

## DIENT BIJ TANDABCES EEN ANTIBIOTICUM TE WORDEN VOOR- GESCHREVEN?

De behandeling van een tandabces berust in de eerste plaats op lokale tandchirurgie. Een antibioticum is enkel aangewezen bij dentale cellulitis, gepaard gaande met systemische symptomen. In dat geval kan, als eerste keuze, amoxicilline of een macrolide [n.v.d.r.: in geval van contra-indicatie voor een penicilline] toegediend worden voor een periode van 3 tot 5 dagen, en dit na of onmiddellijk vóór de tandingreep.

Tandabcessen zijn te wijten aan de proliferatie van aërobe en anaërobe kiemen uit de mondflora, met meestal tandcariës als oorsprong. Hoewel er geen degelijke vergelijkende studies bestaan die toelaten de plaats van antibiotica bij de behandeling van tandabces te preciseren, lijkt op basis van de natuurlijke evolutie van de abcessen en op basis van de klinische ervaring, een antibioticumtherapie een tandheelkundige ingreep (conservatief of radicaal) niet te kunnen vervangen. Wel kan het associëren van een antibioticumtherapie aan een tandheelkundige ingreep in sommige gevallen, in functie van het type abces, worden overwogen. Inderdaad dient men een onderscheid te maken tussen de acute gelokaliseerde tandabcessen, waarbij de infectie beperkt blijft tot het tand- en steunweefsel, en dentale cellulitis, met mogelijk complicaties.

- In geval van *acuut, gelokaliseerd tandabces* is een lokale chirurgische behandeling in het algemeen voldoende, voor zover afvloeit van etter kan worden verkregen, en bij overigens gezonde personen is geen antibioticum noodzakelijk. In één enkele, kleinschalige, placebo-gecontroleerde studie werd geen significant verschil gevonden in de snelheid van herstel tussen tandchirurgie alleen, en tandchirurgie in associatie met een penicilline oraal.
- In geval van *dentale cellulitis*, gepaard gaande met systemische symptomen (koorts, adenopathie...), bestaat er, op basis van de klinische ervaring, consensus dat een antibioticum is aangewezen, maar er zijn hieromtrent geen placebo-gecontroleerde studies. Hoewel er evenmin studies zijn waarbij de doeltreffendheid van een antibioticumtherapie werd nagegaan in functie van het tijdstip van toediening (vóór of na de tandingreep), wordt het antibioticum in het algemeen pas gestart na de tandingreep, of juist ervoor. De antibiotica waarvan het werkingsspectrum de kiemen die mogelijk de oorzaak zijn, omvat, zijn de volgende: de penicillines, de macroliden, spiramycine, pristinamycine [n.v.d.r.: waarvan het nut beperkt is omwille van zijn geringe resorptie], clindamycine en lincomycine, en de imidazoolderivaten zoals metronidazol. In afwezigheid van degelijke vergelijkende studies, is de keuze van het antibioticum empirisch, en afhankelijk van een aantal factoren, zoals het risico van ongewenste effecten, de inductie van bacteriële resistentie, het gemak van gebruik, de kostprijs .... Op basis van de beschikbare gegevens moet de voorkeur worden gegeven aan monotherapie met amoxicilline, of

een macrolide [n.v.d.r.: in geval van contra-indicatie aan een penicilline]. Het is niet aanbevolen om als eerste keuze de associatie amoxicilline + clavulaanzuur, of clindamycine te gebruiken. Een behandeling van korte duur (3 tot 5 dagen) is in het algemeen voldoende voor zover de infectiehaard is uitgeroeid. In afwezigheid van klinische verbetering binnen de 48 à 72 uur na de tandingreep, dient men in de eerste plaats te denken aan een residuele infectiehaard, en dient men een nieuwe lokale ingreep te overwegen, eerder dan de keuze van het antibioticum in vraag te stellen.

Naar: Abcès d'origine dentaire. *La Revue Prescrire* 21, 521-530 (2001)

### Nota van de redactie

Bij de patiënten met een hartafwijking met hoog of intermediair risico van endocarditis, is een antibiotische profylaxis aanbevolen in geval van een ingreep die een hoog risico van bacteriëmie inhoudt. Voor meer details in verband met de aanbevelingen inzake antibiotische profylaxis van endocarditis, zie Folia maart 2000.

---

### FLASH

- Door een **nieuwe Europese regelgeving** (Richtlijn 98/79/EG betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitro diagnostiek, omgezet in het koninklijk besluit van 14 november 2001 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 12 december 2001) worden de fabrikanten van diagnostica voor de **bepaling van creatinine** in de Europese Unie verplicht, de standaardisatie van creatinine te herzien in de periode 2002-2003. Creatinine moet volgens deze nieuwe regelgeving worden geijkt ten opzichte van een “standaard van hoge orde”, en vele fabrikanten zullen daarom overschakelen op een GC-MS-standaard, d.w.z. een standaard die bepaald is via gaschromatografie/massaspectofotometrie. Het is mogelijk dat met deze standaard niet dezelfde resultaten worden bekomen als met de oude standaard. In een aantal gevallen kan dan ook een duidelijke lagere waarde voor het serumcreatinine, en een duidelijke hogere waarde voor de creatinineklaring gevonden worden: veranderingen van 25 à 30 % zijn hierbij geen uitzondering. Men moet dus voorzichtig zijn, op het ogenblik van overschakelen, bij het hanteren van de waarden die gevonden worden voor de creatinineklaring en het serumcreatinine bij de dosisaanpassing van een aantal geneesmiddelen (b.v. digoxine, aminosiden...) bij patiënten met nierinsufficiëntie. In geval van twijfel, en gezien men niet weet op welk ogenblik in de periode 2002-2003 een fabrikant zal omschakelen, neemt men best contact op met het klinisch laboratorium.