Preventie van bacteriële endocarditis - een adaptatie van de Duodecim-richtlijn naar de Belgische zorgcontext.

Haio: ZWAENEPOEL Linde , U.G.
Promotor: DELVAUX Nicolas , KUL
Praktijkopleider: EECKHOUT Koen , ORLENT Hans , VANTOMME Nikolaas , VERMEIRE Piet

Context: Bacteriële endocarditis is een zeldzame, maar levensbedreigende aandoening, met een significante mortaliteit en morbiditeit. Deze masterproef is het resultaat van een adaptatieproces, waarbij de Finse Duodecim-richtlijn ‘Preventie van bacteriële endocarditis’ aangepast wordt aan de Belgische zorgcontext.

Onderzoeksvraag: 1. Zorgt antibioticaprofylaxe voor een verminderde incidentie van bacteriële endocarditis, in de patiëntengroep met een verhoogd risico op bacteriële endocarditis, die een medische of tandheelkundige procedure ondergaat die een verhoogd risico op bacteriële endocarditis heeft? 2. Welke patiënten hebben nood aan antibioticaprofylaxe bij procedures met een verhoogd risico op bacteriële endocarditis? 3. Welke medische en tandheelkundige procedures hebben een verhoogd risico op bacteriële endocarditis bij patiënten uit de risicogroep? 4. Welke antibioticabehandeling is het meest geschikt ter preventie van bacteriële endocarditis bij patiënten uit de risicogroep, die een risicovolle procedure ondergaan?

Methode: De aanpassing van een Finse Duodecim-richtlijn naar de Belgische zorgcontext gebeurt volgens een vooropgestelde systematiek. We vertrekken vanuit de bestaande Duodecim-richtlijn en vergelijken deze met andere kwaliteitsvolle, (inter)nationale richtlijnen over hetzelfde onderwerp. De screening van de kwaliteit van deze richtlijnen gebeurt met behulp van de AGREE II-tool. Hierbij is het belangrijk dat de totstandkoming en de achterliggende evidentie van de gevormde aanbevelingen uit de richtlijnen duidelijk te achterhalen zijn. Op basis van de gevonden evidentie formuleren wij zelf aanbevelingen per klinische vraag. Deze worden vergeleken met de oorspronkelijke Duodecim-richtlijn en hierbij beslissen we op basis van de wetenschappelijke evidentie, toepasbaarheid en andere overwegingen, of we de Duodecim-aanbeveling overnemen (adoptatie) of aanpassen (adaptatie). In de laatste fase leggen we het voorstel van de aangepaste richtlijn voor aan een expertenpanel. We krijgen zo feedback over resterende inhoudelijke vragen en over eventuele struikelblokken om deze richtlijn in de praktijk toe te passen. Op die manier vormen we finaal een zo kwalitatief mogelijke en toepasbare richtlijn voor de Belgische zorgcontext.

Resultaten: Antibioticaprofylaxe voor bacteriële endocarditis kan overwogen worden bij patiënten met een verhoogd risico op bacteriële endocarditis, die een risicovolle medische of tandheelkundige procedure ondergaan (2C). De volgende patiënten worden gedefinieerd als hoogrisicopatiënten. Bij deze patiënten kan toediening van antibioticaprofylaxe overwogen worden (2C): - Hartklepprothese of prothesemateriaal dat gebruikt wordt voor hartklepherstel; - Eerdere infectieuze endocarditis; - Patiënten met een aangeboren hartaandoening: - Cyanotische aangeboren hartziekte, zonder chirurgische interventie, of met restdefecten, palliatieve shunts of leidingen; - Aangeboren hartaandoening die volledig werd hersteld met prothetisch materiaal, chirurgisch of percutaan ingebracht, tot 6 maanden na de procedure; - Wanneer er een defect blijft bestaan op de plaats van inbrengen van prothetisch materiaal of van een toestel, dat door middel van hartchirurgie of een percutane techniek werd geplaatst. *Voor harttransplantatiepatiënten en patiënten met een ventricular assist device raden we aan om casus per casus in overleg met de behandelende specialisten te beoordelen of en welke antibioticaprofylaxe aangewezen is. Wanneer patiënten uit de hoogrisicogroep volgende procedures ondergaan, kan antibioticaprofylaxe overwogen worden

(2C): Invasieve tandheelkundige ingrepen: ingrepen waarbij de gingiva of de periapicale regio van tanden worden gemanipuleerd of waarbij de mucosa wordt geperforeerd (inclusief professionele gebitsreiniging en wortelkanaalbehandeling). Bij volgende procedures wordt antibioticaprofylaxe niet aanbevolen: Tandheelkundige procedures: lokale anesthesie ter hoogte van zones die niet geïnfecteerd zijn, de behandeling van oppervlakkige cariës, de verwijdering van hechtingen, het nemen van intra-orale röntgenfoto's, het plaatsen of aanpassen van uitneembare protheses en orthodontische apparatuur, of het loskomen van melktanden, noch bij trauma aan lippen of mondslijmvlies; Niet-tandheelkundige procedures: - Huid en weke delen procedures; - Respiratoire procedures: bronchoscopie, laryngoscopie, transnasale of endotracheale intubatie; - Gastro-intestinale of urogenitale procedures: gastroscopie, colonoscopie, trans-oesofagale echocardiografie, cystoscopie, vaginale bevalling of bevalling via keizersnede *Wanneer medische of tandheelkundige procedures uitgevoerd worden ter hoogte van een infectiehaard of in het kader van een infectie vallen deze buiten de beschouwing van deze richtlijn. Een specifieke behandeling (in plaats van profylaxe) is in deze omstandigheden doorgaans van toepassing. Bij gebruik van antibiotische profylaxe, wordt het volgende regime aanbevolen (2C): Eerste keuze: - Volwassenen: amoxicilline: éénmalige dosis van 2 g, 30 tot 60 minuten voor de procedure. - Bij kinderen: amoxicilline: éénmalige dosis van 50 mg/kg, 30 tot 60 minuten voor de procedure. Alternatieve behandelingen bij penicilline-allergie: Indien penicilline geen anafylactische reactie heeft veroorzaakt: - Volwassenen: cefalexine: éénmalige dosis van 2 g, 30 tot 60 minuten voor de procedure. - Kinderen: cefalexine: éénmalige dosis van 50 mg/kg, 30 tot 60 minuten voor de procedure Bij gekende anafylaxiereactie op penicilline: - Volwassenen: clindamycine: éénmalige dosis van 600 mg, 30 tot 60 minuten voor de procedure - Kinderen: clindamycine: éénmalige dosis van 20mg/kg, 30 tot 60 minuten voor de procedure *Gezien deze richtlijn in eerste plaats tot stand kwam als handleiding voor de eerste lijn, is deze beperkt tot per os antibioticaschema’s.

Conclusie: Er is weinig kwalitatieve evidentie over dit onderwerp. Huidige gangbare richtlijnen lijken voornamelijk gebaseerd op consensus. Verder onderzoek lijkt ons aangewezen, voornamelijk wat betreft de effectiviteit van antibioticaprofylaxe bij het verminderen van de incidentie van infectieuze endocarditis. Gezien de moeilijke opzet van studies, die nodig zijn om een eventueel doorslaggevend resultaat te bekomen, betwijfelen wij of er in de toekomst een betere onderbouwing voor dit onderwerp beschikbaar zal zijn.