

Forschung · Wissenschaft Recherche · Science

Editor-in-chief
Chefredaktor
Rédacteur en chef
Jürg Meyer, Basel

Editors
Redaktoren
Rédacteurs
Urs Belser, Genève
Rudolf Gmür, Zürich
Peter Hotz, Bern

Assistant Editor
Redaktions-Assistent
Rédacteur assistant
Tuomas Waltimo, Basel

Advisory board / Gutachtergremium / Comité de lecture

P. Baehni, Genève
J.-P. Bernard, Genève
C.E. Besimo, Basel
M. Bornstein, Bern
S. Bouillaguet, Genève
U. Brägger, Bern
D. Buser, Bern
M. Cattani, Genève
B. Ciucchi, Genève
K. Dula, Bern
D. Ettlín, Zürich
G. Eyrich, Zürich
A. Filippi, Basel
J. Fischer, Bern
L.M. Gallo, Zürich
R. Glauser, Zürich
W. Gnoinski, Zürich
K.W. Grätz, Zürich
Ch. Hämmerle, Zürich
N. Hardt, Luzern
T. Imfeld, Zürich

K.H. Jäger, Basel
J.-P. Joho, Genève
R. Jung, Zürich
S. Kiliaridis, Genève
I. Krejci, Genève
J.Th. Lambrecht, Basel
N.P. Lang, Bern
T. Lombardi, Genève
H.U. Luder, Zürich
A. Lussi, Bern
H. Lüthy, Basel
C. Marinello, Basel
G. Menghini, Zürich
R. Mericske-Stern, Bern
J.-M. Meyer, Genève
A. Mombelli, Genève
W. Mörmann, Zürich
F. Müller, Genève
G. Pajarola, Zürich
S. Palla, Zürich
S. Paul, Zürich

M. Perrier, Lausanne
B. Pjetursson, Bern
M. Ramseier, Bern
M. Richter, Genève
S. Ruf, Bern
H.F. Sailer, Zürich
J. Samson, Genève
U.P. Saxer, Zürich
J.-P. Schatz, Genève
S. Scherrer, Genève
P. Schüpbach, Horgen
H. van Waes, Zürich
P. Velvart, Zürich
T. von Arx, Bern
F. Weber, Zürich
R. Weiger, Basel
A. Wichelhaus, Basel
A. Wiskott, Genève
H.F. Zeilhofer, Basel
N.U. Zitzmann, Basel

Publisher
Herausgeber
Editeur
Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Société Suisse d'Odonto-Stomatologie
CH-3000 Bern 7

Adresse der wissenschaftlichen Redaktion
Prof. Jürg Meyer
Zentrum für Zahnmedizin
Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie
Hebelstr. 3
4056 Basel

Kenntnisse und Umsetzung der Endokarditisprophylaxe in der Zahnmedizin

Zusammenfassung

Das Ziel dieser Arbeit war es, den aktuellen Wissensstand dreier betroffener Personengruppen in den Kantonen BS und BL zum im Jahr 2000 mit neuen Richtlinien versehenen Thema Endokarditisrisiko zu evaluieren. Zur Auswertung standen 164 ausgefüllte Fragebögen von Zahn- und 121 von Hausärzten sowie 94 von Herzpatienten. Rund 87% der Risikopatienten kannten die Prophylaxenotwendigkeit in Form eines Medikamentes für bestimmte Zahnbehandlungen und 71% wussten, bei welchen der drei Behandlungen (Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung, operative Weisheitszahnentfernung und einfache Füllung) diese nötig ist. Rund drei Viertel der Hausärzte und gut die Hälfte der Zahnärzte konnten das Endokarditisrisiko korrekt einstufen. Je rund 85% der Haus- und Zahnärzte würden sich, was die Notwendigkeit einer Prophylaxe betrifft, bei einer konkreten zahnmedizinischen Behandlungssituation richtig verhalten. Eine Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung wurde als Risiko von Ärzten und Patienten unterschätzt. Die neuen Dosierungsempfehlungen haben sich noch ungenügend durchgesetzt. Verbessert werden sollte die Erkennung der Nichtrisikopatienten zur Vermeidung von unnötigen Antibiotikagaben beim Zahnarzt. Regelmässige spezialärztliche Kontrollen scheinen den Kenntnisstand der Patienten positiv zu beeinflussen. Eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber Patienten mit einem geringen Bildungsniveau ist wichtig.

Schlüsselwörter: Endokarditis, Prophylaxe, Zahnmedizin, Richtlinien

Schweiz Monatsschr Zahnmed 115: 404–408 (2005)

Zur Veröffentlichung angenommen: 5. Februar 2005

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. med. J. Th. Lambrecht
Klinik für zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde, Zentrum für Zahnmedizin
der Universität Basel, Hebelstrasse 3, CH-4056 Basel
Tel. +41 61 267 26 06, Fax +41 61 267 26 07
E-Mail: J-Thomas.Lambrecht@unibas.ch

DANIELA C. CERLETTI-KNÜSEL¹, ANDREAS
HOFFMANN², J. THOMAS LAMBRECHT¹, URSULA
FLÜCKIGER³ und WERNER ZIMMERLI⁴

¹ Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde, Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel

² Praxis für Kardiologie Prof. Dr. A. Hoffmann Basel

³ Abteilung für Infektiologie des Universitätsspitals Basel

⁴ Medizinische Universitätsklinik Kantonsspital Liestal

Einleitung

Infektiöse Endokarditis

Die infektiöse Endokarditis ist eine seltene, aber schwere Erkrankung, die durch Bakterien oder Pilze hervorgerufen wird. Ohne antibiotische Therapie verläuft sie in über 90% der Fälle letal. Mit Antibiotika kann die Endokarditis meistens erfolgreich behandelt werden (WERDAN et al. 2003).

Prädisponierende Faktoren für eine Infektion sind zum einen endotheliale Läsionen, wie sie bei angeborenen Herzvitien, künstlichen Herzklappen, implantierten Fremdkörpern, Immunsup-

pressionen, lang dauernden Breitspektrumantibiotika-Therapien und Status nach Endokarditis, auftreten (MOREILLON 2000, WERDAN et al. 2003). Zum anderen haben auslösende Bakterien, die via Bakteriämie zum Herz gelangen, häufig ihre Eintrittspforte im Mund- und Rachenraum, insbesondere infolge Zahnbehandlungen. Es handelt sich dabei in den meisten Fällen um Viridans-Streptokokken, die in der Mundhöhle zahlreich vorhanden sind (MOREILLON 2000).

Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe (www.swissheart.ch)

Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie hat in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Herzstiftung Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe herausgegeben und entsprechende Ausweise, die den Patienten abgegeben werden (ZUBER et al. 2000).

Ziel der Arbeit

Im Jahr 2000 wurden die Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe in der Schweiz aus dem Jahr 1984 revidiert (ZUBER et al. 2000). Die Überprüfung des aktuellen Kenntnisstandes dieser Richtlinien bei den beteiligten Ärzten, Zahnärzten und Patienten in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland war Ziel der vorliegenden Untersuchung.

Material und Methoden

Vorgehen und Zeitrahmen

Im Dezember 2001 wurden jeweils 250 Briefe an zufällig ausgewählte Zahn- und Hausärzte der beiden Kantone Basel-Stadt und Baselland verschickt. Die Angeschriebenen wurden in einem Brief gebeten, den Fragebogen innert drei bis vier Minuten spontan zu beantworten. Ab Februar bis November 2002 wurden in der Praxis des Kardiologen Prof. Andreas Hoffmann in Basel Fragebögen an Herzpatienten mit den unten aufgeführten Krankheitsbildern abgegeben.

Es wurden drei Gruppen von Patienten zufällig erstellt:

Gruppe A) Personen mit einem Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz und einem mässigen Endokarditisrisiko (n = 14), Gruppe B) Patienten mit einer Aortenklappenprothese und einem hohen Endokarditisrisiko (n = 53) und Gruppe C) Status nach Bypassoperation ohne erhöhtes Risiko für Endokarditis (n = 26).

Auswertung und Statistik

Die sechs übereinstimmenden Fragen der Haus- und Zahnärzte wurden direkt miteinander verglichen und statistisch mit dem Vierfeldertest auf dem 5%-Signifikanzniveau ausgewertet. Je nach Risikograd A) mässig, B) hoch und C) kein Risiko wurde ermittelt, ob die Kenntnisse der Patienten betreffend ihre Erkrankung dem daraus folgenden Verhalten auch entsprachen.

Resultate

Rücklauf

Von den je 250 verschickten Briefen an Zahn- und Hausärzte wurden bis Ende Januar 2002 164 (65,6%) von den Zahn- und 121 (48,4%) von den Hausärzten ausgefüllte Fragebögen retourniert.

Fragebogen Zahnarzt/Hausarzt

Auf die Frage, ob die Zusammenarbeit mit den Haus- respektive Zahnärzten und Kardiologen als zufrieden stellend empfunden wurde, antworteten 115 (70,12%) Zahnärzte und 94 (77,69%) Hausärzte (Abb. 1) mit Ja. Ähnlich viele gaben an, die

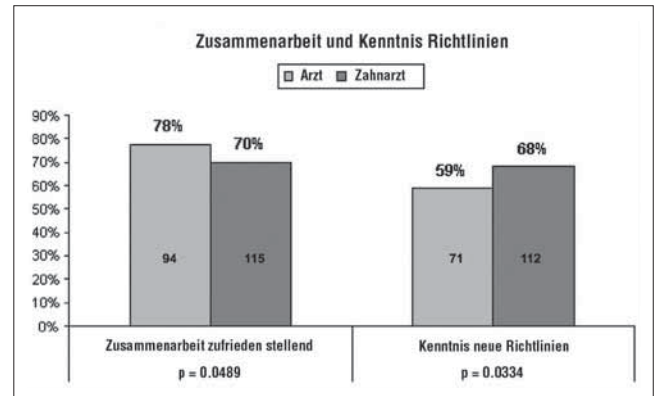


Abb. 1 Links: %-Anteil der Haus- bzw. Zahnärzte, die die Zusammenarbeit zwischen Kardiologen, Haus- und Zahnärzten als zufrieden stellend beurteilten. Rechts: %-Anteil der Haus- bzw. Zahnärzte, die angaben, die neuen Endokarditisrichtlinien zu kennen.

neuen Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe aus dem Jahr 2000 zu kennen, nämlich 112 (68,29%) Zahn- und 71 (58,68%) Hausärzte (Abb. 1). Die Einstufung der Endokarditisrisikokategorie musste bei drei verschiedenen Patientengruppen eingeschätzt werden. Bei Patienten mit Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz (Gruppe A) wurde das Endokarditisrisiko von lediglich 68 (41,46%) Zahn- und deutlich mehr, nämlich von 82 (67,77%) Hausärzten korrekt als mässig erkannt. Eine überwiegende Mehrheit, also 139 (84,76%) Zahn- und 107 (88,43%) Hausärzte stuften Patienten mit einer Aortenklappenprothese (Gruppe B) korrekt als hohes Risiko ein. Patienten nach einer Bypassoperation (Gruppe C) haben laut Angabe von 79 (48,17%) Zahn- und 93 (76,86%) Hausärzten korrekt kein erhöhtes Risiko (Abb. 2).

Aufgrund der Risikoeinschätzung bei den drei verschiedenen Ausgangslagen der Gruppen A), B) und C) musste beurteilt werden, ob in drei zahnmedizinischen Situationen 1. Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung, 2. operative Weisheitszahnentfernung und 3. Legen von einfachen Füllungen eine Prophylaxe durchgeführt werden sollte oder nicht (Abb. 3).

Bei einem Patienten aus Gruppe A) mit mässigem Risiko waren zwar die meisten Zahnärzte, 141 (85,98%), aber weniger Hausärzte, nämlich 84 (69,42%), korrekterweise für die Durchführung

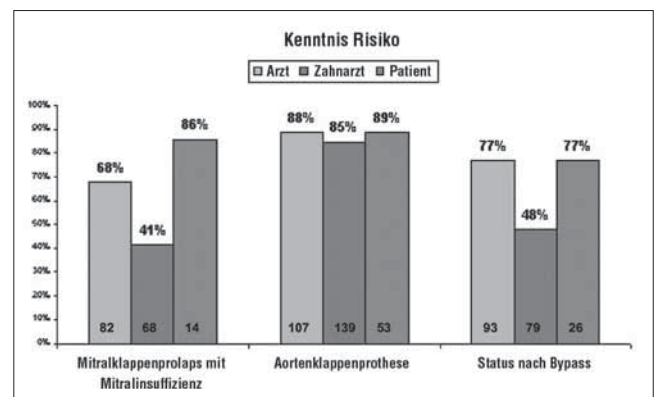


Abb. 2 Vergleich der %-Anteile der Haus-, Zahnärzte bzw. Patienten, die die drei Patientenfälle (Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz, Aortenklappenprothese und Bypass) den korrekten Endokarditisrisikokategorien mässig, hoch und kein Risiko zuordneten.

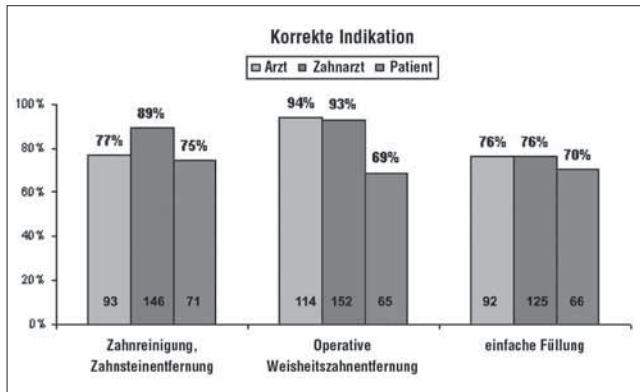


Abb. 3 %-Anteil der Haus-, Zahnärzte bzw. Patienten, die je nach Fall korrekt eine Endokarditisprophylaxe befürworteten bzw. verneinten.

einer Prophylaxe bei Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung. Bei Gruppe B) mit hohem Risiko war eine klare Mehrheit der Zahn- und Hausärzte, nämlich 152 (92,68%) Zahn- und 102 (84,30%) Hausärzte, für eine Prophylaxe. Bei Gruppe C) lehnten 121 (73,78%) Zahn- und 116 (95,87%) Hausärzte die Prophylaxe korrekterweise ab.

Bei der operativen Weisheitszahnentfernung war eine überwiegende Mehrheit von 151 (92,07%) Zahn- und 112 (92,56%) Hausärzten bei Gruppe A) und von 154 (93,90%) Zahn- und 115 (95,04%) Hausärzten bei Gruppe B) für eine hier notwendige Prophylaxe. Bei Gruppe C) war die Meinung unter den Zahnärzten geteilt mit 69 (42,07%) fälschlicherweise für und 88 (53,66%) gegen die Durchführung der Prophylaxe. Die Hausärzte waren wesentlich eindeutiger mit 107 (88,43%) Stimmen gegen eine unnötige Prophylaxe.

Beim Legen von einfachen Füllungen lehnten die Zahn- und Hausärzte überwiegend bei allen drei Gruppen eine Prophylaxe ab. Bei Gruppe A) lehnten 132 (80,49%) Zahn- und 97 (80,17%) Hausärzte, bei Gruppe B) 118 (71,95%) Zahn- und 87 (71,90%) Hausärzte und bei Gruppe C) 156 (95,12%) Zahn- und 119 (98,35%) diese richtigerweise ab.

Das Dosierungssystem der Antibiotika ist je nach Risikostufe unterschiedlich. Bei Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz (Gruppe A) empfahlen 63 (52,07%) Hausärzte korrekt eine einmalige hohe Dosis eine Stunde vor dem geplanten Eingriff und 30 (24,79%) eine hohe Dosis eine Stunde vor dem Eingriff und zusätzlich eine einzige nachfolgende niedrige Dosis nach sechs Stunden nach altem Schema. Bei einem Patient mit einer Aortenklappenprothese (Gruppe B) dosierten 39 (32,23%) Hausärzte korrekt eine hohe Dosis eine Stunde vor dem Eingriff und nur einmalig eine niedrige Dosis nach sechs Stunden, und 44 (36,36%) fuhren nach altem Schema mit niedrigen Dosen alle sechs Stunden bis 48 Stunden postoperativ fort. Beim Bypasspatienten (Gruppe C) waren 76 (62,81%) der Hausärzte für ein anderes Dosierungssystem, und 25 (20,66%) gaben keine Antwort (was hier wahrscheinlich gleichzusetzen war mit keiner Prophylaxedurchführung).

Fragebogen Patient

Von 94 Patienten, die einer der drei Gruppen A) Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz (n = 14), B) Aortenklappenprothese (n = 53) oder C) nach durchgeführter Bypassoperation (n = 26) entsprachen, wurden Fragebögen ausgefüllt.

88 Patienten waren in regelmässiger Kontrolle beim Herzspezialisten und fast gleich viele beim Zahnarzt, nämlich 82. 12 Pa-

tienten der Gruppe A und 47 der Gruppe B wussten, dass sie vor einer zahnärztlichen Behandlung ein Medikament nehmen mussten (Abb. 2). 12 Patienten der Gruppe A, 38 der Gruppe B und 2 der Gruppe C dachten, dass sie vor einer Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung ein Medikament nehmen müssen. Das gleiche dachten 8 Patienten der Gruppe A, 38 der Gruppe B, respektive niemand der Gruppe C bezüglich einer Zahnentfernung und zwei der Gruppe A, 13 der Gruppe B, respektive niemand der Gruppe C bezüglich einer einfachen Zahnfüllung.

Diskussion

Kooperation

Die überwiegende Mehrheit der Patienten konnte ihr Endokarditisrisiko korrekt einschätzen und war damit deutlich besser informiert als in früheren Studien aus anderen Ländern.

Beispielsweise wurden bei einer britischen Studie viele Risikopatienten beim Zahnarzt gar nicht als solche identifiziert und vom behandelnden Arzt nicht auf die besonderen Verhaltensmassnahmen beim Zahnarzt hingewiesen (HOBSON & CLARK 1995). Die Hälfte der Patienten einer weiteren Studie, die schon früher über ihr Endokarditisrisiko informiert und beraten worden waren und einen Ausweis besaßen, wussten nicht, mit welchen Massnahmen eine Endokarditis vermieden werden kann (CETTA & WARNES 1995). Bei einer Studie aus Deutschland wussten nur circa zwei Drittel der Patienten über die Prophylaxe Bescheid (GOHLKE-BÄRWOLF et al. 1995). Information allein genügt nicht, sondern muss mittels Ausweis, Literatur und vor allem mittels zahnärztlichem und kardiologischem respektive hausärztlichem Recall intensiviert werden (DUFFIN et al. 1992).

In einer Studie über den Umgang von kieferorthopädischen Patienten mit Endokarditisrisiko fanden zwei Drittel der Zahnärzte, die Kommunikation mit den Ärzten sei ungenügend (HOBSON & CLARK 1995). Hingegen wurde in unserer Untersuchung die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Arzt klar angestrebt, was erfreulich ist.

Neue Richtlinien aus dem Jahr 2000

Die Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe wurden im Jahr 2000 erneuert (MOREILLON 2000, ZUBER et al. 2000). Es wurden dazugehörig neue Patientenausweise von der Schweizerischen Herzstiftung herausgegeben. Im Wesentlichen gab es drei Änderungen:

1. Bisher wurde eine Primärdosis von 3 g Amoxicillin empfohlen. Neu ist eine Dosis von 2,25 g, was drei Tabletten à 750 mg entspricht.
2. Bei den Hochrisikopatienten wird zusätzlich eine Dosis von 750 mg sechs Stunden nach dem Eingriff empfohlen. Die weitere Prophylaxe über 48 Stunden wurde aufgegeben, da eine Wirkzeit von zehn Stunden als genügend erachtet wird.
3. Die zweite Dosis nach sechs Stunden wird für Patienten mit mässigem Risiko als optional angegeben, was die Empfehlungen relativ unscharf macht (ZUBER et al. 2000).

Kenntnis – Risiko

Die drei Gruppenbeispiele der Patienten entsprechen verschiedenen Endokarditisrisikokategorien. Am unklarsten wurde ein Mitralklappenprolapspatient mit Mitralsuffizienz eingestuft. Zwei Drittel der Ärzte und signifikant weniger Zahnärzte erkannten das mässige Endokarditisrisiko dieses Krankheitsbildes ($p < 0.001$). Generell vermuteten die Zahnärzte ein hohes Risiko, waren also eher zu vorsichtig.

Am eindeutigsten präsentierte sich Gruppe B, ein Patient mit einer Aortenklappenprothese. Dieser wurde von über 80% der Ärzte und Zahnärzte korrekt als hohes Risiko eingestuft.

Dass Gruppe C, ein Patient mit einem Bypass, keine erhöhte Gefahr für eine Endokarditis darstellte, wussten wiederum die Ärzte signifikant besser als die Zahnärzte ($p < 0.001$). Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die Zahnärzte das Risiko tendenziell überschätzten und die Ärzte recht gut Bescheid wussten.

Auch GOHLKE-BÄRWOLF et al. (1995) kamen zum Schluss, dass ischämische Herzerkrankungen, entsprechend Gruppe C, für Kardiologen korrekt keine Indikation darstellten, jedoch häufig fälschlicherweise für Zahnärzte. Kongenitale Herzerkrankungen oder künstlicher Herzklappenersatz, entsprechend den Gruppen A und B waren bei fast allen Kardiologen richtigerweise eine Indikation, jedoch nicht immer bei den Zahnärzten (GOHLKE-BÄRWOLF et al. 1995).

Auch eine Fragebogenstudie bei Zahnärzten in England zeigte, dass Antibiotika häufig auch Patienten ohne Indikation prophylaktisch gegeben wurden (PALMER et al. 2000).

Die betroffenen Patienten in unserer Untersuchung sind mit rund 80% korrekten Antworten über ihr Gesundheitsrisiko respektive ihren Gesundheitszustand gut informiert.

Beinahe 80% der Patienten mit angeborenen Herzfehlern, die aufgrund schwerer Komplikationen wegen Nichtbeachtung der Endokarditisprophylaxe während zahnärztlicher Eingriffe am Deutschen Herzzentrum Berlin stationär aufgenommen wurden, wussten über ihr Risiko Bescheid und hatten einen Ausweis. Hier versagten die Zahnärzte durch mangelhafte Durchführung der Prophylaxe, hauptsächlich bei der Zahnsteinentfernung (VOGEL et al. 2000).

Indikation für Prophylaxe

Eine Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung geht meist mit Blutungen der Gingiva einher und somit besteht die Gefahr einer Bakteriämie (MOREILLON 2000, ZUBER et al. 2000). Den Zahnärzten war dieser Umstand besser bewusst als den Ärzten und den Patienten, welche demnach die dentalhygienischen Massnahmen klar unterschätzten ($p < 0.001$).

Die Patienten erkannten die Prophylaxenotwendigkeit bei einer Zahnentfernung weniger deutlich als die Haus- und Zahnärzte.

Das Legen einer einfachen Füllung wurde von allen Parteien zwar mehrheitlich als ungefährlich taxiert, aber generell als Risiko doch eher überschätzt. Bei Gruppe C (Bypass) lehnten die Ärzte signifikant häufiger eine Therapie ab als die Zahnärzte ($p < 0.001$), welche irrtümlich von einem Risikopatienten ausgingen und demzufolge auch Antibiotika einsetzen würden.

Bei der Schulbildung konnten Unterschiede erkannt werden. Patienten mit Matura/Hochschulabschluss wussten tendenziell besser, welches Medikament sie nehmen mussten ($p = 0.080$) und ob z.B. bei operativer Weisheitszahnentfernung ($p = 0.068$) eine Prophylaxe nötig war oder nicht, als Patienten mit einem Sekundar-, Real- oder Mittelschulabschluss. Bei der Prophylaxefrage für eine Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung antworteten die Patienten mit Matura/Hochschulabschluss signifikant besser ($p = 0.038$).

Schlussfolgerung

Die befragten Hausärzte kannten die Krankheitsbilder mit den entsprechenden Endokarditisrisiken gut und informierten dementsprechend ihre Patienten. Die meisten betroffenen Patienten

wussten ebenfalls gut, wann ein erhöhtes Endokarditisrisiko besteht. Ärzte und Patienten unterschätzten aber doch immer noch das Infektionsrisiko einer Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung.

Die Zahnärzte waren meistens zu vorsichtig und gaben eher zu häufig Antibiotika. Aufgrund dieser Untersuchung erscheint es sinnvoll, dass die Ärzte im Einzelfall mehr Aufklärungsarbeit dahingehend bei den Zahnärzten leisten, wann ein Risiko gegeben ist und wann nicht. Damit könnten unnötige Antibiotikagaben vermindert werden.

Zu beachten ist, dass Patienten mit niedrigem Bildungsniveau vermehrte Aufmerksamkeit in der Aufklärung über ihr Endokarditisrisiko benötigen.

Diese Studie hat gezeigt, dass eine Revision und Neuauflage von Konsensus-Richtlinien, wie die der Schweizerischen Herzstiftung im Jahr 2000, sinnvoll ist. Die Aufmerksamkeit wird erhöht und dadurch die Kenntnisse allgemein verbessert.

Summary

Cerletti-Knüsel D C, Hoffmann A, Lambrecht J T, Flückiger U, Zimmerli W: Knowledge and application of endocarditis prophylaxis in dentistry (in German). Schweiz Monatsschr Zahnmed 115: 404–408 (2005)

Physicians, dentists and patients were questioned as to their knowledge of endocarditis prophylaxis. About three quarters of the physicians and about half of the dentists were able to judge the risk of endocarditis correctly. Removal of calculus was underestimated as a risk for bacteriemia by physicians and patients alike. Dentists overestimated the risk for endocarditis in the group of «non-risk-patients» (bypass), a fact resulting in an overdose/overuse of antibiotics. Patients with lower education had less knowledge about the relation between their own personal risk and the necessary dental treatment.

Résumé

Des médecins de famille, dentistes et patients ont été questionnés au sujet du niveau des connaissances de la prophylaxie d'endocardite. Trois quarts des médecins de famille et la moitié des dentistes ont été capables de juger le risque d'endocardite correctement. Le détartrage a été sous-estimé comme risque de bactériémie par des médecins de famille ainsi que par des patients. Des dentistes ont sur-estimé le risque d'endocardite du groupe des «patients à non-risque» (bypass) avec par conséquent un surdosage d'antibiotiques. Des patients avec un niveau de formation scolaire moindre ont eu moins connaissance de la relation entre leur risque personnel et le traitement dentaire nécessaire.

Literaturverzeichnis

- CETTA F, WARNES C A: Adults With Congenital Heart Disease: Patient Knowledge of Endocarditis Prophylaxis. Mayo Clin Proc 70: 50–54 (1995)
- DUFFIN P R, MCGIMPSEY J G, PALLISTER M L, MCGOWAN D A: Dental care of patients susceptible to infective endocarditis. Br Dent J 173: 169–172 (1992)
- GOHLKE-BÄRWOLF C, ROST M, ROSKAMM H: Prevention of bacterial endocarditis in Germany. Eur Heart J 16: 110–113 (1995)
- HOBSON R S, CLARK J D: Management of the orthodontic patient «at risk» from infective endocarditis. Br Dent J 178: 289–295 (1995)

- MOREILLON P: Endocarditis prophylaxis revisited. Experimental evidence of efficacy and new Swiss recommendations. *Schweiz Med Wochenschr* 130: 1013–1026 (2000)
- PALMER N A O, PEALING R, IRELAND R S, MARTIN M V: A study of prophylactic antibiotic prescribing in National Health Service general dental practice in England. *Br Dent J* 189: 43–46 (2000)
- VOGEL M, KNIRSCH W, LANGE P E: Schwere Komplikationen durch Nichtbeachtung der Endokarditisprophylaxe während zahnärztlicher Eingriffe bei Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern. *Dtsch Med Wochenschr* 125: 344–347 (2000)
- WERDAN K, TRAPPE H-J, ZERKOWSKI H-R: *Das Herzbuch. Praktische Herz-Kreislauf-Medizin*. Urban & Fischer, München/Jena, 532–539, 873–878 (2003)
- ZUBER M, VUILLE C, STOCKER F: Neue Schweizerische Richtlinien für die Endokarditis-Prophylaxe. *Kardiovask Med* 3: 266–272 (2000)