

Antibiotikaprofylax i tandvården

Fastställd april 2020 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till april 2022.

Huvudbudskap

- Antibiotikaprofylax inom tandvården bör inskränkas till ett fåtal definierade riskpatienter och vissa odontologiska ingrepp där den möjliga vinsten förväntas vara större än den förväntade risken. Det stora flertalet patienter behöver inte antibiotikaprofylax.
- Ett gott munhålestatus är ofta viktigare än antibiotikaprofylax för att minska risken för lokala och hematogent spridda infektioner hos riskpatienter.
- Remittera patienter till tandläkare för infektionssanering i munhålan inför medicinska behandlingar/ingrepp med kraftigt ökad risk för lokala eller hematogent spridda infektioner, exempelvis hjärtklaffkirurgi.
- Det är den *sammanvägda bedömningen* av patientens samtliga odontologiska och medicinska riskfaktorer som är avgörande för om antibiotikaprofylax är nödvändig eller inte.
- All ordination av antibiotika ska noteras och motiveras i journalen.

Bakgrund

Denna riktlinje gäller för all tandvård i Västra Götaland.

Globalt finns stora problem med antibiotika-resistens, vilket utgör ett hot mot folkhälsan. Internationella riktlinjer rekommenderar en mer begränsad användning av antibiotika i tandvården. En hög antibiotikaanvändning påverkar resistensutvecklingen negativt i hela befolkningen. På individnivå påverkar antibiotika den egna bakteriefloran så att resistenta stammar kan selekteras och ge svårbehandlade infektioner. Tandläkares antibiotikaanvändning har avtagit under senare år, men behöver minska ytterligare.

Våra rekommendationer följer Läkemedelsverkets rekommendation att användning ska baseras på vetenskaplig dokumentation eller konsensus och inte ges för säkerhets skull.

Med antibiotikaprofylax vill man förhindra ogynnsamma effekter av den bakterieutsädd som uppkommer vid ingrepp i munhålan och minska risken för fjärrinfektioner samt förhindra lokal postoperativ infektion.

Preparat- och dosval

Profylaxen ges som engångsdos peroralt 60 minuter före ingreppet.

Amoxicillin är förstahandsval.

Dos: 2 g för vuxna, 50 mg/kg kroppsvikt för barn.

Vid dokumenterad pc-allergi ges klindamycin.

Dos: 600 mg för vuxna, 15 mg/kg kroppsvikt för barn.

Rekommendationer för antibiotikaprofylax

Alla åtgärder som skadar slemhinna kan ge upphov till bakteriemi. Lokal infektion, gingivit, parodontit, periimplantit och dålig munhälsa ger högre risk, liksom akuta apikala parodontiter och övriga abscesser. Hos i övrigt friska personer klarar kroppen av att hantera den akuta bakteriemin.

Det stora flertalet patienter behöver inte antibiotikaprofylax!

I alla behandlingssituationer måste en helhetsbedömning göras på individnivå. Vid okontrollerad diabetes, svår autoimmun/inflammatorisk sjukdom eller vid samtidig förekomst av flera riskfaktorer rekommenderas att patientens behandlande läkare eller en infektionsläkare konsulteras inför beslut om eventuell antibiotikaprofylax.

Riskfaktorer att ta hänsyn till

- anemi
- dålig munhälsa
- högriskklassifierad sårtyper (fraktur, trauma och anomalikirurgi)
- hög ålder
- immunbrist (pga. sjukdom eller immunosuppressiv behandling)
- nedsatt allmäntillstånd
- obesitas
- rökning

Om patient och tandläkare har olika uppfattning om huruvida antibiotikaprofylax ska ges hänvisas till patientens ordinarie läkare för ev. ordination av antibiotika.

Patienter utan riskfaktorer

Antibiotikaprofylax *rekommenderas* inför:

- anomalikirurgi
- frakturkirurgi
- bentransplantationer

Antibiotikaprofylax *kan övervägas* inför:

- implantatkirurgi

Särskilda riskgrupper

behandlas i samråd med eller av specialisttandläkare/sjukhustandläkare. Dessa patienter bör också ges möjlighet till postoperativ uppföljning av operatören eller annan tandläkare för att utesluta eventuella infektioner/komplikaationer.

Gravt nedsatt immunförsvar

- neutrofila granulocyter $<1,0 \times 10^9/L$
- defekt granulocytfunktion
- pågående tung immunosuppressiv behandling

Antibiotikaprofylax *rekommenderas* inför:

- tandextraktion
- subgingival depuration (tandstensborttagning)
- dentoalveolär kirurgi

Högdosstrålade patienter

- 1 Vid stråldos <30 Gy *rekommenderas inte* antibiotikaprofylax
- 2 Antibiotikaprofylax (engångsdos) *rekommenderas* vid benskadande ingrepp i bestrålat område, vid stråldos >30 Gy.
- 3 Vid stråldos >30 Gy i kombination med andra riskfaktorer (t.ex. rökning, befintlig käkbennekros, befintlig infektion, extraktion av flera tänder) kan antibiotikabehandling med pcV 1,6 g x 3 i 5-7 dagar övervägas.

Bisfosfonat/Antiresorptiv behandling intravenöst i högdos

Antibiotikaprofylax *rekommenderas* inför benskadande ingrepp till patienter med malign tumör som behandlas med antiresorptiva läkemedel intravenöst i hög dos.

Nyligen erhållen ledprotes <3 månader

Antibiotikaprofylax *kan övervägas*, om ytterligare riskfaktorer finns, inför:

- tandextraktion
- subgingival depuration
- dentoalveolär kirurgi

Svår hjärtklaffsproblem

För en del GUCH-patienter (grown ups with congenital heart disease) eller vid annan svår hjärtsjukdom kan läkare anse att antibiotikaprofylax behövs. Läkaren är ansvarig för detta beslut och också ansvarig för att patienten är informerad att säga till sin tandläkare.

Förebyggande och kompletterande åtgärder

- Noggrann anamnesupptagning
- Ta kontakt med behandlande läkare för patienter med flera riskfaktorer för ställningstagande till antibiotikaproylax
- Informera patienten om infektionsrisker i samband med planerad tandvårdsbehandling
- Informera om symtom på komplikationer och lämpliga åtgärder
- En god munhygien är av stor betydelse för att minska risken för lokala och hematogent spridda infektioner hos riskpatienter
- Planerad tandbehandling bör om möjligt undvikas under perioder med förhöjd risk för infektion, t.ex. vid grav neutropeni

Obs! Antibiotikaproylax ska INTE rutinmässigt ges i följande situationer

- efter hjärtsjukdom, inkl. klaffprotes och genomgången endokardit
- ledproteser (>3 månader efter insättning)
- vid behandling med bisfosfonatpreparat/anti-resorptiva läkemedel i låg dos (t.ex. osteoporos-behandling, men även förebyggande till patienter med bröstcancer utan spridning till skelettet)
- tidigare organtransplantation eller tumörsjukdom utan tung immunsuppressiv terapi
- inflammatoriska och reumatiska sjukdomar med god sjukdomskontroll
- välinställd diabetes
- dialysbehandling
- Downs syndrom
- cystisk fibros
- HIV-infektion
- hypogammaglobulinemi
- thalassemi och sickelcellsanemi
- avsaknad av mjälte

Tidigare gavs ofta antibiotikaproylax vid dessa situationer, men detta ska alltså inte längre göras.

Biverkningar av antibiotika

De vanligaste biverkningarna för både amoxicillin och klindamycin är kräkningar, lös avföring och illamående.

Klindamycin kan ge upphov till antibiotika-associerad diarré orsakad av bakterien *Clostridium difficile*, ibland följd av svår pseudomembranös kolit. Risken att utveckla diarré och kolit förorsakad av *C. difficile* bedöms vara lägre vid engångsdos av klindamycin än vid längre tids terapi, men insjuknande efter korttidsbehandling förekommer. Risken ökar sannolikt vid upprepade engångsdoser.

Hudreaktioner i form av exanem och urtikaria förekommer också, men är mindre vanligt.

Anafylaktiska reaktioner är generellt sett sällsynta och anges vara mycket sällsynta efter engångsdos. Upprepad exponering medför ökad risk för allergiska reaktioner. Allergiska reaktioner ska utredas av ordinarie läkare.

Interaktioner

Ett fåtal interaktioner finns beskrivna för amoxicillin och klindamycin, men den kliniska konsekvensen bedöms vara mindre vid engångsdos än vid längre tids behandling.

Riskklassificering enligt ASA modifierad för tandvård

(ASA = American Society of Anaesthesiologists)

ASA-klass	Hälsotillstånd	Betydelse för tandvård
1	Friska patienter	Ingen
2	Patienter med mindre allvarlig allmänsjukdom: t.ex. väl reglerad hypertoni, diabetes mellitus, lindrig astma.	Normalt liten betydelse för tandvård; ökad vaksamhet krävs.
3	Patienter med allvarliga allmänsjukdomar som medför inskränkningar i livsföringen men inte i arbetsförmågan, t.ex. hjärtinsufficiens, under senaste året genomgången infarkt, hypertoni med klart förhöjt diastoliskt blodtryck, dåligt reglerad diabetes, svår astma, pågående allvarlig infektion.	Vid omfattande behandling bör behandlande läkare konsulteras. Begränsa behandlingarna och undvik stress så långt som möjligt.
4	Patienter med allvarliga allmänsjukdomar som innebär ständigt livshot, t.ex. aktuell hjärtinfarkt, gravt hjärtfel och avancerad hypertoni, diabetes eller njursjukdom.	Konsultera behandlande läkare. Endast akutvård polikliniskt. Omfattande ingrepp bör utföras på sjukhus.
5	Patienter som befaras avlida inom ett dygn.	Tandvård är inte aktuell.

FÖR TERAPIGRUPP TANDVÅRD

Lena Rignell, ordförande

REFERENSER

Antibiotikaproylax i tandvården.
Rekommendation från Läkemedelsverket.
www.lakemedelsverket.se/behandlingsrekommendationer
Tryckt version: 2012:(23)5 med tillägg 2016-03-03.

2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: the task force for the management of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC).
Eur Heart J. 2015; 36 (44): 3075-128.

Rekommendation för antibiotika till patienter som strålbehandlats mot munhålan.
Tandläkartidningen Nr 5;2016.

Schioldt M et al. Workshop of European task force on medication-related osteonecrosis of the jaw – Current challenges. *Oral Diseases.* 2019;25: 1815–1821.

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Tandvård
Susanne Mirshahi, susanne.mirshahi@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) hittas på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från
Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se

