

Antibiotikaprofylax mot bakteriell endokardit:

Läkare som fick erinran för att inte ha varnat sin patient borde inte ha fällts!

Det fanns ingen anledning att ge en erinran till den läkare som inte informerat sin patient om antibiotikaprofylax mot bakteriell endokardit innan han behandlades av en tandhygienist, anser författarna.

Läkartidningen 21/2008 (sidan 1586) sammanfattas ett HSAN-ärendet (3402/07) där en kardiologkollega fick en erinran för att ha underlåtit att informera patienten om antibiotikaprofylax mot bakteriell endokardit (BE). Då det vetenskapliga underlaget för effekten av och nyttan med denna behandling i många fall är ytterst svagt, vilket nyligen resulterat i reviderade rekommendationer om när antibiotikaprofylax egentligen bör ges, finns det all anledning att ifrågasätta den disciplinära påföljden i detta fall.

En 37-årig man, med kombinerat aortavitium på basis av bikuspid aortaklaff, drabbades efter besök hos tandhygienist av BE med allvarliga komplikationer i form av septisk emboli, med stor hjärtinfarkt som följd. Patienten genomgick en akut klaffoperation, men avled kort efter operationen.

Infektiös endokardit är ett ovanligt tillstånd som framför allt drabbar personer med skadade eller kongenitalt deformerade hjärtklaffar. Det är



MAJID KALANI
överläkare, med dr, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus majid.kalani@ds.se



KENNETH PEHRSSON
överläkare, docent, hjärtkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

livshotande, med en mortalitet på cirka 30 procent, även vid adekvat antibiotikabehandling [1]. Incidensen av BE är osäker och bra prospektiva studier saknas, men den varierar troligen mellan 2 och 6 infektioner/100 000 invånare/år i olika regioner [2]. Teorierna om antibiotikaprofylax i samband med ingrepp som orsakar bakteremi grundlades efter en studie av Taran 1944 [3]. Introduktion av antibiotikaprofylax har dock inte lett till minskad incidens av BE.

Av alla fall med BE finner man ett tänkbart samband med tandgrepp hos endast 4–7,5 procent [4], vilket dock lett till att t ex American Heart Association (AHA) rekommenderar antibiotikaprofylax vid tandbehandling för personer med förhöjd risk att drabbas av BE [5]. I de flesta publicerade riktlinjer rekommenderas penicillin i en bolusdos på 2–3 g. Man poängterar dock att det endast är i samband med vissa typer av ingrepp i munhålan, t ex tandextraktion och rotfyllning (som potentiellt innebär betydande bakteremi), som antibiotikaprofylax bör övervägas [5].

Cirka hälften av alla personer som drabbas av BE har inte någon bakomliggande hjärtsjukdom [6]. Att tidigare ha haft endokardit och/eller hjärtklaffsprotes ger den i särklass största riskökningen för att drabbas av BE [7]. American Heart Association har nyligen reviderat sina riktlinjer för antibiotikaprofylax mot BE till att, utöver personer med tidigare BE och implanterad mekanisk hjärtklaff, endast omfatta personer med cyanotiska, medfödda hjärtmissbildningar (med eller utan implanterade apparater) samt hjärtransplanterade [8].

Den 37-åriga mannen i det aktuella HSAN-ärendet omfattas inte av dessa rekommendationer, och någon särskild anledning till information om antibiotikaprofylax mot BE förelåg således inte!

Det finns inga randomiserade och/eller kontrollerade kliniska studier på människa om effekten av antibiotikaprofylax mot BE i samband med tandbehandling. I en genomgång av all litteratur på området som gjordes av Cochrane Collaboration 2004 [9], fann man endast en fall-kontrollstudie [10] som uppfyllde uppställda sökkriterier, men inte en enda randomiserad eller kliniskt kontrollerad studie eller kohortstudie. I studien av van der Meer och medarbetare fann man ingen effekt av antibiotikaprofylax på incidensen av BE. Rapporten konstaterar att det saknas bevis för att antibiotikaprofylax har effekt på BE hos högriskpatienter som genomgår invasiv tandbehandling [10], och att det saknas vetenskapligt underlag för de publicerade riktlinjerna. Dessutom krävs studier som undersöker potentiella risker med antibiotikaprofylax när det gäller bland annat resistensutveckling, och bedömer dessa risker i förhållande till eventuella vinster med behandlingen.

Det finns således inget vetenskapligt underlag som stödjer rutinmässig insättning av

antibiotikaprofylax mot BE hos högriskpatienter, som genomgår behandling hos tandläkare eller tandhygienist. I det aktuella HSAN-fallet fanns det ingen anledning till disciplinär påföljd!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Netzer RO, Zollinger E, Seiler C, Cerny A. Infective endocarditis: clinical spectrum, presentation and outcome. An analysis of 212 cases 1980–1995. *Heart*. 2000;84:25–30.
- Berlin JA, Abrutyn E, Strom BL, Kinman JL, Levison ME, Korzeniowski OM, et al. Incidence of infective endocarditis in the Delaware valley, 1988–1990. *Am J Cardiol*. 1995;76(12):933–6.
- Taran LM. Rheumatic fever and its relation to dental disease. *Ny J Dent*. 1944;14:107–13.
- Gendron R, Grenier D, Maheu-Robert L. The oral cavity as a reservoir of bacterial pathogens for focal infections. *Microbes Infect*. 2000;2(8):897–906.
- Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc*. 1997;128(8):1142–51.
- Hoen B, Alla F, Selton-Suty C, Béguinot I, Bouvet A, Briançon S, et al. Association pour l'étude et la prévention de l'endocardite infectieuse (AEPEI) study group. Changing profile of infective endocarditis: results of a 1-year survey in France. *JAMA*. 2002; 3;288(1):75–81.
- Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke endocarditis service. *Am J Med*. 1994;96(3):200–9.
- Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis – guidelines of the American heart association. *Circulation*. 2007;116(15):1736–54.
- Oliver R, Roberts GJ, Hooper L. Penicillins for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003813.
- van der Meer JT, Thompson J, Valkenburg HA, Michel MF. Epidemiology of bacterial endocarditis in The Netherlands. II. Antecedent procedures and use of prophylaxis. *Arch Intern Med*. 1992;152:1869–73.