1. AMAÇ

Çeşitli dental veya medikal işlemler sırasında meydana gelebilecek olan bakteremi ile oluşabilecek komplikasyonun (infektif endokardit) önlenmesidir.

2. KAPSAM

Ayaktan hasta ve hasta yakınları, uzman diş hekimi ve diş hekimlerini kapsar.

3. KISALTMALAR

CAE: Cerrahi Alan Enfeksiyonu

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

MVP: Mitral Valv Prolapsusu

PDA: Patent Duktus Arteriosus

EE: Enfektif Endokardit

ASD: Atrial Septal Defect

VSD: Ventriküler Septal Defect

IM: İntramüsküler

IV: İntravenöz

4. TANIMLAR

4.1. Profilaktik Antibiyotik Kullanımı: Cerrahi işlem uygulama öncesi enfeksiyon önlenmesi için antimikrobiyal ajan kullanılması

4.2. Profilaktik Antibiyotiğin Optimum Uygulama Zamanı: Ameliyattan 60-120 dakika öncedir. Pratik olarak, anestezi indüksiyonu ile verilmesinin en iyi zamanlama olduğu belirtilmektedir.

4.3. Antibiyotiklerin Profilaktik Olarak Kullanım Süreleri: Genel olarak profilaktik antibiyotiğin tek doz olarak verilmesi yeterlidir. Operasyon uzun sürüyor, kan kaybı fazla ve kullanılan antibiyotiğin yarı ömrü kısa ise, ikinci doz gerekebilir. Bakteriyemi riski taşıyan tüm işlemlerden 1 saat önce uygulanmalıdır.

5. SORUMLULAR

5.1. Hekimler

- Hastaya doğru tanının konulmasından,
- Tedavi amaçlarının belirlenmesinden,
- Değişik seçenekler içerisinden etkinliği kanıtlanmış güvenilir tedavinin seçilmesinden,
- Uygun bir reçete yazılmasından,
- Hastaya açık bilgiler ve talimatlar vererek tedaviye başlanmasından,
- Tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesinden,

● Hastaya tanısı dışında ilaç uygulaması yapılacaksa nedeninin açıklanmasından sorumludur.

5.2. Hemşireler:

● Hekim tarafından verilen ilaç tedavilerinin uygulanmasından

● Hasta ile yakınına ilaç ve kullanımı hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi vermekten,

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Akılcı İlaç Kullanımı

• İlaç, insanları hastalıklardan korumak, tedavi etmek, teşhis koymak, bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek veya insan yararına değiştirmek amacıyla kullanılan, genellikle bir veya kombinasyon halinde doğal ve sentetik kaynaklı maddelerden formüle edilmiş etkin maddeler içeren, uygulanacağı doza göre hazırlanmış üründür. Fakat ilaçların uygulanmasında tanı, ilaç seçimi, doz, farmasötik form, uygulama yolu, uygulama zamanı gibi ilacı ilgilendiren süreçlerde gerçekleşebilecek her bir hatanın insan hayatına mal olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

• Akılcı İlaç Kullanımı, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için bir ilacın kullanılmadan önce mutlaka 5 yönden doğru olduğundan emin olmaktır.

• Doğru ilaç, doğru kişi için, doğru miktarda, doğru zamanda, doğru şekilde (oral, im, iv gibi)

6.2. Antibiyotik Profilaksisi:

• Cerrahide antibiyotik profilaksisinin temel amacı kandaki antibiyotik konsantrasyonunun yüksek tutulması, bu sayede bakteriyel profilerasyonu ve cerrahi yaradan bakterilerin yayılmasını önleyerek bunun yanında cerrahi yarada enfeksiyon riskini azaltmaktır.

(İmmün sistemi çeşitli nedenlerle zayıflamış olan hasta gruplarında, kalp kapak protezi ve hemodiyaliz için arteriovenöz şant taşıyan hastalar profilaktik antibiyotik kullanımı önem taşımaktadır.)

• Genel bir kural olarak enfeksiyon riskinin olduğu her durum için profilaksi endikedir. Bu hastalığın karekterine ya da operasyon tipine bağlı olarak değişebilmektedir. Ancak mümkün olan en kısa sürede ve en düşük dozda antibiyotik kullanımının sonlandırılması gerekmektedir.

• Son yıllarda birçok bakteri türünün antibiyotiklere karşı direnç geliştirdiği saptanmış olup, dünyadaki genel görüş uygunsuz antibiyotik kullanımını azaltmaya yöneltmiştir. İdeal antibiyotik kullanımı için; doğru tanı sonrası doğru antibiyotik; en uygun yoldan, etkin dozda, optimum aralıklarla, uygun süreyle verilmelidir.

• Doğru antibiyotik kullanımı için, mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış bakteriyel bir enfeksiyonun varlığı mutlaka sorgulanmalıdır. Tanı açısından gerekli değerlendirme yapılmadan ve enfeksiyon olmaksızın antibiyotik kullanılması, seçilen antibiyotiğin yanlış olması, antibiyotik dozunun yetersiz veya aşırı olması, doz aralıklarının uygunsuz olması durumlarında antibiyotikler uygun kullanılmamış olur.

• Etkinliği bilinen bir antibiyotik yerine maliyeti daha yüksek ve yeni olan bir antibiyotiğin seçilmesi, gerekli olmadığı halde aynı anda birden fazla antibiyotiğin kullanılması, kültür sonucuna uygun olmayan antibiyotik kullanımı da antibiyotiğin uygunsuz kullanıldığı anlamına gelir.

6.2.1. İdeal antibiyotik kullanımı için;

✓ Doğru antibiyotik seçilmelidir

✓ En uygun yoldan verilmelidir

✓ Etkin dozda verilmelidir

✓ Optimum aralıklarla verilmelidir

✓ Uygun süreyle verilmelidir

✓ Doğru tanı sonrası başlanmalıdır

Doğru antibiyotik kullanımı için;

✓ Mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış bir enfeksiyon varlığı sorgulanmalıdır

✓ Kaçınılmaz- gelişmiş veya muhtemel gelişecek bir enfeksiyon olasılığı araştırılmalıdır

✓ Korunma yapılabilecek bir enfeksiyonun gelişmesi olasılığı değerlendirilmelidir

6.2.2. Uygun antibiyotik kullanımının yararları;

✓ Hem nazokomiyal hem de endojen florada direnç gelişiminin önlenmesi

✓ Hasta bakımının iyileştirilmesi (En iyi etkinlik / En az toksisite)

✓ Birden çok seçenek varsa; ucuz ve farmakodinamik olarak en etkin olanın seçilmesi

6.2.3. Antibiyotikler hangi durumlarda kötü kullanılır?

✓ Tanı açısından gerekli değerlendirme yapılmadan antibiyotik kullanılması

✓ Enfeksiyon olmaksızın antibiyotik kullanılması

✓ Seçilen antibiyotiğin yanlış olması

✓ Antibiyotik dozunun yetersiz veya aşırı olması

✓ Doz aralıklarının uygunsuz olması

✓ Aynı etkinlikte daha ucuz antibiyotik varken, pahalı antibiyotiğin seçilmesi

✓ Etkinliği bilinen bir antibiyotik yerine, pahalı ve yeni olan bir antibiyotiğin seçilmesi

✓ Endikasyonu olmadığı halde, aynı anda ikiden fazla antibiyotiğin kullanılması

✓ Kültür sonucuna uygun olmayan antibiyotik kullanımı

✓ 24- 48 saatten uzun süren profilaksi

✓ Gereksiz profilaksi

6.2.4. Antibiyotik seçimini etkileyen faktörler

6.2.4.1. Enfeksiyona ait özellikler

✓ Etken

✓ Enfeksiyonun yeri ve özellikleri

6.2.4.2. Hastaya ait özellikler

✓ Yaş

✓ Alerji öyküsü

✓ Altta yatan hastalık (karaciğer, böbrek yetmezliği)

✓ Gebelik

✓ Daha önce ve halen almaya devam ettiği antibiyotikler

✓ Kullandığı diğer ilaçlar (teofilin, fenitoin, warfarin, vb)

✓ Genetik veya metabolik anormallikler

6.2.4.3. Antibiyotiğe ait özellikler

✓ Etki spektrumu

✓ Etki mekanizması

✓ Tedavi dozu ve doz aralığı

✓ Veriliş yolu ve süresi

✓ İlaç etkileşimleri

✓ Yan etkiler

✓ Maliyet

6.2.5. Antibiyotik profilaksisinin hedefleri;

✓ Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) insidansını azaltmak

✓ Delile dayalı kanıtlanmış etkinliği olan antibiyotik kullanımı

✓ Hastanın ve hastanenin bakteriyel florası üzerine en az etki

✓ En az yan etki

✓ Hastanın savunma sisteminde en az değişiklik

6.2.6. Antibiyotik profilaksisinden beklenen faydalar

Faydalar ortaya çıkacak enfeksiyonun şiddetiyle ilgilidir

✓ Hemen her zaman olduğu gibi birincil fayda erken veya geç mortalitenin azaltılması

✓ Antibiyotik kullanımının (tüketiminin) azaltılması

6.2.7. Profilaksinin riskleri;

✓ Hatalı antibiyotik kullanımı

✓ Antibiyotik direnci

✓ Kolit gelişimi;

✓ Artmış morbidite ve mortalite

6.2.8. Antibiyotik Seçimi;

● Profilaktik antibiyotik seçim politikaları, antibiyotiklere dirençli bakterilerin bölgesel epidemiyolojik bilgilerine dayanmalıdır.

● Maliyeti düşük, yarı ömrü kısa, emniyeti kanıtlanmış, antimikrobiyal direnci düşük, nisbeten dar spektrumlu antibiyotikler seçilmelidir.

● Gelişebilecek antibiyotik direncini önlemek için yeni, tedavide ilk seçenek olabilecek geniş spektrumlu antibiyotiklerin cerrahi profilakside kullanımından sakınmak gerekir.

6.3. Profilaksi uygulanıp İnfektif Endokardit Nasıl Oluşur?

• İntrakardiyak türbülan kan akımı, yüzey endokardiyumunda kayba ve kollajen tabakanın ekspoze olmasına neden olur. Ekspoze kollajen üzerine trombosit ve fibrinin çökelmesiyle vejetasyon adı verilen steril bir pıhtı oluşur. Bakteremi ile bu steril vejetasyon bakterilerle infekte olur ve endokardit meydana gelir.

• İnfektif Endokardit (İE); kana karışan Mycoplasma, bakteriler, mantarlar, Rickettsia veya Chlamydia'nın kalbin defektli bölümünde veya pürüzlü yüzeyinde kolonize olması ile gelişen endokard veya endotel enfeksiyonudur. Genellikle kardiovasküler sistemde anatomik lezyonu bulunan kişilerde görülür. Sıklıkla kalp kapaklarını etkilemekle birlikte, kalp defektlerinde, intrakardiyak yamalarda veya şant olarak kullanılan yapay damarlarda da görülmektedir.

• Endokardit, bakteriler ve funguslarca oluşabileceğinden artık "bakteriyel endokardit" terimi yerine "infektif endokardit" denilmektedir.

• İnfektif endokarditten, %85 viridans streptokoklar ve *Staphylococcus aureus* sorumludur. Akut

bakteriyel endokardit; *S. aureus* tedavi edilmezse altı hafta içinde hasta kaybedilir. Subakut bakteriyel endokardit; *Streptococcus viridans* tedavi edilmeden bir yıla kadar yaşayabilir. İnfektif endokardit; hospitalize edilerek, uzun periyodlarda yüksek doz, intravenöz antibiyotik tedavisi gerektiren bir infeksiyondur. Zamanında müdahale edilirse ilk geçirilen endokarditin iyileşme şansı %100 iken, geç teşhis edilen olgularda mortalite riski yüksektir. Tekrarlayan endokarditlerde, tedaviye rağmen beş yıl yaşam şansı % 60'lara düşmektedir

6.3.1. Bakteriyeminin dental sebepleri

- Dişetine yakın bölgelerde yapılan ve kan damarlarının zedelenmesi sonucu kanama meydana gelen dental işlemlerde bakteriyemi gelişeceği ancak kanama olmayan durumlarda da bakteriyemi görülebileceği bildirilmiştir.

- Literatürde; rutin muayene işlemleri, periodontal sondlama, profilaktik işlemler, diş fırçalama, diş ipi kullanma ve basınçlı irrigasyon aletlerinin kullanımı sonrasında görülen bakteriyemi olguları mevcuttur. Diş hekimliği girişimleri sonucu bakteriyemi insidansı diş çektirmede % 10-100, periodontal cerrahi de %36~88, endodontik işlemlerle %20'lere varan oranlarda rapor edilmiştir. Geçici bakteriyemi rutin günlük aktivitelerle de oluşmaktadır.

- Örneğin diş fırçalama ve diş ipi kullanımı sonucu %20-68, yemekleri çiğnerken %7-51, tahta kürdan kullanımı ile %20-40 oranlarında rapor edilmiştir. Hem işlemin derecesi hem de ağız sağlığının durumu bakteriyemi miktarını etkiler. Gingival enflamasyonu ve periodontal problemi olan hastalarda, temiz ve sağlıklı ağzı olan hastalara göre, hem spektrum hem de açığa çıkan bakteri miktarı bakımından, anlamlı derecede daha fazla oranda bakteriyemi gelişir.

- Yapılan bir çalışmalarda evde yapılan diş fırçalama ve klinikte yapılan diş parlatma işlemlerinin de hastada bakteriyemiye yol açtığı gösterilmiştir. Ayrıca, Roberts G.J ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada rubber dam yerleştirilmesi, mikromotor ve aerotor kullanımı, matriks bandı ve kamaların yerleştirilmesi sırasında diş çekimiyle karşılaştırılabilecek kadar belirgin bir bakteriyemi oluşabileceğini göstermiştir.

- Sağlıklı hastada bakteriyeminin klinik önemi azdır, Bununla beraber, bakteriyemiyi takiben lokal bakteri kolonizasyonuna eğilimli hastada, hayatı tehdit edici bir durum gelişebilir.

6.4. İnfektif Endokardit ile ilgili Kardiyak Hastalıklar Nelerdir?

6.4.1. Yüksek risk grubu:

✓ Prostetik kalp kapağı taşıyanlar,

✓ Önceden geçirilmiş infektif endokardit hikayesi olanlar,

✓ Kompleks siyanotik konjenital kalp hastalıkları (fallot tetralojisi, büyük arterlerin transpozisyonları),

✓ Cerrahi olarak yerleştirilen sistemik pulmoner şant taşıyanlar.

6.4.2. Orta risk grubu:

✓ Cerrahi olarak düzeltilmemiş konjenital kardiyak malformasyonlar; PDA, ASD, VSD, aort

koarktasyonu, bicuspid aortik kapak,

✓ Kazanılmış kapak disfonksiyonları; romatizmal ateş, Kawasaki hastalığı ve kollajen doku hastalıkları (SLE, romatoid artirit, ankilozan spondilit),

✓ Hipertrofik kardiyomiyopati,

✓ Mitral valv prolapsusu (yapısal ve fonksiyonel bozukluk görülen durumlarda)

6.4.3. Düşük risk grubu: (genel popülasyondan daha fazla risk taşımayan hastalar)

✓ Cerrahi olarak düzeltilmiş** ASD, VSD, PDA,

✓ Geçirilmiş koroner by-pass cerrahisi**,

✓ Yapısal ve fonksiyonel hasarı olmayan MVP,

✓ Fizyolojik, fonksiyonel veya masum kalp üfürümleri,

✓ Kapak disfonksiyonu yaratmamış Kawasaki hastalığı,

✓ Kapak disfonksiyonu yaratmamış romatizmal ateş,

✓ Kardiyak “pacemaker” ve implant defibrilatör taşıyanlar.

✓ Yüksek ve orta risk grubuna giren tüm hastalar dental ve oral işlemler sırasında mutlak antibiyotik profilaksisi gerektirir.

6.4.4. Daha önce profilaksi önerilen fakat artık gerek olmadığı kararına varılan durumlar;

✓ Mitral ve aortik kapak hastalıkları

✓ Romatizmal kalp hastalıkları

✓ Ventriküler ya da atrial septal defektler ile hipertrofik kardiyomiyopati

6.4.5. Endokardit Profilaksisi için Hasta Seçimi;

✓ Dişeti dokusuna yapılacak cerrahi işlemlerde,

✓ Dental periapikal bölgeye yapılacak cerrahi işlemlerde,

✓ Oral mukozayı perfore edici bir işlemlerde **profilaksi önerilir.**

✓ Rutin anestetik enjeksiyonlar (infekte alan üzerinden olmadığı sürece)

✓ Dental direk grafi,

✓ İlk dişlerin dökülmesi,

✓ Ortodontik cihazların ayarlanması

✓ Ortodontik braket

✓ Çıkarılabilir cihaz yerleştirimi için **profilaksi önerilmez.**

6.5. Kardiyak Hastalıklar Dışında Profilaksi Gerektiren Hastalıklar Nelerdir?

✓ Kontrol altına alınamamış Tip I diyabet,

✓ İmmünsüpresyona neden olan hastalıklar (AIDS, lösemi, multipl miyeloma, aplastik anemi vs.),

✓ İmmünsüpresif ilaç tedavisi görenler (organ ve kemik iliği transplantasyonu, SLE, romatoid artirit, Behçet hastalığı vs.),

✓ Kemoterapi, radyoterapi alan hastalar,

✓ Eklem protezi taşıyanlar (pin, plak ve vidalar dışında) sağlıklı bireylerde operasyondan sonraki ilk iki yıl boyunca antibiyotik profilaksisi gerektirir.

✓ Romatoid artirit, SLE,

✓ İmmünsüpresif ilaç tedavisi,

✓ Tip I diyabet,

✓ Hemofili,

✓ Daha önceden prostetik eklem infeksiyonu geçirmiş hastalarda ömür boyu dental tedaviler öncesi antibiyotik profilaksisi uygulanır,

✓ Hidrosefali nedeniyle serebrospinal şant taşıyan hastalar,

✓ Kalıcı vasküler kateterli diyaliz hastaları,

✓ Koroner stent uygulanan hastalarda ilk dört hafta boyunca.

6.6. Antibiyotik Profilaksisi Önerilen veya Önerilmeyen Dental İşlemler Nelerdir ?

6.6.1. Profilaksi önerilen dental işlemler:

✓ İntraoral sert ve yumuşak dokulardan ciddi kanamaya neden olacak cerrahi işlemler,

✓ Periodontal tedaviler,

✓ Endodontik tedaviler,

✓ İntraligamenter anestezi,

✓ Avulse dişlerin reimplantasyonu,

✓ Dental implant uygulaması,

✓ Subgingival strip yerleştirilmesi,

✓ Ortodontik bant yerleştirilmesi,

✓ Profilaktik olarak dişlerin ve implantların temizliği sırasında beklenmeyen bir kanama ile karşılaşılması.

6.6.2. Profilaksi önerilmeyen dental işlemler:

✓ Restoratif dental tedaviler,

✓ Lokal anestezi uygulaması (intraligamenter dışında),

✓ Kanal içi post ve rubber-dam uygulaması,

✓ Sütürlerin alınması,

✓ Hareketli ortodontik ve prostetik apareylerin yerleştirilmesi,

✓ Ortodontik aparey ve braketlerin yerleştirilmesi,

✓ Ölçü alınması,

✓ Topikal florür uygulaması,

✓ Oral radyografların alınması.

6.6.3. Önerilen son profilaksi rejimindeki önemli değişiklikler:

● Başlangıç oral amoksisilin dozu 2 g'a düşürülmüştür.

● Altı saat sonraki takip dozu artık önerilmemektedir.

● Penisiline allerjik hastalarda artık eritromisin önerilmemektedir.

● Eritromisin yerine klindamisin ve diğer alternatif ilaçlar tercih edilmiştir.

● Mitral valv prolapsuslu hastalarda değişen görüşler.

● *S. viridans* (alfa-hemolitik streptokoklar), dental ve oral işlemler sonrasında en sık endokardite neden olan mikroorganizmalardır. Bu nedenle uygulanacak profilaktik antibiyotik, bu mikroorganizmalar için etkin olmalıdır.

● Sentetik penisilinlerden; amoksisilin, ampisilin viridans streptokoklara eşit düzeyde etki gösterir. Ancak amoksisilin, gastrointestinal kanaldan diğerlerine göre çok daha iyi emilmesi, yüksek serum seviyelerine ulaşması ve gastrointestinal yan etkilerinin az olması nedeniyle, oral yoldan profilaksi uygulamasında ilk tercih edilen antibiyotiktir.

● Yapılan son çalışmalar, 2 g'lık yeni doz uygulamasının, 3 g'lık eski doz uygulamasına eşit, kan serum düzeyi sağladığını ve çok daha az gastrointestinal yan etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Buna göre yeni amoksisilin dozu; yetişkinde 2 g, çocuklarda 50 mg/kg'dır.

● İşlemden bir saat önce verilen 2 g amoksisilin dozu, oral streptokoklar üzerindeki minimum inhibitör konsantrasyonu (MİK) seviyesini 6-14 saat koruyabilmesi nedeniyle işlemden sonraki ikinci doz uygulaması artık önerilmemektedir.

● Ampisilin oral alındığında gastrointestinal sistemden emiliminin iyi olmaması ve buna bağlı MİK düzeyine ulaşmayan serum seviyeleri nedeniyle oral yoldan profilakside tercih edilmez. Oral alamayan hastalarda parenteral profilaksi için uygulanır.

● Eritromisin, gastrointestinal sistemde oluşturduğu yan etkiler ve buna bağlı istenilen serum seviyelerinin korunamaması nedeniyle artık tercih edilmeyen bir profilaksi ajanıdır. Eritromisin yerine; klindamisinler, birinci kuşak sefalosporinler** (sefaleksin, sefadroksil), ikinci ve üçüncü kuşak makrolidler (azitromisin, klaritromisin) kullanılmalıdır.

● MVP'li hastalar için değişen görüşler; yapılan Doppler ve ekokardiyografik incelemelerde, mitral kapakta kalınlaşma, miksomatöz değişiklikler ve yetmezlik varsa; profilaksi yapılır; yapısal bozulma olmayan MVP'de profilaksiye gerek yoktur. MVP tanılı, ancak yapısal bozukluk bulunup bulunmadığı bilinmeyen bir hastada, acil bir dental işlem yapılacaksa, işlem öncesi, sonrasında ileri tetkikler yapılarak değerlendirilmesi önerilmelidir.

6.7. Amerikan Kalp Birliği'nin profilaksi rehberine göre işlemden önce tek doz olmak üzere:

Hasta grubu	Antibiyotik	Uygulama	Uygulama	Yetişkin	Çocuk
Standart genel profilaksi (tek doz)	Amoksisilin	Oral	İşlemden 1 saat önce	2 gr	50 mg/kg
Ağızdan ilaç alamayanlar (tek doz)	Ampisilin	i.v. veya i.m. (*)	İşlemden 30 dak.önce	2 gr	50 mg/kg
	Sefaleksin	i.v.	İşlemden 30 dak. önce	2 gr	50 mg/kg
	Sefazolin veya	i.v. veya i.m.	İşlemden 30 dak. önce	1 gr	50 mg/kg
	Seftriakson(#)				
Penisilin / ampisiline alerjik (tek doz)	Klindamisin	Oral	İşlemden 1 saat önce	600 mg	20 mg/kg
	Sefaleksin	Oral	İşlemden 1 saat önce	2 gr	50 mg/kg
	Azitromisin veya Klaritromisin	Oral	İşlemden 1 saat önce	500 mg	15 mg/kg
Penisilin/ampisiline alerjik ve	Klindamisin	i.v.	İşlemden 30 dakika önce	600 mg	200 mg/kg

ağızdan ilaç alamayanlar (tek doz)	Sefazolin veya Seftriakson	i.v. veya i.m.	İşlemden 30 dakika önce	1 gr	50 mg/kg

(*): Antikoagülan kullanan hastalara İM enjeksiyon yapılmamalıdır.

(#): Beta-laktam ile bağlantılı antibiyotiklere karşı anafilaksi geçmişi olanlarda sefalosporin verilmemelidir.

(**): Penisiline karşı Tip I akut hipertansitivite gösteren (ürtiker, anjiyoödem veya anafilaksi hastalarda, sefalosporinlere karşı da çapraz reaksiyonlar oluşabileceğinden kullanılmamalıdır.

Antibiyotik profilaksisine ek olarak; risk grubundaki hastaların %0.2'lik, klorheksidin içeren bir antiseptik solüsyon ile 30 saniye gargara yapmaları sağlanmalıdır.

Çocuk Dozu Hiçbir Şekilde Yetişkin Dozu Geçmemelidir !!!!

● Hasta herhangi bir nedenle zaten antibiyotik kullanıyorsa; kullandığı antibiyotik profilaksi için kullanılabilecek bir antibiyotik olsa bile bu ilacın dozunu arttırmak yerine farklı gruptan bir ilaç seçilmelidir.

● Örneğin; penisilin V tedavisi alan bir hastada, oral kavitedeki viridans streptokoklar amoksisilin ve ampisilinlere de direnç geliştirebilir. Hatta sefalosporinlere karşı da çapraz direnç oluşturabilir. Bu gibi durumlarda, klindamisin, azitromisin veya klaritromisin grubu antibiyotikler tercih edilmelidir.

● Ekstraoral yaklaşımla apse açımı veya osteomiyelit tedavisi yapılacak risk grubu hastalarda; stafilokoklar, bu kronik infeksiyonlardan sorumlu, inatçı ve tedaviye zor yanıt veren mikroorganizmalardır. Stafilokoklar bakteremik infeksiyonlar oluşturabilir. Bu yüzden profilaksi yapılmalıdır.

6.8. Profilaksi Gerektiren Hastalarda Dental İşlemler Hangi Sıklıkla Yapılmalıdır?

● Özellikle penisilin ve penisilin grubu antibiyotikler dental tedavilerde endokardit profilaksisinde başlıca ilaç olurken, tek doz profilaksi uygulamasında bile antibiyotiğe dirençli bakteriler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle direnç geliştiren suşlara bağlı endokardit riski doğmaktadır.

● Tek doz profilaktik antibiyotik uygulamasından 10-24 saat içerisinde ilaca dirençli mikroorganizma suşları oluşmakta ve en az beş gün süreyle oral florada kalmaktadır.

● Tekrarlayan dental işlemler için antibiyotiğe duyarlı oral floranın yeniden oluşması beklenmelidir.

● İki dental işlem arası yedi gün olmalıdır.

● Altı saat içerisinde birden çok dental işlem planlanmalıdır.

● Risk grubundaki bir hastada profilaksi gerektirmeyen bir dental işlem sırasında beklenmeyen bir kanama olursa ne yapılmalıdır?

● Yapılan deneysel çalışmalar bakteri girişinden sonra iki saat içinde verilen antibiyotiğin etkin bir profilaksi sağlayabildiğini göstermiştir.

6.8. Diş Hekimlerinin Sorumluluğu

● Bakteremik infeksiyonlar için risk oluşturacak hasta gruplarını ve dental işlemleri yakından bilmek,

● Risk grubu hastalarda fokal infeksiyon odaklarını tespit edip, en kısa zamanda tedavilerini yapmak ve ağız hijyeni motivasyonunu sağlamak,

● Gerekli durumlarda uygun profilaksi rejimini seçerek, hastalarını bakteremi ile oluşabilecek infeksiyonlara karşı korumaktır.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

7.1. SKS İlaç Güvenliği Rehberi