

Geen eenduidigheid over CRP bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk

Sjoerd Hobma, Eefje de Bont

Gebruik de CRP-sneltest voorlopig nog niet bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk. Onderzoeken laten geen eenduidige resultaten zien. Het gevaar bestaat dat aan de testuitslag meer waarde wordt toegekend dan aan andere belangrijke klinische verschijnselen. Op basis van de huidige literatuur lijken er situaties te zijn waarin de CRP-test bij strikt gebruik in een onderzoeksprotocol winst op kan leveren. Daar tegenover staan onderzoeken waar deze winst niet gevonden werd. Voor het gebruik in de Nederlandse huisartsenpraktijk is daarom nog onvoldoende duidelijk wanneer de test veilig kan worden toegepast en bijdraagt aan een betere besluitvorming.

De CRP-sneltest kan zinvol zijn in situaties waarin u twijfelt: enerzijds bij de vraag of een kind dusdanig ziek is dat observatie en behandeling in de tweede lijn nodig is, anderzijds bij de twijfel of antibiotische behandeling zinvol is. In het eerste geval zou een beter verwijsbeleid de winst zijn, in het tweede geval een beperking van het aantal antibioticavoorschriften. We gaan op beide dieper in.

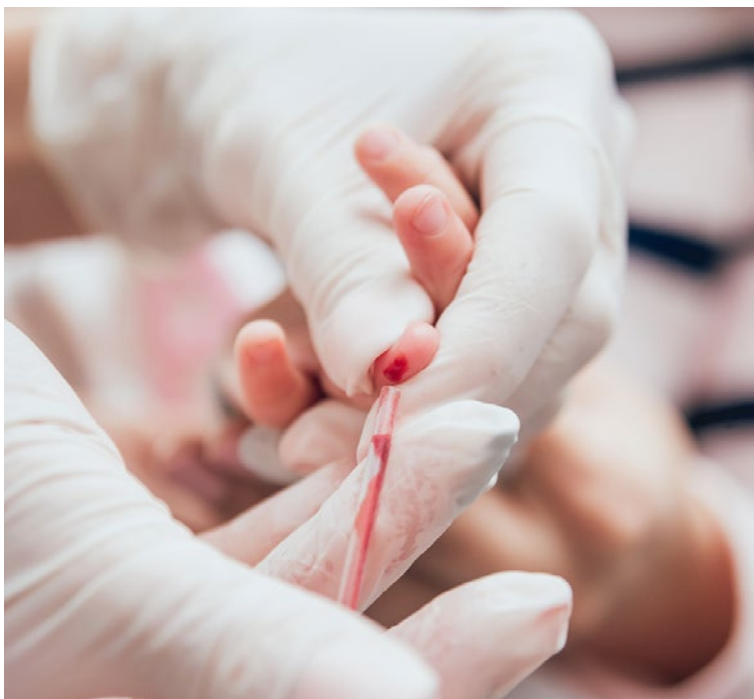
IDENTIFICEREN IN DE TWEEDE LIJN

CRP kan in theorie gebruikt worden om dat ene kind dat wel behandeling (of observatie) nodig heeft te identificeren. Op deze wijze wordt CRP momenteel gebruikt in de tweede lijn, waar een door de huisarts gefilterde populatie

wordt gezien en de voorafkans op een serieuze onderliggende infectie 15-20% lijkt te zijn. Dit is voor de kinderarts belangrijk, want hij kan niet ieder kind opnemen of blootstellen aan invasieve diagnostiek. Hier wordt CRP dus ingezet om een ernstige infectie waarschijnlijker te maken. In de eerste lijn is een veilige afkapwaarde (5 mg/L) echter zo laag dat dit onvoldoende bijdraagt aan onze klinische beoordeling.

Anderzijds, en waarschijnlijk voor huisartsen veel belangrijker, kan CRP worden ingezet om ons antibioticabeleid te sturen. We weten dat serieuze infecties in de eerste lijn slechts bij 1-5% van de kinderen voorkomen. Dit, terwijl zo'n 25% tot 35% van de kinderen momenteel behandeld wordt met antibiotica in de eerste lijn. Helaas is de praktijk niet zwart-wit. Wat doen we namelijk met kinderen in het grijze gebied waar we even snel een vingerprik doen? Kinderen die niet een zeer zieke indruk maken, waar we vooral geruststelling zoeken voor onszelf en voor de ouder, en die dan een CRP van 12 mg/L blijken te hebben? Of een CRP van 19mg/L? Onderzoek laat namelijk ook zien dat een kind bij deze afkapwaarde, in tegenstelling tot een volwassene, toch een serieuze infectie kan hebben die verergert in de uren na het consult. Waarschijnlijk krijgen deze kinderen in het grijze gebied, waar we eigenlijk zelf niet twijfelen, dan alsnog antibiotica. Hadden we die CRP dan niet beter achterwege kunnen laten en gewoon op ons klinisch handelen moeten vertrouwen?

In een recente Nederlandse trial keken onderzoekers naar het gebruik van de CRP-sneltest bij kinderen met koorts en hoesten, dit leidde niet tot minder antibioticagebruik.¹ Deze RCT werd uitgevoerd in 28 huisartsenpraktijken en vier huisartsenposten. Er werden in totaal 309 kinderen onderzocht. Het ging om niet ernstig zieke kinderen tussen de 3 maanden en 12 jaar die korter dan drie weken hoestten en niet langer dan vijf dagen koorts hadden. Circa een derde van de kinderen kreeg een antibioticum, waarbij de mate van ziek zijn de belangrijkste factor bleek te zijn



Het is onvoldoende duidelijk wanneer de CRP-test veilig kan worden gebruikt.

Foto: iStock

bij het voorschrijven. Bijna de helft van de kinderen had een CRP < 10. Er was geen verschil in beloop tussen beide groepen (herconsultatie, recidieven, antibioticagebruik).

Het is belangrijk bewustwording te creëren over waar we CRP wel, maar vooral ook niet kunnen gebruiken

GEEN AFNAME ANTIBIOTICAVOORSCHRIFTEN

Onlangs bespraken we in *Huisarts en Wetenschap* een Belgisch onderzoek, waarin CRP wel leidde tot een daling van het antibioticagebruik bij kinderen met koorts en een verhoogd risico op een ernstige infectie.² Deze kinderen in België hadden koorts in het algemeen en niet alleen acute hoest. Ook werd een andere afkapwaarde voor de CRP gehanteerd. Daarnaast was de belangrijkste conclusie van de Belgische onderzoekers eveneens dat CRP alleen niet leidde tot minder antibioticavoorschriften. Alleen in gevallen waar het kind volgens een vaste set criteria, ontwikkeld voor onderzoek, een verhoogd risico had op een ernstige infectie lijkt CRP het aantal voorschriften terug te dringen. Dit stemt overeen met de bevindingen uit het Nederlandse onderzoek en ook met de bevindingen van een recent systematisch literatuuronderzoek.³ Ook laat het zien waarom we op dit moment terughoudend moeten zijn met implementatie van CRP bij kinderen in de praktijk. Aanbeveling van het recente systematisch literatuuronderzoek naar dit onderwerp is dan ook dat toekomstig onderzoek moet uitstijgen boven de

diagnostische waarde van een test en zich moet richten op het effect op de klinische besluitvorming in de praktijk. De CRP-sneltest is gemeengoed is geworden in de huisartsenpraktijk en het is belangrijk bewustwording te creëren waar we deze wel, maar vooral ook niet kunnen gebruiken. In de praktijk is de verleiding groot om bij allerlei andere indicaties snel een testje te doen, ook in situaties waarvoor deze niet gevalideerd is. Het is belangrijk om kritisch te blijven kijken naar de toegevoegde waarde van deze diagnostiek en naar het eigen handelen in de praktijk. ■

LITERATUUR

1. Schot MJC, Van den Bruel A, Broekhuizen BDL, Cals JWJ, Noteboom EA, Balemans W, et al. Point-of-care C-reactive protein to assist in primary care management of children with suspected non-serious lower respiratory tract infection: a randomised controlled trial. *BJGPOpen* 2018;2(3):bjgpopen18X101600.
2. Hilbink M. Minder antibiotica door CRP-test bij acuut zieke kinderen. *Huisarts Wet* 2019;62(3):8.
3. Verbakel JY, Lee JJ, Goyder C, Tan PS, Ananthakumar T, Turner PJ, et al. Impact of point-of-care C reactive protein in ambulatory care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e025036.

Hobma SO, De Bont EGPM. Geen eenduidigheid over CRP bij zieke kinderen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0104-0.
Sittard: dr. S.O. Hobma, huisarts en redactielid *Huisarts en Wetenschap*, sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl; Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI; dr. E.G.P.M. de Bont, huisarts-postdoc onderzoeker.