofilie B de factor IX. Daarnaast kunnen ook nog de P.T.A.-deficiëntie (factor XI) en de Hageman-deficiëntie (factor XII) genoemd worden.

Op grond van de ernst van de afwijkingen bij hemofilie maakt men doorgaans onderscheid tussen een ernstige vorm, waarbij de factor VIII-activiteit kleiner is dan 1%, en een matig ernstige vorm bij een percentage van 1-5 en spreekt men van subhemofilie bij een factor VIII-activiteit van 5-50%. Bij de ernstige vorm van hemofilie kunnen spontaan bloedingen ontstaan, welke levensbedreigend voor een patiënt zijn. Bij de subhemofilie zal dat niet het geval zijn doch bij ernstig letsel levert de bloedstelping enorme problemen op.

Materiaal en methoden

Door de concentratie van de antihemofiele factor – de factor VIII – in de vorm van cryoprecipitaat is een grote winst geboekt en is een nieuw tijdperk in de behandeling begonnen. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid factor IX in geconcentreerde vorm te bereiden onder de naam P.P.S.B., een 4-factoren preparaat. Cryoprecipitaat en het 4-factoren preparaat worden op verschillende bloedbank-laboratoria in Nederland geproduceerd.

Cryoprecipitaat wordt als volgt bereid:

Een halve liter vers donorbloed wordt afgenomen in een plastic dubbelzak en gecentrifugeerd bij 4° C gedurende 10 minuten. Het plasma wordt daarna in het tweede zakje geheveld en in een alcoholbad gelegd. Het plasma is na 30-45 minuten bevroren. Tussen het afnemen van het bloed en het bevriezen van het plasma mag niet meer dan 1 uur verlopen. Beide zakken (niet-bevroren zak met erythrocyten en bevroren zak met plasma)

worden in de ijskast (+4° C) geplaatst, waarna het plasma na 24 uur weer is ontdooid, behalve een vlokke neerslag; het cryoprecipitaat (bevat factor VIII en fibrinogeen). Nadat beide zakken nog eens 10 minuten bij 4° C op het maximaal aantal toeren zijn afgedraaid, wordt het plasma weer naar het zakje met erythrocyten geheveld. Het donorbloed waaruit het cryoprecipitaat is gevormd, blijft verder bruikbaar en wordt in de ijskast bewaard.

Het zakje cryoprecipitaat wordt daarna bij -30° C in de diepvries opgeborgen.

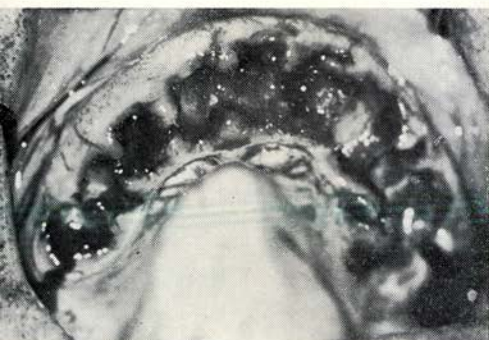
Het is nu mogelijk de hemofiliepatiënt met goed gevolg te behandelen na een ongeval of bij een noodzakelijke bloedige ingreep.³

Op grond van eigen ervaringen en in samenwerking met de afdeling Hematologie van het Wilhelmina Gasthuis (Hoofd: Dr. S. I. de Vries) is de volgende behandelingsmethode opgesteld:

Tevoren worden afdrucken genomen van de boven- en onderkaak, gipsmodellen in de ocludator gezet en nadat alle elementen zijn weggeradeerd, platen van doorzichtige kunsthars gemaakt met beetwallen in de molaarstreken in dezelfde relatie als in de ocludator was aangegeven. Nadat de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, wordt één tot twee dagen voor de extractie begonnen met het toedienen van cryoprecipitaat, intraveneus 4 x per 24 uur.

Bij een factor VIII-activiteit van 30% of meer, geldt dat er voldoende hemostase gewaarborgd is om tot extractie te kunnen overgaan.

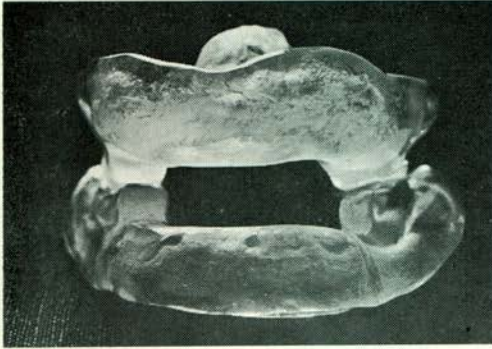
De extracties worden in één tempo uitgevoerd onder lokale anesthesie, de scherpe botsepta weggeknabbeld en de alveoli zorgvuldig overhecht met nylon (2 x 0) (zie afb. 1 en 2). De reeds vervaardigde kunstharsplaten (afb. 3) worden gerebased (eventueel ook gerelined) met een pasta op eugenolbasis en in de boven- en onderkaak geplaatst, terwijl de patiënt voldoende afsteuning vindt op de kunsthars beetwallen (afb. 4).



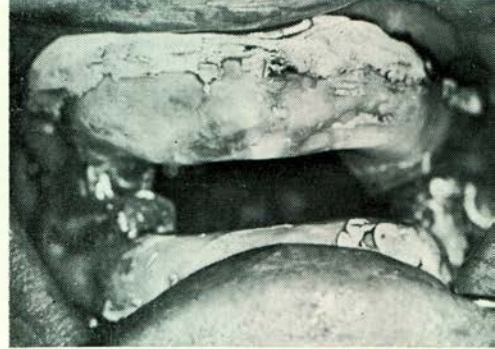
Afb. 1. De extractiewonden nadat de botsepta zijn weggeknabbeld.



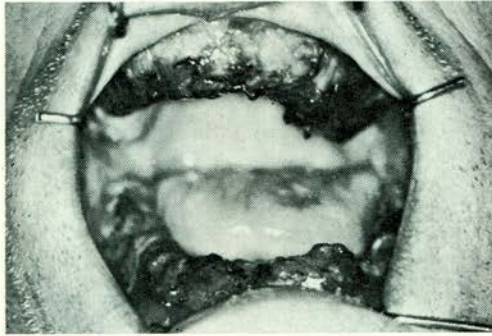
Afb. 2. De met nylon (2 x 0) overgehechte alveoli.



Afb. 3. De van tevoren vervaardigde kunsttharsplaten met beetwallen.



Afb. 4. De gerebaseerde beetplaten in situ.



Afb. 5. Het aspect van de extractiewonden nadat de kunsttharsplaten voor de eerste maal zijn verwijderd.

Na de behandeling wordt gedurende 7-10 dagen cryoprecipitaat op geleide van de factor VIII-spiegel van het plasma toegediend, terwijl de platen voor het eerst na 3-4 dagen voorzichtig worden verwijderd (afb. 5).

De extractiewonden worden met een H_2O_2 gedrenkte tampon voorzichtig gereinigd. Deze reiniging wordt daarna regelmatig om de paar dagen uitgevoerd. Na ± 10 dagen kunnen de platen worden uitgelaten en de hechtingen verwijderd. De gemiddelde opnameduur bedraagt 2-3 weken.

Discussie

De opnameduur van 2-3 weken geeft een ruime marge om eventuele complicaties op te vangen. Wanneer zich toch een nabloeding voordoet – dit geldt vooral voor de ernstiger vormen van hemofilie A – kunnen de alveoli opnieuw worden overhecht, de platen wederom gerebased en het cryoprecipitaat, zo nodig weer worden toegediend.

De opnameduur van 2 weken zal voor de subhemofilie A-patiënt ruimschoots voldoende zijn; met de matig ernstige en ernstige vorm moet meer voorzichtigheid betracht worden om de al eerder genoemde reden van grotere kans op nabloeding. De gemiddelde opnameduur van 3 weken in die gevallen is daarmee verklaard.

Wanneer de hechtingen worden verwijderd, dient dit nog te geschieden onder bescherming van het cryoprecipitaat. Men zou kunnen zeggen dat de beschermplaten wellicht overbodig zijn omdat de wonden reeds goed worden overhecht en het cryoprecipitaat is toegediend. Belangrijk is echter, dat hiermede ook de vorming van hematomen afdoende wordt bestreden.

Het is het overwegen waard, de extractiewonden niet meer te overhechten met nylon, doch met catgut om daarmee het verwijderen van hechtingen te voorkomen en de kans op een postoperatieve bloeding te verminderen.

Vermeld dient nog te worden, dat voor de voorbereiding van het cryoprecipitaat grote hoeveelheden donorbloed nodig zijn; ten gerieve van één patiënt zijn 125 tot 200 donors nodig.

Men is de mening toegedaan dat na herhaalde toediening van het cryoprecipitaat bij diverse bloedige ingrepen antistoffen in het bloed van de hemofiliepatiënt worden gevormd tegen het cryoprecipitaat. Het is derhalve zaak het toedienen van cryoprecipitaat zoveel mogelijk te beperken.

Mede gezien bovenstaande beschouwingen en bestaande hulpmiddelen is het wenselijk, noodzakelijke gebitsextracties in één tempo uit te voeren. Wanneer gebitsextractie van één of meer elementen is geïndiceerd, zullen deze extracties dan ook zo lang mogelijk dienen te worden uitgesteld om dan in één keer zoveel mogelijk extracties tegelijk uit te kunnen voeren.

Wanneer een totale extractie in het verschiet ligt, kan men beter wachten tot deze ingreep noodzakelijk is om deze dan in één tempo uit te voeren, tenzij dit uitstel om één of andere reden onmogelijk is.

Samenvatting:

Door de produktie van een geconcentreerd antihemofiliefactor-preparaat, het zgn. cryoprecipitaat, is het mogelijk geworden bij de hemofilie A-patiënten tandextracties zonder gevaar voor nabloedingen uit te voeren.

De behandelingsmethode wordt beschreven. Het verdient aanbeveling extractie van zoveel mogelijk gebitselementen in één tempo uit te voeren c.q. totale extractie te verrichten.

Summary:

The introduction of an antihemophilia factor concentrate – so-called cryoprecipitate – has made it possible to extract teeth in patients with hemophilia A without risk of an after-hemorrhage. The procedure is described. It is advisable to extract as many teeth as possible or perform total extraction in one session.

Literatuur:

1. *Vries, De, Cate, Ten* (1969): Thrompathie na gebruik van acetosal. N.T.v.G. 113: 17.
2. *Loeliger, Veltkamp* (1968): Aanwinsten op het gebied van de haemofiliebehandeling. N.T.v.G. 112: 36.
3. *Crevelde, Van, Kingma, Mochter, Stibbe* (1968): Ervaringen uit de haemofiliekliniek. N.T.v.G. 112: 30.

Langswater 604,
Amsterdam.