

## GENERELLE REGLER FOR KIRURGISKE INNGREP VED INSTITUTT FOR KLINISK ODONTOLOGI

### 1. LOKALT BETINGETE:

#### 1.1. Pasienter med lokale infeksjonstilstander:

Eksempelvis:

##### 1.1.1. Herpes labialis:

unngå tannbehandling generelt i det akutte stadiet. Vil kunne blusse opp etter behandling fordi lokalt traume ansees å være en utløsende årsak til herpes labialis.

##### 1.1.2. Angina tonsillaris:

(tonsillitt) unngå tannbehandling i akutt-stadiet.

#### 1.2. Maligne tumores:

Ved minste mistanke om malign neoplastisk prosess i kjevekamsområde hvor depurasjon planlegges må denne utsettes inntil tumors natur er fastslått ved histologisk undersøkelse av biopsi.

#### 1.3. Strålebehandlede kjevekammer:

Enhver form for radioaktiv bestråling i tumordoser vil forårsake fibrosering og vaskulitt i de bestrålte vev med redusert blodtilførsel og nedsatt regenerasjonsevne. Infeksjonsresistensen er nedsatt, særlig i benvevet. Terapeutisk foreligger kontraindikasjon for tannekstraksjon og andre orale inngrep som medfører blottlegging av benvev i tumorbestrålte kjeveområder for all fremtid. Om mulig bør endodontisk behandling av tenner eller røtter foretrekkes fremfor ekstraksjon. Ved eventuelt oral kirurgisk behandlingsbehov når det gjelder disse pasientene bør man henvise til spesialist. På den annen side er det uhyre viktig at disse pasientene som er bestrålt i kjeveområdet og som har sine tenner i behold får en grundig oppfølging slik at gjenstående tenner og periodontium holdes i optimal stand.

### 2. GENERELT BETINGETE

#### 2.1. Cardiovaskulære sykdommer:

Generelt kan man si at pasienter i denne gruppen er å betrakte som risikopasienter. Behandlingen bør planlegges grundig - slik at man har korte men svært effektive økter. Eventuell bruk av sedasjon bør vurderes.

### **2.1.1. Hypertensjon.**

Normalt blodtrykk er for voksne over 25 år: Systolisk 100 + pasientens alder og diastolisk 90 mm Hg. Opptre med en beroligende holdning. Behandlingens lengde og omfang bør så langt mulig avpasses etter pasientens fysiske og psykiske allmenntilstand.

### **2.1.2. Angina Pectoris.**

Smertefull hjertelidelse som skyldes inadekvat blodtilførsel til en del av eller hele myocard. Smerteanfallet utløses særlig ved fysiske og psykiske påkjenninger.

**Ha nitroglycerin tilgjengelig.** Ellers som for hypertensjon.

### **2.1.3. Pasient som har hatt hjerteinfarkt.**

All behandling bør helst utstå i 6 måneder etter at pasienten er utskrevet fra sykehus. Ellers som for hypertensjon. I tvilstilfelle ta kontakt med pasientens lege.

### **2.1.4. Antikoagulasjonsbehandling:**

#### **Warfarinpreparater:**

Seponering av Warfarin (Marevan<sup>®</sup>) er forbundet med risiko for dannelse av blodpropp og må alltid avveies mot blødningsfaren. Subgingival depurasjon og mindre oralkirurgiske inngrep som biopsier, flapoperasjoner, gingivektomier, hemiseksjoner, rotspissamputasjoner og ukompliserte tannekstraksjoner kan vanligvis utføres på pasienter med INR (International Normalized Ratio) under 3. INR målingen bør være tatt nylig, helst samme dag og pasienten må fremvise sitt INR kort for å danne seg et bilde av graden av antikoagulasjonskontroll og derved blødningsfaren hos den enkelte pasient. Grundig hemostase er viktig (foruten tette suturer og bitekompress som eventuelt kan fuktes med Cyklocapron<sup>®</sup> kan applikasjon av lokal oksidert cellulose (Surgigel<sup>®</sup>) bidra til bedre lokal hemostase. Grundig postoperativ instruksjon (muntlig og skriftlig) er også viktig og er det tvil så bør alltid pasientens egen lege kontaktes.

Ved omfattende kirurgiske inngrep og/eller INR over 3 og/eller annen risiko for økt blødningsfare bør alltid behandlende lege kontaktes og man bør vurdere å henvise pasienten til spesialist eller sykehusbasert tannlege for behandling.

#### **ASA:**

Ved mindre oralkirurgiske inngrep skal man som hovedregel ikke seponere ASA med mindre det foreligger andre risikofaktorer for økt blødningstendens. Hvis man er i tvil bør pasientens behandlende lege alltid kontaktes. Velger man, etter en totalvurdering av pasientens helsetilstand, å seponere ASA, må dette iverettes minimum 4 -5 dager før inngrepet for å få tilstrekkelig effekt på blodplatene. Tiltak for å sikre god hemostase og postoperativ informasjon er viktig og gjennomføre som nevnt over.

Antiinflammatoriske legemidler som også påvirker blodplatene og derved den primære hemostase bør unngås hos pasienter på antikoagulasjonsbehandling og paracetamol eller tilsvarende preparater foretrekkes for smertekontroll.

### **2.1.5. Bakteriell endocarditt:**

Er en alvorlig komplikasjon som opptrer fortrinnsvis hos pasienter hvis hjerteklaffer på forhånd har medfødte eller ervervete defekter. Pasienter som har hatt bakteriell endocarditt representerer en høyrisikogruppe med hensyn på eventuell bakteriemi. All behandling skal foregå under antibiotikaparaply. Det samme for pasienter som har hatt rheumatisk endocarditt som følge av giktfeber.

### **2.1.6. Medfødt hjertefeil:**

Ta kontakt med pasientens lege for å vurdere hvorvidt pasienten må behandles under antibiotikaparaply/eventuelt behandles i sykehus.

### **2.1.7. Implantater i hjertet:**

Kunstige hjerteklaffer. Det er avgjørende at disse pasientene ikke utsettes for transitorisk bakteriemi, da infeksjon rundt implantater kan få fatale konsekvenser. Ta kontakt med behandlende lege. Antibiotikaprofylakse.

### **2.1.8. Karproteser:**

Ta kontakt med behandlende lege. Antibiotikaprofylakse i de første 6 måneder etter at karproteser er operert på plass. Etter denne tid vil karprotesene stort sett være kledd med endotel og behovet for antibiotikaprofylakse redusert.

### **2.1.9. Hjertearytmier:**

**Ta kontakt med pasientens lege for å vurdere tilrådeligheten av tannbehandling.**

## **2.2. Blodsykdommer:**

### **2.2.1. Anemier:**

Det finnes en rekke forskjellige anemityper. Det er dog visse fellestrekk av betydning for vurdering av risikomomentene ved oral kirurgi. Ved de vanligste milde typene foreligger ingen kontraindikasjon. Ved de alvorlige kroniske og ukontrollerte vil det ofte være nedsatt resistens mot infeksjon og nedsatt tilhelingsevne samt mulighet for økt blødningstendens. Ta kontakt med pasientens lege for å vurdere bruk av eventuelt antibiotika postoperativt.

### **2.2.2. Agranulocytose:**

Akutt eller kronisk mangel på neutrofile granulocytter. Absolutt kontraindisert med oral kirurgi på grunn av uttalt nedsatt resistens mot infeksjon og derav følgende fare for alvorlige lokale sårnekroser og sepsis.

### **2.2.3. Leukemier:**

Ved de kroniske former er det ingen absolutt kontraindikasjon. I tvilstilfelle bør behandlende lege konsulteres. Ved de akutte former er det generelt absolutt kontraindikasjon for selv de

minste inngrep. Dette pga økt blødningsfare, sterkt nedsatt vevsvitalitet og nedsatt infeksjonsresistens.

#### **2.2.4. Koagulasjonsforstyrrelser:**

Må som oftest ha tilført koaguleringsfaktor. Ta kontakt med behandlende lege før behandling igangsettes.

### **2.3. Hormonelt betingete sykdommer:**

#### **2.3.1. Diabetes mellitus:**

Ved velregulert diabetes kan behandling utføres som normalt. Likevel skal man være klar over at det kan være noe nedsatt infeksjonsresistens og forsinket tilheling. Ved de mer alvorlige tilstandene bør pasientens lege alltid konsulteres.

**NB:** Generelt for denne pasientgruppen er det viktig at pasienten opprettholder sitt diettregime med måltider til de fastsatte klokkeslett. Ikke sjelden unnlater pasienten å spise før tannbehandling, det være seg på grunn av redsel eller at man ønsker å stille med rene fine tenner - dette vil dersom behandlingen tar lang tid, føre til at pasienten får for lavt blodsukker (hypoglykemi). Også umiddelbart etter behandling har det vist seg at pasienter reduserer noe på måltidene på grunn av smerter eller nedsatt tyggeeve. Dette er situasjoner man må unngå hos diabetikeren.

#### **2.3.2. Binyrebarkdysfunksjon:**

Gjelder som oftest pasienter som står kontinuerlig på corticosteroider. Disse vil ofte ikke ha mulighet for å reagere adekvat på sterke stressreaksjoner fordi binyrebarken selv ikke lenger produserer nok corticosteroider. Enhver sterk stressreaksjon hos fysiologisk friske mennesker fører til at binyrebarken øker denne produksjonen. Dersom det skal utføres langvarig og komplisert behandling bør pasienter som går kontinuerlig på corticosteroider få en dobling av døgndosen den dagen behandlingen skal utføres. Ta kontakt med pasientens lege for sikkerhets skyld.

#### **2.3.3. Thyreotoksikose:**

(Morbus Basedow). Økt produksjon av thyroxin fra skjoldbruskkjertelen. Ofte noe forstørret hevelse av kjertelen (struma). Her er det økt sensibilitet for adrenalin og noradrenalin. Bruk av sedativa kan være aktuelt.

### **2.4. Sykdommer med nedsatt immunforsvar.**

#### **2.4.1. Immunsupprimerte pasienter:**

Pasienter som får medikamenter for å dempe immunapparatet etter f.eks. transplantasjoner, i forbindelse med behandling av ulike kreftformer osv. Behandling foretas alltid i samråd med behandlende lege. Pasienten har svært nedsatt infeksjonsresistens. Alltid antibiotika.

### 2.4.2. HIV/AIDS:

Etter oral kirurgi benyttes en kort antibiotika kur.

## Antibiotikaprofylakse

### A. Ved fare for transitorisk bakteriemi

1. Pasienter med kunstige hjerteventiler eller karproteser
2. Pasienter som har hatt endocarditt
3. Pasienter med medfødte hjertefeil
4. Pasienter med ervervet hjertefeil som følge av febris rheumatica.

Rp. Amoxicillin (Amoxillin® Imacillin ®)

Dssn. 2 g (4 kapsler à 500 mg) tas pr. os, 1 time før aktuell behandling (voksne pas).  
(barn: 50 mg/ kg, maks 2 g).

For pasienter som er allergiske for penicillin gis:

Rp. Clindamycin ( Dalacin ®)

Dssn. 600 mg (2 kapsler à 300 mg) pr.os 1 time før aktuell behandling (voksne pas).  
(barn: 20 mg/ kg, maks 600 mg).

Merk: Ved fare for transitoriske bakteriemi er gis kun korttidsprofylakse som angitt ovenfor.

### B. Pasienter med nedsatt infeksjonsresistens

Ved slike tilstander er det vanlig at profylakseregimet går over 4-5 døgn, unntaksvis også lenger tid. Vanligst benyttes følgende regime:

Rp. Fenoxymetylpenicillin (Femepen ®, Apocillin ®)

Dssn: 660 mg tas fire ganger daglig i 4 - 5 dager, evt 2 tabl x 2.

for pasienter som er allergiske for penicillin gis:

Rp. Erythromycin (Abboticin ® )

Dssn. 0.5 g pr.os fire ganger daglig i 4 - 5 dager.

Sist oppdatert av professor Per S. Thrane 15. august 2008.

