

Antibiotikaprofylax sällan indicerad inom tandvården

Angeläget att läkare och tandläkare har en samsyn



JOHAN BLOMGREN, övertandläkare, kliniken för sjukhustandvård, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Kungälvssjukhus; Folk tandvården, Västra Götalandsregionen



ANDERS HEIMDAHL, professor, käkkirurgi, institutionen för odontologi, Karolinska institutet, Stockholm



JOHAN STRUWE, docent, överläkare, Strama, Solna; Smittskyddsinstitutet, Solna

Förekomsten av bakterier med resistens mot antibiotika ökar samtidigt som utvecklingen av nya antibiotika minskar. För att minska uppkomst och selektion av resistenta stammar är det därför nödvändigt att försöka eliminera överanvändning och felanvändning av antibiotika.

I Sverige arbetar Strama på regeringens uppdrag för att bevara möjligheten till effektiv antibiotikabehandling av infektioner hos människor och djur. Sedan ett par år har Strama en grupp som arbetar med tandvårdsfrågor.

Tandläkaren kan inte i alla situationer själv avgöra i vilken utsträckning vissa patienter ska ges antibiotika i infektionsförebyggande syfte i samband med tandvårdsbehandling. Stramas tandvårdsgrupp anser att det är angeläget att läkare och tandläkare har en samsyn om antibiotikaprofylax.

Rekommendationer finns

De nationella rekommendationer som berör antibiotikaprofylax i tandvård är Socialstyrelsens råd och anvisningar [1] samt Svenska infektionsläkarförningens vårdprogram för infektiös endokardit [2] respektive inopererade ledproteser [3].

En fullständig redovisning av det vetenskapliga underlaget för användandet av antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp kommer att redovisas i form av

en SBU-rapport, som beräknas vara klar våren 2010.

Antibiotikaprofylax bör vara så kortvarig som möjlig – engångsdos (korttidsprofylax) ska väljas. Antibiotikaprofylaxen bör sättas in 30–60 minuter före ingreppets början.

8 procent förskrivs av tandläkare

Av all antibiotika som säljs på recept i Sverige är ungefär 8 procent förskrivna av tandläkare.

Endast ett fåtal substanser används inom tandvården, men för dessa substanser är andelen av den totala receptförskrivningen betydande: penicillin V 23 procent, metronidazol 18 procent, klindamycin 13 procent och amoxicillin 13 procent.

Endokardit kan vara en indikation

Antibiotikaprofylax mot endokardit i samband med blodiga ingrepp i munhålan bör fortsättningsvis inte rekommenderas utan övervägas endast för enskilda patienter som riskerar ett mycket allvarligt, letalt, förlopp vid en infektiös endokardit.

God tandhälsa och god munhygien minskar risken för klaffsjuka individer att insjukna i endokardit, vilket anses ha större betydelse än upprepade vistaka doser av antibiotika i profylaktiskt syfte.

Antibiotikaprofylax kan vara rimligt att överväga (om ingreppet inte kan skjutas upp) till patienter som har ett nedsatt antibakteriellt försvar sekundärt till sjukdom eller medicinering, dvs ett lågt antal neutrofila granulocyter. Redan vid värden $<1,0 \times 10^9/l$ kan det vara lämpligt att tandläkaren tar kontakt med behandlande läkare. Endast orala ingrepp som är absolut nödvändiga ska göras vid uttalad neutropeni (neutrofila granulocyter $<0,5 \times 10^9/l$); ingreppen ska då göras på specialistklinik i nära samråd med behandlande läkare.

Vid långtidsbehandling med kortison i höga doser bör tandläkaren samråda med behandlande läkare för att disku-

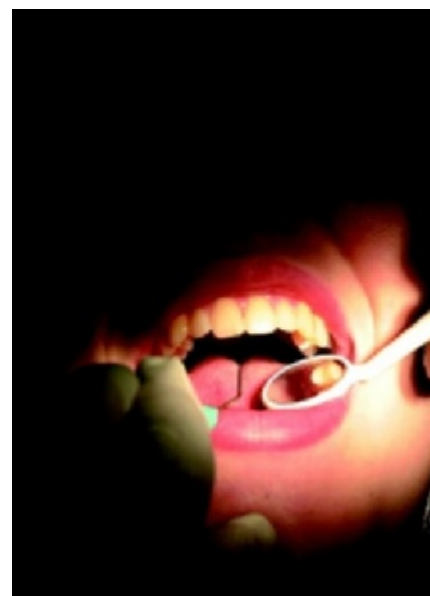


Foto: Colourbox

Munnen är en del av kroppen, och en bedömning måste göras av »hela« patienten. Samarbete tandläkare–läkare är därför viktigt.

tera graden av påverkan på infektionsförsvaret mot bakteriella infektioner.

Det finns starkt konsensusstöd för att ge antibiotikaprofylax till patienter som har genomgått strålbehandling mot käkbenet och som ska genomgå benskadande behandling.

Svår diabetes gränsfall

Svårt sjuka diabetespatienter med dåligt inställt blodglukos och med komplikationer från ögon och njurar samt då-

SAMMANFATTAT

Onödig antibiotikaprofylax i samband med tandläkarbehandling är inte i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och bör undvikas.

Antibiotikaprofylax är rimligt att överväga vid hög endokarditrisk, neutropeni och vid ingrepp i strålbehandlat käkben.

Inopererade föremål som ledproteser, pacemaker, stentar, graft och shuntar är inte indikation för antibiotikaprofylax.

lig perifer genomblödning, som leder till gangränösa tår etc, har sämre sårhelingsförmåga och kan eventuellt förväntas ha hjälp av antibiotikaprofylax.

Inopererade föremål ingen indikation

För behandling av patienter med olika former av inopererade föremål såsom ledproteser, pacemaker, stentar, graft och shuntar saknas det helt evidens för att ge antibiotikaprofylax. Antibiotikaprofylax vid tandingrepp på friska patienter med ledprotes kan i dag således inte rekommenderas.

Vid behandling av reumatiska sjukdomar och många andra autoimmuna sjukdomstillstånd används läkemedel som sätter ned infektionsförsvaret. Det är dock ovanligt med så kraftig påverkan på de neutrofila granulocyterna att antibiotikaprofylax blir aktuell.

»Hela« patienten ska bedömas

I alla behandlingssituationer måste en bedömning göras av »hela« patienten

och alla olika faktorer värderas, inklusive det vetenskapliga stöd som kan påverka beslut om eventuell antibiotikaprofylax. Att en patient lämnar uppgift om ett medicinskt tillstånd ska däremot inte automatiskt innebära att profylax ges vid diverse olika ingrepp.

Den som administrerar antibiotika till patienten har också det yttersta ansvaret för behandlingen. Onödigt förskrivna antibiotika är inte behandling i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *I en artikel i Tandläkartidningen presenterar Stramas tandvårdsgrupp underlaget för rationell antibiotikaprofylax inom tandvården, där även fullständig referenslista lämnas [Blomgren J, Dahlén G, Dohnhammar U, Heimdahl A, Struwe J, Wahlin YB, et al. Få indikationer för antibiotikaprofylax. Tandläkartidningen. 2009;101(14):62-6].*

REFERENSER

1. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforhartsjukvard/sokiriktlinjerna>
2. Svenska infektionsläkarföreningen. Harriet Hogevik. Endokarditprofylax. Uppdaterat maj 2009.
http://www.infektion.net/klinik/hjarta/endokardit/Endokarditprofylax_maj_09.pdf
3. Svenska infektionsläkarföreningen. Vårdprogram för led- och skelettinfektioner. Revision 2008.
http://www.infektion.net/klinik/skelett-led/Vardprogram_led_och_skelett_2008.pdf

Nu finns Läkartidningens nya författaranvisningar på webben.

Läs! Tävla om bokcheckar!

www.lakartidningen.se/forfattaranvisningar

Läkartidningen