

Sammanfattning

av Läkemedelsverkets rekommendationer avseende antibiotikaprofylax i tandvården



Tandläkartidningen publicerade i nummer 13 2012 Läkemedelsverkets nya rekommendationer avseende antibiotikaprofylax. I nummer 14 och i detta nummer publiceras bakgrundsdokument som togs fram inför det expertmöte som i maj 2012 anordnades av Läkemedelsverket i samarbete med Smittskyddsinstitutet och Tandvårds-Strama. I och med att bakgrundsdokumentet, som beskriver situationen före expertmötet, publiceras efter rekommendationen, riskerar budskapet att bli otydligt. Tandvårds-Strama vill därför med nedanstående sammanfattning tydliggöra vilka rekommendationer det är som nu gäller.

Observera att rekommendationerna är avsedda som beslutsstöd till tandvård och sjukvård, men de ersätter inte den kliniska bedömningen av en individuell patient. En helhetsbedömning måste i alla behandlingssituationer göras på individnivå och vid samtidig förekomst av flera riskfaktorer kan det vara nödvändigt för tandläkare/tandhygienist att diskutera med patientens läkare eller med infektionsläkare.

TANDVÅRDS-STRAMA

Johan Blomgren, Gunnar Dahlén, Bengt Götrick, Kerstin Knutsson, Bodil Lund, Bo Sunzel, Ylva-Britt Wahlin, Mikael Zimmerman

RISKPATIENTER

1. Patienter med gravt nedsatt immunförsvar

- Neutrofila granulocyter $< 1,0 \times 10^9/L$.
- Defekt granulocyt funktion. Till exempel MDS och granulomatös sjukdom.
- Pågående tung immunosuppressiv behandling.

Till dessa patienter rekommenderas profylax vid följande ingrepp:

- Tandextraktion
- Subgingival deputation
- Dentoalveolär kirurgi

2. Patienter med locus minoris resistentiae

- Högdosstråldbehandlat käkben.
- Cancerpatienter som behandlas med eller har behandlats med bisfosfonat intravenöst. Profylax rekommenderas vid benskadande ingrepp.
- Ledprotes
Profylax inför tandextraktion, subgingival deputation och dentoalveolär kirurgi *kan övervägas* till patienter med nyopererad ledprotes (< 3 månader postoperativt) och *samtidig*

förekomst av ytterligare minst tre riskfaktorer och när ingreppet inte kan skjutas upp.

Riskfaktorer att väga in:

- Övervikt (BMI $> 35-40$)
- Rökning
- Anemi
- Dålig munhälsa
- Om ingreppet tar lång tid
- Primär eller förvärvad immunbrist
- Hög ålder
- ASA ≥ 3

3. Kontakt med behandlande läkare inför invasivt odontologiskt ingrepp rekommenderas

- till multisjuka patienter med okontrollerad diabetes mellitus, svår autoimmun/inflammatorisk sjukdom eller med samtidig förekomst av flera riskfaktorer (ASA 4).

4. Följande patientgrupper bör behandlas av, eller i samråd med, specialisttandläkare/sjukhustandläkare:

- Patienter som genomgått högdosstrålning mot käkbenet.
- Cancerpatienter som fått intra-

venös bisfosfonatbehandling.

- Gravt neutropena patienter ($< 0,5 \times 10^9/L$) samt patienter med defekt granulocytfunktion.

RISKINGREPP

1. Antibiotikaprofylax rekommenderas vid följande odontologiska ingrepp på i övrigt friska patienter:

- Anomalikirurgi
- Frakturkirurgi
- Bentransplantationer

2. Antibiotikaprofylax kan övervägas vid följande ingrepp:

- Implantatkirurgi

PREPARAT OCH DOSER

Peroral administration, engångsdos 60 minuter före ingreppet.

Förstahandsval

- Vuxna: Amoxicillin 2 g
- Barn: Amoxicillin 50 mg/kg kroppsvikt

Vid dokumenterad penicillinallergi

- Vuxna: Klindamycin 600 mg

- Barn: Klindamycin 15 mg/kg kroppsvikt

Parenteral administrering, ges under högst ett dygn

- Bensylpenicillin (3g x 1-3), alternativt klindamycin (600 mg x 1-3) vid penicillinallergi.

Ingen profylax vid något av följande tillstånd:

Till exempel hjärtklaffssjukdom, inopererad hjärtklaff, tidigare endokardit, hjärtinfarkt, pacemaker, kortison $< 10\text{mg/d}$, metotrexat tablettbehandling, peroral bisfosfonatbehandling, intravenös bisfosfonatbehandling på osteoporosindikation, avsaknad av mjälte, organtransplanterad patient eller tumörpatient utan tung immunosuppression eller neutropeni, hypogammaglobulinemi, IgA-brist, SLE, välinställd diabetes eller reumatisk sjukdom, cystisk fibros, dialyspatient, Downs syndrom.