

Läkemedelsverket publicerade i oktober 2012 nya rekommendationer avseende antibiotikaprofylax inför tandbehandling, rekommendationer som i princip innebär att de flesta patienter med hjärtfel relaterat till Marfans syndrom inte längre rekommenderas någon rutinmässig antibiotikaprofylax. Här följer lite bakgrund till varför det har kommit nya rekommendationer.

Antibiotikaprofylax

Under flera år har det varit regel att inför behandlingar (tandutdragningar, tandstensborttagning, m.m.) hos tandläkare, ge förebyggande behandling med antibiotika (antibiotikaprofylax) till patienter med olika typer av hjärtfel, främst hjärtfel där hjärtklaffarna är involverade. Fram till 2007 rekommenderas profylax till alla patienter med medelhög och hög risk för endokardit. Sedan 2007 rekommenderades profylax bara till högriskpatienter (hjärtklaffsopererade patienter, patienter med tidigare genomgången endokardit, patienter med mycket allvarliga hjärtklaffsfel). Socialstyrelsen rekommenderade en engångsdos antibiotika ca 1 timme före behandlingen. Detta förfarande saknar vetenskaplig grund, d.v.s. det finns inga studier som visar någon nytta med denna profylax, men eftersom man inte heller kan visa motsatsen så gav man denna profylax ändå, ”för säkerhets skull”. Socialstyrelsens rekommendation om antibiotikaprofylax är nu borttagen och man hänvisar till Läkemedelsverkets rekommendationer från 2012 där hjärtklaffsjukdom eller förekomst av hjärtklaffsprotes inte längre är indikation för antibiotikaprofylax. Man skulle kunna säga att man förut sa att antibiotika skulle skrivas ut tills det var visat att det var skadligt. Med nya rekommendationer från Läkemedelsverket ska antibiotika bara förskrivas om det har en visad effekt.

Antibiotikaresistens

Under senare år har antibiotikaresistens blivit ett allt större hot mot mänskligheten och ännu mer mot modern sjukvård. WHO har klassat antibiotikaresistens som det näst största hotet mot mänskligheten (klimatförändringar är det största hotet). Om inte något görs kommer vi i en relativt nära framtid inte längre kunna utföra viss avancerad sjukvård, behandlingar som vi idag anser vara självklara. Hit hör t.ex. alla typer av organtransplantation, cellgiftsbehandlingar av cancer och stora kirurgiska ingrepp i t.ex. hjärta och andra organ. Det kommer att bli mycket svårt att ta hand om för tidigt födda barn, och alla riskerar vi att dö i en betydligt yngre ålder än idag, och då vanligtvis av lunginflammation.

Det största resistensproblemet gäller infektioner orsakade av vissa tarmbakterier, där man redan i vissa fall ser totalt resistenta bakterier. Tyvärr ser vi idag patienter dö i infektioner orsakade av dessa resistenta bakterier. En självklar lösning på detta problem vore nya antibiotika, utan resistens, men tyvärr har det inte kommit något nytt antibiotikum mot dessa infektioner sedan 1960-talet. Det finns inte heller några nya antibiotika på gång, och så kommer det troligtvis att se ut under minst 10 år till. Under den tiden gäller det att hushålla med de preparat vi har, och försöka få dessa att fungera så länge som möjligt.

Vi vet att den mest effektiva metoden mot en snabbt ökande resistensproblematik är en minskning av antibiotikaanvändningen. Det innebär att förskrivande läkare / tandläkare alltid ska ha en tydlig och motiverad indikation för sin antibiotikaförskrivning och att patienten ska ta ansvar för att inte i onödan medicinera med antibiotika.

Alla människor har ca 1-2 kg bakterier i sin kropp, det mesta i tarmen. Vi kallar dessa bakterier för vår "normalflora". Dessa bakterier har vi skaffat oss i tidig ålder. Normalfloran fyller flera viktiga funktioner i tarmen, som t.ex. tillverkning av vissa vitaminer, men de "goda" bakterierna håller också undan andra sjukdomsframkallande mikroorganismer.

Vi använder antibiotika för att slå mot bakterier som orsakar infektion. Tyvärr så slår vi då samtidigt mot normalfloran och sammansättningen av denna påverkas. Känsliga bakterier dukar under samtidigt som de bakterier, vilka redan är resistenta mot det aktuella preparatet, inte påverkas alls. Tvärt om får dessa bakterier ökat livsrum och växer till i antal. Detta kallas selektion. Efter varje antibiotikabehandling ökar både antalet och andelen av mikroorganismer som är resistenta mot den aktuella behandlingen. Denna påverkan på vår normalflora är inte bra, och kan i vissa fall vara direkt skadlig.

Länge ansåg man att en engångsdos antibiotika inte påverkade normalfloran men idag vet vi genom studier att all antibiotikabehandling, oavsett tid eller dos, påverkar. Vid behandling av tandinfektioner används oftast ett snällt antibiotikum som inte har särskilt kraftig påverkan på normalfloran i jämförelse med andra antibiotika, men ändå kan skadorna på normalfloran efter en normal behandling på ca. en vecka, ta 3-6 månader att reparera. Det är även visat att engångsdoser kan påverka normalfloran, och då i flera dygn.

Ingen antibiotikaprofylax

Mot bakgrund av den allt mer utbredda antibiotikaresistensen och det faktum att även engångsdoser antibiotika påverkar normalfloran, har man blivit mer restriktiv med antibiotika, både som profylax och för behandling. Läkemedelsverket har kommit med

rekommendationer avseende antibiotikaanvändning inom flera olika områden, inklusive tandvården. Att ge antibiotika "för säkerhets skull" är inte något man längre rekommenderar.

I Storbritannien togs rekommendationen att ge antibiotikaprofylax i tandvården till patienter med ökad risk för hjärklaffsinfektioner (endokardit) bort 2008. En uppföljning två år senare visade en minskning av profylaxen till 20% mot tidigare. Trots detta inträffade det inte några fler endokarditer.

Detta och liknande data från andra håll, samt det faktum att vi i Sverige sett ett antal endokarditer efter tandbehandling, trots att antibiotikaprofylax i dessa fall har getts, såväl som att det inte har blivit endokardit, trots att man i vissa fall glömt ge profylax, gjorde att Läkemedelsverket i oktober 2012 publicerade en rekommendation att patienter med ökad risk för endokardit inte längre skulle ges profylax vid tandbehandling. Rekommendationen var framtagen i konsensus av experter på Läkemedelsverket och Smittskyddsinstitutet och representanter för aktuella medicinska och odontologiska specialister.

Rekommendationen har i några delar av Sverige kritiserats och denna kritik tog fart hösten 2014. Då kom en rapport från Storbritannien där man tittat på antalet endokarditer under en lång följd av år och då tyckte sig se en omotiverad ökning av antalet och detta speciellt mycket efter 2008. Myndigheterna i Storbritannien gick av denna anledning igenom alla patientfallen bakom rapporten, och kunde då konstatera att ökningen av antalet endokarditfall stämde men att ökningen mest berodde på infektioner, orsakade av andra bakterier än de vi har i munhålan. Således bedömdes det inte finnas ett samband mellan ökningstakten av endokardit och rekommendationen om ingen antibiotikaprofylax i

tandvården. Efter beslut i september 2015 kvarstår rekommendationen att inte ge antibiotikaprofylax.

Även i andra länder noteras en ökning av antalet endokarditer, även i länder där man rutinmässigt ger antibiotikaprofylax. Läkemedelsverket i Sverige ser också en ökning av antalet endokarditer. En genomgång av dessa fall pågår. I december månad arrangeras en konferens med inblandade medicinska specialiteter och nuvarande rekommendation kommer att diskuteras. Tills vidare gäller den år 2012 publicerade rekommendationen.

Tandläkarens ansvar

I den nuvarande rekommendationen från Läkemedelsverket finns också krav på att patientens hela medicinska situation ska ligga till grund för beslutet om att ge eller inte ge antibiotikaprofylax. Det kan finnas andra medicinska faktorer, där t.ex. infektionsförsvaret är nedsatt, etc, som gör att patient med dessa riskfaktorer i kombination med olika hjärtklaffsfel ändå bedöms ska ha antibiotikaprofylax.

I slutändan är det behandlande tandläkare som ansvarar för beslut om att ge eller inte ge antibiotikaprofylax. Behandlande tandläkare har också ansvaret för uppföljning av sina patienter efter olika ingrepp, och när patienter med olika riskfaktorer behandlas utan att antibiotikaprofylax ges, är det viktigt med kontroll av tecken på infektion (t.ex. feber) dagarna efter behandlingen. Skulle en patient då utveckla infektion är det viktigt att behandling med antibiotika (inte engångsdos) omgående påbörjas.

Bakterier i blodet

När vi ger antibiotikaprofylax så är det för att förhindra att de bakterier som kommit in i blodet vid själva ingreppet ska kunna föröka sig i blodet, fästa på hjärtklaffar eller andra känsliga ställen, och där orsaka infektion. Förekomst av bakterier i blodet kallar vi för "bakteriemi". Detta tillstånd uppstår varje gång slemhinnor och hud går sönder och en ingångsport öppnar sig. Det är vanligt med munhålebakterier i blodet efter det att man har borstat tänderna, använt tandtråd, tandstickor eller andra hjälpmedel för munhygien. Även efter måltid kan man påvisa munhålebakterier i blodet. Samma sak gäller efter bett i tunga eller kind. Under normala omständigheter avlägsnar vårt infektionsförsvar dessa bakterier på ca 20 minuter. Bakteriemierna är således kortvariga och det är i denna situation som det är osäkert om antibiotikaprofylax gör någon nytta. Således inträffar bakteriemier ofta, vanligtvis flera gånger varje dygn och utan att det ges någon antibiotikaprofylax vid dessa tillfällen. Forskare har på senare år börjat intressera sig för om det möjligen är antalet bakteriemier och kanske även den sammanlagda mängden bakterier från flera bakteriemier under en längre tid, som skulle kunna vara en ökad riskfaktor för att få endokardit. Tiden för bakterier i blodet efter en tandutdragning är ca 20 minuter samtidigt som den totala tiden med bakterier i blodet av andra aktiviteter kan vara så hög som 5000 minuter under en månad. Mycket talar för "mängden" bakteriemi har betydelse. Man har då som patient en viktig och ansvarsfull uppgift, och det är att genom goda munhygienvanor se till att munnen, d.v.s. tänder och tandkött, hålls så frisk som möjligt. Då blir varje bakteriemi mindre vad gäller antalet bakterier och kortvarigare i tiden, och därmed föreligger troligtvis en minskad risk för endokardit.

Allas ansvar

Patienten har ett ansvar för sin munhälsa men självklart har också tandläkare och tandhygienister ett ansvar för att munnen är så frisk som möjligt. Detta ansvar är ännu större när vi talar om patienter med olika hjärtklaffsfel, etc. En bristande munhygien och dåliga tänder kan absolut inte kompenseras med en engångsdos antibiotikaproylax inför besök i tandvården.

Budskap

Vi ska alla vara rädda om vår egen normalflora (bakterier) och samtidigt upprätthålla en god munhälsa. Detta ansvar är extra tydligt om man har riskfaktorer för att lättare få sjukdomar som t.ex. endokardit. Tandvårdspersonal träffar varje patient vid högst några tillfällen per år men har då ansvar för att tidigt hitta och behandla sjukdomar i mun och tänder, men det finns också ett ansvar för att motivera och hjälpa patienterna att upprätthålla en god munhälsa. Den viktigaste riskförebyggande åtgärden är dock patientens egna dagliga munvårdsinsats.