抗血小板薬内服継続下での頸部郭清術に関する臨床的検討

吉 田 将 律^{1,2,3)} 吉 川 博 政^{2,3)}
田 尻 祐 大^{1,2,3)} 永 井 清 志^{2,3)}

要旨：抗血小板薬は脳梗塞，心筋梗塞，末梢動脈血栓症など動脈血栓症の治療や予防に使用されている。外科手術時に抗血小板薬を血栓・塞栓症の発症を考慮し継続するのか，大出血のリスクのため中止するかについては，明確な基準はない。今回，抗血小板薬内服継続下での頸部郭清術について臨床的検討を行ったので報告する。

対象は 2010 年 7 月から 2020 年 12 月までに口腔癌原発手術後に頸部リンパ節後発転移を認め，当科にて片側全頸部郭清術を単独で施行した症例の中で，条件を満たした 23 例とした。対象を抗血小板薬内服群と非内服群に分けて後方視的に比較検討した。内服群は 6 例，非内服群は 17 例であった。術中出血量，術後ドレーン量，術後 Hb，RBC 変化率は両群間で有意差はなかった。両群において術後出血や術後出血性合併症，血栓性合併症の発症はなかった。

本研究において抗血小板薬内服継続下でも頸部郭清術を施行できることが示された。しかしながら，頸部郭清術における術後出血は気道閉塞により生命の危険を招く可能性があり，抗血小板薬を継続する場合は，術中の慎重な止血操作や術後の厳重な管理が必須であると考えられた。また，本研究は症例数が少ないため今後は多施設共同で症例を蓄積し，検討を行う必要があると考えられた。

キーワード：抗血栓療法，抗血小板薬，頸部郭清術

緒 言

抗血小板薬は脳梗塞，心筋梗塞，末梢動脈血栓症など動脈血栓症の治療や予防に使用されている。外科手術時に抗血小板薬を血栓・塞栓症の発症を考慮し継続するのか，大出血のリスクから中止するかについては，明確な基準はない。九州医療センターでは「経口抗血栓薬の術前休薬指針」を作成し，全科がそれぞれの手術内容に応じて抗血小板薬の継続，休薬を判断し対応している。九州医療センター歯科口腔外科では基本的に全例で抗血小板薬内服継続下に手術を施行している。今回，口腔外科手術の中で頸部を取り扱う代表的手術である頸部郭清術を単独で施行した後発転移症例を対象として抗血小板薬内服継続下手術を後方視的に調査，検討したので報告する。

対象および方法

2010 年 7 月から 2020 年 12 月までに口腔癌原発手術後に頸部リンパ節後発転移を認め，当科にて片側全頸部郭清

術を単独で施行した症例は 26 例であった。その中で抗凝固薬を内服中であった 2 例，内科主治医の判断でアスピリンが中止されていた 1 例を除く 23 例を対象とした。対象を抗血小板薬内服継続群（以下内服群）と非内服群に分けて患者背景，周術期因子について後方視的に比較検討した。患者背景は年齢，性別，BMI，アメリカ麻酔学会術前状態分類（American Society of Anesthesiologists physical status classification，以下 ASA-PS 分類），併存疾患，術前ヘモグロビン値（以下 Hb），術前赤血球数（以下 RBC），血小板数（以下 Plt），PT-INR，活性化部分トロンボプラスチン時間（以下 APTT）を検討項目とした。周術期因子は頸部郭清術術式，手術時間，術中出血量，術後ドレーン量，ドレーン抜去時期，術後 Hb，術後 RBC，術前値を 100%とした術後 Hb 変化率，術後 RBC 変化率，術後出血，出血性合併症，血栓性合併症，輸血の有無，在院日数を検討項目とした。なお，手術は基本的に日本口腔外科学会専門医制度口腔外科指導医の 2 名が行ったが，研修施設の特性上，口腔外科専門医または認定医が手術の一部を行うことがあった。

抗血小板内服症例は，基礎疾患の治療状況，投薬内容について手術前に医科主治医に対診し確認した。

抗血小板薬は「抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン」¹⁾にて抗血小板薬に指定されている薬剤とした。

今回の検討は単一施設症例で行ったこともあり，症例数が少なかったが，Fisher の正確確率検定または Mann-Whitney U 検定にて統計解析を行い，p 値 0.05 未満を有

¹⁾ 国立病院機構福岡東医療センター歯科口腔外科（主任：吉田将律医長）

²⁾ 国立病院機構九州医療センター歯科口腔外科（主任：吉川博政部長）

³⁾ 国立病院機構九州医療センター臨床研究センター（主任：岩崎浩己センター長）

〔受付：2021 年 7 月 24 日，受理：2021 年 11 月 8 日〕

表 1 患者背景

	抗血小板薬内服継続群 (n = 6)	非内服群 (n = 17)	有意差
年齢 (歳)	74.0 ± 9.7 (63~89)	68.2 ± 11.6 (36~86)	<i>n.s.</i>
性別	男 3 : 女 3	男 9 : 女 8	<i>n.s.</i>
BMI (kg/m ²)	23.3 ± 1.7 (20.8~26.2)	23.3 ± 4.2 (17~35.5)	<i>n.s.</i>
ASA-PS 分類 ^{*1} 1/2/3/4	0/5/1/0 (0/83.3/16.7/0)	1/13/3/0 (5.9/76.4/17.6/0)	<i>n.s.</i>
併存疾患 (%)			
高血圧症	4 (66.7)	9 (52.9)	<i>n.s.</i>
虚血性心疾患	1 (16.7)	0 (0)	<i>n.s.</i>
脳梗塞	2 (33.3)	0 (0)	<i>n.s.</i>
糖尿病	2 (33.3)	6 (35.3)	<i>n.s.</i>
肝機能異常 ^{*2}	1 (16.7)	0 (0)	<i>n.s.</i>
腎機能異常 ^{*3}	0 (0)	0 (0)	<i>n.s.</i>
術前 Hb (g/dl)	11.7 ± 1.7 (10.5~15.4)	13.7 ± 1.3 (11.7~16.5)	<i>p</i> < 0.05
術前 RBC (10 ⁶ /μl)	3.87 ± 0.6 (3.39~5.07)	4.45 ± 0.5 (2.98~5.05)	<i>n.s.</i>
術前 Plt (10 ⁴ /μl)	19.1 ± 3.9 (14.6~24.6)	21.7 ± 6.2 (14.3~33.5)	<i>n.s.</i>
PT-INR ^{*4}	0.99 ± 0.07 (0.88~1.06) n = 4	0.98 ± 0.05 (0.92~1.07) n = 12	<i>n.s.</i>
APTT (秒) ^{*5}	31.3 ± 3.1 (27.9~36.4) n = 4	29.8 ± 3.1 (25.6~35.2) n = 11	<i>n.s.</i>

データは平均値 ± 標準偏差 (最小値~最大値) もしくは症例数 (%) で示した。*n.s.* : 有意差なし

※ 1 : ASA-PS 分類は以下の通り定義した。1, 健康な症例。2, 軽度の全身疾患をもつ症例。3, 重度の全身疾患をもつ症例。4, 生命を脅かすような重度の全身疾患をもつ症例。5, 手術なしでは生存不可能な瀕死状態。6, 脳死状態。

※ 2 : 肝機能異常は HAS-BLED スコアに準じて慢性肝疾患, ビリルビンが正常値上限の 2 倍以上, AST/ALT/ALP が正常値上限の 3 倍以上とした。

※ 3 : 腎機能異常は HAS-BLED スコアに準じて透析, 腎移植, Cr > 2.26mg/dl とした。

※ 4, ※ 5 : PT-INR, APTT は未測定症例がいたため, 表内に症例数を示した。

表 2 周術期因子

	抗血小板薬内服継続群 (n = 6)	非内服群 (n = 17)	有意差
頸部郭清術術式			
RND/MRND	1/5 (16.7/83.3)	2/15 (11.8/88.2)	<i>n.s.</i>
手術時間 (分)	504 ± 109 (328~651)	430 ± 66 (315~539)	<i>n.s.</i>
術中出血量 (ml)	110.2 ± 65.5 (19~200)	156.0 ± 67.3 (55~275)	<i>n.s.</i>
術後ドレーン量 (ml)	318.8 ± 104.8 (189~465)	305.4 ± 84.7 (131~436)	<i>n.s.</i>
ドレーン抜去時期 (術後日数)	6.8 ± 0.9 (5~8)	6.6 ± 0.5 (6~7)	<i>n.s.</i>
術後 Hb (g/dl) ^{*1}	10.7 ± 1.4 (9.6~13.8)	12.7 ± 1.4 (10.0~16.2) n = 16	<i>p</i> < 0.05
術後 RBC (10 ⁶ /μl) ^{*1}	3.53 ± 0.50 (3.03~4.58)	4.13 ± 0.53 (2.98~5.05) n = 16	<i>n.s.</i>
術後 Hb 変化率 (%) ^{*2}	91.4 ± 3.2 (88.1~97.2)	94.0 ± 5.0 (85.5~101.9) n = 16	<i>n.s.</i>
術後 RBC 変化率 (%) ^{*2}	91.3 ± 3.6 (85.8~96.3)	93.9 ± 5.3 (84.2~101.9) n = 16	<i>n.s.</i>
術後出血	0 (0)	0 (0)	
術後出血性合併症	0 (0)	0 (0)	
術後血栓性合併症	0 (0)	0 (0)	
術中, 術後輸血	0 (0)	0 (0)	
在院日数 ^{*3}	19.2 ± 6.5 (13~32)	16.1 ± 3.8 (12~28)	<i>n.s.</i>

データは平均値 ± 標準偏差 (最小値~最大値), 症例数 (%), 変化率%のいずれかで示した。*n.s.* : 有意差なし

※ 1 : 術後 Hb, RBC は手術 1~4 日後までの値とした。非内服群にて 1 例のみ測定されていない症例があった。

※ 2 : 変化率は術前値を 100% として術後の値を%で示した。

※ 3 : 術後に入院を継続して術後化学放射線療法を施行した症例は, 化学放射線療法を開始した日を退院日として集計した。

意差とし、 p 値 0.1 未満は参考値として示した。

本研究は国立病院機構九州医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結 果

対象は内服群が 6 例、非内服群が 17 例であり、対象の 26.1% が抗血小板薬を内服中であった。内服中であった抗血小板薬はアスピリン、チクロピジン塩酸塩、シロスタゾール、イコサペント酸エチル、リマプロストアルファデクス、ベラプロストナトリウムが各 1 例ずつであった。抗血小板薬投与疾患は脳梗塞が 2 例で心筋梗塞、下肢閉塞性動脈硬化症、脊柱管狭窄症、脂質異常症が各 1 例であった。

背景因子を表 1 に示す。年齢は平均値では内服群の方が高かったが、有意差はなかった。ASA-PS 分類は両群とも 2 が大半を占めており、有意差はなかった。併存疾患については両群とも半数以上に高血圧症を認め、糖尿病は内服群が 33.3%、非内服群が 35.5% の罹患率であった。血栓・塞栓症である虚血性心疾患や脳梗塞は内服群のみに認めた。血液学的所見については Hb が内服群で有意に低かった ($p < 0.05$) が、RBC は有意差を認めなかった ($p = 0.054$)。Plt, PT-INR, APTT は有意差はなかった。

周術期因子を表 2 に示す。頸部郭清術術式は根治的頸部郭清術 (radical neck dissection, 以下 RND)、根治的頸部郭清術変法(modified radical neck dissection, 以下 MRND) に分類した。MRND は全例で胸鎖乳突筋を切除し、内頸静脈と副神経はどちらかを温存したもの、または、その両方を温存したものであった。術式に両群間で有意差はなかった。手術時間は内服群で長い傾向があり、術中出血量については非内服群で多い傾向があったが、どちらも有意差はなかった。術後ドレーン量、ドレーン抜去時期に両群間に差はなかった (図 1)。術後 Hb は術前 Hb と同様に内服群において有意に低値 ($p < 0.05$) であったが、術後 RBC は有意差を認めなかった ($p = 0.065$)。術前 Hb に有意差を認めたため、術前 Hb, RBC を 100% として術後 Hb, RBC の変化率を比較した。術後 Hb, RBC 変化率は両群間で有意差を認めなかった (図 2)。術後出血や出血性合併症、血栓性合併症、輸血した症例は認めなかった。在院日数も両群間で有意差はなかった。

考 察

血小板は動脈系の血栓形成に重要な役割を果たしており、抗血小板薬は脳梗塞、心筋梗塞、末梢動脈血栓症など動脈血栓症の治療や予防に使用されている。わが国は 2007 年に高齢化率が 21% を超え超高齢化社会に突入し、2020 年 9 月には高齢化率が 28.7% となり、年々高齢化が

進んでいる。平成 30 年版厚生労働白書²⁾によると脳血管疾患患者数は年間約 110 万人、虚血性心疾患患者数は年間 72 万人と推測されている。薬剤出荷量から推定される本邦における抗血小板薬内服患者は 600 万人 (人口約 5%) と推測され³⁾、抗血小板薬内服中の患者が口腔外科手術を受ける機会も多いと考えられる。外科手術時に抗血小板薬内服を血栓・塞栓症の発症を考慮し継続するのか、大出血のリスクから中止するかについては、明確な基準はないが手術手技の出血リスクに応じてその内服継続の是非を検討することが多い。

Gotoh ら⁴⁾ は本邦における観血的医療処置時の抗血栓薬の適切な管理に関する大規模前向き臨床研究を行い、抗血小板薬を休薬すると 1.5% が血栓・塞栓症を発症し、継続した場合は 0.8% であり、有意差があることを報告している。また、その研究では大出血の頻度についても検討されており、抗血小板薬継続群では 0.4%、休薬群では 7.6% に大出血を認め、大出血のリスクが高い症例に対して抗血小板薬の休薬が選択されることが多かった可能性やヘパリンブリッジの影響も考えられるが、休薬群の方が有意に大出血が多かったことを報告している。また、Lewis ら⁵⁾ による心臓以外の手術を対象に抗血小板薬の休薬と継続を比較したシステマティックレビューの結果では、継続により術後 30 日以内の心筋梗塞、脳梗塞などの虚血性イベントが 1,000 人中 17 人減少し、外科介入を必要とする出血、輸血イベントには関連しなかったと報告している。さらに、Biondi ら⁶⁾ は冠動脈疾患患者においてアスピリンを中止すると心イベントが約 3 倍増加することを報告している。これらの報告から出血リスク、血栓・塞栓症リスク両面からまずは抗血小板薬を継続し手術を施行することを検討する必要があると考えられる。2020 年に日本循環器学会にて公表された「2020 年 JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 冠動脈疾患患者における抗血栓療法」⁷⁾、「2020 年改訂版 不整脈薬物治療ガイドライン」⁸⁾ の両ガイドラインにおいて、観血的手技が出血リスクから分類され、この中で、頭頸部癌再建手術は出血高リスク手技となっているが、通常の頭頸部手術は出血中リスク手技 (抗凝固薬の休薬を可能ならば避ける) に分類されている。頭頸部領域は重要動静脈が多く血管の処理に慎重を要するが、創部は完全に開放創であり、動静脈は明視野に確認でき確実な止血も可能であることから手術出血リスクとしては中リスク手技となることは妥当と思われる。Oltmann ら⁹⁾ は甲状腺摘出術および副甲状腺摘出術の術後血腫発生率は 325mg アスピリン内服またはクロピドグレル内服により有意に増加すると報告している。頸部郭清術では術後出血による頸部腫脹は気道閉塞から生命の危険を招く可能性があるため、術中は慎重に止血操作を行い、閉創前に止血確認を厳重に行うことは当然であるが、術後には頸部腫

図1 術中出血量と術後ドレーン量推移

n.s.:有意差なし

図2 術前後Hb, RBC値, 変化率

脹の程度, ドレーン内の出血量, 性状に気を配り, 万一出血が疑われた場合は速やかに創部開創し血腫除去を行える体制を整えておく必要がある。九州医療センターでは「経口抗血栓薬の術前休薬指針」が作成されているが, その中で口腔癌を含む口腔外科手術は低出血リスク群に分類しており, 当科では原則的にすべての口腔外科手術は抗血小板薬を継続下に手術を施行している。抜歯に関しては2010年に「科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関する

ガイドライン」が上梓され, 2020年には「抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン」¹⁾として改訂版が発刊され, 抗血小板薬内服継続での抜歯の安全性に関してコンセンサスが得られた。口腔内手術に関しては, このガイドラインを参考に抗血小板薬内服患者の対応を決定している施設も多いと思われるが, 口腔外科手術の一領域である頸部手術における抗血小板薬内服に関しては継続, 中止の指針, 基準がなく各施設の判断に委ねられていることか

ら、今回、診療ガイドライン作成時の一助となることを目的に、口腔外科手術の中で頸部を取り扱う代表的手術であり、術式に症例間の差が少ない頸部郭清術を対象とし、抗血小板薬内服群と非内服群に分け、後方視的に比較検討を行った。

今回の対象は 23 例で抗血小板薬内服群は 6 例、非内服群は 17 例であり、対象の内服率は 26.1%であった。これは抗血小板薬の薬剤出荷量から推定される内服率である人口約 5%よりも高率であった。対象の年齢が平均年齢で 69.7 歳と高齢であったことが関係していると思われる。また、両群間の平均年齢は内服群が非内服群よりも高く、抗血小板薬は高齢者が内服することが多い薬剤であるためと考えられた。術前 Hb については内服群が有意に低値であった。一般的に Hb 低値の原因として栄養障害も考えられるが、BMI は両群間に有意差はなく、栄養状態は両群間に差はなかったと予想され、Hb の両群間の差の原因ははっきりしなかった。周術期の出血量の参考として、術後の Hb、RBC 変化率を両群間で比較したが、Hb、RBC ともに術後変化率は両群間で有意差は認めなかった。また、実際の術中出血量についても両群間で有意差はなかったが、平均値では内服群の方が出血量が少なかった。手術時間は平均値で内服群の方が長い傾向があったことから、内服群においてより慎重に止血操作が施行されたことや、止血確認を厳重に行うことにより、手術時間が長くなった可能性があった。術後の総ドレーン排液量についても両群間に有意差はなく、両群において術後出血や術後出血性合併症を発症した症例、輸血を要した症例はなかった。以上のことから本研究では抗血小板薬内服症例に対して非内服症例よりもより慎重な手術操作が行われていた可能性はあるが、抗血小板薬は継続下に頸部郭清術が施行できることが示された。

今回の抗血小板薬内服患者は、種類は異なるが全て単剤の内服であった。作用機序が異なることで出血に影響を及ぼすことも考えられるが、症例数が少なく種類の検討はできなかった。また、複数の抗血小板薬を内服している患者もいる。Toyoda¹⁰⁾は本邦における大規模前向き研究にて抗血小板薬内服患者では単剤内服中で年間 0.34%、2 剤併用で 0.6%の症例が頭蓋内出血を発症したことを報告している。また、頭蓋内出血のリスク因子には高血圧があることが知られている。今回の研究では対象が少ないこともあり、頭蓋内出血などの出血性合併症を起こす症例はいなかったが、複数の抗血小板薬内服患者では頭蓋内出血などの出血性合併症のリスクが高いことも留意し、予防のため周術期の血圧管理を厳重に行う必要があると思われる。

抗血小板薬を含めた抗血栓薬を休薬する場合には、治療後に抗血栓薬が再開されなかった事例が報告されており、薬剤管理における院内標準化システムを構築した上で病棟看

護師を含む多職種での薬剤管理が必須となる¹¹⁾。そのため、抗血小板薬を継続することは薬剤管理が簡易化され、看護業務量の低減や医療事故の防止に繋がる可能性がある¹²⁾。

九州医療センターでは「経口抗血栓薬の術前休薬指針」が作成されており、当科では指針を参考に医科主治医に対診後、継続、休薬について判断している。術中、術後管理については麻酔科と十分協議を行い、特に術後の血圧管理については、出血を考慮し高血圧を認めた場合は、降圧剤の持続点滴を行うなど厳密に管理を行っている。内服症例では結合組織、筋肉などの軟組織全体からじわじわと持続性の出血を認めることが多いため、電気凝固装置を用いて丁寧な止血操作を心がけている。さらに、創部は生食で洗浄後に出血点の有無を入念に確認し、止血を十分に確認した上で閉創している。このような周術期管理を行うことで抗血小板薬内服継続下に頸部郭清術が施行できることが示された。

本研究の limitation としては症例数が少なく、後方視的研究であること、抗血小板薬の違いによる影響について検討ができていないこと、抗血小板薬 2 剤併用症例や抗凝固薬との併用症例についての検討がなされていないことが挙げられる。今後はそれらを踏まえ多施設共同で大規模な臨床研究によりエビデンスを構築し、ガイドラインを作成することが望まれる。

結 語

本研究において抗血小板薬内服継続下でも頸部郭清術が施行できることが示された。しかしながら、頸部郭清術における術後出血は気道閉塞により生命の危険を招く可能性があり、抗血小板薬を継続する場合は、術中の慎重な止血操作や術後の厳重な管理が必須であると考えられた。また、本研究は症例数が少ないため今後は多施設共同で症例を蓄積し、検討を行う必要があると考えられた。

本論文に関して、開示すべき利益相反状態はありません。

文 献

- 1) 日本有病者歯科医療学会・日本口腔外科学会・日本老年歯科医学会編：抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン 2020 年版、第 1 版、学術社、東京。
- 2) 厚生労働省：平成 30 年版厚生労働白書。https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/18/index.html。
- 3) 石川英一、矢坂正弘、他：観血的医療処置時の抗血栓薬の適切な管理に関する研究 (MARK 研究) —アンケートを用いた全国実態調査—。脳卒中 35 : 425-431, 2013。
- 4) Gotoh, S., Yasaka, M., et al.: Management of antithrombotic agents during surgery or other kinds of medical procedures with bleeding: The MARK Study. J Am Heart Assoc 9 : e012774, 2020。

- 5) Lewis, S.R., Pritchard, M.W., et al.: Continuation versus discontinuation of antiplatelet therapy for bleeding and ischaemic events in adults undergoing non-cardiac surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 Jul 18 ; 7 : CD012584.
- 6) Biondi-Zoccai, G.G., Lotrionte, M., et al.: A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50,279 patients at risk for coronary artery disease. *Eur Heart J* 27 : 2667-2674, 2006.
- 7) 木村一雄, 中村正人, 他 : 2020 年 JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 冠動脈疾患患者における抗血栓療法. https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2020_Kimura_Nakamura.pdf.
- 8) 小野克重, 岩崎雄樹, 他 : 2020 年改訂版不整脈薬物治療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2020_Ono.pdf.
- 9) Oltmann, S.C., Alhefdhi, A.Y., et al.: Antiplatelet and anticoagulant medications significantly increase the risk of postoperative hematoma: Review of over 4500 thyroid and parathyroid procedures. *Ann Surg Oncol* 23 : 2874-2882, 2016.
- 10) Toyoda, K., Yasaka, M., et al.: Dual antithrombotic therapy increases severe bleeding events in patients with stroke and cardiovascular disease. *Stroke* 39 : 1740-1745, 2008.
- 11) 藤本俊一郎, 平下浩司, 他 : 周術期の抗血栓薬管理に関する院内標準化. *医療マネジメント会誌* 12 : 161-168, 2011.
- 12) 柳生枝実, 宇留野裕太, 他 : 抗凝固薬・抗血小板薬・血管拡張薬・脳循環代謝改善薬が人工股関節全置換術の周術期へ及ぼす影響. *Hip Joint* 46 : S43-S45, 2020.

Clinical examination of neck dissections under the continuous oral administration of antiplatelet agents

Masanori Yoshida^{1, 2, 3)}, Hiromasa Yoshikawa^{2, 3)},
Yudai Tajiri^{1, 2, 3)} and Kiyoshi Nagai^{2, 3)}

¹⁾ Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery,
National Hospital Organization FukuokaHigashi Medical Center
(Chief: Dr. Masanori Yoshida)

²⁾ Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery,
National Hospital Organization Kyusyu Medical Center
(Chief: Dr. Hiromasa Yoshikawa)

³⁾ Clinical Research Institute, National Hospital Organization Kyusyu Medical Center
(Chief: Dr. Hiromi Iwasaki)

Abstract

Antiplatelet drugs are used to treat and prevent arterial thromboses such as cerebral infarction, myocardial infarction, and peripheral arterial thrombosis. There are no clear criteria for determining whether the administration of antiplatelet agents should be continued at the time of surgery in view of the onset of thrombosis/embolism or discontinued due to the risk of major bleeding. In this article, we report on our clinical examination of the safety of neck dissections under the continuous administration of antiplatelet drugs.

The study included 23 subjects who met the criteria from among those who underwent surgery for primary oral cancer, experienced subsequent metastases to the cervical lymph nodes, and underwent unilateral total neck dissections alone at our department from July 2010 to December 2020. We divided the subjects into a group which orally ingested antiplatelet drugs and a group without oral administration of the same drugs and compared them retrospectively. There were 6 cases in the oral administration group and 17 cases in the group without oral administration. Intraoperative bleeding, postoperative drainage, postoperative Hb, and rate of change in RBC did not differ significantly between the two groups. No onset of postoperative bleeding, postoperative hemorrhagic complications, or thromboembolic complications were observed in either group.

This study demonstrated that neck dissections can be performed under the continuous administration of antiplatelet drugs. However, postoperative bleeding following neck dissections may be life-threatening due to airway obstruction. If antiplatelet drugs are continued, careful intraoperative hemostasis and strict postoperative management are vital. Due to the small sample size of this study, we believe a multicenter accumulation of subjects is needed for further examinations.

Key words : antithrombotic therapy, antiplatelet drug, neck dissection

Requests for reprints to: Dr. Yoshida M., Department of Dentistry, Oral and Maxillofacial Surgery, National Hospital Organization FukuokaHigashi Medical Center, 1-1-1, Chidori, Koga-city, Fukuoka 811-3195, Japan