

Rasjonell antibiotikabruk i tannhelsetjenesten

Antibiotikaresistens er den største trusselen mot moderne helsetjenester, sa professor Bodil Lund, Universitetet i Bergen, og er av Verdens helseorganisasjon (WHO) ansett å være den nest største trusselen mot menneskeheten. Det finnes resistente bakterier mot alle kjente antibiotika. Resistensproblemene med VRE (vancomycinresistente enterokokker) og MRSA (meticillinresistente gule stafylokokker) er foreløpig ikke så store, mens viljen til å gjøre noe med problemet er liten.

ESBL (bakteriene har resistensmekanismer som hemmer effekten av de vanligste typene av antibiotika) er derimot et voksende problem, og ønsket om å gjøre noe med den resistensproblematikken er stort, samtidig som det er vanskelig å gjøre noe med det.

Hospitalisering og antibiotikabruk i utlandet øker risikoen for ESBL og MRSA. Begrensning av resistensutvikling er viktig. Tannlegene er de flinkeste i klassen når det gjelder antibiotikabruk, men også vi kan bli bedre.

Restriktiv antibiotikabruk, drenering av infeksjonsfokus, infeksjonsforebyggende arbeid og god kontorhygiene er noe tannlegene kan ha som rutiner.

Førstehåndspreparat på kjevebensinfeksjoner er alltid penicillin, ved hissige infeksjoner med tillegg av metronidazol. Unngå bredspektret antibiotika som tetracyclin og erytromycin som gir rask resistensutvikling. Fenoksymetylpenicillin doseres 660 mg 4–6 ganger daglig i opptil fem dager, men blir pasi-



Mange ville stille professor Bodil Lund, Universitetet i Bergen, spørsmål etter foredraget.

enten bra kan kuren avsluttes før, eksempelvis etter tre dager. Antall doseringer per dag synes å ha større betydning for effekten enn lengden på behandlingen. Må metronidazol gis i tillegg, doseres 400 mg x 3 i maks fem dager.

Pasienter som oppgir at de er allergiske mot penicillin, må utspørres nøye om dette forholdet. Kanskje var det kun en bivirkning som pasienten opplevde, og ikke en ren allergi. Ved sikker penicillinallergi kan clindamycin brukes. Drenering av infeksjonsfokus gjøres samtidig med antibiotikabehandling. Dette omfatter incisjon av abscess, trepanering av rotkanal og ekstraksjon av tannen dersom den ikke kan bevares. Det er ikke kontraindisert å fjerne en

tann med infeksjon marginalt eller apikalt. Ved antibiotikabruk kommer effekten først etter to dager, og i mellomtiden kan pasienten bli dårligere. Klorhexidin bør bare brukes der det virkelig trengs og er ikke nødvendig etter ekstraksjoner.

Lokal antibiotikabruk er ikke indisert. Sørg for god desinfeksjon i behandlingsrommet med rikelig med sprit som bør virke i 30–60 sekunder. Venteværelset er også en arena for smitte som lett glemmes. Konferer med den nyttigste publikasjonen *Faglige anbefalinger for smittevern i odontologisk praksis*.

Tekst og foto: Jon E. Dahl