

Endokarditprofylax

Profylax mot infektiös endokardit har i Sverige publicerats senast i Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (Socialstyrelsen 2011-12-13).

Sammanfattningsvis saknas evidens för antibiotikaprofylax mot endokardit – den vetenskap som finns talar för att antibiotikatillförsel inför tandingrepp inte minskar förekomsten av endokardit eller förhindrar några insjuknanden.

Trots detta – på grundval av tradition alltså första rekommendationen av AHA (American Heart Association) 1955, klinisk erfarenhet och konsensus – övervägs (observera, rekommenderas ej) i Sverige fortfarande endokarditprofylax till selekterade patientgrupper med hög risk för komplikationer vid endokardit med användande av samma antibiotikaregimer som tidigare.

VILKEN EFFEKT HAR ÅTGÄRDEN?

I dag är endokardit orsakad av alfastreptokocker, en sjukdom med låg mortalitet, 2–5 procent. Under många år rekommenderades såväl i Sverige som internationellt antibiotikaprofylaxregimer av likformig natur, till exempel vid tandingrepp och andra kirurgiska ingrepp på patienter med hjärtklaffel. De flesta dödsfall i endokardit orsakas numera av bakterier som inte regelbundet förekommer i munhålan, till exempel *S. aureus* och enterokocker.

En omfattande forskning har bedrivits som använt olika aspekter av bakteriemi (incidens, duration med mera) som surrogatmarkör för endokardit. Kopplingen från dessa rön till studier av endokarditepidemiologi håller inte.

Det finns få systematiska kunskapsöversikter [1] och randomiserade studier på området. De epidemiologiska fallkontrollstudier [2, 3] som finns har dock inte kunnat visa någon nytta av antibiotikaprofylax. Detta beror sannolikt på

BAKGRUNDSdokUMENTATION

I nummer 14 och i detta nummer av Tandläkartidningen presenterar vi bakgrundsdocumentationen till rekommendationerna för antibiotikaprofylax i tandvården, som publicerades i Tandläkartidningen nummer 13. Artiklar publicerade under vinjetten Bakgrundsdocumentation är författarens enskilda manuskript. Budskapet i dessa delas därför inte alltid av expertgruppen i sin helhet.

att de flesta endokarditepisoderna uppkommer utan tids samband med ingrepp av något slag, vilket är logiskt eftersom vi numera vet att bakteriemi uppstår vid dagliga aktiviteter som tuggning och tandborstning likaväl som vid tandläkarens intervention i munhålan.

Däremot har en minskad risk för insjuknande hos klaffsjuka individer som har och upprätthåller god munhålestatus påvisats [2]. En allmänt god tandvård kan således förväntas ha en profylaktisk effekt mot insjuknande i endokardit. Mot rutinmässig antibiotikaprofylax talar, förutom avsaknad av nytta, risker för antibiotikabiverkningar samt resistensutveckling hos patientens normalflora, vilket kan leda till att en eventuell endokardit eller annan infektion blir mer svårbehandlad.

Det förstahandsantibiotikum som det finns internationella konsensus om, och som också föredras i Sverige, är amoxicillin 2 g i endos. Amoxicillin har fördelar framför V-penicillin på grund av mindre interindividuell variation i upp-tagskurvan.

Klindamycin är alternativ vid allergi mot amoxicillin.

De tandvårdsingrepp som tidigare varit aktuella är

- tandextraktion
- oralkirurgiska ingrepp
- parodontalkirurgi

Harriet Hogevik
läkare, Ledningskansliet
för NU-sjukvården,
Uddevalla; Svenska
Infektionsläkar-
föreningen
E-post: harriet.
hogevik@vgregion.se

»En allmänt god tandvård kan ... förväntas ha en profylaktisk effekt mot insjuknande i endokardit.«

ILLUSTRATION:
COLOURBOX



Tillstånd	Åtgärd	Rekommendation
Ingrepp med risk för bakteriemi hos patienter med hjärtklaffsprotes.	Endokarditprofylax i form av god tandvård.	4
Barn och vuxna med medfött hjärtfel; ej återställd cirkulation eller normaliserad flödesprofil.	Endokarditprofylax med antibiotika.	6
Ingrepp med risk för bakteriemi hos patienter med hjärtklaffsprotes.	Endokarditprofylax med antibiotika.	6
Barn och vuxna med medfött hjärtfel; återställd/normaliserad cirkulation. Normal flödesprofil.	Endokarditprofylax med antibiotika.	10 = ej göra /FoU
Ingrepp med risk för bakteriemi hos patienter med okomplicerade hjärtfel eller tidigare endokardit.	Endokarditprofylax med antibiotika.	10 = ej göra /FoU

»... på många håll finns fortfarande profylaxrekommendationer och en önskan att ge antibiotika »för säkerhets skull.«

- biopsi
- deputation/tandstensskrapning.

GLOBAL PEDAGOGISK UTMANING

De rön som påvisar att endokardit inte kan förbyggas med antibiotika före tandingrepp innebär ett paradigmskifte mot ett traditionellt tänkande och på många håll finns fortfarande profylaxrekommendationer och en önskan att ge antibiotika »för säkerhets skull«.

Internationellt går nu, efter mångåriga diskussioner och rekommendationer [4–9], olika länder i lite olika takt när det gäller minskningen av rekommendationerna för antibiotikaproylax mot endokardit. Detta är bakgrunden till att Nationella riktlinjer för hjärtsjukdom i Sverige har varit långsamma i förändringen och givit så pass hög rekommendationsnivå som 6 till två grupper av patienter.

Speciellt när det gäller gruppen med medfödda cyanotiska vitier är det också mycket svårt att göra epidemiologiska studier med tillräcklig »power«. På sikt kommer en jämförelse mellan olika länder att kunna avgöra om profylaxen kan upphöra även för denna grupp och med tanke på att patogenesen inte skiljer sig åt är detta ganska sannolikt.

Den aktuella situationen i Storbritannien, där endokarditprofylaxen med antibiotika avskaffats helt [10] utan att ökad förekomst av endokardit kunnat påvisas [11, 12], torde bli det avgörande argumentet för att endokarditprofylaxen avskaffas helt i de flesta länder de kommande åren. Likaså finns aktuella studier bland annat från Frankrike [13] och USA [14, 15] av att profylaxen kunnat minskas kraftigt [16] utan den minsta ökningen av endokarditfallen.

Själva angreppssättet att ge antibiotika vid tandingrepp för att förhindra infektioner på andra ställen i kroppen tycks ha överlevt sig självt, och fokus blir alltmer på att till exempel patienter med klaffsjukdom ska ha friskast möjliga munhåla.

REFERENSER

1. Oliver R, et al. Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD003813.
2. Ström BL, et al. Dental and cardiac risk factors for infective endocarditis: a population-based case-control study. *Ann Intern Med* 1998; 129: 761–9.
3. Van der Meer JTM, et al. Efficacy of antibiotic prophylaxis for prevention of native-valve endocarditis. *Lancet* 1992; 339: 135–9.
4. Guntheroth WG. How important are dental procedures as a cause of infective endocarditis? *Am J Cardiol* 1984; 54: 797–801.
5. Durack DT (Ed). Antibiotic for prevention of endocarditis during dentistry. Time to scale back? *Ann Intern Med* 1998; 129: 829–31.
6. Roberts GJ. Dentists are innocent! »Everyday« bacteremia is the real culprit; a review and assessment of the evidence that dental surgical procedures are a principal cause of bacterial endocarditis in children. *Pediatr Cardiol* 1999; 20: 317–25.
7. Gould FK, et al. Guidelines for the prevention of endocarditis; report from the Working party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother* 2006; 57: 1035–42.
8. Dinsbach NA. Antibiotics in dentistry: Bacteremia, antibiotic prophylaxis, and antibiotic misuse. *Gen Dent* 2012; 60(3): 200–7.
9. Lockhart PB. Antibiotic prophylaxis for dental procedures: are we drilling in the wrong direction? *Circulation* 2012; 126: June 11 online.
10. NICE Short Clinical Guidelines technical team. Prophylaxis against infective endocarditis: antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and children undergoing interventional procedures. London National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
11. Thornhill MH, et al. Impact of the NICE-guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011; May 3: 342.
12. Thornhill MH. Infective endocarditis: the impact of the NICE guidelines for antibiotic prophylaxis. *Dent Update* 2012; 39(1): 6–10, 12.
13. Duval X, et al. Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guidelines modifications: three successive population-based surveys. *J Am Coll Cardiol* 2012; 59(22): 1968–76.
14. DeSimone DC, et al. Incidence of infective endocarditis due to viridans group Streptococci before and after publication of the 2007 American Heart Association's endocarditis prevention guidelines. *Circulation* 2012; 126: June 11 online.
15. Pasquali SK, et al. Trends in endocarditis hospitalizations at US children's hospitals: Impact of the 2007 American Heart Association Antibiotic Prophylaxis Guidelines. *Am Heart J* 2012; 163(5): 894–9.
16. Wilson W, Taubert KA, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116: 1736–54.

Senaste nytt finns alltid på tandlakartidningen.se

**TANDLÄKAR
TIDNINGEN**