

# Antibiotikaprofylakse mot infeksjøs endokarditt

Det har vært vanlig å gi antibiotika for å forebygge infeksjøs endokarditt ved invasiv behandling av pasienter med forhøyet risiko. I de senere år er indikasjonen blitt strammet inn i en rekke land. De norske retningslinjene er ikke de mest restriktive.

Infeksjøs endokarditt er en alvorlig sykdom som kan ha store konsekvenser for pasienten. Derfor er effektiv forebygging med antibiotika viktig. Samtidig vil overforbruk og feilbruk av antibiotika føre til toksiske/allergiske bivirkninger, økte kostnader og økt forekomst av resistente mikrober (1). Det er derfor viktig å vurdere i hvilke situasjoner rutinemessig antibiotikaprofylakse bør gis.

Det er ikke gjennomført studier som viser nytten av å forebygge infeksjøs endokarditt ved invasiv behandling av pasienter med forhøyet risiko. Det er ønskelig med randomiserte, kontrollerte studier omkring denne problemstillingen, men siden insidensen er lav, vil det bety store studier.

På denne bakgrunn vedtok UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i mars 2008 at man burde slutte helt med rutinemessig antibiotikaprofylakse ved kirurgiske inngrep (2), mens American Heart Association og European Society of Cardiology i henholdsvis 2007 og 2009 anbefalte at man sluttet å gi slik profylakse til dem med moderat risiko, men fortsatte med profylakse hos dem med høy risiko (3, 4). «Høy risiko» innebærer for eksempel tidligere infeksjøs endokarditt, kunstige hjerteklaffer eller enkelte alvorlige former for medfødt hjertefeil, «moderat risiko» for eksempel klaffefeil på degenerativt eller revmatisk grunnlag.

## Evaluering av anbefalingene

I et engelsk materiale fra 2004–10 ble det vist signifikant reduksjon i antall utskrevne resepter for antibiotikaprofylakse til forebygging av infeksjøs endokarditt (5).

Så i mars 2015 publiserte Dayer og medarbeidere en artikkel der det ble vist signifikant økning i insidens av infeksjøs endokarditt ved både moderat og høy risiko, men ingen økning i mortalitet etter NICE-beslutningen. Analysen dekket perioden januar 2000 til mars 2013 og var basert på nasjonale data (6).

## Norske retningslinjer

Nasjonal faglig retningslinje for antibiotika- bruk i sykehus 2014 anbefaler endokarditt- profylakse ved økt/høy risiko for endokar-

ditt: pasienter med klaffeprotese (mekanisk eller biologisk), tidligere gjennomgått endokarditt, komplisert medfødt hjertefeil med cyanose før korreksjon og inntil seks måneder etter korrigert medfødt hjertefeil med restdefekt, kirurgisk konstruerte shunter og hos hjertetransplanterte med klaffefeil. Dette omfatter følgende prosedyrer: tann-

«De norske retningslinjene følger anbefalingene til American Heart Association og European Society of Cardiology og er ikke like restriktive med endokardittprofylakse som NICE-anbefalingen»

kirurgi (tannekstraksjon/prosedyrer med forventet blødning), kirurgi i munnhule og i luftveier, inkludert bronkoskopi med biopsi, og kirurgi på infisert vev (1).

For bruk i primærhelsetjenesten sier retningslinjen fra Helsedirektoratet i 2012 at utenfor sykehus gis profylakse fortrinnsvis ved tannbehandling. Det bør kun gis til dem som tidligere har hatt endokarditt, innsatt klaffeprotese, reparert medfødt hjertefeil med gjenstående defekter i eller i nærheten av kunstig protese og kardial «valvulopati» (klaffepatologi og regurgitasjon) i transplantert hjerte (7).

De norske retningslinjene følger anbefalingene til American Heart Association og European Society of Cardiology og er ikke like restriktive med endokardittprofylakse som NICE-anbefalingen, som ble opprettholdt i 2015. Foreløpig er det ikke opprettet et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for endokarditt i Norge for å kunne monitorere denne sykdommen. Evaluering

av endokardittprofylakse kan gi overraskende ny kunnskap.

**Lise Lund Håheim**  
liselund.haheim@fhi.no

Lise Lund Håheim (f. 1951) er cand.odont., dr.philos. og seniorforsker ved Kunnskaps-senteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

## Litteratur

1. Helsedirektoratet. Antibiotikabruk i sykehus. 2014. [www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enh/Mikrobiologi\\_web/Bilder/Kortversjon-Antibiotikabruk-i-sykehus-IS-2151.pdf](http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enh/Mikrobiologi_web/Bilder/Kortversjon-Antibiotikabruk-i-sykehus-IS-2151.pdf) [4.1.2016].
2. NICE. Prophylaxis against infective endocarditis. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. [www.nice.org.uk/guidance/CG064](http://www.nice.org.uk/guidance/CG064) [4.1.2016].
3. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116: 1736–54.
4. Habib G, Hoen B, Tornos P et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009; 30: 2369–413.
5. Thornhill MH, Dayer MJ, Forde JM et al. Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011; 342: d2392.
6. Dayer MJ, Jones S, Prendergast B et al. Incidence of infective endocarditis in England, 2000–13: a secular trend, interrupted time-series analysis. *Lancet* 2015; 385: 1219–28.
7. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. 2013. [www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/andre-infeksjoner/endokardittprofylakse](http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/andre-infeksjoner/endokardittprofylakse) [4.1.2016].

Mottatt 1.12. 2015 og godkjent 25.1. 2016. Redaktør: Kaveh Rashidi.

Publisert først på nett.