

Endokarditprofylax

Frågan om s.k. endokarditprofylax, antibiotika i samband med vissa tandbehandlingar, har varit föremål för intensiv debatt på senare år. År 2012 rekommenderade Läkemedelsverket att sådan inte skulle ges över huvud taget vilket vållade protester från hjärtläkare som ansåg att den Europeiska Kardiologföreningens rekommendationer borde gälla. I dessa rekommenderas antibiotikaprofylax till s.k. högriskpatienter (se nedan). Läkemedelsverket har därför 2016 infört ett tillägg i sin rekommendation:

Rekommendation

Rutinmässig antibiotikaprofylax för att förebygga infektiös endokardit i samband med odontologiska ingrepp rekommenderas inte.

Tillägg

Antibiotikaprofylax för att förebygga endokardit kan dock övervägas efter individuell bedömning av ansvarig läkare till patienter med hög risk för endokardit definierade av

European Society of Cardiology 2015. Ansvarig läkare ansvarar för att patienten och dennes tandläkare/tandhygienist erhåller aktuell information om att antibiotikaprofylax mot endokardit bör ges. Ingrepp där antibiotikaprofylax kan vara aktuellt enligt tillägget ovan är tandextraktion, subgingival depuration ("tandstensskrapning") och dentoalveolär kirurgi.

Länk: <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/-Antibiotikaprofylax-i-tandvarden/>

Rekommenderade läkemedel 30-60 minuter före ingrepp:

Amoxicillin/Ampicillin 2 g p.o. eller i.v.
Vid penicillinallergi Clindamycin 600 mg p.o. eller i.v.

ESC-guidelines 2015

Europeiska Kardiologföreningen (ESC) senaste rekommendationer om Infektiös Endokardit (IE) är daterade 2015. Rekommendationerna avseende antibiotikaprofylax (t.ex.vid tandgrepp) från år 2009 har behållits.

Den procedurrelaterade risken för IE är mycket låg och bevis för antibiotikaprofylaxens effektivitet och ändamålsenlighet saknas så gott som helt men, å andra sidan finns inte heller bevis för att den är ineffektiv. Det har mynnat ut i en mycket restriktiv hållning. Antibiotikaprofylax rekommenderas endast vid vissa typer av tandbehandling (se "Tillägg" ovan) och antibiotikaprofylax rekommenderas nu endast till patienter med mycket hög risk för IE och/eller komplicerat sjukdomsförlopp om man drabbas av IE:

- Tidigare IE
- Klaffprotes/klaffplastik med främmande material
- Cyanotiskt medfött hjärtfel som ej totalkorrigerats
- Medfött hjärtfel där artificiellt material använts vid kirurgi/kateterintervention (de närmaste 6 månaderna efter procedur)
- Medfött hjärtfel där kvarstående defekt finns i anslutning till använt artificiellt material

Värdet av en god tand- och munhygien betonas.

IE:s epidemiologi har förändrats. Implantat i hjärtat (protes-IE = 20% av all IE) och vårdrelaterad bakgrund spelar större roll medan bakomliggande reumatisk hjärtsjukdom kommit att bli mer ovanlig. Det har i sin tur medfört en ökad andel stafylococc-IE.

ESC:s dokument uppmärksammar den ökade risk för IE som hög ålder utgör, att smygande symptom fördröjer diagnostik och att prognosen är sämre i denna åldersgrupp. IE vid medfött hjärtfel har ett eget utrymme i dokumentet.

Blododling och ekokardiografi är hörnstenarna i diagnostiken av IE. Diagnosen vilar på de s.k. modifierade Duke-kriterierna som dock inte kan och inte skall ersätta det kliniska omdömet. Framgångsrik behandling av IE bygger på samarbete mellan infektionsläkare-kardiolog-hjärtkirurg. Det finns tre principiella motiv för kirurgisk intervention; hjärtsvikt, infektion som inte kan bringas under kontroll samt för att förebygga emboliska komplikationer. Svårigheten är att välja rätt tidpunkt för intervention. Trenden är allt tidigare intervention. Vid protes-IE krävs som regel kirurgi och explantation för att få kontroll på infektionen. Detsamma gäller IE på ICD/pacemakerkablar.

Länk: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2015/08/28/eurheartj.ehv319>