Klinische praktijkrichtlijn

mei 2025

# Samenvatting

# Indicatiestelling Antibioticumgebruik in de mondzorg

KENNIS INSTITUUT MONDZORG KIMO

Samenvatting

# Klinische praktijkrichtlijn

# Indicatiestelling Antibioticumgebruik in de mondzorg

**Copyright**
Het KIMO is een geregistreerde handelsnaam en een geregistreerd beeldmerk van Stichting Kennisinstituut Mondzorg. Stichting Kennisinstituut Mondzorg is houder van de auteurs- en databankrechten op alle onderdelen van deze site, zoals teksten, illustraties, lay-out, data en techniek. Zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting Kennisinstituut Mondzorg is verveelvoudigen, openbaar maken, opvragen en/of hergebruiken, anders dan voor eigen gebruik overeenkomstig de gebruiksvoorwaarden van Stichting Kennisinstituut Mondzorg, niet toegestaan.

© Stichting Kennisinstituut Mondzorg, mei 2025

**Bezoekadres**
Orteliuslaan 750, 2de etage
3528 BB UTRECHT

**Postadres**
Postbus 4141
3502 HC Utrecht

030 60 76 350
info@hetkimo.nl
www.hetkimo.nl

# Inhoudsopgave


**INTRODUCTIE** 4

Voor wie is de richtlijn bedoeld? 4

Doelgroep (patiënten) 4

**AANBEVELINGEN** 5

Antibioticaprofylaxe – implantologie 5

Antibioticaprofylaxe – endodontologie 5

Antibioticaprofylaxe – derde molaar 5

Therapeutisch antibioticagebruik – parodontitis 6

Therapeutisch antibioticagebruik – peri-implantitis 6

Therapeutisch antibioticagebruik – periapicaal granuloom/parodontitis apicalis 7

Therapeutisch antibioticagebruik – dentogene infecties en/of abces 7

Preventie van MRONJ 8

# INTRODUCTIE

## Voor wie is de richtlijn bedoeld?

Deze klinische praktijkrichtlijn (KPR) is bedoeld voor tandartsen en tandarts-specialisten. Indirect is de KPR tevens van belang voor mondhygiënisten, ondanks dat zij geen voorschrijfbevoegdheid hebben. De inhoud van deze richtlijn kan daarnaast bijdragen aan een juiste indicatie voor een antibioticum bij de behandeling door andere (mond)zorgverleners.

## Doelgroep (patiënten)

De richtlijn is van toepassing op:

- Patiënten die een implantologische behandeling en/of peri-implantologische chirurgie ondergaan;
- Patiënten die een endodontische behandeling ondergaan;
- Patiënten die een operatieve verwijdering van de verstandskiezen ondergaan;
- Patiënten met parodontitis;
- Patiënten met peri-implantitis;
- Patiënten met periapicaal granuloom/parodontitis apicalis;
- Patiënten met een dentogene infectie en/of abces.

Voor doseringsadviezen voor kinderen verwijst de ROC naar het Kinderformularium.

# AANBEVELINGEN

## Antibioticaprofylaxe – implantologie

Bespreek de voor- en nadelen van antibioticaprofylaxe met de patiënt om gezamenlijk tot een risico-afweging te komen.
Overweeg antibioticaprofylaxe te geven bij:

- Botaugmentatie zonder plaatsing van implantaten (pre-implantologische chirurgie);
- Botaugmentatie in combinatie met plaatsing van implantaten (sinusbodemelevatie, geleide botregeneratie, *immediate placement* procedures);
- Plaatsing implantaten na eerder implantaatfalen;
- Een situatie waarin implantaatfalen kan leiden tot een slechte nieuwe klinische uitgangssituatie (van mucosa en/of bot);
- Aanwezigheid van risicofactoren die van invloed kunnen zijn op de wondgenezing (zoals diabetes mellitus);

Wees terughoudend met antibioticaprofylaxe bij:

- Plaatsen van implantaten zonder aanvullende risicofactoren en zonder aanvullende botaugmentatie;
- Wekedelenchirurgie;
- *Ridge preservation* met gebruik van alleen botsubstituut.

Indien antibioticaprofylaxe wordt voorgeschreven, wordt een eenmalige dosis amoxicilline 2 gram 30-60 minuten voor de ingreep aanbevolen. Bij allergie voor amoxicilline kan eenmalig 600 mg clindamycine gegeven worden.

Er is geen indicatie voor verlengde (*extended*) antibioticaprofylaxe.

## Antibioticaprofylaxe – endodontologie

Wees terughoudend met antibioticaprofylaxe bij endodontische behandelingen.

## Antibioticaprofylaxe – derde molaar

Hiervoor wordt verwezen naar de betreffende uitgangsvraag van de KIMO-richtlijn derde molaar.

# AANBEVELINGEN

## Therapeutisch antibioticagebruik – parodontitis[1]

Routinematig voorschrijven van antibiotica voor de behandeling van parodontitis is niet geïndiceerd.

Uitsluitend als onderdeel van een uitgebreidere behandeling, waaronder supra- en subgingivale reiniging en professionele mondreiniging, na bespreken van voor- en nadelen van antibioticumgebruik met de patiënt en bij een goed gemotiveerde patiënt, kan aanvullende behandeling met een antibioticum in specifieke situaties overwogen worden, zoals bij:

- Patiënten met parodontitis, gegeneraliseerd, gevorderd tot vergevorderd, snel progressief met een relatief plaque- en tandsteenvrije mond;
- Patiënten met een gedocumenteerde snelle progressie van botafbraak vanwege parodontitis;
- Patiënten met necrotiserende parodontale aandoeningen met systemische symptomen.

In verband met *antimicrobial stewardship* heeft een monokuur de voorkeur boven een combikuur. Daarom is – als besloten wordt tot antibiotische behandeling– metronidazol (7 dagen 3 dd 500 mg) het eerste middel van keuze.

Bij complexe situaties:

- Patiënten met goede zelfzorg en een slechte respons op een goed uitgevoerde parodontale behandeling;
- Jonge patiënten (<21 jaar) bij wie de parodontale afbraak bij voornamelijk de molaren en incisieven voorkomt (molaar/incisief patroon);

kan een combinatie van amoxicilline en metronidazol (bijvoorbeeld 7 dagen 3 dd 500 mg + 3 dd 500 mg) ) worden overwogen. In een dergelijk geval dienen uitdrukkelijk de verhoogde kans op het optreden van resistentie en bijwerkingen in de keuze te worden betrokken.

Op basis van het ontbreken van wetenschappelijk bewijs rondom de inzet en interpretatie van parodontaal microbiologisch onderzoek, acht de richtlijnontwikkelcommissie het geoorloofd om microbiologisch onderzoek achterwege te laten. De richtlijnontwikkelcommissie acht het opzetten van surveillance naar het voorkomen van resistentie bij paropathogenen in studieverband essentieel.

## Therapeutisch antibioticagebruik – peri-implantitis

Hiervoor wordt verwezen naar de betreffende uitgangsvraag van de KIMO-richtlijn peri-implantaire infecties.

[1] Overweeg overleg met de behandelend specialist bij patiënten met status na radiotherapie in het hoofd-halsgebied, immuungecompromitteerde patiënten (niet nader gedefinieerd), patiënten met een verhoogd risico op Medication Related Osteonecrosis of the Jaw (MRONJ), patiënten voor wie endocarditisprofylaxe geïndiceerd is.

# AANBEVELINGEN

## Therapeutisch antibioticagebruik – periapicaal granuloom/parodontitis apicalis[1]

Routinematig voorschrijven van een antibioticum voor de behandeling van periapicaal granuloom/parodontitis apicalis is niet geïndiceerd.

## Therapeutisch antibioticagebruik – dentogene infecties en/of abces[1]

Routinematig voorschrijven van een antibioticum voor de behandeling van dentogene infecties en/of een abces is niet geïndiceerd.

Overweeg aanvullende behandeling met een antibioticum als er sprake is van een uitbreidend infiltraat of alarmsymptomen (zoals koorts, problemen met slikken, trismus en algehele malaise). Overleg met of verwijs naar de MKA-chirurg bij twijfel.

Als besloten wordt tot behandeling met een antibioticum, dan is amoxicilline (5 dagen 3dd 500 mg, bij goede klinische respons) het eerste middel van keuze. Bij allergie voor amoxicilline is clindamycine (5 dagen 3dd 600 mg) het alternatief.

[1] Overweeg overleg met de behandelend specialist bij patiënten met status na radiotherapie in het hoofd-halsgebied, immuungecompromitteerde patiënten (niet nader gedefinieerd), patiënten met een verhoogd risico op Medication Related Osteonecrosis of the Jaw (MRONJ), patiënten voor wie endocarditisprofylaxe geïndiceerd is.

# AANBEVELINGEN

## Preventie van MRONJ

Een zorgvuldige anamnese m.b.t. medicatiegebruik is essentieel. Dit geldt ook voor gebruik van botafbraakremmende medicatie (voor behandeling van osteoporose en bepaalde vormen van kanker) en angiogeneseremmers (voor behandeling van bepaalde vormen van kanker) nu en in het verleden (neem eerder gebruik van deze medicatie ook op in de ASA-lijst). Bij twijfel over eerder gebruik kan contact opgenomen worden met de voorschrijvers van betreffende medicatie of de apotheker.

Bij patiënten in de algemene of tandarts-specialistische mondzorgpraktijk die een (invasieve) ingreep moeten ondergaan en die een verhoogd risico op medicatie gerelateerde osteonecrose van de kaak hebben vanwege gebruik van botafbraakremmende medicatie of angiogeneseremmers nu of in het verleden geldt het volgende beleid:

- Bij endodontische of parodontale behandeling zonder botmanipulatie is antibioticaprofylaxe niet geïndiceerd;
- Bij (spoed)extractie, implantologische en/of parodontale behandeling met botmanipulatie en apexresectie:
  - Bij patiënten die nu of in het verleden korter dan 24 maanden orale of korter dan 1 jaar intraveneuze botafbraakremmende medicatie gebruiken of hebben gebruikt is antibioticaprofylaxe niet geïndiceerd;
  - Bij patiënten die nu of in het verleden 24-36 maanden orale botafbraakremmende medicatie gebruiken of hebben gebruikt is antibioticaprofylaxe geïndiceerd;
  - Bij patiënten die nu of in het verleden:
    - Ten minste 36 maanden orale botafbraakremmende medicatie, OF;
    - Ten minste 1 jaar intraveneuze botafbraakremmende medicatie, OF;
    - Angiogeneseremmers;

      gebruiken of hebben gebruikt, dient uiterste terughoudendheid t.a.v. het uitvoeren van de ingreep in acht te worden genomen. Indien de ingreep onvermijdelijk is, dan wordt de ingreep bij voorkeur uitgevoerd in de tweede lijn en is antibioticaprofylaxe geïndiceerd.

Indien antibioticaprofylaxe wordt voorgeschreven, is amoxicilline het middel van keuze. Daarbij is geen consensus over de dosering. Bij allergie voor amoxicilline kan clindamycine gegeven worden.

www.hetkimo.nl