

Antibiotikaprofylax i tandvården

Fastställt mars 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt t.o.m. mars 2024.

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 antibiotikaresistens, 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.

Rekommendationer för antibiotikaprofylax

Alla åtgärder som skadar slemhinna kan ge upphov till bakteriemi. Lokal infektion, gingivitis, parodontit, periimplantit och dålig munhälsa ger

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.

högre risk, liksom symtomatiska 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 (se ruta Riskfaktorer) rekommenderas att patientens behandlande läkare eller specialisttandvård konsulteras inför beslut om eventuell antibiotikaprofylax.

Riskfaktorer

- anemi
- dålig munhälsa
- högriskklassifierad särtyp (fraktur, trauma och anomalikirurgi)
- hög ålder
- immunbrist (pga. sjukdom eller tung immunosuppressiv behandling)
- nedsatt allmäntillstånd (ASA >2)
- obesitas
- rökning
- multijuklighet

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 *överbägas* inför:

- implantatkirurgi

Särskilda riskgrupper

behandlas i samråd med eller av specialisttand-

vård. Dessa patienter bör också ges möjlighet till postoperativ uppföljning av operatören eller annan tandläkare för att utesluta eventuella infektioner/komplikationer.

Gravt nedsatt immunförsvar

- neutrofila granulocyter $<1,0 \times 10^9/L$
- defekt granulocytfunktion
- pågående tung immunsuppressiv 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 >40 Gy eller >30 Gy i kombination med andra riskfaktorer (t.ex. rökning, befintlig käkbenskros, 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 sjukdom som behandlas med antiresorptiva läkemedel intravenöst i hög dos.

Nyligen erhållen ledprotes <3 månader

Antibiotikaprofylax *kan övervägas*, om ytterligare riskfaktorer finns (se ruta Riskfaktorer), 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 eller specialisttandvård 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 (antibiotikaproylax kan dock övervägas till patienter med svår hjärtsjukdom, efter individuell bedömning av ansvarig läkare)
- ledproteser (>3 månader efter insättning)
- vid behandling med bisfosfonatpreparat/ antiresorptiva läkemedel i låg dos (t.ex. osteoporosbehandling, 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.

Överkänslighetsreaktioner

Anafylaktiska reaktioner av antibiotika är generellt sett sällsynta och anges vara mycket sällsynta efter engångsdos. Upprepad exponering medför ökad risk för allergiska reaktioner. Vid misstankar om allergi bör detta utredas av sjukvården.

För mer information om handläggning vid pc-allergi, se Terapiråd [Handläggning och provokation vid misstänkt penicillinallergi hos vuxna i primärvården](#).

FÖR TERAPIGRUPP TANDVÅRD

Lena Rignell, ordförande

Referenser

Antibiotikaproylax i tandvården. Rekommendation från Läkemedelsverket. www.lakemedelsverket.se/behandlings-rekommendationer
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.
Schiodt M et al. Workshop of European task force on medication-related osteonecrosis of the jaw – Current challenges. Oral Diseases. 2019;25: 1815–1821.

Risiklassificering enl ASA modifierad för tandvård

ASA (American Society of Anaesthesiologists)

ASA-klass	Hälsotillstånd	Betydelse för tandvård
1	Frisk. icke-rökare, ingen/minimal alkoholkonsumtion.	Ingen
2	Patient med lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionsbegränsning. Innefattar (men begränsas inte till) aktiv rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk, graviditet, övervikt (BMI 30–39), valkontrollerad diabetes/hypertoni, lindrig lungsjukdom.	Normalt liten betydelse för tandvård; uppmärksamhet rekommenderas.
3	Allvarlig systemsjukdom med påtaglig funktionsbegränsning. Innefattar (men begränsas inte till) otillräckligt reglerad diabetes eller hypertoni, KOL, sjuklig fetma (BMI ≥40), aktiv hepatit, alkoholberoende/missbruk, pacemaker, måttligt nedsatt ejektionsfraktion, ischemisk hjärtsjukdom, terminal njursvikt med regelbunden dialysbehandling, prematura barn med gestationsålder <60 veckor, genomgången (>3 månader) hjärtinfarkt eller kranskärlsintervention, TIA eller stroke.	Vid omfattande behandling bör behandlande läkare konsulteras. Begränsa behandlingarna och undvik stress så långt som möjligt.
4	Innefattar (men begränsas inte till) nyligen genomgången (<3 månader) hjärtinfarkt eller kranskärlsintervention, TIA eller stroke. Pågående hjärtscemi eller allvarlig klaffsjukdom, uttalat nedsatt ejektionsfraktion, akut njursvikt eller terminal njursvikt som inte behandlats med regelbunden dialys.	Konsultera behandlande läkare. Endast akuttandvård polikliniskt. Omfattande ingrepp bör utföras på sjukhus.
5	Moribund patient, som inte förväntas överleva utan operationen.	Tandvård är inte aktuell.

Kontakt:

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

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se