

Doelmatig gebruik van antibiotica bij acute infecties ter hoogte van neus-keel-oren en de onderste luchtwegen

Het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen heeft een toelichting opgemaakt naar aanleiding van het juryrapport over de consensusvergadering "Doelmatig gebruik van antibiotica bij acute infecties ter hoogte van neus-keel-oren en de onderste luchtwegen" van 17 oktober 2000. Hierna volgt die toelichting.

Inleiding

De aandachtige lezer zal ongetwijfeld belangrijke verschillen opmerken tussen de conclusies van de consensusvergadering en de aanbevelingen voor goede praktijkvoering met betrekking tot acute keelpijn en acute middenoorontsteking. Op deze verschillen wordt uitdrukkelijk gewezen in de tekst. Ze zijn o.m. het resultaat van 2 verschillende aanpakken. De consensusvergadering heeft bewust rekening gehouden met de praktijk die vandaag in België gevoerd wordt.

Bovendien is het voor bepaalde punten (zie bv. "Welke patiënten behandelen?") niet mogelijk geweest om een definitieve keuze te maken tussen de aanpak gebaseerd op de EBM (EBM-based levels I en II) en een andere aanpak op basis van de autoriteit van de deskundigen (authority-based EBM, level III). De aanbevelingen werden gebaseerd op de EBM, becommentarieerd door deskundigen en besproken in de 5 LOK's.

Deze verschillen zijn vooral belangrijk voor wat betreft de "acute keelpijn", maar ze hebben ook betrekking op enkele aspecten van "acute middenoorontsteking". Probleem is dat de aanbeveling over "acute keelpijn" reeds naar de 2.000 artsen-leden van de WVVH werd gestuurd en dat ze, op een paar wijzigingen na, in haar oorspronkelijke versie op de RIZIV-website werd geplaatst.

Vermits men dus kan vrezen voor een reactie van onbegrip vanwege de betrokken beroepsbeoefenaars heeft de informatiecel van de AS een groep deskundigen bijeengeroepen, bestaande uit o.a. vertegenwoordigers van de jury van de consensusvergadering en auteurs van aanbevelingen.

Deze hebben de volgende verschillen nader toegelicht.

Criteria van Centor

Criteria van Centor: «De aanwezigheid van 4 criteria geeft dus slechts één kans op 2 om een angina ten gevolge van SBHGA te vinden bij de volwassene.». Overeenstemming in de twee teksten, maar de aanbeveling houdt geen rekening met deze criteria op het moment dat de beslissing wordt genomen. Deze criteria werden gebruikt in de eerste versie van de NHG-standaard, maar werden later niet meer gehanteerd. Zelfs indien de 4 criteria van Centor

aanwezig zijn, zal slechts 50% van de culturen positief zijn voor GBASH, waarvan 1/3 (15% van het totaal) bij gezonde dragers (valse positieven). Dit wil zeggen dat van de 100 patiënten bij wie men de 4 criteria van Centor vaststelt er slechts 30 werkelijk lijden aan een streptokokkenangina. Bovendien bevat de 50% dragers die niet gediagnosticeerd zijn aan de hand van de criteria van Centor bepaalde dragers die in werkelijkheid wel getroffen zijn (valse negatieven) en zullen zij niet behandeld worden.

Uitvoeren van bijkomende onderzoeken

Het uitvoeren van bijkomende onderzoeken zorgt voor reële problemen voor wat de haalbaarheid betreft. Het keeluitstrijkje onderscheidt de gezonde niet van de zieke dragers, waardoor de gezonde dragers een overbodige behandeling krijgen. Indien men wacht op het resultaat van het uitstrijkje, is het positieve effect (nl. 8 uur) van de antibiotica op de klinische evolutie reeds verdwenen. De sensitiviteit van de streptest die routinematig in de huisartsgeneeskunde wordt toegepast, bedraagt 70%. Eén enkele test heeft een voldoende sensitiviteit (90%), maar men moet 10 minuten wachten om hem te lezen, hetgeen niet haalbaar is in de huisartsgeneeskunde (SWATCH-studie).

De verwachte kosten zijn: de prijs voor een streptest (te betalen door de patiënt), de kost van de culturen en die van de overbodige behandeling van gezonde dragers (te betalen door de overheid). Door gezonde dragers te behandelen loopt men bovendien nog meer het risico de resistenties te doen toenemen.

Welke patiënten behandelen ?

De jury van de conferentie heeft geen definitieve keuze gemaakt tussen de twee aanpakken: dient men

- ofwel de patiënten met een acute tonsillitis en pos. streptest of pos. uitstrijkje te behandelen
- ofwel de risicopatiënten te behandelen ?

Er dient te worden opgemerkt dat het begrip 'risicopatiënt' ambigu is aangezien het net zo goed kan wijzen op patiënten met een risico van algemene verspreiding van de infectie als op patiënten die het risico lopen geconfronteerd te worden met klassieke complicaties, nl. acuut gewrichtsreuma, acute glomerulonefritis en peritonsillair abces.

De aanhangers van de behandeling baseren zich niet op de EBM (zie eerste 2 geciteerde vaststellingen), maar wel op hun opinie als deskundigen (authority-based) en op een defensieve aanpak: vermijden verweten te worden een streptokokkenangina niet met antibiotica te hebben behandeld. Deze aanpak heeft de overhand in de Verenigde Staten.

Optimale duur van de behandeling

De optimale duur van de behandeling bedraagt 7 dagen (niveau II (1)).

Inname van penicilline

Het feit dat penicilline 2 x daags i.p.v. 4 x daags wordt voorgeschreven (bewijsniveau III) wordt niet unaniem gesteund door de jury. In de aanbeveling voor goede praktijkvoering wordt onderstreept dat, indien het gaat om een aanpak die veel discipline vereist, men de 4 innamen dient te behouden gezien het geringe halfleven van het actieve bestanddeel.

Penicilline beste optie

In geval van een allergie voor penicilline, dient men uiteraard een andere molecule in te schakelen: dat is hetgeen men noemt 'de tweede keus'. In dat geval dient men erytromycine toe terwijl de andere (neo)macroliden nog steeds een waardevol alternatief vormen.

Hoewel drie groepen (namelijk de penicillines, de breedspectrumpenicillines en de cefalosporines) bewezen hebben dat ze de klinische evolutie van een acute streptokokkeninfectie kunnen beïnvloeden, blijft penicilline de beste optie omdat amoxicilline en de cefalosporines een te breed spectrum hebben (risico resistentieverhoging), meer neveneffecten veroorzaken en bovendien duurder zijn. Daarenboven kan het door de uitslag die soms samengaat met de inname van amoxicilline moeilijk zijn een mononucleosis infectiosa uit te sluiten. Het gaat hier dus niet om een echt alternatief, maar wel om een goede maar minder verantwoorde keuze.

Tegenstrijdigheid

Keeluitstrijkje en streptest : zie "Uitvoeren van bijkomende onderzoeken".

Er is een tegenstrijdigheid tussen de volgende formuleringen enerzijds :

- antibiotica hebben slechts een beperkte invloed op de klinische evolutie (niveau Ib)
- de afwezigheid van de behandeling met AB verhoogt geenszins het risico op verwickelingen (niveau Ib)

en het voorstellen van een streptest en/of een keeluitstrijkje anderzijds.

Deze tegenstrijdigheid is begrijpelijk als men weet dat de vroegere visie op de preventie van acuut gewrichtsreuma nog niet helemaal verdwenen is. Vele artsen kregen in de universiteiten een ander standpunt te horen: het is niet eenvoudig om die verworven attitude die algemeen onder de patiënten verspreid is te wijzigen.

De doeltreffendheid van de AB-behandeling om GABSH uit te roeien is evenmin bewezen: zelfs de Amerikaanse auteurs waren daar al van overtuigd in de jaren '80 ((2) , (3) , (4)); de kiemdragers vormen geen risico voor complicaties of besmetting.

OMA (Acute middenoorontsteking) : Opmerkingen mbt de conclusies van de consensusjury

1. Klinische en bacteriologische genezing:

In minstens 85% van de gevallen is de klinische genezing de natuurlijke evolutie van een OMA. Voor de bacteriologische genezing (= verdwijning van de kiemen uit het middenoor) verschilt de evolutie van kiem tot kiem: de pneumokok verdwijnt moeilijker spontaan. Het staat buiten kijf dat men vaak een klinische genezing vaststelt zonder dat daarbij de kiemen uit het middenoor verdwenen zijn.

2. Symptomen:

Hoewel otalgie en een hoge temperatuur vaak voorkomen bij OMA, kan men bij het uitblijven van deze symptomen geen OMA uitsluiten. Uit sommige studies blijkt dat in 50% van de OMA-gevallen de patiënt geen koorts heeft.

3. Otoscopie:

Hoewel de pneumatische otoscopie kan bijdragen tot de bevestiging van een OMA-diagnose door te wijzen op een verminderde mobiliteit of gebrek aan mobiliteit van het trommelvlies, lijkt ze in de dagelijkse praktijk moeilijk uit te voeren. De observatie van een mat en/of bomberend en/of rood (hemorragisch) en/of geperforeerd trommelvlies is gevoelig genoeg om de OMA-diagnose te bevestigen in geval van klinische signalen en symptomen.

4. Complicaties voorkomen via antibioticabehandeling:

Talrijke studies en meta-analyses hebben de doeltreffende invloed van een antibioticabehandeling op complicaties (hypoacousis, meningitis, mastoiditis en andere) niet kunnen aantonen. Deze complicaties doen zich slechts zelden voor. Op basis van de tot op heden uitgevoerde studies kan men onmogelijk tot een formele conclusie komen. Retrospectieve studies hebben enerzijds aangetoond dat antibiotica (zelfs antibiotica met een breed spectrum) geenszins een garantie vormden voor het uitsluiten van een complicatie in een OMA en anderzijds dat die antibioticabehandeling soms de eerste tekenen van een ernstige verwikkeling verdoezelde en op die manier de juiste aanpak uitstelde. De toename in de resistentie van de

kiemen vormt een ander argument waarmee rekening moet worden gehouden in de beslissing om over te gaan tot een antibioticabehandeling. Daarentoe is zopas een nieuwe studie verschenen (D. Van Zuylen, A. Schilden, E. Van Balen. «National differences in incidence of acute mastoiditis: relationship to prescribing patterns of antibiotics for acute otitis media? Ped. Infect. Dis. J. 2001,20,2 : 140-143.»).

5. Uitgesteld voorschrift:

De bewoordingen van de aanbeveling zouden best worden overgenomen: "Een uitgesteld voorschrift, samen met zeer duidelijke aanbevelingen, is een nuttig instrument om de bezorgdheid van de ouders en van de praktiserende arts in rekening te nemen; een uitgesteld voorschrift maakt het eventueel mogelijk het aantal medische prestaties te beperken."

Referenties:

- (1) Zwart S. , Sachs A., Ruijs., et al. Penicillin for acute sore throat : randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. BMJ 200 ; 320 : 150-4.
- (2) Gastranaduy A.S., Kaplan E. L., Huwe B.B., et al. Failure of penicillin to eradicate group A streptococci during an outbreak of pharyngitis. Lancet 1980 ; ii : 498-501.
- (3) Gerber M. A., Randolph M.F., De Meo H. M., Kaplan E. L. . Failure of once-daily penicillin V. therapy for streptococcal pharyngitis. Am J Dis Child 1989 ; 143 : 153-5.
- (4) Mc Cracken G. H. Diagnosis and management of children with streptococcal pharyngitis. Ped infect Dis J 1986 ; 5 : 754-9.

Contacten

Consensus

Tel: +32(0)2 739 77 34

Fax: +32(0)2 739 72 91

E-mail: consensus@riziv.fgov.be