**[Risico van verspreiding van orale infecties](http://www.dentalinfo.nl/thema-a-z/medisch-tandheelkundig/risico-verspreiding-orale-infecties/" \o "Permanente Link: Risico van verspreiding van orale infecties)**

[](http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/2016/12/78653095-tanden-boos.jpg)

Lokale invasieve odontogene infecties leiden steeds vaker tot een ziekenhuisopname. De incidentie van infecties elders in het lichaam veroorzaakt door dentogene infecties is moeilijk vast te stellen, omdat de bacteriën uit de mond vaak niet als oorzaak worden onderkend. Wat zijn de risico’s van systemische verspreiding van orale foci?

*Verslag van de lezing van dr Riina Richardson, tandarts, infectioloog en patholoog tijdens het VMTI-congres.*  
De spreekster begon met een samenvatting van wat ze ziet als ‘vergeten’ of op de achtergrond geraakt:

* Als professionals in de mondzorg bereiken we lang niet altijd dat wat we zouden willen, namelijk een compleet gezonde mond. Ondanks alle inspanningen rondom endodontologische en parodontologische zorg is het eindresultaat toch nog regelmatig een chronische ontsteking. We doen wat we kunnen, maar soms laten we toch een bron van infectie voor het hele lichaam achter.
* Orale ziektes delen gezamenlijke risicofactoren met diabetes en obesitas. Het kan daarom niet toevallig zijn dat de mondgezondheid van kinderen afneemt in veel Westerse landen. De lifestyle speelt hierin een grote rol. Diabetes betekent meer risico op mondziektes zoals tandvleesontsteking.
* De populatie vergrijst. Dit betekent een groei van medisch gecompromitteerde patiënten en zij behouden hun gebitselementen tegenwoordig langer. Het eigen gebit vraagt nu aandacht gedurende het gehele leven van de patiënt. Zo loopt bijvoorbeeld het aantal patiënten met een transplantatie op en dus ook het risico dat de mondgezondheid de algehele gezondheid kan beïnvloeden.
* Er zit meer in de mond dan alleen gebitselementen. De incidentie van chronische of oncologische ziekten van de weke delen groeit. Ook de mucosa is een port d’entrée voor de rest van het lichaam.

**Wat weten we van orale infecties?**

* Een orale infectie kan oppervlakkig voorkomen (mucosa, gingiva, glazuur, dentine) of diep (endo, kaakbot, cellulitis)
* Ze zijn vaak chronisch en asymptomatisch. Het laatste noemen we vaak ‘silent foci’.
* Doordat het zonder klachten kan verlopen en klinisch vaak niet direct waarneembaar is, is het vaak lastig voor tandartsen om de herkomst vast te stellen. Tandheelkunde en mondzorg zouden veel eenvoudiger zijn als een ontsteking zich makkelijk liet zien, maar dat is heel vaak niet het geval.
* Orale infecties worden veroorzaakt door bacterien uit biofilms die zich in de mond bevinden en het verstoren van deze biofilm is de hoeksteen van de behandeling. Antibiotica zonder behandeling is nooit de oplossing.
* De mond is duidelijk een belangrijk reservoir van micro-organismen en bij elke infectie zou een arts/tandarts zich ervan bewust moeten zijn dat de infectiebron wel eens de mond zou kunnen zijn.

Of de mond, in welke situatie en waarvoor de mond een bedreiging is voor de algehele gezondheid is nog niet geheel duidelijk. Daarvoor is nog veel meer studie nodig maar we zijn hard onderweg.

**Systemische infectiecomplicaties**Via de bloedbaan kunnen bacterien vanuit de mond verspreid worden en kunnen in zeldzame gevallen leiden tot sepsis en andere complicaties. Dit gebeurt als het immuunsysteem faalt.

Over lokale odontogene infecties die tot ziekenhuisopnames leiden, is haast geen literatuur beschikbaar.  Richardson onderzocht een database met daarin 35 mensen. Medisch gecompromitteerde patiënten hebben vooral risico op het ontwikkelen van systemische infectiecomplicaties. De kosten van deze complicaties zijn hoog. Gemiddeld is de lengte van de ziekenhuisopname 5 weken. Systemische infectiecomplicaties kunnen dodelijk zijn. Als dit voorkomen zou kunnen worden, zou dat dus geweldig zijn. Daarentegen zijn management en behandeling van lokale infectiecomplicaties wel goed uit te voeren en meestal succesvol. De oorzaak van  infectiecomplicaties bij voorheen gezonde mensen waren vaak de commensale plaquebacterieën en anearoben, maar onder de reeds medisch gecompromitteerde patiënten werden de staphylococ en de aerobische gram negatieve bacteriën die niet tot de commensale plaque behoren, vaak gedetecteerd. Medisch gecompromitteerde patiënten beschikken over een slechtere afweer en zijn zodoende vatbaarder voor infecties dan (voorheen) gezonde patiënten. Bij medisch gecompromitteerde patiënten kunnen tandheelkundige professionals juist huiverig zijn om een element te extraheren terwijl hier juist een bron van infectie mee kan worden verwijderd.

**Herkennen patiënten met slechter immuunsysteem**Hoe kunnen we patiënten herkennen met een slechter functionerend immuunsysteem? Zij hebben dus een slechtere afweer waardoor zij sneller ziek zouden kunnen worden. Als wij deze patiënten in de praktijk op tijd zouden kunnen herkennen, kunnen we problemen wellicht voor zijn. De volgende drie zaken kunnen aangeven dat het immuunsysteem minder goed werkt:

1. Lage infectie controle: iemand is vatbaarder voor infecties dan anderen, komt vaker in het ziekenhuis en vaak zijn er complicaties. Het immuunsysteem weet hier niet wat te doen met de infectie.
2. Lage tolerantie: Te herkennen aan allergieën en astma. Het immuunsysteem wordt wakker bij stoffen waarbij het zou moeten rusten.
3. slechte verwijdering van afbrekende autologe cellen wat leidt tot maligniteiten.

**Bacteriemie**De dentale behandeling kan tot bacteriemie leiden, zelfs tandenpoetsen zou dat als consequentie kunnen hebben, zeker als de mond niet gezond is. Dit blijkt door een enorme meta-analyse. De intensiteit bepaalt of de bacteriemie ernstige gevolgen heeft of niet.

**Elimineren bron**Odontogene infecties worden primair behandeld door de bron te elimineren. Daarmee wordt een snellere genezing bewerkstelligd en het risico voor een lokale of systemische verspreiding wordt daarmee lager. Betreft het een agressieve infectie en het lijkt erop dat het immuunsysteem inefficiënt werkt of de patiënt medisch gecompromitteerd is, dan is een geschikt antibioticum geïndiceerd als ondersteuning van de behandeling. Over het algemeen kan gezegd worden dat het malpraxis is als men alleen een antibiotica voorschrijft bij gezonde patiënten zonder de focus te verwijderen.

**Antibiotica profylaxe**Bij endontologische behandelingen zou antibiotica profylaxe geïndiceerd kunnen zijn bij medisch gecompromitteerde patiënten, maar bij een opvlamming van een (tijdelijk) rustige kanaalafsluiting is er nooit een profylaxe nodig. Bij het chirurgisch verwijderen van een M3 kan wel de profylaxe geïndiceerd zijn. Zorg dan wel dat dit 1 uur voor de procedure ingenomen wordt zodat het tijdens de operatie in het bloed aanwezig is. Bij endocarditis en een voorgenomen bloedige ingreep bestaat er discussie of er profylaxe nodig is of niet. In de [Nederlandse richtlijn](http://www.dentalinfo.nl/kennis/zin-en-onzin-van-de-antibioticaprofylaxe/) is dit opgenomen en heel recent in Groot Brittannië naar aanleiding van cijfers die voortvloeiden uit de periode toen het niet in de richtlijn was opgenomen.

Amoxicilline is een goede profylaxe om bacteriemie te reduceren. Clindamycine werkt een stuk minder goed, wat slecht nieuws is voor mensen die allergisch zijn voor amoxicilline.

**Overleg**Elke patiënt is anders, zo ook zijn mondflora. Er kunnen niet-commensale plaque bacteriën zijn, juist bij medisch gecompromitteerde en/of slechtere leefstijl, zeker als de biofilm juist door gebruik van antibiotica compleet verstoord is en dus abnormaal. Overleg daarom met de behandelend arts wat het juist antibioticum zou kunnen zijn. Het antibiotica moet matchen met de infectie in situ.

**Sepsis**Sepsis wordt meestal veroorzaakt door staphylococcus spp. Op de tweede plaats staat Escherichia coli en op de derde plaats staat streptococcus ssp. Maar amoxicilline ondervangt de streptococcus niet, het spectrum reikt niet dusdanig ver. Staphylococcus behoort niet tot de commensale plaque in de mond maar bij gehospitaliseerde mensen komt het wel regelmatig voor. Ook staphylococcus wordt niet ondervangen door een breed spectrum antibiotica die behoort tot uw favoriete antibiotica profylaxe.

De beste manier om een infectie te behandelen is om pro-actief te zijn. Dus door het voorkomen infectie. Wacht niet te lang met behandelingen en met extracties. Men niet zonder antibiotica, het redt levens, maar toch zal men kritisch moeten zijn op het gebruik van antibiotica in verband met resistentie.

**Hoe herkent met sepsis?**  
Sepsis uit zich in:

* Koorts
* Rillen en beven
* Snelle hartslag
* Snelle ademhaling
* Benauwdheid
* Minder urine productie

Dit alles in combinatie met een infectie zoals een abces. De patiënt zal acuut naar het ziekenhuis moeten als u dit herkent.

**Praten met medische collega’s**Richarson geeft als laatste tip: “Leer te praten met medische collega’s over dit onderwerp. U bent de expert op het gebied van mondzorg en adviseer elkaar. Spreek uw bezorgdheid uit en vraag wat u moet weten over de medische gesteldheid van uw patiënt.“

Dr Riina Richardson is tandarts, infectioloog en patholoog

Verslag door Lieneke Steverink-Jorna, mondhygiënist, voor dental INFO, van de lezing van dr. Riina Richardson tijdens het [VMTI](https://www.vmti.nl/)-congres Focus.