

# DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Israel Edition

PUBLISHED IN ISRAEL 02/2022 VOL. 19 NO.1

- מה הקשר בין בריאות הפה לפליטת פחמן?

- קצת על מדיניות ופוליטיקה ברפואת שיניים

- הגנה וקידום הנקה כחלק מסדר היום של תזונת האם והתינוק

מתוך FDI News • עמ' 14

טיפול בצוואר וביציבה ברפואת שיניים

מתוך International Dental Journal • עמ' 1

טיפול שיניים במתופאים המטופלים בנוגדי קרישה: רקע, סיכונים והמלצות טיפול

ד"ר עלאא ח'וטבא, ד"ר יניב מאיר

• עמ' 3

אשם תורם של מטופל

ד"ר טניה קצפ, ע"ד אילנה מושכל

• עמ' 9

הר"ש למען החברים: ביטוח בריאות וביטוח אחריות מקצועית, תשתית דיגיטלית ופעילות למען הקהילה

ד"ר ליאור קצפ

• עמ' 1

הצדדים לאמנת מינמטה מחזקים עוד יותר את גישת הפחתת השימוש באמלגם דנטלי

מתוך FDI News • עמ' 1

## הר"ש למען החברים: ביטוח בריאות וביטוח אחריות מקצועית, תשתית דיגיטלית ופעילות למען הקהילה

הקמת תשתית דיגיטלית לכל פעולותיה. אפשר כבר לראות את ניצניה בפייסבוק ובאינסטגרם. הר"ש ממשיכה לקיים את מערך הוובינרים המפותח, הנותן מענה ללימודי המשך לחברים.

ולבסוף, פעילות למען הקהילה: פעילות זו מהווה ציר התנהלות נוסף וחשוב בתוך סך פעילויות הר"ש, כפי שאפשר היה לראות בפעילות בבתי החולים סורוקה בבאר שבע, רמב"ם בחיפה, ובקרום - בשניידר בפתח תקווה. ■

כחמש השנים האחרונות לא יאפשרו חידוש פוליסה בשנה הבאה. חשוב לכולם להקפיד על ניהול סיכונים בהתנהלות של אחריות מקצועית. ועוד ברצוני להדגיש כי קיימת אחריות הדדית של כולנו על מנת ליהנות מהתנאים המועדפים ומהמחיר האטרקטיבי. זהו נכס עצום ובעל ערך שלא יסולא בפז! נעשה את כל האפשר כדי לשמר הישג זה!

אני רוצה להביא לידיעת החברים כי הר"ש מצויה בעיצומו של תהליך

שנה זו יהיה לכל מבוטח גם ביטוח רטרואקטיבי. ביטוח אחריות מקצועית קולקטיבי הוא הישג חסר תקדים, שבו למן תחילת תקופת הביטוח ב-2019 ועד היום נחסכו לרופאי השיניים קרוב ל-100 מיליון שקלים. הפוליסה נועדה לאלה בינינו שאין להם תביעות, או לאלה שיש נגדם תביעות עד 500,000 שקלים. נמשיך לשמור על הפוליסה ולנהל אותה בחוכמה ואחריות. יש להביא בחשבון שתביעות מעבר לחצי מיליון שקלים במצטרב לחברים

הביטוח הוא קולקטיבי, על כל המשמעויות של חוזק ייצוג מול החברה המבטחת, ומביא בשורה למי שאין לו ביטוח, וגם לאלה שאינם צריכים עדיין. זהו חלק מהפקת לקחים ממקרים שקרו לרופאים צעירים בעת האחרונה, אשר נשאר ללא מענה כלכלי בעת הצורך כאשר התעוררה בעייה רפואית.

### ביטוח אחריות מקצועית

נכנסנו כעת לשנה השלישית בביטוח הקולקטיבי. ברצוני לציין כי בסוף

ד"ר ליאור קצפ, יו"ר הר"ש יצאנו מעט מההשלכות הנרחבות של נגיף הקורונה, וזהו הזמן לספר לחברי הר"ש על כמה הישגים. הר"ש, הגוף המקצועי אשר חלק מתפקידיו הוא לדאוג גם בנושאי ביטוחים, השיגה בשבועות האחרונים בתחום זה הטבות מיוחדות לחברים:

### ביטוח בריאות

לחברי הר"ש רובד בסיסי חינם. למי שהצטרף עד סוף אפריל ההצטרפות הייתה ללא חיתום והכניסה היא ללא בדיקות.

## טיפול בצוואר וביציבה ברפואת שיניים

בגיליון האחרון של International Dental Journal דנה קבוצת חוקרים מאוניברסיטה באנקרה בנושא טיפול בצוואר וביציבה ברפואת שיניים. לדבריהם, רופאי שיניים בתחילת דרכם עשויים להתעלם מחשיבה על הנושא מפני שטרם חוו כנראה כאבי צוואר או גב. עם זאת, העלאת המודעות לבעיות פוטנציאליות בצוואר ובגב היא חיונית לאימוץ יציבה מתאימה. אפשר לתמוך ביציבה נכונה במספר דרכים, כגון שימוש בישומונים לתזכורת יציבה נכונה או צווארון צווארי רך כדי למנוע כיפוף יתר; שימוש במערכת הגדלה, במיוחד בעבור אנדודונט עקב אזור עבודה מוגבל מאוד ומיקוד קרוב; באמצעות "שרפרף מפעיל בסגנון אוכף"; במעבר לסירוגין בין ישיבה ועמידה דינמית לבין מיצוב נכון של המטופל. יתרה מכך, תרגילי חיזוק ומתיחות של שרירי הצוואר והגב יכולים גם לקדם קריירה נטולת כאבים. כיוון שרופאי שיניים נוטים לאבד את גמישותם בכיוון ההפוך לזה שבו הם נמצאים במצב סטטי במהלך עבודתם, יש לבצע תרגילי מתיחה בכיוון ההפוך לכיוון היציבה המגושמת כדי למנוע חוסר איזון בשרירים.

Elif Ballikaya, Murat Kara, Levent Ozcakar, IDJ, 72:150-153, 2022

## הצדדים לאמנת מינמטה מחזקים עוד יותר את גישת הפחתת השימוש באמלגם דנטלי

גלובלית גורפת תיקבע בטרם יינתן לצדדים ליישם אסטרטגיות הפחתת שלב המותאמות להקשרים הלאומיים שלהם, אפשרויות הטיפול האיכותי בעששת שיניים יושפעו לרעה וכן אי שוויון בבריאות הפה יאיים להתרחב. בסופו של דבר הוסכם על הנוסח הבא: "בנוסף, על הצדדים: (א) לא לאפשר, על ידי נקיטת אמצעים לפי העניין, שימוש בכספית בתפזורת על ידי רופאי שיניים; (ב) לא לאפשר, על ידי נקיטת אמצעים לפי הצורך, להמליץ על שימוש באמלגם שיניים לטיפול שיניים בשיניים חלכיות, של חולים מתחת לגיל 15 ושל נשים הרות ומניקות, למעט כאשר רופא השיניים ראה צורך בכך. מבוסס על צרכי המטופל." ■

בבריאות הפה. לקראת הכנס FDI גייס את רשת איגודי השיניים הלאומיים שלו כדי להעלות את המודעות לדאגה לבריאות הציבור בקרב משרדי הבריאות והסביבה. מנגנונים שונים הדרושים כדי להאיץ בהצלחה את הפחתת השלב של השימוש באמלגם שיניים נדונו באירוע באופן מקיף וכוללני. הדיונים כללו התקדמות מחקרית לגבי חלופות נטולות כספית, ואלמנטים אחרים שיש לקחת בחשבון, כגון חשיבות הפעולה וההשקעה במניעה ובשיטות עבודה סביבתיות מומלצות, אפילו בתרחיש של הפסקה.

FDI ו-IADR הגישו הצהרה משותפת, המהדהדת את החששות הבסיסיים של קהילת בריאות הפה. אם החלטה

פורסם ב-4.5.2022 FDI NEWS בכנס שהתקיים בבאלי (אינדונזיה) בין ה-21 ל-25 במרץ 2022, עמדו לדיון שתי הצעות לתיקון סעיף זה. הצעת האיחוד האירופי נועדה להסדיר עוד יותר את גישת הפחתת השימוש על ידי הוספת שורה של הגבלות על השימוש באמלגם שיניים עד 2024. הפדרציה העולמית לרפואת שיניים (FDI) הייתה מודאגת במיוחד מהצעת הפסקת שימוש ממדינות אפריקה, שכן היא התמקדה באיסור על שימוש באמלגם ללא פעולות מניעה, ומחקר על חלופות ללא כספית לשחזור שיניים ופסולת. הצעה כזו, אם תתקבל, תפגע מאוד בבריאות הציבור ובמיוחד במאמצים סביב מניעת עששת. זה גם יביא רק להרחבת אי השוויון הקיים

www.health.gov.il



15.2.2022  
סימוכין 184399522

## פרסומת ברפואת שיניים - נייר עמדה - 15 פברואר 2022

### 1. פרסומת ברפואת שיניים רקע ומצב חוקי – 2218439

מקצועות הרפואה, ומקצוע רפואת השיניים בפרט, נהנים ממעמד מיוחד של אמון הציבור וכבוד בחברה. בהתאם, מחויבים מקצועות אלה לעמוד בסטנדרטים אתיים גבוהים בכל ההיבטים וביניהם בהיבט הפרסום.

פרסום שירותי רפואת שיניים הוא בעל פוטנציאל השפעה על היבטים שונים של מתן שירותים דנטליים לאוכלוסייה, לרבות תפיסת המטופלים את המקצוע. פרסומת אתית ברפואת שיניים היא כזו שנותנת מידע מדויק למטופל, שמה את האינטרסים של המטופל בראש סדר העדיפויות ומקדמת כבוד הדדי בקרב אנשי המקצוע.

תקנות רופאי השיניים (פרסומת אסורה), התשס"ט - 2009 מגדירות סוגים של פרסומת אסורה, כאשר הגדרת פרסומת היא כלהלן:

"פרסומת" לרבות מודעת תדמית, לעיסוקו ברפואת שיניים של מורשה לרפוי שיניים בישראל או לעיסוקו -ברפואת שיניים בישראל, המיועדת, לפי צורתה, תוכנה או דרך פרסומה, לקהל בישראל, ונצפית על ידו, אף אם היא מופצת, משודרת או מודפסת מחוץ לישראל; ... כתבה, מאמר או ידיעה עיתונאית מכל סוג שהוא לא ייחשבו פרסומת; "מודעת תדמית" מודעת פרסומת העלולה להביא אדם סביר להניח כי אינה פרסומת - .

נייר העמדה של ארגון FDI העולמי מספק הגדרה כוללת של פרסומת כ"כל מידע ו/או חומר הקשור לקידום שירותי רפואת שיניים על ידי רופא שיניים או אדם המעורב במתן טיפול. פרסום ברפואת שיניים כולל: עלונים, אתרי אינטרנט, פרסומים ברשתות חברתיות, בלוגים, פרסומות, ניוזטרים, כרטיסי ביקור, ניירת, לוגו, שילוט, הודעות או מידע אחר הקשור לרופא השיניים/מרפאת השיניים, ללא קשר לצורת ההפצה". בנייר העמדה מפורטים העקרונות הבסיסיים בתחום הפרסום עליהם מחויבים רופאי שיניים לשמור:

- הגנה על בריאותו ורווחתו של הציבור.
- הימנעות מפרסום מטעה והצגת טענות מבוססות מדעית בלבד.
- שמירה על כבוד, אמינות וישרת המקצוע.
- הלימה מלאה לקוד האתי המקצועי.
- ציות מלא לדרישות החוק.

### 2. כללי "עשה ואל תעשה" שגובשו על ידי המקצוע בהקשר לפרסומת

- א. פרסומת בתחום רפואת השיניים צריכה להיות:
  - מדויקת ונתמכת עובדות, ולא רגשות אישיים, אמונות, דעות או פרשנויות;
  - כזו שמציגה תדמית רצינית ומקצועית של רופא השיניים ושל מקצוע רפואת השיניים;
  - כזו שמציגה את היתרונות והחסרונות של הטיפול המוצע באופן מאוזן.
- ב. אסור שפרסומת ברפואת שיניים תהיה:
  - שקרית, מעורפלת, מוגזמת, מטעה, מהווה הונאה;
  - השוואתית או מזלזלת ביחס לרופאי שיניים אחרים;
  - כוללת מסרים לשידול מטופלים לטיפול ו/או מייפה את המציאות;
  - כזו שמשמשת במונחים סופרלטיבים או השוואתיים בהקשר לאיכות השירותים, הציוד, הטכנולוגיה בשימוש, המוצרים או אנשי המקצוע המספקים את השירותים;
  - כזו שמעוררת פחד, דאגה או מצוקה מיותרת בקרב הציבור/המטופלים;
  - כזו שיוצרת ציפיות לא מציאותיות בהקשר לטיפול;

בכבוד רב,  
האגף לבריאות השן

מקורות:

1. 2009 תקנות רופאי שיניים (פרסומת אסורה), התשס"ט
2. <https://www.fdiworlddental.org/advertising-dentistry>
3. Principles of Ethics & Code of Professional Conduct. American Dental Association. Nov 2020
4. Guidance on the Use of Social Media. Royal College of Dental Surgeons of Ontario. Practice Advisory March 2018
5. Professional Advertising. Practice Advisory. Royal College of Dental Surgeons of Ontario. 2012 Nov
6. Roucka TM, Donate-Bartfield E, Zarkowski P. In social media age, watch what you say. Gen Dent. 2014;62(1):19-21

Division of Dental health  
Ministry of health  
P.O.B. 1176 Jerusalem 944724  
Dental.health@moh.gov.il  
Tel: \*5400 Fax: 02-5655995

אגף לבריאות השן  
משרד הבריאות  
ת.ד. 1176 ירושלים 944724  
Dental.health@moh.gov.il  
טל: \* 5400 פקס: 02-5655995

#### DENTAL TRIBUNE ISRAEL

EDITOR-IN-CHIEF:  
Prof. Benjamin Peretz  
bperetz@post.tau.ac.il

GENERAL SECRETARY:  
Dr. Tanya Katzap

PROJECT MANAGER:  
Adv. Yaffa Zagdon

PUBLISHED BY THE ISRAEL  
DENTAL ASSOCIATION  
www.ida.org.il  
Tel: +972-3-6283707  
Fax: +972-3-5287751

#### EDITORIAL BOARD:

Dr. Meir Adut  
Dr. Galit Almozni  
Dr. Michael Alterman  
Prof. Nitzan Bichacho  
Prof. Nardi Caspi  
Prof. Gabi Chaushu  
Prof. Stella Chaushu  
Prof. Israel Kaffe  
Prof. Shlomo Matalon  
Prof. Joseph Nissan  
Prof. Aharon Palmon  
Dr. Rafi Romano  
Prof. Moti Sela  
Dr. Boaz Shai  
Prof. Adam Stabholz  
Prof. Haim Tal  
Prof. Ervin Weiss

LINGUISTIC EDITOR:  
Doron Sheffer

DESIGNER:  
Nili Goldman

PRODUCTION:  
New York New York (Israel) Ltd.

#### INTERNATIONAL HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER:  
Torsten R. Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:  
Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH  
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany  
Tel.: +49 341 4847 4302 | Fax: +49 341 4847 4173  
General requests: info@dental-tribune.com  
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com  
www.dental-tribune.com

#### DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Israel Edition

MATERIAL FROM DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH THAT HAS BEEN REPRINTED OR TRANSLATED AND REPRINTED IN THIS ISSUE IS COPYRIGHTED BY DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH. SUCH MATERIAL MUST BE PUBLISHED WITH THE PERMISSION OF DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH. DENTAL TRIBUNE IS A TRADEMARK OF DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH.

ALL RIGHTS RESERVED. © 2020 DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH. REPRODUCTION IN ANY MANNER IN ANY LANGUAGE, IN WHOLE OR IN PART, WITHOUT THE PRIOR WRITTEN PERMISSION OF DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH IS EXPRESSLY PROHIBITED.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH MAKES EVERY EFFORT TO REPORT CLINICAL INFORMATION AND MANUFACTURERS' PRODUCT NEWS ACCURATELY BUT CANNOT ASSUME RESPONSIBILITY FOR THE VALIDITY OF PRODUCT CLAIMS OR FOR TYPOGRAPHICAL ERRORS. THE PUBLISHER ALSO DOES NOT ASSUME RESPONSIBILITY FOR PRODUCT NAMES, CLAIMS OR STATEMENTS MADE BY ADVERTISERS. OPINIONS EXPRESSED BY AUTHORS ARE THEIR OWN AND MAY NOT REFLECT THOSE OF DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH.

פרסומים בעיתון זה, לרבות תוכנם, הינם באחריותו הבלעדית של המפרסם. כך שלא תוטל בגינם כל אחריות, מכל סוג שהוא, על הר"ש ואו על הר"ש יזום וניהול פרויקטים בע"מ.

כל חבר הר"ש מתבקש לבדוק את הפרסום ולהחליט, ע"פ שיקול דעתו, אם הוא מעוניין בהצעה המועלת בו.

# טיפול שיניים במתרפאים המטופלים בנוגדי קרישה: רקע, סיכונים והמלצות טיפול

ד"ר עלא ח'וטבא, ד"ר יניב מאיר

המחלקה לפריודונטיה, ביה"ס להתמחויות ברפואת שיניים, הקריה הרפואית לבריאות האדם - ב"ח רמב"ם חיפה

## 1. רקע כללי

ברפואת שיניים קיימות מספר פעולות אשר עלולות לגרום לדמם. ישנם מצבים בהם קיים סיכון משמעותי לדימום, כך שפעולות דנטליות המבוצעות בחלל הפה עלולות להציב את המתרפא בפני סכנה. סכנת הדמם הינה תופעה המאפיינת מתרפאים הסובלים מבעיות קרישה עקב מחלות גנטיות או נרכשות הפוגעות באחד מהשלבים בשרשרת מנגנון הקרישה וכן מתרפאים הסובלים מפגיעה בתפקוד או בכמות טסיות הדם. יחד עם זאת, מרבית הפרעות הקרישה הינן הפרעות איאטרוגניות הנגרמות עקב נטילת תרופות נוגדי קרישה הפוגעות בתפקוד טסיות הדם או במנגנון הקרישה.

הסיכון לדימום עלפי הספרות מגיע לכ-1% אחרי טיפול כירורגי בחלל הפה בקרב מתרפאים שאינם מטופלים בנוגדי קרישה. לעומת זאת, מתרפאים דנטליים הנוטלים נוגדי קרישה נמצאים כבעלי סיכון גבוה יותר לדמם בעקבות פעולה כירורגית. על פי המקובל, דימום מוארך מוגדר כדימום שנמשך מעבר ל-12 שעות לאחר פעולה כירורגית ולא ניתן לשליטה על ידי אמצעי עצירת דימום מקומיים בלבד.

הפסקת הטיפול בנוגדי קרישה תומנת סיכונים משמעותיים, שלפעמים יכולים לגרום לתוצאה קטלנית עקב סיבוכים תרומבולטיים. אחת העבודות המצוטטות ביותר היא סקירת הספרות של Wahl's שבה דיווח על 4 מתוך 493 מתרפאים שחוו אירועים תרומבולטיים פטאליים לאחר שהפסיקו טיפול אנטי תרומבולטי. למרות הביקורת על שהחולים הפסיקו את הטיפול לזמן ארוך יותר ממה שמומלץ בד"כ, עדיין ניתן לקבוע שהסיכונים להפסיק טיפול בנוגד קרישה עולים על היתרונות המינימליים של הפחתת דימום לאחר הניתוח.

בימינו, טיפול עם נוגדי קרישה נדרש על ידי רבים מהמטופלים למניעה, טיפול או הפחתת סיכון במקרים של פרפור פרודוריים, טיפול בפקקת ורידית, אירועים של שבץ מוחי, מחלות לב איסכמיות, אוטם שריר הלב, תסחיף ריאתי ובמניעה של פקקת ורידים לאחר החלפת מפרק הירך או הברך או במקרים של התקנת תומכן, ניתוחי מעקפים או התקנת מסתם לב מלאכותי (1-3).

לפני ביצוע פעולה שעלולה לגרום לדימום בחלל הפה, חשוב לייחס חשיבות לנושא הטיפול בנוגדי קרישה והסכנה לדימום שאינו ניתן לעצירה. חשוב לזכור כי הטיפול בנוגדי קרישה ניתנים על מנת למנוע מצבים מסכני חיים וכי הפסקה או שינוי בלתי מבוקר בתרופות אלו עלולים לסכן את חיי המתרפא. מאידך, ביצוע טיפול במתרפא עם תפקודי קרישה ירודים עלול להוביל לדמם קשה שאינו ניתן לשליטה.

הטיפול במתרפאים שנוטלים תרופות נוגדות קרישה או נוגדות טסיות מעלה סוגיות בטיחותיות מבחינת הסיכון האפשרי לסיבוכי דמם בעקבות פרודורות דנטליות פולשניות. קומדין (נוגד קרישה), אספירין וקלופידוגרל (נוגדי טסיות) הן תרופות שנעשה בהם שימוש נרחב במשך שנים רבות ורוב רופאי השיניים מכירים הנחיות ברורות וקבועות ופרוטוקולים מקומיים לטיפול שיניים בחולים הנוטלים תרופות אלה.

בשנים האחרונות אושרו לשימוש מספר תרופות נוגדות קרישה חדשות יותר Novel Anticoagulant (NOACs). לגבי מתרפאים הנוטלים תרופות אלה לפני ביצוע פעולות כירורגיות קיים חוסר בהירות באשר לאסטרטגיית הטיפול האופטימלית בהם, כאשר אלו נזקקים לפרודורות דנטליות כירורגיות, דבר המשקף את המחסור במחקרים גדולים והמלצות מבוססות ראיות במסגרת זו, והעדר פרוטוקולים והנחיות ברורות. בנוסף, סקרים עדכניים מראים שרופאי שיניים אינם יודעים להעריך את חומרת הדימום האפשרית כתוצאה מהטיפול אצל מתרפאים שנוטלים תרופות אלה, לכן דאגתם מהדימום האפשרי פוגעת באיכות עבודתם. לכן, יש צורך בתוכנית הנחייה והדרכה לרופאי שיניים בנושא זה (21). לפיכך, המטרה העיקרית של מאמר זה לספק סיכום של הראיות הרלוונטיות האחרונות בנושא הטיפול הפולשני למתרפאים שנוטלים נוגדי קרישה.

## 1.1 תרופות נוגדות קרישה

### אספירין (ASA)

מעכב באופן בלתי הפיך את האנזים COX-1 ובנוסף מעכב היצמדות טסיות. במקרים של אוטם שריר הלב נהוג ביחידות טיפול נמרץ לתת לחולה מנה גדולה במיוחד של אספירין אשר מקטין את הסיכוי לתמותה. התרופה ניתנת גם לחולים שעברו ניתוח מעקפים או פתיחת עורקים חסומים באמצעות בלון; חסימה חוזרת של העורקים שנפתחו היא בעיה שכיחה לאחר פרודורות אלו ואספירין מקטין את הסיכוי לכך. בישראל הוא משווק תחת השמות אצטוסל, טבעפירין, מיקרופירין, קרדיופירין וקרטיה אך נמצא גם כחומר פעיל בתרופות אחרות פרקודן, רוקל ואקמול פוקוס. המעקב של התרופה מבוצע על ידי ערכי BT (Bleeding Time זמן דימום).

### Bleeding Time BT

זמן הדימום הוא הזמן בו לוקח לפגיעה יזומה להפסיק לדמם. כיום משתמשים בבדיקה זו רק במקרים ספורים - במסגרת בירור בחולה הנוטה לדמם. ערכים תקינים: 1-6 דקות.

חומצה אצטילסליצילית (ASA) מעכבת אגרזיה של טסיות. מנה של 1,000-32 מיליגרם אספירין מכפילה את זמן הדימום, למרות זאת, ובהנחה שאין הפרעות המטבולוגיות אחרות, שאר השפעות התרופה אינן משמעותיות מבחינה קלינית. במתרפאים הנוטלים מינונים נמוכים של ASA (81-325) מ"ג זמן הדימום (BT) נותר בטוח הנורמה, ואינו עולה על 20 דקות.

### ווארפין

תרופה מעכבת קרישת דם (אנטי-קואגולנטית) הניתנת לחולים בקבוצת סיכון לאירוע של קריש או תסחיף דם הגורם לחסימת עורק או וריד. ווארפין מעכב את האנזים אפוקסיד רדוקטאז ובכך מפריע למטבוליזם של ויטמין K שמשפיע על הסינתזה של פקטורי קרישה תלויי ויטמין K (II, VII, IX, X), וחלבונים C ו-S) אך אינו משפיע על פקטורי קרישה אחרים. התרופה מעכבת גורמים שזמן מחצית החיים שלהם נע בין 6 שעות עד 3 ימים. בנוסף משפיעה על פקטור II או פרוטרומבין, שזמן מחצית החיים שלו הוא הארוך ביותר ועומד על 60-72 שעות.

לתרופה חלון תרפויטי צר מאוד לכן התרופה דורשת מעקב צמוד לצורך שימוש בטוח. לצורך ניטור משתמשים ב-International Ratio Normalized (INR).

### International Ratio Normalized (INR)

מדד המעניק קנה מידה אחיד לכל בדיקות ה-PT הנעשות במעבדות שונות ובחומרים שונים. מכיוון שהחומרים במעבדה המשמשים לביצוע הבדיקה הם ממקור ביולוגי, ללא היחס הזה לא ניתן להשוות בין בדיקות שונות ממעבדות שונות או אפילו בין בדיקות מאותה מעבדה. מדד זה מאפשר לרופא לנטר את יעילות התרופות מונעות הקרישה (דוגמת וורפארין) ולהתאים את מינוני התרופה.

ערכים תקינים:

- אדם בריא: 0.9-1.4
- חולים הסובלים מפרפור פרודוריי לב 2-3
- חולים בעלי מסתם לב מלאכותי 2.5-3.5

ערכי INR מעל 3.5 מעידים על סכנה מוגברת לדימומים.

### Prothrombin Time (PT)

זמן פרוטרומבין מאפשר להעריך את יכולת הקרישה של הדם. בשל השוני בין המרכיבים השונים שבהם משתמשות המעבדות לבדיקה, מקובל היום שלא להשתמש בתוצאות PT אלא בחישוב ה-INR. ערכים תקינים: 11-13.5 שניות.

### Partial Thromboplastin Time (PTT)

הבדיקה מעריכה את יכולת הקרישה של הדם ובניגוד ל-PT היא בודקת חלק אחר של המסלול המורכב בקרישת הדם. ערכים תקינים: 25-35 שניות.

חשוב להדגיש כי למשפחת תרופות זו כמה חסרונות כמו אינדקס טיפולי נמוך, התחלת פעילות מתעכבת, אינטראקציה לא רצויה עם תרופות אחרות ומזון. בנוסף, ניהול תרופתי קשה מכיוון שהם דורשים מעקב והתאמה קבועים (4-5).

כתוצאה מהחסרונות של התרופות שנזכרו למעלה, הוכנסו בשנים האחרונות נוגדי קרישה ישירים Direct Oral Anticoagulants (DOACs) על מנת להימנע מחלק מהחסרונות הכרוכות בטיפול בקומדין ואקנוקומארול. ארבעת ה-DOAC הראשונים הם:

- 1 Pradaxa) Dabigatran
- 2 (Xalerto) RIVAROXABAN
- 3 (Eliquis) APIXABAN
- 4 (Lixiana) EDOXABAN

### דביגטרן

Dabigatran etexilate תרופה עם משקל מולקולרי נמוך, מולקולה שמעכבת טרומבין חופשי וקשור (4). התרופה מתאפיינת בזמן מחצית חיים קצר (17-12 שעות) ותחילת פעולה מהירה, מגיעה לשיא בפלזמה תוך 2 עד 3 שעות לאחר מתן, ניתנת למטופל פעם או פעמיים ביום במינון של 110-150 מ"ג. 80% מהתרופה מופרש כלייטית ו-20% הנותרים מנוקים על ידי חילוף חומרים בכבד. לכן, במטופלים עם תפקודי כליות מופחתים, יש להתאים את המינון בהתאם לפינוי הקריאטינין.

אחד היתרונות העיקריים של התרופה הוא שאינה דורשת מעקב שגרתי אחר ההשפעה הנוגדת קרישה, בשל הפרמקוקינטיה ביחד עם התגובה הצפויה שלה. עם זאת, במצבים מסוימים יתכן ונדרש הערכה של נוגדי קרישה. זמן פרוטרומבין (PT) המתבטא ב-INR, שרובו מכירים כרופאי שיניים, לא נחשב כמבחן רגיש ואינו מושפע בדרך כלל על ידי דביגטרן. מבחן מדויק שיכול להועיל הוא זמן קרישת תרומבין (6) (TT).

תופעות הלואי השכיחות ביותר הם תסמינים מסוג דלקת הקיבה gastritis כמו דיספפסיה, כאבי בטן ואי נוחות אפיגסטריה. בנוסף, 33-8% מהמטופלים דיווחו על אירועי דימום קלים או אירועי דימום גדולים ב-6% מהמתרפאים (7).

החיסרון העיקרי הוא שאין נוגדן לתרופה במקרי חירום. ניתן להפוך חלקית את הפעילות של הדביגטרן בעזרת המודיאליזה (4).

### Rivaroxaban

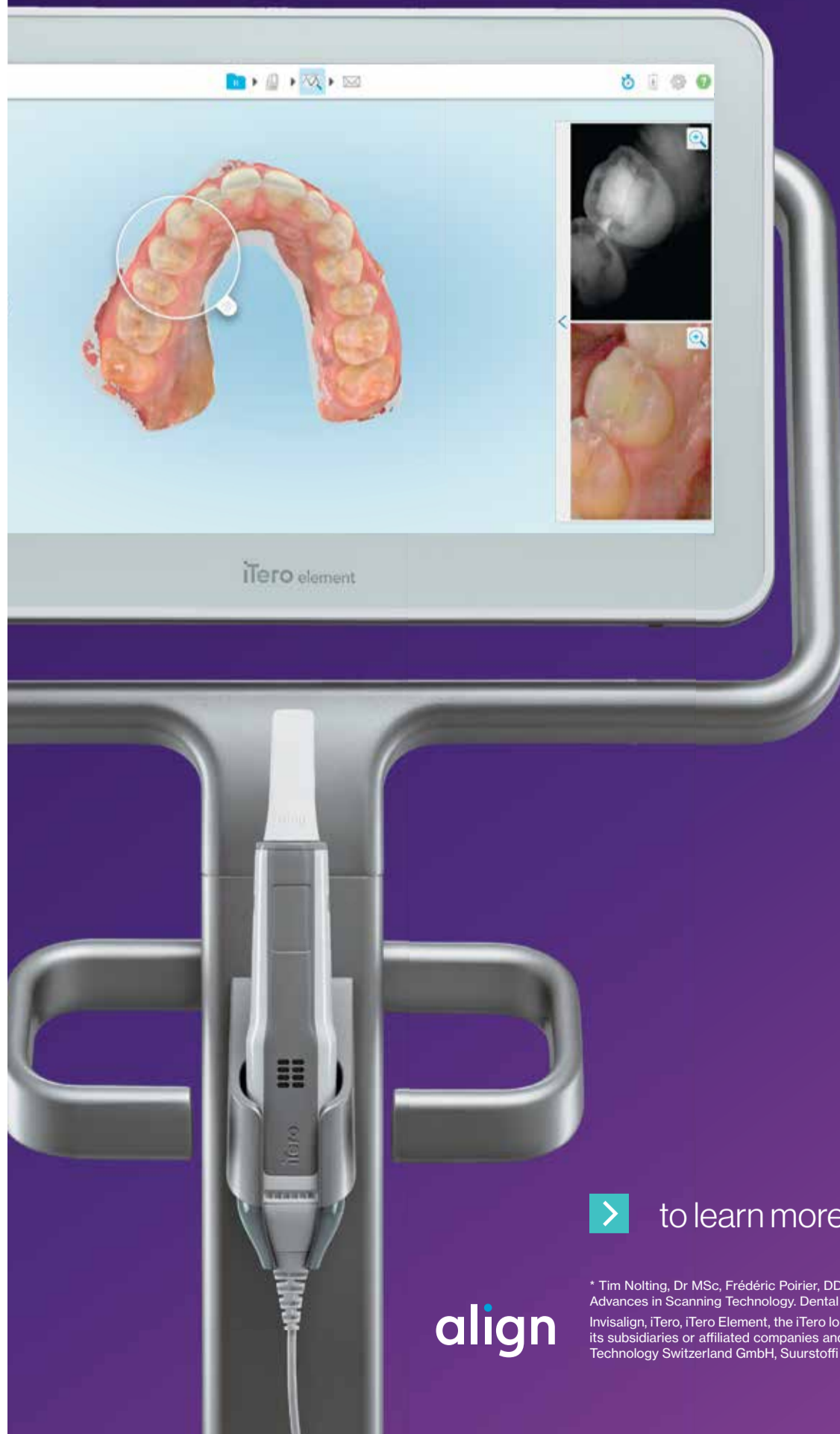
תרופה מעכבת, סלקטיבית, הפיכה של פקטור קרישה X. היא מעכבת ישירות את פקטור Xa לכן משפיעה באופן ישיר על קסקדת פקטורי קרישה במנגנון האקסטרניזי והאינטריניזי (6) (המשך בעמ' 5)



it starts with **iTero**

# EXPAND

Patient care and practice growth



Let patients see what you see with state-of-the-art visualization that helps take your practice to new levels of innovation. See beyond the current spectrum of what's possible for aid in diagnostics, patient engagement, and digital workflow with the iTero Element 5D imaging system. Learn more about the first 3D intraoral scanner with NIRI technology at iTero.com.

With the adoption and integration of the iTero Element 5D intraoral scanner technology you can optimize:\*



**Doctor workflow**



**Diagnosis**



**Treatment planning**



**Practice efficiency**

> to learn more, visit **iTero.com** for more information.

**align**

\* Tim Nolting, Dr MSc, Frédéric Poirier, DDS, and Thomas Giblin, BSc, BDent(Hons). A Fully Integrated Diagnostic Process Through Advances in Scanning Technology. Dental Learning March 2020. Published online on [www.dentalllearning.net](http://www.dentalllearning.net), 03-25-2020. Invisalign, iTero, iTero Element, the iTero logo, among others, are trademarks and/or service marks of Align Technology, Inc. or one of its subsidiaries or affiliated companies and may be registered in the U.S. and/or other countries. © 2022 All Rights Reserved. Align Technology Switzerland GmbH, Suurstoffi 22, 6343 Rotkreuz, Switzerland | A001653 Rev A

כמו הפסקת קודמת של התרופה, אפשרות לגישור עם הפריין, סיכון פרוטרומובוטי ואפשרויות לדימום בזמן ביצוע הפעולה שמופיעים לעתים קרובות יותר בקרב אנשי מקצוע בתחום רפואת השיניים. לפיכך, יש להתייחס לכל הנושאים הללו ולסיכומם באמצעות סקירת הספרות הקיימת לניהול מיטבי של חולים אלו במרפאות השיניים.

**טבלה 1**

תופעות לוואי	הפרשה מהגוף	שיא בפלזמה	זמן מחצית החיים בפלזמה	מינון רגיל	שם מסחרי	פעולה
כאבי בטן, אי נוחות אפיגסטריה, אירועי דימום	80% כליתי כבד 20%	2-3 שעות	12-17 שעות	110-150mg / twice a day	Pradaxa®	חוסם ישירות את התרומבין
בחילות, אנמיה, אירועי דם קלים	66-85% כליתי 28% צואה	2-4 שעות	7-13 שעות	20mg /day	Xarelto®	חוסם ישירות את פקטור Xa
אנמיה, דימום, בחילות	25-30% כליתי 55% מע' העיכול	3-4 שעות	8-13 שעות	2.5-5mg / twice a day	Eliquis®	חוסם ישירות את פקטור Xa
דימום, פריחה, סחרחורת	35% כליתי 60% צואה	1.5 שעות	10-14 שעות	30-60 mg/ day	Lixiana®	חוסם ישירות את פקטור Xa

**2. איך מנהלים את המטופלים:**

ניהול מטופלים שנוטלים אנטגוניסטים של ויטמין K כמו warfarin נבדק במחקרים רבים. לכן, לשאלה האם יש להמשיך את הטיפול בווארפארין בזמן עקירה דנטלית התשובה היא חיובית. ההסמכה לתשובה זו נובעת מערך ה-INR של המתרפא. ערך INR של 4 או פחות ב-72 שעות לפני העקירה מאפשר המשך בטוח של נטילת Warfarin. אצל מרבית המתרפאים, ערך ה-INR התרפויטי נמוך מ-3.5. כל דימום מינורי שינבע מהפרעה בקרישה ברמה שכזו ניתן לשליטה באמצעים עוצרי דימום מקומיים. (10) (המשך בעמוד 7)

(המשך מעמ' 3) שיא ריכוז הפלזמה של rivaroxaban הוא 2-4 שעות לאחר מתן התרופה. עם זמן מחצית חיים בפלזמה 7-13 שעות. מופרש בעיקרון בשתן (67-85%). יתכן שיהיה צורך בהתאמות מינון מסוימות בחולים עם בעיות בתפקוד הכליות במידה שהרמה בפלזמה גדלה (8). כמו dabigatran לא נדרש מעקב שגרתי. במקרים של דימום קל, בגלל זמן מחצית החיים הקצר, ניתן להסתפק בהפסקת התרופה. עם זאת, בשטפי דם גדולים עשוי להיות צורך בעירווי דם (9).

**Apixaban**

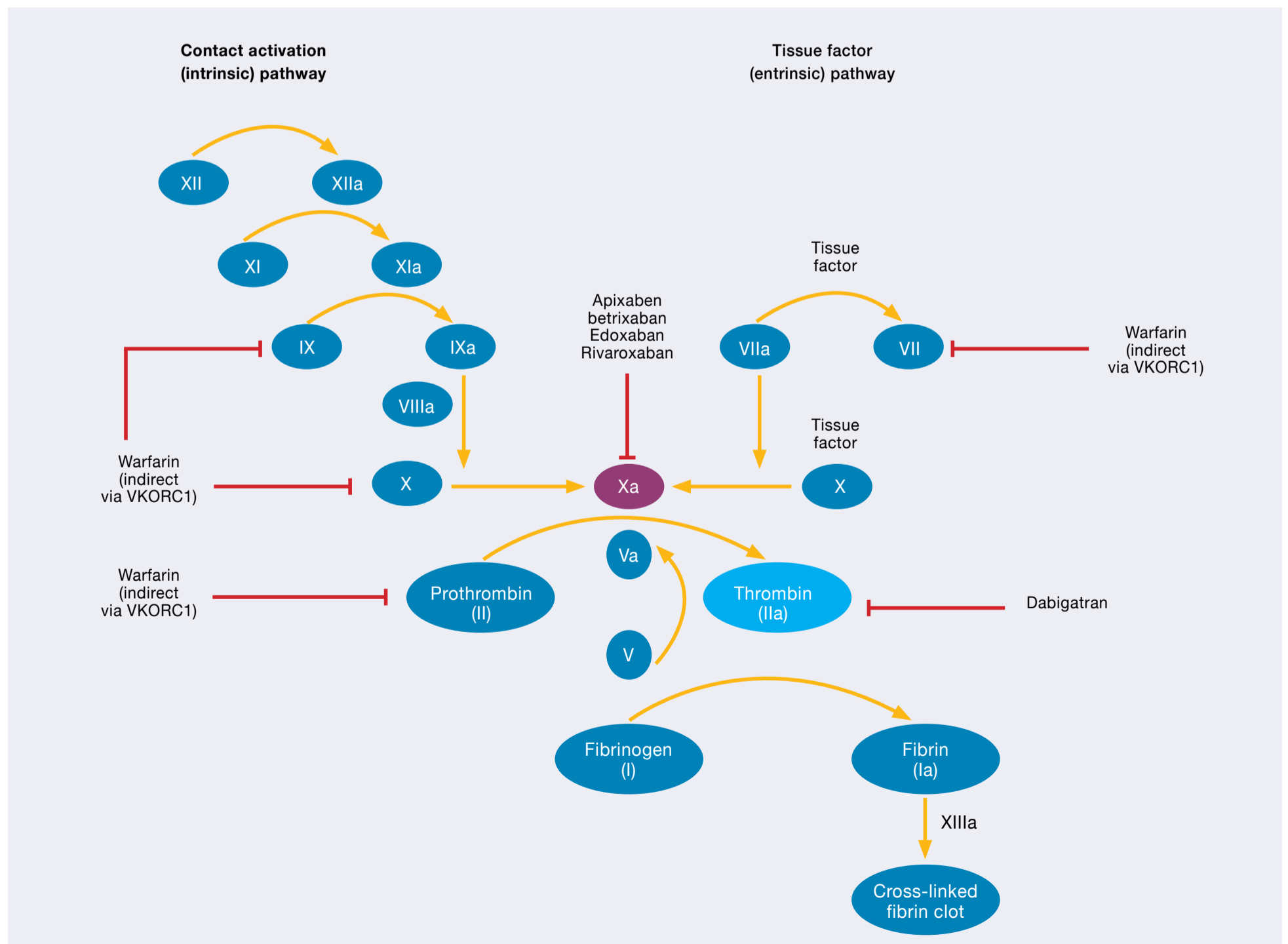
מעכב ישיר של פקטור X המשופעל (הוא חוסם את האתר הפעיל של Xa) כמו rivaroxaban. כתוצאה מכך לשתי התרופות יש תכונות דומות (Figure1). התרופה מאופיינת בפעילות מהירה שמגיעה לשיאה בפלזמה 3-4 שעות לאחר מתן, משך מחצית החיים שלה בפלזמה הוא 8-13 שעות. 25-30% ממנה מופרש על ידי הכליות (12). תופעות הלוואי השכיחות ביותר הן אנמיה, דימום ובחילות. כמו rivaroxaban לא נדרש מעקב שגרתי. בכל מקרה, במצב חירום, בדיקת אנטי XA מכויל היא הבדיקה הרגישה ביותר, בשטפי דם גדולים ניתן לטפל באמצעות מתן תרכיזים מורכבים של פרוטרומבין (8).

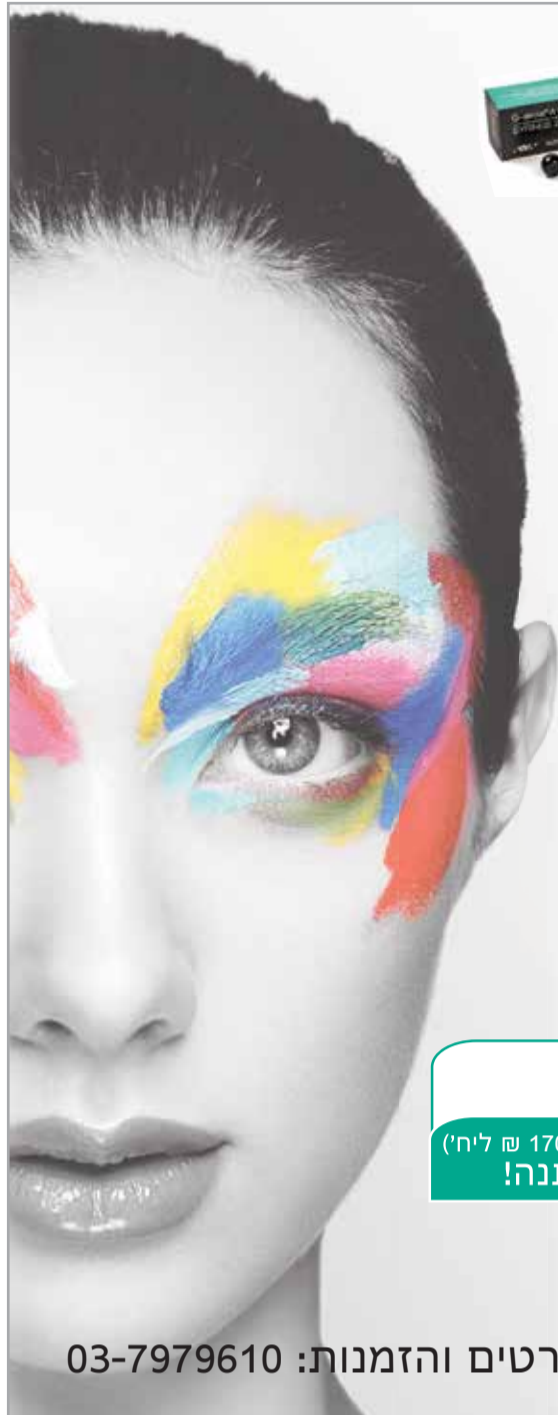
**Edoxaban**

כמו Apixaban ו-rivaroxaban, התרופה גם מעכבת ישירה של פקטור X המשופעל (תמונה מס' 1). התרופה מגיעה לשיאה בפלזמה 1.5 שעות לאחר מתן התרופה. ומשך מחצית החיים שלה בפלזמה הוא 10-14 שעות. 35% מהתרופה מופרש ע"י הכליה ו-60% בצואה (8). תופעות הלוואי השכיחות ביותר הן: דימום, פריחה וסחרחורת. rivaroxaban ו-apixaban תרופה זו אינה דורשת מעקב שגרתי. עם זאת, במצב חירום, מתן אנטי-Xa מכויל יכול לעזור ולהפחית את הדימום. במקרים של דימומים חמורים יתכן שיהיה צורך במתן תרכיזים מורכבים של פרוטרומבין (8).

תרופות נוגדות קרישה חדשות אלו ניתנות למטופלים שמגיעים למרפאות שיניים ללא אינדיקציות, אזהרות, המלצות או פרוטוקולים ברורים שמאפשרים לרופאי השיניים לבצע את פעולותיהם וטיפולם כראוי. רופאי שיניים מכירים נוגדי קרישה מסורתיים (מעכבי ויטמין K) ורגילים לשיטות המעקב אחריהם כמו (INR) ובכך קובעים את הבטיחות במקרים שמתכננים לבצע טיפול שיניים פולשוני (או לא) שיכולים לגרום לדימום בזמן ביצוע הפעולה. עם זאת, אין מספיק ניסויים קליניים אמינים וקוצנזוס לגבי הפרוטוקול שיחול בחולים שנוטלים DOAC וצריכים לעבור טיפול שיניים פולשוני שיכלול עקירות או ניתוחים. נושאים

**דיאגרמה מס' 1** Sabir, Ian, et al. "Oral anticoagulants for Asian patients with atrial fibrillation" Nature reviews cardiology 11.5 (2014): 290.





# G-aenial® A'CHORD

פשטות, אסתטיקה וביצועים ללא פשרות.



חומר שחזור מרוכב מתקדם, לפשטות בחירת גוונים, נוחות עבודה מרבית ואסתטיקה עילאית!

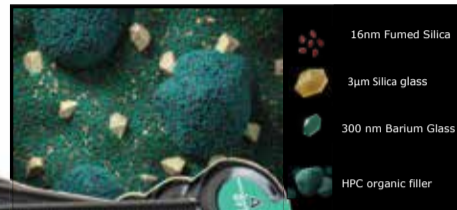
CORE Shades	A1	A2	A3	A3.5	A4
VITA® Classic	A1 B1 D2	A2 B2 C1 D3	A3 B3 C2 C3 D4	A3.5 B4 C4	A4
One-shade technique correspondence					

**פשטות בבחירת גוונים:**  
5 גוונים בסיסיים  
המחליפים את 16 הגוונים  
בסרגל ויטה® הקלאסי

**אסתטיקה עילאית:**

9 גוונים משלימים, לאכיון אסתטי מיטבי, מיסוך ובנייה בשכבות

Relative Opacity	BOW	AO2	AE	A5	A4	A3
	93%	82%	74%	70%	46%	40%



**טכנולוגיה מתקדמת:**

פוטונים ייחודיים של ציפוי-כרטוני לחלקיקי המילוי וטכנולוגיית ייצור חדשנית - מאפשרים מילוי חלקיקים גבוה, עמידות גבוהה מאוד לשחיקה ולצביעה, ורמת ליטוש מצוינת.

**נוחות עבודה:**

מינומר רזין ייחודי ולא-דביק, המבטיח רכות נוחה לעיצוב ולפיסול

**מבצע 1+5**  
ברכישת 5 יח' רפיל - השישית בחינם! (170 ש"ח)  
+ משטח לערבוב קומפוזיטים **מתנה!**

קונים 50 Layering של G-aenial® A'CHORD

במקום 990 ש"ח  
ב-790 ש"ח בלבד!

ומקבלים:  
כלי ידני של אמריקן איגל + משטח לערבוב קומפוזיטים **מתנה!**

50 Layering: גווני A2, A3, AO2, JE, AE

לפרטים והזמנות: 03-7979610



## אוטוקלב B-18 - לחוויית שימוש אולטימטיבית!



חושש שהאוטוקלב שלך לא משמיד מיקרואורגניזמים באופן ודאי?  
נמאס לך לחכות שהאוטוקלב יסיים לעבוד כדי ללכת הביתה?  
אין לך כח לסחוב מיכלי מים מזוקקים רק כדי להתקע בלי מים מזוקקים ברגע הקריטי?  
נמאס עליך המאבק עם דלת האוטוקלב, לפתיחה וסגירה?

### עוברים לאוטוקלב B-18 ארגונומי מבית midmark:

- **תקן Class B האירופאי המחמיר**, עם מספר מחזורי ואקום לעיקור מיטבי גם של מכשור מורכב עם צינורות אוויר, ותכנית לזיהוי כמות הכלים כדי לקצר את זמן העיקור
- מערכת מובנית לזיקוק מים, בחיבור לצנרת ולניקוז
- דלת עם שליטה אלקטרונית, לסגירה תקינה בכל פעם ולשליטה עצמאית על פתיחת הדלת והפסקת עבודה לאחר הייבוש
- 4 מגשים נשלפים והתאמה לקסטות ומגשי שתלים סטנדרטיים
- מגוון חיישנים לניטור עצמי ומצב תחזוקה וניקוי עצמי
- בנפח 18 לי' (דגם נוסף זמין בנפח 23 לי')



"אוטוקלב מצוין, עובד מהר, שקט, נקי, אפשר לסטרל מספר רב של פעמים ברציפות, אפשר להפעיל אותו ולעזוב את המרפאה, והוא מפסיק לעבוד לבד... תענוג של אוטוקלב!"  
ד"ר יעקב פטש (מומחה לרפואת הפה), רעננה

"האוטוקלב מאד פשוט לתפעול, שקט, מהיר, הכלים יוצאים יבשים ואתה לא צריך למלא או לרוקן מים. בקיצור - אני מאד מרוצה!"

ד"ר סרגיי סבלייב, באר-שבע

"עם אוטוקלב 'קלאס ביי' אני רגועה שרמת הסטריליזציה היא מקסימלית. ובכלל - פשטות ההפעלה, האמינות, והעובדה שלא צריך להתעסק עם מיכלי מים מזוקקים או פתיחת דלת לייבוש - הופכים את B18 לקניה מוצלחת. תודה!"

ד"ר ליזט הרשקוביץ, רמת גן

אוטוקלב  
Midmark Newmed B18  
ב-16,000 ש"ח + מע"מ

טרייד-אין  
עד 2,000 ש"ח  
על האוטוקלב  
הישן שלך!\*

\*בהתאם לתקנון



לפרטים: 054-2565357 (איתן)

\* נוהל S-01 של משרד הבריאות



במקרה של rivaroxaban המסקנות ביחס לשיעור הדימום אינן הומוגניות מכיוון שקיים לפחות מחקר אחד בו הוכח כי לחולים נטייה גבוהה יותר לדימום למרות שניתן לטפל בסיכון. ישנם שני מחקרים המעריכים את הסיכון לדימום לאפיקסבן Garcia (17) השווה את הסיכון לדימום בקרב חולים שטופלו באפיקסבן וורפרין. הקבוצה השתמשה בנתונים ממחקר ARISTOTELE, בדקו חולים שנוטלים נוגדי קרישה שהשימוש בהם הופסק במקרים מסוימים לפני הניתוח. 14.6% מכלל הטיפולים היה עקירות שיניים / ניתוחים בחלל הפה. החוקרים הגיעו למסקנה כי הסיכון לדימום בעקבות הטיפולים הכירורגיים היה נמוך בשתי הקבוצות. בנוסף, שיעורים דומים של אירועי דימום גדולים ותורומבמבוליים התרחשו בשתי הקבוצות במהלך 30 הימים לאחר הטיפול.

Abayon ועמיתיו ביצעו מחקר עם סוגים שונים של התערבויות דנטליות כירורגיות כפי שצינו לעיל, ובמסגרתם נקבעו שלוש אסטרטגיות שונות: ללא הפסקת נוגדי הקרישה, הפסקה חלקית או הפסקה מוחלטת. הם מצאו שאין הבדלים בשיעורי הדימום בין הקבוצות (2). למרות הנתונים המוגבלים הקיימים, אנו יכולים להסיק ש-apixaban בטוח לשימוש לפחות כמו קומדין בכל הקשור לדימום בעקבות טיפול כירורגי בחלל הפה והעלאת הסיכונים של אירועים קרדיווסקולריים חדשים וכי הפסקת התרופה או המשך השימוש בה לא מעלה את הסיכון לדימום.

לעיתים קרובות, מתרפאים המטופלים בנוגדי קרישה מתבקשים לעבור להפארין לפני ביצוע טיפול כירורגי בחלל הפה בהמלצת הרופא המטפל. מחקרים רבים בדקו את השפעת המעבר לתרופה זאת על הסיכונים לדימומים בעקבות הטיפול. בשנת 2013, Beyer-Westendorf ועמיתיו ניתחו נתונים ממאגר ניתונים פרוספקטיבי של מעל 2100 חולים כדי לחקור את הניהול הפרוצדוראלי של תרופות נוגדי קרישה חדשות DOACs. המטופלים נטלו: rivaroxaban (76%), dabigatran (23.5%) ו-apixaban (0.5%). הטיפולים סווגו לניתוחים מינימליים (טיפולי שיניים ללא עקירות) וטיפולים קלים (כולל עקירות שיניים). החוקרים ניתחו את השפעת המעבר להפארין במקום ה-DOACs לפני ביצוע הטיפול, החוקרים הגיעו למסקנה כי שכיחות הדימום נמצאה גבוהה יותר בקבוצות המטופלים שקיבלו גישור להפארין, מבלי להשפיע על הסיכונים לפתח אירועים תרומבטיים. הם הגיעו למסקנה כי לפיכך לא מומלץ גישור הפארין בניהול פרוצדוראלי של מטופלים דנטליים הנוטלים DOAC ונראה כי הפרעה לטווח הקצר הייתה בטוחה בקבוצות הניתוח המינימליות והקטניות.

גם Garcia (17) הגיע למסקנה כי לא מומלץ מעבר להפארין לניהול פרוצדורות כירורגיות של חולים הנוטלים apixaban ו-Clemm et al. (19) מצאו כי גישור ההפארין עשוי להיות קשור לסיכון גבוה יותר לדימום לאחר הניתוח.

Daly פרסם מאמר המציע שתי גישות שונות בהתאם לסוג הטיפול והסיכון לדימום על סמך מאפיינים קליניים מסוימים של חולים. בטיפולי שיניים עם סיכון גבוה יותר לסיבוכי דימום, מומלץ להתייעץ עם הרופא המטפל. יש צורך בגישה אינדיבידואלית עם הקונצנזוס בין רופא השיניים לרופא האחראי של המטופל על מנת למזער את הסיכונים והסיבוכים האפשריים, ולבדוק את האפשרות להפסיק או לדחות את מנת הבוקר שלהם ביום הטיפול הדנטלי (20). החולים יכולים להמשיך מחדש את הטיפול התרופתי רק כאשר הושג המוסטאזיס. לכן ניתן לסכם שמומלץ להפסיק את התרופה נוגדת קרישה במקרה של Apixaban / Dabigatran / או לדחות את מנת הבוקר של Rivaroxaban ולקחת אותה ביום הטיפול מאוחר יותר. העדויות המדעיות הקיימות בנוגע לניהול תרופות אלה במרפאות השיניים הינן חלשות מאוד ולכן יהיה צורך לבצע ניסויים קליניים כדי לאשר את המסקנות הראשוניות הללו.

## סיכום:

אנמנזה נכונה מסודרת ומקיפה הנלקחת מהמטופל לפני התחלת הטיפול תוך התייחסות למצבו הסיסטמי, ההיסטוריה הרפואית והתרופות אותן הוא נוטל הינה צעד ראשון והכרחי. על הרופא, תוך ניתוח המקרה, לקבוע האם המתופל, לאור מצבו הסיסטמי, מתאים לעבור את הפעולה במרפאה או שיש להפנותו למשך טיפול במסגרת ביה"ח. במקרה של דימום צריך לדעת מראש אם ניתן להתמודד עם הסיטואציה ולשלוט בדימום במרפאה, ואם המרפאה ערוכה באמת לעצירת הדימום (תפרים מתאימים, חומרים מייצבי קריש דם. יש להתייעץ עם הקרדיולוג, רופא המשפחה או ההמטולוג במידה והרופא מעוניין להחליף או להפסיק את התרופות לפני הפעולה הדנטלית. בכל מקרה של ספק - צריך לזכור שניתן להתייעץ או להפנות את המטופל לצורך מניעה או הפחתת הסיבוכים.

## רשימת ספרות:

- Madrid C, Sanz M. What influence do anticoagulants have on oral implant therapy? A systematic review. Clin Oral Implants Res. 2009;20:96-106.
- Abayon M, Kolokythas A, Harrison S, Elad S. Dental management of patients on direct oral anticoagulants: Case series and literature review. Quintessence Int. 2016;47:687-96.
- Firriolo FJ and Hupp WS. Beyond warfarin: the new generation of oral anticoagulants and their implications for the management of dental patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012;113:431-41.
- Breik O, Cheng A, Sambrook PJ, Goss AN. Protocol in managing oral surgical patients taking dabigatran. Aust Dent J. 2014;59:296-301.
- Spyropoulos AC, Douketis JD. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. Blood. 2012;120:2954-62.
- O'Connell JH. New Oral anticoagulants and their implications for dental patients. J Ir Dent Assoc. 2014;60:137-43.
- Healey JS, Eikelboom J, Douketis J, Wallentin L, Oldgren J, Yang S, et al; RE-LY Investigators. Periprocedural bleeding and thromboembolic events with dabigatran compared with warfarin: results from the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) randomized trial. Circulation. 2012 Jul 17;126:343-8.

(המשך בעמוד 8)

(המשך מעמוד 5)

למעשה, ניתן למצמם את הסיכון לדימום במהלך ניתוחי פה באמצעות שימוש בחומרים שונים כגון: Surgicel) oxidized cellulose), שימוש בספוג ג'לטין נספג, שימוש בתפרי לחץ, שטיפת פה עם 5% חומצה טרנאקסמית ארבע פעמים ביום במשך יומיים או דחיסת גזה ספוגה בחומצה טרנאקסמית (12). חשוב לוודא כי עומדים לרשותנו אמצעים אלה לעצירת הדימום. במקרים של ערכים גבוהים או כאשר אין ברשותנו את האמצעים או הידע לעצירת דימום - מומלץ להפנות למסגרת טיפול מתאימה.

בנוגע לאספרין, במרבית המקרים אין כלל צורך להפסיק נטילתו. במתרפאים הנוטלים מינונים מקובלים של אספרין (75-325 מ"ג) זמן הדימום נותר לרוב בטווח הנורמה ואינו עולה על 20 דקות והפסקת הטיפול עלולה לסכן את המתופל. יש לזכור שמאחר ואספרין פועל ישירות על טסיות הדם, הפסקת נטילתו תהיה יעילה רק אם תתבצע כ-10 ימים לפני (זמן מחצית החיים של טסית הדם). המוסטאזיס נורמאלי מושג גם כאשר רק 20 אחוז מהטסיות פעילות. מינונים גבוהים יותר של ASA מובילים להשפעות נוגדות קרישה נוספות וגורמים לעיכוב הסינתזה של פרוטרומבין. הסיבות העיקריות לכך שזמן הדימום יהיה ארוך מ-20 דקות הן אורמיה, המופיליה, תרומבוציטופניה, הפטיטיס והשפעות נוגדות קרישה או נוגדות טסיות נוספות.

חשוב לוודא כי עומדים לרשותנו האמצעים המתאימים לעצירת דימום. במקרים של ספק או כאשר אין ברשותנו את האמצעים או הידע לעצירת דימום - מומלץ להפנות למומחה.

**לסיכום: אין להפסיק טיפול בנוגדי קרישה דוגמת ASA כמעט אף פעם. מתרפאים נוטלי נוגדי קרישה הסובלים מהפרעות המטבוליות, או שערכי ה-INR הנוכחיים או שנמדדו לאחרונה אצלם הם 4 ומעלה, נזקקים ליעוץ רפואי טרם ניתוחים אוראליים מינוריים. כל המתרפאים העומדים לפני כירורגיה אוראלית גדולת ונוטלים תרופות אנטי תרומבטיות, נזקקים ליעוץ מקדים אצל המטולוג.**

השימוש בנוגדי קרישה ישירים Direct Oral Anticoagulants (DOACs) אמור לפשט את ניהול המקרה בזכות זמן מחצית חיים קצר, תחילת פעולה מהירה, תכונות פרמקוקינטיות ידועות. קיימת בעיה שרוב המאמרים שפורסמו בנושא הניהול של חולים הנוטלים DOACs מתמקדים יותר בפרמקולוגיה של התרופות, התכונות שלהם ולא על נתונים קליניים. כל המחברים מסכימים שאין צורך במעקב או בהתאמת מינון, אך כרגע לא קיימות הנחיות משותפות חד משמעיות אם קיים צורך להפסיק את התרופה לפני ביצוע טיפול כירורגי, ובמידה שצריך כמה זמן לפני ביצוע הטיפול.

סקירת ספרות של Neus Lanau שכללה 11 מאמרים שבדקו את הקשר בין DOACs וטיפולים דנטליים הראתה שכל המחקרים מסכימים שקיים צורך לבצע אינדיבידואציה של כל מקרה, הערכת קושי ומורכבות הפעולה הכירורגית והסיכון לדימום בזמן הפעולה או אחריה, בדיקת הסיכונים הכרוכים בהפסקת התרופה בהנחית הרופא הקלינאי המטפל והערכת תפקוד הכליות של המטופל (13).

בניסוי קליני שפורסם על ידי Healey et al. בשנת 2012, השוו את הסיכון לדימום בקרב חולים שטופלו בדביגטרן (פרדקסא) או בקומדין. אוכלוסיית המחקר כללה 4591 משתתפים. בכל קבוצה היו משתתפים שעברו ניתוחים במשך שנתיים ו-10% מתוכם עברו טיפולי שיניים. התרופות הופסקו לפני הניתוח, כאשר המנה האחרונה של דביגטרן ניתנה 85-35 שעות (ממוצע 49 שעות) לפני ההליך, לעומת 144-87 שעות (ממוצע 114 שעות) עבור קומדין.

לא היה הבדל בדימום בזמן הניתוח בין שתי הקבוצות. החוקרים הגיעו למסקנה כי שיעורים דומים של אירועי דימום בזמן הניתוח ואחריו צפויים בשתי הקבוצות, בנוסף שיעורי הסיבוכים התרומבטיים בשתי הקבוצות היו דומים. החוקרים המליצו כי בפרוצדורות עם סיכונים דימום סבירים או סטנדרטיים יש להפסיק את הדביגטרן 2-3 זמן מחצית החיים לפני הפעולה, ובנוגע לניתוחים עם סיכון דימום גבוה, יש להפסיק את הדביגטרן 4-5 זמן מחצית החיים לפני הניתוח (7).

ב-case control שפורסם על ידי Romond et al. בשנת 2013, נכתב על מטופל בן 67 שנוטל 150 dabigatran מ"ג פעמיים ביום, הטיפול התחדש יום לאחר הניתוח. לאחר 8 עקירות כירורגיות המטופל חווה דימום מינימלי שדווח בשבוע הראשון אחרי ביצוע העקירות. מסקנות החוקר מראות כי בעקירת שיניים תחת דיביגטרן אין סיכון גדול יותר לדימום, אך צריכה להיות הסכמה בין רופא השיניים המטפל לבין הרופא הקלינאי האחראי לגבי ניהול הטיפול בנוגדי הקרישה (14).

בשנת 2015, Breik et al פרסם סדרת מקרים של 5 חולים שעברו עקירות שיניים פשוטות או מורכבות. המתרפאים טופלו ב-dabigatran 220 מ"ג ליום על פי פרוטוקול כמו עקירות שיניים בודדות. החוקרים המליצו גם שלאחר עקירת שיניים לנקוט באמצעים המוסטטיים כגון לחץ מכני, תפרים וחומרים המוסטטיים מקומיים. מומלץ גם להתייעץ עם הרופא המטפל האחראי ולהפסיק את התרופה 24-48 שעות לפני הפעולה ולהתחיל מחדש 24-48 שעות לאחר הטיפול (4). למרות שלמחקרים יש מאפיינים שונים, והטיפולים הדנטליים שבוצעו מגוונים ואפילו המינונים של התרופה משתנים, נראה כי dabigatran היא תרופה בטוחה שאינה מייצרת סיבוכים המורגים משמעותיים בין אם היא מופסקת לפני או נמשכת בזמן הטיפול. ניתן לציין כי במקרה של פרוצדורות מורכבות, נראה כי רצוי יעוץ עם הרופא המטפל עם קביעת תוכנית טיפול מתאימה עם נוגדי הקרישה.

במאמרים אחרים שהעריכו את השפעת rivaroxa-ban על דימומים פוסט אופרטיביים נתקבלו תוצאות שונות. (15) Gómez Moreno et al. ו-Abayon et al. (2), הראו ששימוש בתרופה זאת לא מעלה את הסיכון לדימום אחרי טיפול כירורגי בחלל הפה שכולל שתלים דנטליים. בעבודות אלו לאחר ביצוע הטיפול השתמשו בתפרים נספגים, שימוש בגזה טבולה בחומצה טרנאקסמית 5% במהלך 30-60 דקות, הם הגיעו למסקנה כי השתלת שיניים בחולים הנוטלים rivaroxaban היא בטוחה, ללא צורך בהפסקת התרופה לפני ביצוע הטיפול, בנוסף, הדגישו את החשיבות בנקיטת אמצעים המוסטטיים מקומיים לאחר הטיפול. כמו כן הדגישו שבהחדרת שתלים הסיכון לדימום נמוך יותר מאשר בעקירת שיניים.

לעומת זאת עבודתם של Hancken et al. (16) הציגה שיעורים גבוהים יותר של דימום לאחר פרוצדורות כירורגיות בחלל הפה שהתרחשו בשיעורים גבוהים יותר, מובהקים סטטיסטית, בקרב חולים הנוטלים rivaroxa-ban שלא הופסק לפני הטיפול (11.5%) לעומת קבוצת הביקורת שלא מקבלת תרופות נוגדות קרישה (0.7%). עם זאת, כל אירועי הדימום היו ניתנים לטיפול באמצעות הפעלת לחץ על האזור המדמם או שימוש בדבק פיברין.



# אפשרו ללקוחותיכם פריסת תשלומים רחבה עם blenderPay



**עכשיו בהטבה בלעדית לחברי הר"ש:**  
4 שקלים בלבד על כל 1,000 ₪ ללא עמלת סליקה ל-3 חודשים ראשונים

לפרטים נוספים: \*9906  
Premium@blender.co.il



לא תוטל כל אחריות בגין הפרסום על הר"ש ו/או על הר"ש ייזום וניהול פרויקטים בע"מ. כל חבר הר"ש מתבקש לבדוק את הפרסום ולהחליט, ע"פ שיקול דעתו, אם הוא מעוניין בהצעה המועילית בו. בכפוף לתנאי החברה.



מרכז השתלמויות ברפואת שיניים IDS שמח לעדכן אתכם במועדי פתיחת הקורסים הקרובים:

שתלים למתחילים (תרגול על ראשי גוויות) פרופ' אלי רביב (קנדה) 3 מפגשים - 11.07.22	הצילום הדנטלי ככלי עבודה חיוני ד"ר אלחנדרו רויזנטול, גב' חוליאנה רויזנטול 09.06.22 - מפגש אחד	טכניקות ליעוץ שחזורים אסתטיים ישירים ד"ר סטפן שאולוב 12.05.22 - מפגש אחד
כתרים והשחזות בעידן המודרני (כולל הדגמה על מתרפאים) ד"ר מווי פלייטמן, ד"ר בטי פלייטמן, ראובן אליאל 6 מפגשים - 12.07.22	מבנה - היחידה הבסיסית בשיקום ד"ר נעמה פרידנברג 13.06.22 - מפגש אחד	הרמת מנשך אחורי ד"ר הנרי רון 16.05.22 - מפגש אחד
צמנטציה - מורה נבוכים ד"ר ינון לם 4 מפגשים - 13.07.22	הטיפול הדנטלי בחולה הסיסטמי פרופ' יהודה צדיק, ד"ר קרן יודוביץ' 3 מפגשים - 16.06.22	שיקום על גבי שתלים ד"ר בני כרמון 4 מפגשים - 16.05.22
אסתטיקה של הפנים (קורס קליני עם מתרפאים) פרופ' אלי רביב (קנדה), ד"ר מילי רביב 3 מפגשים - 14.07.22	היבטים אורתודונטיים בעבודת רופא השיניים לילדים ד"ר יואב שפינקו 27.06.22 - מפגש אחד	קורס מקיף ברפואת שיניים אסתטית ד"ר משה פלייטמן, ד"ר סמואל פלייטמן 8 מפגשים - 17.05.22
כיורוגיה זעירה פרופ' אלי רביב (קנדה), ד"ר נעמה סאמט, ד"ר מילי רביב 3 מפגשים - 17.07.22	הטיפול במשקן השחוק (כולל הדגמה על מתרפא) ד"ר גלית טלמור 30.06.22 - שני מפגשים	קורס מתקדם בתפעול ובפענוח CBCT פרופ' יהודה צדיק, ד"ר ג'ו בן יצחק, ד"ר אולג לוינזון, ד"ר קרן יודוביץ' 4 מפגשים - 18.05.22
חזיתיות חרסינה - עבודת צוות (קורס קליני עם מתרפאים) ד"ר משה פלייטמן, מר מוריס פרץ 3 מפגשים - 18.07.22	כתיבה אקדמית לרופא השיניים פרופ' יהודה צדיק, ד"ר מלכה אשכנזי, ד"ר גדי תורג'מן 03.07.22 - 2 מפגשים	קורס מקיף באנדודונטיה ד"ר מיכאל סולומונוב, ד"ר אלון עמית 7 מפגשים - 25.05.22
הרמות סינוס וכל סוגי האוגמנטציה (תרגול על ראשי גוויות) פרופ' אלי רביב (קנדה), ד"ר מילי רביב 3 מפגשים - 24.07.22	טיפול שורש בשיניים קבועות צעירות עם אפקס פתוח ד"ר ג'ו בן יצחק 04.07.22 - מפגש אחד	עבודת שורשים - מטיפול השורש ועד איטום מלא של התעלה ד"ר ג'ו בן יצחק 26.05.22 - מפגש אחד

לפרטים נוספים ולהרשמה: 03-7979600/3

מידע מפורט באתר האינטרנט החדש שלנו: [www.ids4u.co.il](http://www.ids4u.co.il)



(המשך מעמוד 7)



## אשם תורם של מטופל

(להלן: "מומחה מטעם התביעה"), אשר קבע כי תוכנית הטיפול וביצועה היו רשלניים, לא הוסברו לתובע מהות הטיפול והסיכונים הכרוכים בתוכנית הטיפול. כמו כן נטען כי לתובע בוצעו טיפולים מיותרים.

נטען כי כתוצאה מהרשלנות בטיפול, נותר התובע עם נכות צמיתה של 6% בגין עקירת שיניים.

המומחה קבע כי הטיפול המתקן שאותו נדרש התובע לבצע כעת כולל עקירות, החדרת שתלים, הרמת סינוס דו-צדדית ושיקום קבוע באמצעות גשרים.

לכתב ההגנה מטעם הרופא המטפל והמרפאה צורפה חוות דעתו של מומחה בתחום השיקום (להלן: "מומחה מטעם ההגנה"), אשר קבע כי הבדיקה הקלינית והרנטגנית שבוצעו לתובע הדגימו כי שולי הכתרים המשניים לשיניים המאחזות, כלומר התאמת הכתרים בשתי הלסתות, היא תקינה.

המומחה קבע כי אין שום קשר בין הטיפולים נשוא התביעה לטיפול הנדרש כיום, אשר לו היה נזקק התובע ללא כל קשר לטיפולים נשוא התביעה.

המומחה הוסיף כי תוכנית הטיפול שאותה הציע המומחה מטעם התביעה מתעלמת לחלוטין ממצבו הראשוני של התובע, מהעובדה שסירב מלכתחילה לבצע טיפול הכולל שתלים דנטליים, לא חזר למרפאה לאחר סיום הטיפול והזניח את פיו.

התוכנית שבוצעה מלכתחילה, על פי בקשתו של התובע, היתה באמצעות שיקום נשלף וזאת לאור סירוב התובע לבצע טיפול הכולל שתלים. הדעת אינה נותנת שלתובע בוצע על פי בקשתו שיקום נשלף וכאשר הטיפול נכשל עקב הזנחת התובע את פיו, יושת על הרופא המטפל מימון טיפול שונה של שיקום קבוע הכולל שתלים.

### עיקרי פסק הדין:

- בית המשפט קיבל את טענת ההגנה לפיה התובע בחר בתוכנית שבוצעה בפועל מתוך שיקולי עלות, לאחר שכל ההסברים הרלבנטיים שוקפו בפניו, לרבות חלופות הטיפול הקיימות.
- הרשומה הרפואית נוהלה בהתאם לדרישות החוק.
- תוכנית הטיפול שהוצעה היתה נכונה וסבירה.
- הטיפול שניתן על ידי הרופא המטפל היה סביר ולא נפל בו כל דופי.

בשורה התחתונה, בית המשפט אימץ את קביעותיו של מומחה ההגנה על פני חוות דעתו של מומחה התביעה. עם זאת, נקבעה אחריות של המרפאה והרופא בשל כך שהמרפאה ביטלה תור לתובע לאור חוב כספי שלא הוסדר.

בהקשר זה קבע בית המשפט כי היה על הרופא המטפל והמרפאה לנקוט אמצעי זהירות סבירים כלפי התובע על מנת לסיים את הטיפול או לחלופין להבהיר לתובע את המשמעות בהפסקת הטיפול והנזק שעלול להיגרם כתוצאה מכך.

בית המשפט קבע כי במקרה הנדון יש לחלוק את האחריות שווה בשווה בין המרפאה לבין הרופא המטפל.

בית המשפט הכיר במקרה זה ב"אשם תורם" של התובע בשיעור של 60% ולפיכך מסך עלות הטיפול המתקן שנפסק לתובע בסך 100,000 שקלים, נקבע כי הוא יהיה זכאי לקבל 40,000 שקלים בלבד. מעבר לסכום זה נפסק פיצוי של 30,000 שקלים בגין כאב וסבל והחזר הוצאות נסיעה בסך 2,000 שקלים. כלומר, פיצוי בסך 72,000 שקלים בסה"כ. מעבר לכך נפסקו לתובע שכ"ט ע"ד והוצאות משפט. ■

**ד"ר טניה קצף**  
יועצת רפואית במחלקה לרפואת שיניים, חטיבת מקצועית, מדנס.

**עו"ד אילנה מושכל**  
מנהלת מערך תביעות,  
חטיבת אחריות מקצועית, מדנס.

הפעם בחרנו להציג בפניכם מקרה אשר טומן בחובו התייחסות לשתי סוגיות אשר חוזרות ועולות בתיקי אחריות מקצועית רפואית ככלל ובתיקי שיניים בפרט. 1. "אשם תורם של מטופל" - התנהלות של מטופל

במסגרת טיפול ו/או מעקב רפואי אשר יכולה לבוא לידי ביטוי בחוסר היענות להנחיות טיפול או מעקב, אשר תורם לנזק של המטופל. במצב זה אנו טוענים בבית המשפט כי יש אחריות מלאה של המטופל למצבו או שיש לו "אשם תורם", כלומר אחריות תורמת לנזקיו, כך שכלל שתיקבע אחריות של הרופא המטפל יש לנכות מן הפיצוי שייפסק את שיעור תרומתו של המטופל לנזקיו.

2. אחריות מרפאה למעשי הרופא המטפל - במקרים שבהם הטיפול ניתן ע"י רופא שיניים הפועל במסגרת מרפאה, עשויה לעלות השאלה של אחריות המרפאה למעשה או מחדל של הרופא המטפל. במקרה כזה, בית המשפט ידון בנסיבותיו של התיק ובהתאם יקבע את מידת האחריות של המרפאה. בבואו לבחון את אחריות המרפאה, ביהמ"ש עשוי לבחון עניינים כמו חובת השמירה על הרשומה הרפואית, מילוי חובת ההסבר וההחתמה של המטופל על טופסי הסכמה מדעת, מעקב אחר זימונים של המטופל להמשך טיפול או מעקב וכדומה.

### מקרה שהיה כן היה

מטופל בן 65 במועד תחילת הטיפול פנה למרפאת שיניים והופנה לרופא השיניים הפועל במסגרת המרפאה (להלן: "הרופא המטפל"). הרופא המטפל ביצע בדיקה קלינית ורנטגנית ובהתאם לממצאים הוצעו למטופל חלופות טיפול ונקבעה תוכנית טיפול לשתי הלסתות. לטענת המטופל, לא הוסברו לו הסיכונים ותופעות הלוואי של הטיפול המוצע. בשלב הראשון עקר הרופא המטפל 10 שיניים: 14, 15, 17, 18, 25, 26, 34, 35, 38, 44.

לאחר מכן ביצע הרופא המטפל טיפולי שורש ומבנים בשיניים 23-13, 43-33, ובהמשך גשרים זמניים וקבועים בשיניים 23-13 ו-43-33. בהמשך, ביצע הרופא המטפל תותבות חלקיות בשתי הלסתות.

במהלך הטיפול התלונן המטופל כי המבנים והכתרים לוחצים על הלסת וגורמים לו לחוסר נוחות. הגשר שהודבק נשבר לאחר כחודש, הכתרים נפלו לעיתים קרובות והותקנו עם מרווחים אשר דרכם חדרו שאריות אוכל.

למטופל תואם תור לצורך ביצוע הדבקה קבועה של הגשרים אולם הוא לא הגיע ולא בוצעה הדבקה קבועה של הגשרים.

לטענת המטופל, התותבות לא התאימו לסגר השיניים, מה שהוביל לשברים בשיניו הטבעיות, וכן הוא התלונן בפני נציגי המרפאה על כאבים ואי נוחות פעמים רבות, אך לדבריו לא ניתן מענה הולם לתלונותיו.

בשלב מסוים פנה המטופל לרופא שיניים אחר באותה המרפאה וזה אמר לו כי השיקום שבוצע לו אינו תקין כיוון שישנו ריקבון של שורשי השיניים, חוסר איטום בשולי הכתרים, שברים בחרסניה ובמבנים.

המטופל הגיש תביעה נגד המרפאה ונגד הרופא המטפל.

לכתב התביעה צורפה חוות דעת של רופא שיניים

8. Elad S, Marshall J, Meyerowitz C, Connolly G. Novel anticoagulants: general overview and practical considerations for dental practitioners. Oral Dis. 2016;22:23-32.
9. Sivoletta S, De Biagi M, Brunello G, Berengo M, Pengo V. Managing dentoalveolar surgical procedures in patients taking new oral anticoagulants. Odontology 2015;103:258-63.
10. van Diermen DE, van der Waal I, Hoogstraten J. Management recommendations for invasive dental treatment in patients using oral antithrombotic medication, including novel oral anticoagulants. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116:709-16.
11. Baglin TP, Cousins D, Keeling DM, Perry DJ, Watson HG. Safety indicators for inpatient and outpatient oral anticoagulant care: recommendations from the British Committee for Standards in Haematology and N
12. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler ML. Guidelines for the management of patients who are taking oral anticoagulants and who require dental surgery. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35:215-23.
13. Lanau N, Mareque J, Giner L, Zabalza M. Direct oral anticoagulants and its implications in dentistry. A review of literature. J Clin Exp Dent. 2017;9(11):e1346-54.
14. Romond KK, Miller CS, Henry RG. Dental management considerations for a patient taking dabigatran etexilate: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116:e191-5.
15. Gómez-Moreno G, Aguilar-Salvatierra A, Fernández-Cejas E, Delgado-Ruiz RA, Markovic A, Calvo-Guirado JL. Dental implant surgery in patients in treatment with the anticoagulant oral rivaroxaban. Clin Oral Implants Res. 2016;27:730-3.
16. Hanken H, Gröbe A, Heiland M, Smeets R, Kluwe L, Wikner J, et al. Postoperative bleeding risk for oral surgery under continued rivaroxaban anticoagulant therapy. Clin Oral Investig. 2016;20:1279-82.
17. Garcia D, Alexander JH, Wallentin L, Wojdyla DM, Thomas L, Hanna M, et al. Management and clinical outcomes in patients treated with apixaban vs warfarin undergoing procedures. Blood. 2014;124:3692-8.
18. Beyer-Westendorf J, Gelbricht V, Förster K, Ebertz F, Köhler C, Werth S, et al. Peri-interventional management of novel oral anticoagulants in daily care: results from the prospective Dresden NOAC registry. Eur Heart J. 2014;35:1888-96
19. Clemm R, Neukam FW, Rusche B, Bauersachs A, Musazada S, Schmitt CM. Management of anticoagulated patients in implant therapy: a clinical comparative study. Clin Oral Impl Res. 2016;27:1274-82.
20. Daly C. Treating patients on new anticoagulant drugs. Austr Prescr. 2016;39:205-7.
21. Patel N, Patel V, Sarker D, et al. Dual Antiplatelet therapy and dento alveolar surgery. How do we manage patients on anti-platelet medication? Br Dent J 2014; 217:24.
22. Ravindran Chinnaswami et al. knowledge, attitude and practice in treating patients taking oral antithrombotic medications: A survey. J Clin Diagn Res 2017; 11:88-91.