

Høringsparter - National klinisk retningslinje for brug af antibiotika i forbindelse med tandlægebehandling

1. Dansk Cardiologisk Selskab
2. Kommunernes Landsforening
- 3.+ 3a Tandlægeforeningen
4. Ansatte Tandlægers Organisation (ATO)
5. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
6. Danske Regioner

25-08-2016

Sagsnr. 4-1013-74/1

Reference CDHE

T +45 7222 7400

E NKRsekretariat@sst.dk

Peer review

- Professor, specialtandlæge, ph.d., dr.odont Søren Schou
- Professor, Gunnar Dahlén, Göteborg Universitet

Til hvem det måtte angå,

På vegne af Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) udtrykkes hermed undren over manglende på, at man i DK behandler endokarditis på kardiologiske og infektionsmedicinske afdelinger. Derfor undrer det os, at man hverken inkluderer infektionsmedicinere eller kardiologer i en ovenstående høring.

De anbefalinger, der foreligger for endokarditis profylakse hos risikopatienter, som det er defineret internationalt og ligeledes i DCS' NBV afsnit 7.10 (<http://nbv.cardio.dk/endocarditis>), omtales ikke.

Anbefalinger for endokarditis profylakse, som er defineret i DCS' NBV bør nævnes. Vores NBV opdateres årligt.

Mvh

Christian Gerdes, overlæge, PhD, FESC, FACC

Formand for Dansk Cardiologisk Selskab

Sektionsleder Arytmi
Afdeling for Hjertesygdomme
Aarhus Universitetshospital, Skejby
Palle Juul-Jensens Boulevard 99
8200 Aarhus N

Til Sundhedsstyrelsen

KL har den 18. maj 2016 modtaget høringsmateriale vedr. den nationale kliniske retningslinje for brug af antibiotika i forbindelse med tandlægebehandling.

Det er KL's opfattelse at anbefalingerne afspejler anvendt praksis i den kommunale tandpleje. KL har ikke yderligere bemærkninger til retningslinjen.

Med venlig hilsen
Anne Hagen Nielsen

Konsulent
Social og Sundhed



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

D +45 3370 3720
E AEN@kl.dk

T +45 3370 3370
W kl.dk

Sundhedsstyrelsen
Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer
Evidens, Uddannelse og Beredskab
Islands Brygge 67
2300 København S
NKRsekretariatet@sst.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
Fax: 70 25 16 37
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 6. juni 2016

Sagsbeh: HN
E-mail: HN@tdl.dk
Sagsnr.: hoering_030_2016

Tandlægeforeningens høringssvar vedr.: National Klinisk Retningslinje for brug af antibiotika i forbindelse med tandbehandling

Tandlægeforeningen har den 18. maj modtaget høringsmateriale vedr. National Klinisk Retningslinje for brug af antibiotika i forbindelse med tandbehandling.

Tandlægeforeningen finder, at der er tale om et grundigt arbejde, men er ikke enig i alle anbefalingerne, idet evidensen for enkelte af anbefalingerne ikke er optimal. I de situationer har man valgt at undlade at anbefale brug af antibiotika for at mindske forbruget og forhindre resistensudvikling. Det er måske rimeligt nok, men det må så kræve, at man bliver enige om en eller anden form for monitorering af området for at afklare, om anbefalingen fører til et øget antal indlæggelser eller anden omfangsrig behandling.

Derudover har Tandlægeforeningen et par sproglige bemærkninger.

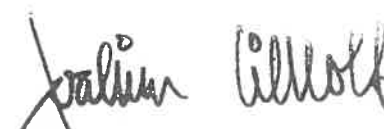
I 1.3. bør man erstatte 'risiko for spredning' med 'tegn på spredning'. Alle infektioner kan spredes, det afgørende må være, at der er tegn på dette.

I 4.7. fremgår, at det er mere alvorligt at miste et implantat i en opbygning. Det er imidlertid vanskeligt at forstå, at det skulle være mere alvorligt end hvis der ikke er knogleopbygget. I stedet foreslås det, at det fremgår, at risikoen for at tabe et implantat er større i opbygget knogle, især hvis der er anvendt knoglesubstitut, hvorfor brug af profylaktisk antibiotika anbefales.

Med venlig hilsen


Freddie Sloth-Lisbjerg

Formand


Joakim Lilholt
Direktør

Fra: Henrik Paul Nielsen

Sendt: 10. juni 2016 10:01

Til: Joakim Lilholt <joli@tdl.dk>

Cc: Jane Pallisgaard-Holt <jap@tdl.dk>; formanden <formanden@tdl.dk>

Emne: Re: VS: Udkast TF's hørings svar : NKR for brug af antibiotika i forbindelse med tandlægebehandling

Kære Joakim

Lidt uddybning til vores hørings svar.

1.3. Anbefalingen bør bløde op således, at hvis der er tale om tandekstraktion hos en patient med aktiv infektion men uden almen påvirkning bør der gives profylaktisk antibiotika af hensyn til ikke at sprede infektionen yderligere til den omkringliggende knogle. (Kæbekirurgisk princip som har været anvendt i Danmark i årtier).

5.2 Der er i følge SST moderat evidens for anbefalingen. Da mange mindre kirurgiske indgreb (især visdomstænder) foretages i et kronisk inficeret væv bør man også her bløde anbefalingen op i retning af: Rutinemæssig brug af profylaktisk antibiotika anbefales ikke. Brug af profylaktisk antibiotika skal derimod bero på et individuelt fagligt skøn i forbindelse med behandlingsplanlægningen.

6.2 Her bør SST sætte en tidsgrænse ind således at forstå, at såfremt patienten har fået antiresorptiv behandling over f.eks. 2 eller 5 år så bør der anvendes profylaktisk antibiotika. Nye data peger imod, at selv lavdosis patienter kommer i risiko for osteonekrose ved tandekstraktioner hvis de har fået behandlingen over en årrække.

8.2 Vedrørende periimplantitis er evidensen lav og anbefalingen stemmer ikke overens med hvad man anbefaler internationalt. Det behøver man naturligvis ikke at følge i Danmark, men en opblødning her ville nok være rimelig.

Helt generelt må vi anbefale, at styrelsen overvåger området når man vælger at skærpe reglerne for brug af antibiotika. Man bør indhente data fra diverse lægevagter, øre-næse og halslæger og alment praktiserende læger for at afdække hvor meget antibiotika der udskrives som led i postoperativ odontologisk infektionsbehandling. Hvis dette skulle stige må man revidere sin NKR.

MVH

Henrik

Til NKRsekretariatet

Ansatte Tandlægers Organisation har benyttet lejligheden til at indhente kommentarer fra de kommunale tandplejer.

Der er almindelig enighed om, at den udarbejdede NKR dækker langt de fleste anvendelsesområder for antibiotika ved tandbehandling.

Retningslinjen skaber imidlertid også usikkerhed i det der på en række ikke omtalte områder har været anvendt antibiotika forebyggende ved forskellige tandbehandlinger. Det gælder f.eks. indsættelse af exartikulerede tænder samt patienter med kunstige hjerteklapper, patienter der for nyligt har fået indopereret kunstige led m.fl. hvor antibiotikaproylaksen har skullet sikre mod, at infektioner skabte komplikationer på andre områder.

Ansatte Tandlægers Organisation skal anbefale, at der i retningslinjen tages stilling til, om det fortsat anbefales at dække særlige patientgrupper ind med profylaktisk antibiotikabehandling ved bestemte typer tandbehandling (blodige indgreb herunder tandrensning) eller der lægges op til ændringer i hidtidig praksis.

Endelig ønskes det præciseret om der ved påvirket almentilstand skal være feber til stede for at iværksætte antibiotikabehandling.

Med venlig hilsen

Lars Holsaae

Direktør

Mobil: +45 40 26 61 81

Hovednr: +45 33 14 00 65

Web: www.ato.dk

Peter Bangs Vej 30, 4 sal
DK-2000 Frederiksberg

Sekretariatets åbningstider:

Mandag-fredag: Kl. 9 -15



Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab

8. juni 2016

Hørings svar vedr. National klinisk retningslinje for brug af antibiotika i forbindelse med tandlægebehandling

DSAM takker for muligheden for at kommentere ovenstående høringsudkast til retningslinje for brug af antibiotika i forbindelse med tandlægebehandling.

Retningslinjen er primært tiltænkt tandlæger, men også praktiserende læger kan have glæde af at orientere sig i vejledningen.

Vi ser med stor tilfredshed på den restriktive holdning, der er til antibiotika ved tandbehandling, for at begrænse risikoen for resistensudvikling og andre bivirkninger. Især afsnittet vedr. tandbylder er relevant for praktiserende læger, som ofte er i kontakt med patienter om dette i den primære fase. Vi kan fuldt ud tilslutte os anbefalingen om, at tandbylder kun skal behandles med antibiotika, såfremt almentilstanden er påvirket.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand

Stockholmsgade 55
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Skabelon til National Klinisk Retningslinje høringsvar



Hvad er en National Klinisk Retningslinje

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem skal tilbydes indsatsen, hvem der skal tilbyde indsatsen eller hvornår den skal tilbydes) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

07-06-2016

Linea Ohm Søndergaard

Tel. 21152934

E-mail: LSR@regioner.dk

Navn på national klinisk retningslinje

Antibiotika ved tandlægebehandling

Tekst i kursiv er mulige relevante emner, men ikke obligatoriske.

Generelle faglige kommentarer

Indledningsvis anderkendes behovet for udarbejdelse af såvel nationale og regionale retningslinjer for udredning og behandling ved tandlægebehandling. Interventionerne er forankret i god klinisk praksis i litteraturen og klinisk nær i sin tilgang. Retningslinjen er logisk og klart opbygget, i det faglige gennearbejdet ned i detaljen, og med nogle særdeles fornuftige konklusioner.

Dog skal det præciseres, at udarbejdelse af de aktuelle anbefalinger må have været en betydelig udfordring, grundet den manglende viden på store dele af området. Deraf følger, at det har været svært eller umuligt, at angive anbefalinger på et relevant evidensniveau.

Anbefalingerne er således i meget begrænset omfang baseret på randomiserede kontrollerede kliniske undersøgelser. Og det fremgår endvidere, at hvis der *ikke* har været relevante randomiserede kontrollerede kliniske undersøgelser inden for en given behandling med påvist effekt af antibiotika har dette medført, at brug af antibiotika *ikke* anbefales inden for række områder.

Dette medfører, at der er flere udfordringer med de valgte anbefalinger, og det skal i den sammenhæng fremhæves, at anbefalingerne vedr. brug af antibiotika i forbindelse med dels periimplantitis behandling (anbefaling nr 8) og dels behandling af patienter i lav-dosis bisphosphonat behandling (anbefaling nr 6) er særligt problematiske, idet de er i direkte modstrid med internationalt accepterede retningslinjer og at de, derfor som minimum bør overvejes ændret.

Desuden kunne det endvidere overvejes, at supplere anbefalingerne med relevante dosisangivelser og anbefalinger af behandlingsvarighed, for efterfølgende tillige at kunne monitorere brugen af antibiotika og herunder eventuelt skift fra kort profylaktisk behandling præoperativt til langva-

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00

F 35 29 83 00

E regioner@regioner.dk

rig behandling af postoperativ infektion.

Relevans,

Diagnostik,

Behandling

Det er tydeligt, at der ved udarbejdelsen af retningslinjerne foreligger et forudgående stærkt ønske om opstramning i brugen af antibiotika. Der gives gentagne gange anbefalinger om ikke at anvende antibiotika på trods af meget lavt evidens niveau. Og dette kan meget vel være både rigtigt og forkert idet evidensen er meget begrænset. Dette betyder at der er taget en række valg hvor der er risiko for at patienter potentielt vil kunne udvikle omfattende odontogene infektioner.

Det skal i den sammenhæng bemærkes, at der i behandling med patienter med omfattende odontogene infektioner svarende til hoved og hals. Patienterne indlægges grundet påvirket almenstilstand (typisk påvirket synkefunktion og vejrtrækning). Behandlingen omfatter indlæggelse flerstof IV antibiotika behandling, drænage af abscessen i generel anæstesi og efterfølgende langvarig peroral antibiotika behandling.

Mange af disse patienter der modtages har forudgående fået foretaget kirurgiske indgreb i privat tandlægepraksis som aktuelt anbefalet uden brug af antibiotika.

Monitorering:

Det er derfor vigtigt, at der ved indførelse af retningslinjerne om brug af antibiotika samtidigt monitoreres for dels stigning i hospitalsbehandling af odontogene infektioner – såvel ambulantly som stationært, ordination af antibiotika i specialtandlægepraksis, almenlægepraksis og ØNH speciallægepraksis og hospitalssektor grundet odontogene infektioner. Dette for at sikre patientsikkerheden ikke forringes grundet valg af anbefalinger baseret på utilstrækkelig evidens.

Det skal dog bemærkes, at der ikke aktuelt foreligger mulighed for samlet monitorering af infektioner, men en del oplysninger vil delvist kunne monitoreres via de oplysninger der følger via udskrivelse af receptpligtige medicinudskrivelser hos dels privatpraktiserende tandlæger, læger, speciallæger, ørelæger. Kravene til disse bør skærpes f.eks. (Der kan eventuelt via anbefalingen angives ordlyde der efterfølgende kan identificeres (f.eks. i stedet for blot ” infektion” – da f.eks. ”odontogen absces”, ”pericoronitis”, ”parodontal absces”, ”periimplantitis” og stillingtagen og tillige dokumentation af ”præoperativ” og ”postoperativ” anvendelse).

På hospitalsafdelingerne skønnes det fremadrettet, inden for begge de relevante specialer (umiddelbart ØNH og TMK), at være mulighed for at dokumentere om der er anvendt præoperativ antibiotika i forbindelse den primære behandling hos patienter der efterfølgende indlægges og behandles for omfattende odontogene infektioner.

Der er flere årsager til postoperativ infektion – bl.a. samlet kirurgisk set-up og autoklavering etc.

Disse bør sikres af SST.

*Pleje,
Rehabilitering,
Patientgruppe,
Evidensniveau*

Side	Punkt	Linje	Specifikke Kommentarer
			Stå her og tryk på Shift for flere linjer

Kommentarer til organisatoriske

*Modstridende med eksisterende vejledninger?
Er der organisatoriske forhold, der skal belyses?
Konsekvenser for det tværsektorielle arbejde?*

Kommentarer til økonomiske konsekvenser

*Er der økonomiske forhold, der skal belyses?
Er der driftsmæssige forhold der bør belyses?*

Forslag til supplerende litteratur

Reference og begrundelse

Regionale kontaktpersoner

Regional tovholder: Trine Malling Lungskov, trine.malling.lungskov@rsyd.dk, Elisabeth Andersen, Elisabeth.andersen@rn.dk, Nikolaj Mors nikolaj.mors@regionh.dk, Holger Schildt holknu@rm.dk

Referencegruppe medlem: Jens Kjøelseth Møller, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt Vejle, Jens.Kjoelseth.Moeller@rsyd.dk

Koordinator Danske Regioner: Linea Ohm Søndergaard, lsr@regioner.dk

Review af: National klinisk retningslinje for brug af antibiotika ved tandlægebehandling, dateret 18.05.2016

Review udført af: Søren Schou, professor, specialtandlæge, ph.d., dr.odont.

Generelle kommentarer:

Denne kliniske retningslinje sætter fokus på et særdeles vigtigt område, nemlig restriktiv brug af antibiotika i forbindelse med tandlægebehandling. Der har igennem en længere periode været et stort behov for detaljeret retningslinje på dette område.

Formålet med og baggrunden for denne retningslinje er velbeskrevet, og de fokuserede spørgsmål er alle særdeles relevante. Arbejdsgruppen og referencegruppen involverer en række centrale fagpersoner med specialviden inden for de pågældende specialområder samt patientrepræsentant. Endelig er retningslinjen sendt til høring hos centrale institutioner, organisationer og faggrupper.

Arbejdsgruppen har haft en betydelig udfordring, idet der inden for flere væsentlige områder mangler viden. Dette har selvfølgelig medført, at det har været svært eller umuligt at angive anbefalinger på et højt evidensniveau. Flere af anbefalingerne har således ikke kunnet baseres på randomiserede kontrollerede kliniske undersøgelser. Såfremt der ikke kunne identificeres randomiserede kontrollerede kliniske undersøgelser, som har påvist effekt af antibiotika i forbindelse med en given behandling, har dette medført, at brug af antibiotika ikke anbefales inden for flere områder.

Som det fremgår af nedenstående specifikke kommentarer medfører dette, at der inden for centrale områder anføres anbefalinger, som er i modstrid med internationalt accepterede retningslinjer, herunder konklusion fra nyligt afholdt international konsensuskonference.

Retningslinjen indeholder ikke anbefalinger vedrørende dosis og behandlingsvarighed. Det er uklart, hvorfor sådanne anbefalinger ikke er inkluderet, idet dette vil være væsentligt for at opnå en væsentlig reduktion i forbruget af antibiotika. Det er også uklart, hvorfor der ikke er inkluderet anbefalinger af alternativ ved penicillinallergi.

Mange har den opfattelse, at anvendelse af en enkelt dosis antibiotikum ikke medfører risiko for resistensudvikling. Risikoen for udvikling af resistens efter behandling med en enkelt dosis antibiotikum er beskrevet i Bilag 1, side 41. For at undgå misforståelser synes det relevant at inkludere dette direkte i indledningen.

Specifikke kommentarer:

Nedenfor anføres en række specifikke kommentarer og forslag med angivelse af side og linje.

0: Indledning:

Side 7, mindre kirurgiske indgreb på patienter i lavdosisbehandling med antiresorptive medikamenter: Bør ændres, se venligst kommentar senere vedr. dette.

Side 7, behandling af periimplantitis: Bør ændres, se venligst kommentar senere vedr. dette.

Side 8, 5. afsnit: Det anføres, at tandlægers brug af antibiotika er steget markant i perioden 2005-2014. Det bør anføres, hvor stor stigningen har været i procent.

Risikoen for resistensudvikling samt risikoen for allergisk reaktion og andre systemiske risici i forbindelse med anvendelse af antibiotikum bør beskrives i dette afsnit, herunder specifikt risikoen for resistensudvikling ved 1-gangsdosering.

1: Tandbylder uden påvirket almentilstand:

Side 10, under 1.2, 2. linje: "Tilstand" bør ændres til "almentilstand".

Side 10, under 1.3, 1. afsnit: "Akutte" bør slettes. "Opskæring" bør slettes her og andre steder i retningslinjen, idet dette er inkluderet i drænage. "Og lignende" bør tilføjes til sidst i afsnittet.

Side 10, under 1.4: Det anføres, at "mange" tandlæger rutinemæssigt ordinerer antibiotikum ved disse behandlinger. Hvor ved man dette fra?

Side 11, 3. afsnit: Det bør tilføjes, at der udelukkende er fokuseret på udvalgte kliniske problemstillinger.

2: Tandbylder og påvirket almentilstand:

Side 13, afsnit 2.2: Aspektet vedr. risiko for spredning og stor sygdomsudbredelse bør inkluderes.

Side 13, afsnit 2.3: Aspektet vedr. intrakraniell spredning bør inkluderes. I 2. afsnit, 1. linje bør "kan være" erstattes med "er".

3: Simple implantatindsættelse:

Side 15, afsnit 3.3.: Almensygdom samt medicinindtag vil ligeledes kunne medføre øget risiko for postoperativ infektion. Dette aspekt bør inkluderes.

I forbindelse med indsættelse af implantater anvendes udelukkende i udvalgte tilfælde præoperativ 3D billeddiagnostik for at minimere stråledosis. Derfor besluttes det ofte først intraoperativt, om der er behov for knogleopbygning i forbindelse med implantatindsættelsen. Det bør derfor gøres klart i dette afsnit, at anvendelse af antibiotikum kan være nødvendig i tilfælde, hvor der med en vis sandsynlighed intraoperativt viser sig behov for knogleopbygning.

Postoperativ infektion efter implantatindsættelse kan være en alvorlig komplikation, som ikke udelukkende nødvendiggør indsættelse af et nyt implantat efter en passende helingsperiode. I alvorlige tilfælde kan der ske betydelig resorption af processus alveolaris, inkl. evt. tab af en eller flere af nabo-tænderne. Dette er især tilfældet i områder med begrænsede pladsforhold samt i områder med begrænset knoglevolumen. Derfor bør det

understreges i dette afsnit, at individuelle generelle og lokale forhold kan nødvendiggøre brug af antibiotikum.

4: Implantatindsættelse med samtidig knogleopbygning

Side 18, afsnit 4.4: Det bør tilføjes, at baggrunden for at anvende antibiotikum i disse tilfælde er, at der anvendes membran, knogleerstatningsmateriale og/eller knoglepartikler høstet andetsteds fra patienten.

Side 19, afsnit 4.7: Ovenstående aspekt bør også inkluderes her.

5: Mindre kirurgiske indgreb i kæbeknoglen

Side 20, afsnit 5.3: Betegnelsen "svækket patient" bør ændres til "patienter med visse almensygdomme". Aspektet med medicinindtag bør også inkluderes.

Side 20, under 5.4: Det anføres, at "mange" tandlæger rutinemæssigt ordinerer antibiotikum ved disse behandlinger. Hvor ved man dette fra?

Side 21, linje 6: Denne sætning ("Man må derfor formode...") bør slettes, idet dette er spekulativt.

Side 21, linje 14: Det bør anføres, hvori risikoen for bias blev identificeret.

Side 22, under patientpræferencer: Hvor ved man fra at det har været en udbredt praksis at ordinere antibiotikumprofylakse ved kirurgi i kæbeknoglen?

6: Mindre kirurgiske indgreb i kæbeknoglen hos patienter i antiresorptiv behandling

Som følge af manglende evidens på dette område, er anbefalingerne baseret på arbejdsgruppens kliniske erfaringer og konsensus. Anbefalingerne er i modstrid med anbefalingerne i mange lande, herunder Tyskland. De tyske anbefalinger er beskrevet og evalueret af Otto et al. 2015 (Otto S et al. J Craniomaxillofac Surg 2015;43:847-854). Anbefalingerne er også i modstrid med de anbefalinger, som blev publiceret i 2015 af en skandinavisk gruppe med omfattende klinisk og videnskabelig erfaring med medicinrelateret osteonekrose i kæberne (Schjødt M et al. Tandlægebladet 2015;119:918-929).

Som det anføres i retningslinjen, er osteonekrose efter mindre kirurgiske indgreb hos patienter i antiresorptiv behandling en sjældent forekommende komplikation. Der er imidlertid ofte tale om en alvorlig komplikation, som kræver omfattende behandling, herunder resektion af en større eller mindre del af kæben samt langvarig antibiotikabehandling.

På denne baggrund synes der behov for, at denne anbefaling genovervejes. Endvidere bør det gøres mere klart, at der udelukkende fokuseres på patienter i lavdosisbehandling. Spørgsmålet, kapitlets overskrift og teksten bør ændres i overensstemmelse hermed.

7: Antibiotika ved marginal parodontitis

Side 25, afsnit 7.3: Det bør tilføjes, at andre end de anførte sygdomme kan nødvendiggøre anvendelse af antibiotikum, inkl. visse medicinske behandlinger.

Side 25, afsnit 7.4: Det anføres, at "mange" tandlæger vælger at supplere behandlingen med antibiotikum. Hvor ved man dette fra?

8: Antibiotika ved periimplantitis

Dette afsnit afspejler ikke, at der er beskrevet forskellige behandlingsmuligheder af periimplantitis, herunder 1) ikke-kirurgisk mekanisk infektionsbehandling, 2) kirurgisk behandling i form af lapoperation samt 3) kirurgisk behandling i form af regenerativ behandling. Det er derfor problematisk, at anbefalingen udelukkende er baseret på en enkelt inkluderet randomiseret klinisk undersøgelse. Det ville have været ønskeligt, om gruppen havde inkluderet undersøgelser med et lavere evidensniveau.

Som det anføres i retningslinjen, er behandling af periimplantitis ofte vanskeligere end behandling af marginal parodontitis. Anbefalingen af ikke at anvende antibiotikum er i modstrid med anbefalinger fra en nyligt afholdt konsensuskonference afholdt af ITI (International Team for Implantology) med deltagelse af førende internationale eksperter inden for behandling af periimplantitis (Heitz-Mayfield LJ et al. Int J Oral Maxillofac Implants 2014;29(Suppl):346-350). Som det anføres er baggrunden for anbefaling af brug af antibiotikum, at periimplantitis er en aggressiv sygdom.

På denne baggrund synes der behov for, at denne anbefaling genovervejes.

Side 27, afsnit 8.3: Sætningen "Prognosen for behandling af periimplantitis er dårlig" bør ændres til "Behandling af periimplantitis er ofte vanskelig. Manglende behandlingseffekt og recidiv forekommer derfor ofte".

9: Metronidazol ved marginal parodontitis

Side 30, afsnit 9.3: Det bør tilføjes, at andre end de anførte sygdomme kan nødvendiggøre anvendelse af antibiotikum, inkl. visse medicinske behandlinger.

Nogle steder i anbefalingen anvendes "tandrensning", andre steder "tandrodsrensning".

10: Amoxicillin ved marginal parodontitis

Ingen kommentarer.

11: Referenceliste

Se tidligere kommentarer.

Bilag 1:

Ingen kommentarer.

Bilag 2:

De forskellige faglige odontologiske specialselskaber bør også inddrages.

Bilag 3:

Det er uklart, hvorfor der anbefales fokus på implantatbehandling (Punkt 3 og 4) og ikke andre typer af odontologiske behandlinger.

Bilag 4-8:

Ingen kommentarer.

Bilag 9:

Side 55: Det bør anføres, at Søren Schou er specialtandlæge og ikke tandlæge.

Bilag 10:

Side 56, alveolitis sicca: Kan også opstå efter operativ fjernelse af en tand.

Side 56, antiresorptiv behandling: Lav- og højdosis behandling bør omtales.

Side 57, implantat: Anvendes til erstatning af en eller flere manglende tænder.

Side 57, incision: Opskæring bør ændres til drænage af absces (Tandbyld).

Side 57, metaanalyse: Der mangler mellemrum mellem flere af ordene.

Side 58, pochedybde: Implantater bør også nævnes her.

Side 57, signifikant: Der mangler mellemrum mellem flere af ordene.

Søren Schou

Professor, specialtandlæge, ph.d., dr.odont.

Aarhus, d. 31.05.2016

Peer review av de nationella (danska) kliniska riktlinjerna för antibiotika användning vid tandläkarbehandling.

Undertecknad har fått och påtagit sig uppdraget att utvärdera de nationella (danska) riktlinjerna för antibiotika användning vid tandläkarbehandling från Projektledare Christina Debes Helm, vid NKR (Nationale Kliniske Retningslinjer) vid Sundhedsstyrelsen i Danmark.

De utarbetade riktlinjerna omfattar ett manuskript "National klinisk retningslinje for brug af antibiotika ved tandlaegebehandling" med 10 bilagor samt 10 "fokuserede spørgsmål NKR om brug af antibiotika i forbindelse med tandlaegebehandling (NKR 37)".

Manuskriptets styrkor:

Det centrala budskapet i manuskriptet och som sammanfattas i inledningen, omfattar 4 huvudområden: Odontogena abscesser (tandbylder), Implantat, Mindre kirurgiska ingrepp samt Marginal parodontit och periimplantit. Denna fokusering är förtjänstfull då den täcker merparten av de tillfällen som en tandläkare kan tänkas förskriva antibiotika till en patient.

Man utgår under varje rubrik från ett "fokuseret spørgsmål" (frågor som uppstår i kliniken och motsvarar PICO 1-10) som sedan leder till en rekommendation (anbefaling) som baseras på den evidens som finns för frågan. Varje rekommendation underbyggs med praktiska råd och särskilda patientöverväganden, bakgrund till frågan, litteratur, genomgång av evidensen samt arbetsgruppens överväganden. För de frågor som har en viss grad av evidens – finns detta särskilt redovisat i en evidensprofil och arbetsgruppen har sedan vägt kvaliteten i evidensen som balansen mellan fördelaktiga och skadliga effekter med patientpreferenser. I de fall där evidens saknas anges rekommendationen som god praxis, baserat på erfarenhet och arbetsgruppens värdering.

Jag finner detta tillvägagångssätt mycket tilltalande och förtjänstfullt. Detta är mycket viktigt då läsaren och användaren av rekommendationerna måste få ett tydligt svar inför sitt beslut kring antibiotika förskrivning i varje enskilt fall.

Jag finner också att texten i manuskriptet bygger på god facklig kunskap inom de olika kliniska och mikrobiologiska områdena, samt att relevant litteratur är upptagen och genomgången och som ligger till grund för evidensprofilen.

Manuskriptets svagheter

1. Generellt kan man säga att manuskriptets styrka är även dess svaghet. Att fokusera på 10 kliniska frågor är kanske en nödvändig begränsning för att det centrala budskapet skall bli tydligare. Andra frågor kring orala infektionstillstånd in ben, slemhinna och akuta gingiviter blir därmed obesvarade men är inte avgörande för riktlinjernas kvalitet. Jag saknar dock två områden i dessa riktlinjer, endokarditprofylax och generellt vid marginal parodontit, som är mer centrala. Antibiotikaprofylax vid risk för endokardit har varit traditionellt och centralt inom tandläkarbehandling i de flesta länder men ifrågasätts numera i U om det alls är nödvändigt i USA, England och Sverige. Jag anser det hade varit mer fullständigt med ett ställningstagande också för/emot endokardit profylax vid tandläkarbehandling även i de danska riktlinjerna . Beträffande marginal parodontit se nedan.
2. Syftet med de nya utarbetade riktlinjerna är att minska onödig och felaktig förskrivning av antibiotika. Det är min uppfattning att det hade varit mer tydligt med att under varje rubrik kunna rekommendera att antibiotika skall användas restriktivt och endast i vissa specificerade orala infektionsstillstånd och som preciseras under några av de 10 frågorna. Nu står det tydligt att antibiotika skall icke användas rutinmässigt vid odontogena varbildningar (tandbylder), antibiotika profylax vid implantat installation samt vid behandling av periimplantit och det är bra. Jag hade dock gärna sett att man på samma sätt tydligt rekommenderat att antibiotika icke skall användas i behandling av normal fallet av marginal parodontit (kronisk parodontit). Nu står det under paragraf 7.3

(Praktiska råd) och det är bra. Men man kanske skulle överväga att ha detta som en egen rekommendation och som separat ”spörsmål”?

Specifika kommentarer och förslag till ändringar:

1. **Tandbylder uden påvirket almentilstand.** Inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.
2. **Tandbylder og påvirket almentilstand.** Jag saknar uppgift om vad man rekommenderar vid penicillin allergi. Jag föreslår att infoga under paragraf 2.3 ”clindamycin vid penicillin allergi” i likhet med vad man gjort under paragraf 4.3 .
3. **Simpel implantatindsaettelse.** Inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.
4. **Inplantatindsaettelse med samtidig knogleopbygning.** Inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.
5. **Mindre kirurgiske indgreb i kaebeknoglen.** Inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.
6. **Mindre kirurgiske indgreb i kaebeknoglen hos patienter i antiresorptiv behandling.** Inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.
7. **Antibiotika ved marginal parodontitis.** Uttrycket ”marginal parodontit hos vuxna med god (tillräcklig) munhygien men sjukdomen inte svarar tillräckligt på mekanisk infektionsbehandling” är ett vanskligt begrepp med plats för varierande subjektiva tolkningar. Jag kan sympatisera att man i manuskriptet inte vill använda sig av diagnoser som aggressiv och kronisk parodontit trots att de referenser som använts till evidensprofilen alla omfattar ”aggressive periodontitis” då dessa diagnoser är svåra att ställa för allmäntandläkaren. Denna diagnos är svår att ställa för allmäntandläkaren som inte har special kunskap (specialist) i parodontologi men det måste vara lika svårt för allmäntandläkaren att avgöra om patienten ”svarar tillräckligt på mekanisk infektionsbehandling” och om patienten har ”sufficient munhygiene” eller inte. Jag saknar dessutom åldersaspekten i denna rekommendation då aggressiv parodontit är mer förekommande på unga individer som har mer sjukdom än vad som motsvarar deras ålder (och munhygien). Dessutom är marginal

parodontit hos barn och unga vuxna mer uttalat associerat med *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Att föreslå metronidazole enbart (och ej i kombination amoxicillin) om denna bakterie misstänks vara infektöst agens är tveksamt. Här borde man tydligt hänvisa till fråga 10 och de praktiska råd under paragraf 10.3. Kanske man dessutom under 7.3 praktiska råd och särskilda patientöverväganden skulle föreslå mikrobiologisk diagnostik vid misstänkt marginal parodontit hos barn och ungdomar. Hur skall man annars veta om man har att göra med en *A. actinomycetemcomitans* associerad marginal parodontit? Sammanfattningsvis föreslår jag att man i bakgrundsdocumentet (Bilaga1) förtydligar varför man inte utgår från diagnoserna kronisk och aggressiv parodontit utan väljer vuxna med sufficient munhygien men där sjukdomen inte svarar på mekanisk infektionsbehandling? Dessutom föreslår jag att man även i rubriken under 7 anger: Antibiotika ved marginal parodontitis hos vuxna.

8. **Antibiotika ved periimplantitis.** Inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.
9. **Metronidazol ved marginal parodontitis.** Så som frågan är ställd dvs att använda metronidazol ensamt framför i kombination med amoxicillin är rekommendationen acceptabel även om kvaliteten i evidensen är mycket låg. Man skulle kunna överväga här att ställa frågan om det rationella i att använda metronidazole överhuvudtaget på patienter med god munhygien men som inte svarar på mekanisk infektionskontroll dvs som ett fråga 9b.
10. **Amoxicillin ved marginal parodontitis.** Här diskuteras amoxicillin men det är inte klart om det skall suppleras med klavulansyra? Under samma avsnitt "om denne bredspektede behandling indebaer vaesentlige fordele i forhold til mere smalspekter behandling med amoxicillin alene". Vad syftar denna bredspektede behandling på? Kombinationsbehandling med amoxicillin och metronidazol? Detta bör förtydligas. Amoxicillin anges ofta som ett bredspektrum penicillin i jämförelse med Penicillin V som då är ett smalspektrum penicillin, så meningen kan missförstås.

11. **Bilagor 1-10.** I bakgrunds bilagan 1, så föreslås som tidigare nämnts en paragraf om både klinisk och mikrobiologisk diagnostik för olika varianter av marginal parodontit. I övrigt inga specifika kommentarer och förslag till ändringar.

Gunnar Dahlén,
Professor och tandläkare
Avdelningen för Oral Mikrobiologi och Immunologi
Institutionen för Odontologi
Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet