

Richtlijnen voor endocarditisprofylaxe*

Toelichting bij de herziening 1996

THOMPSON J. Richtlijnen voor endocarditisprofylaxe. Toelichting bij de herziening 1996. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 138.

J. Thompson, internist¹

*Begeleidend artikel bij 'Preventie bacteriële endocarditis', zoals afgedrukt op bl. 139-41 van deze aflevering.

¹Namens de Endocarditis Profylaxe Commissie van de Nederlandse Hartstichting: Dr. J. Thompson, voorzitter, dr. I.M. Hellema, secretaris, prof.dr. G. Boering, dr. A.G.M. Buiting, dr. B.H. Graatsma, prof. dr. J. Hess, dr. P.L. van Putten en dr. P.W. Westerhof, leden.

Bacteriële endocarditis blijft nog steeds een ziekte met een aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit ondanks de mogelijkheden om de infectie met antibiotica te behandelen. De sterfte bedraagt in ons land 19,7% wisselend van 8,6% bij α -hemolytische streptokokken tot 36,6% bij *Staphylococcus aureus* en 66,7% bij *Streptococcus pneumoniae* als verwekkers.¹ Van de patiënten die van de infectie genezen, houdt een belangrijk deel blijvende schade over, niet alleen in het hart zelf, maar ook elders. Gevreesd zijn vooral de neurologische complicaties zoals hemiparese en afasie.

Endocarditis kan het gevolg zijn van een bacteriëmie die ontstaat tijdens bepaalde diagnostische en therapeutische ingrepen. Vooral tandheelkundige ingrepen vormen in dit opzicht een aanmerkelijk risico. Om deze reden wordt aan patiënten, van wie bekend is dat ze door een aangeboren of verworven afwijking van het hart of de grote vaten een hoger dan normaal risico hebben voor het krijgen van een endocarditis, bij een aantal ingrepen een profylaxe met een antibioticum gegeven. Voor deze profylaxe bestaan standaardrichtlijnen, die weliswaar per land onderling enigszins verschillen, doch vooral in de laatste jaren steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. Dit heeft ertoe geleid dat in 1995 een werkgroep van de European Society of Cardiology een voorstel heeft gepubliceerd voor uniforme Europese richtlijnen.²

In ons land heeft een commissie van de Nederlandse Hartstichting in 1982 profylaxerichtlijnen opgesteld, die in 1986 en 1992 in het licht van nieuwere inzichten herzien zijn.³ Opnieuw heeft de commissie nu een aantal wijzigingen in de richtlijnen aangebracht. Zij had hiervoor twee belangrijke redenen. In de eerste plaats leek het nuttig tot een nog verdergaande vereenvoudiging van de richtlijnen te komen. De voornaamste reden hiervoor was dat uit een recent onderzoek in ons land gebleken is dat met de bestaande richtlijnen een zeer matige compliantie voor de toepassing bestaat.⁴ In de tweede plaats wil de commissie de Nederlandse richtlijnen zoveel mogelijk in overeenstemming brengen met de voorgestelde Europese richtlijnen.

De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de richtlijnen uit 1992 zijn:

- **Indicaties:** Hierbij zijn alle afwijkingen van de mitralis- en aortaklep nu ondergebracht in de categorie 'klepafwijkingen'. Nieuw is dat er nu een aparte categorie opgenomen is van afwijkingen aan het hart en de grote vaten, waarvoor profylaxe niet geïndiceerd is.
- **Ingrepen:** Ook hierbij wordt nu een aantal ingrepen vermeld, waarbij profylaxe niet geïndiceerd is.

- **Medicatie:** Voor alle regimes waarbij vroeger erytromycine per os werd aanbevolen, is dit nu vervangen door clindamycine.

Bij tandheelkundige ingrepen zijn alle herhalingsdoses verval- len. Voor patiënten die in de zeven dagen voor de ingreep met penicilline zijn behandeld, is bij tandheelkundige ingrepen de combinatie penicilline met gentamicine vervangen door clindamycine.

Bij ingrepen in de tractus digestivus en urogenitalis is de herhalingsdosis gentamicine vervallen. Voor patiënten die overgevoelig zijn voor penicilline, is de parenterale profylaxe met erytromycine vervangen door vancomycine, waaraan eveneens maar één dosis hoeft te worden toegediend.

Voor ingrepen in met *Staphylococcus aureus* geïnfecteerd weefsel is het aantal doses flucloxacilline teruggebracht tot twee. Ook hier is voor penicilline-overgevoelige patiënten erytromycine vervangen door clindamycine.

De commissie hoopt dat bovengenoemde vereenvoudigingen ertoe zullen bijdragen dat de profylaxerichtlijnen beter dan tot nu toe zullen worden toegepast. Wij wijzen er nogmaals op dat het hier gaat om een aanbeveling dat ten minste in een bepaald aantal situaties profylaxe gegeven moet worden. Het blijft mogelijk dat zich omstandigheden kunnen voordoen die niet in de indicatie genoemd worden, maar waarin de behandelend arts of tandarts desondanks van mening is dat er een reden is om profylaxe te geven. Bij twijfel hieromtrent raden wij aan contact met een terzake deskundig centrum op te nemen. Ten slotte houdt de commissie zich aanbevolen voor commentaar en suggesties die de kwaliteit van de aanbevelingen nog verder zouden kunnen verbeteren.

Literatuur

- 1 Meer JTM van der, Thompson J, Michel MF, Valkenburg HA. Epidemiology of bacterial endocarditis in the Netherlands: I. Patient characteristics. Arch Int Med 1992; 152: 1863-8.
- 2 Lepout C, Horstkotte D, Burckhardt D, and the Group of Experts of the International Society for Chemotherapy. Antibiotic prophylaxis for infective endocarditis from an international group of experts towards a European consensus. Eur Heart J 1995; 16: SB: 126-31.
- 3 Thompson J. Herziening richtlijnen endocarditisprofylaxe. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 2171-3.
- 4 Meer JTM van der, Wijk W van, Thompson J, Valkenburg HA, Michel MF. Awareness of need and actual use of prophylaxis: lack of patient compliance in the prevention of bacterial endocarditis. J Antimicrob Chemother 1992; 29: 187-94.