

Uit de serie Huisartsgeneeskundige conferenties\*

## 3. Sinusitis

Bij onze bespreking van het ziektebeeld sinusitis zijn we op meer vragen en onzekerheden gestuit dan we hebben kunnen oplossen. Ongetwijfeld is dit spijtig, omdat ons streven erop was gericht de gerezen problemen juist wél op te lossen. Anderzijds bood alleen al het signaleren van alle vragen en onzekerheden de gelegenheid het eigen denken en handelen kritisch te beschouwen. Wellicht is een dergelijk resultaat van meer belang dan het vinden van een antwoord op alle vragen.

Kort samengevat was de gang van zaken tijdens onze bijeenkomsten over sinusitis als volgt:

We zijn begonnen met een bespreking van de wijze waarop iedere deelnemer dacht de diagnose sinusitis te kunnen stellen; vervolgens werd nagegaan wat het beleid bepaalt en waaruit dit beleid bestaat. Daarna hebben we onderzocht in hoeverre de verschillende opvattingen die aldus op tafel waren gekomen, ondersteund werden door de uitkomsten van een enquête onder de deelnemers en door de literatuur. Wij hebben ons hierbij beperkt en welbewust een aantal vragen laten liggen.

### Epidemiologie

We hebben ons vooral beziggehouden met acute sinusitis maxillaris en acute sinusitis frontalis en niet of nauwelijks met sinusitis chronica (komt weinig voor: *Oliemans* geeft een incidentie van 0,8 en *Black* noemt het beeld „uncommon”) en sinusitis ethmoidalis; volgens

*Hammelburg* is de behandeling van deze laatste ziekte overigens in principe gelijk aan die van andere sinusitiden bij volwassenen.

*Oliemans* geeft voor acute sinusitis een incidentie (voorkomen per 1000 patiëntjaren) van 12,2. Bij vrouwen zou de huisarts deze diagnose frequenter stellen dan bij mannen, vooral in de leeftijdsgroepen 15-44 jaar en 45-64 jaar. Voor mannen bedraagt de incidentie 6,7, voor vrouwen 17,7. *Hodgkin* maakt

E. H. VAN DE LISDONK

onderscheid tussen sinusitis maxillaris (incidentie 11,1) en sinusitis frontalis (incidentie 4,5). De Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut geeft over de jaren 1971-1976 een incidentie van 14; bij vrouwen bedraagt de incidentie 15, bij mannen 12. Vrouwen in de leeftijdsklasse van 20-49 jaar vertonen het hoogste presentatiecijfer. De meeste gevallen worden gezien in januari, februari en maart; de minste in mei en juni.

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd, dat:

– de huisarts met een gemiddelde praktijkgrootte van 2600 zielen bij 28 à 36 patiënten per jaar de diagnose sinusitis stelt;

– de huisarts de diagnose vooral bij jonge vrouwen stelt;

– de huisarts aanmerkelijk vaker een sinusitis maxillaris ziet dan een sinusitis frontalis;

– het ziektebeeld het meest frequent gezien wordt in het eerste kwartaal van het jaar en het minst in mei en juni.

Deze conclusies gaven binnen onze groep aanleiding tot enige verbazing. Zoals in de paragraaf *Enquête* uiteengezet zal worden, treedt sinusitis naar onze mening vooral op als gevolg van een bovenste-luchtweegaandoening. Nu is in de eerste plaats opmerkelijk, dat de top van de frequentie van sinusitis niet in de herfst en de vroege winter ligt, zoals bij bovenste-luchtweegaandoeningen het geval is (*Hodgkin*). In de tweede plaats is opmerkelijk, dat sinusitis frequenter bij volwassenen wordt geregistreerd dan bij kinderen, terwijl bovenste-luchtweegaandoeningen juist vaak bij kinderen voorkomen; dit geldt bijvoorbeeld voor otitis media acuta (*Huygen*), tonsillitis acuta en verkoudheden (*Hodgkin; Fry*). *Grote en Jansen* constateerden bij kinderen van 0 tot 10 jaar, dat de frequentie van sinusitis toeneemt met de leeftijd, waarbij zij overigens aantekenen, dat deze constatering beïnvloed wordt door het missen van de diagnose bij kleinere kinderen. *Hoshaw and Nickman* vonden bij een retrospectief onderzoek op destijds gemaakte röntgenfoto's een sinusitis bij 62 procent van de kinderen van ½-14 jaar die paracentese hadden ondergaan of een trommelvliesbuisje hadden gekregen. Denken we bij kinderen inderdaad te weinig aan de mogelijkheid van een sinusitis?\*

In de derde plaats hebben we ons afgevraagd, in hoeverre allergische factoren een rol spelen bij het ontstaan van een sinusitis. Als deze factoren belangrijk zijn (*Bailey*), dan zou je in het hooikoortsseizoen misschien een hogere incidentie mogen verwachten. Een onderzoek naar de correlaties tussen beide ziekten zou een interessante epidemiologische studie kunnen opleveren. Overigens legde geen van de deelnemers

\* Hierbij gaat het om sinusitis maxillaris, daar deze holte al vanaf ongeveer zes maanden met lucht is gevuld; dit is bij de sinus frontalis pas het geval vanaf de leeftijd van 7.

\* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen -- zie (1979) *huisarts en wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

spontaan een dergelijk verband door bijvoorbeeld in de anamnese te vragen naar hooikoortsklachten bij van sinusitis verdachte patiënten.

### Klachten en diagnostiek

In een eerste ronde bracht iedereen naar voren welke anamnestiche gegevens de huisarts op het spoor van sinusitis zetten: hoofdpijn, aangezichtspijn, drukkend gevoel boven de ogen, pijn bij bukken, vage kiespijn, oorpijn, onaangename reuksensaties, hinderlijke hoest 's nachts bij kinderen, voorafgaande verkoudheid, koorts..., een lange lijst waarmee we weinig konden beginnen. In tweede instantie bekeken we de lijst met het oog op de volgende vragen:

- met welke klachten presenteert een patiënt met een sinusitis zich?
- naar welke klachten vraag je als huisarts bij verdenking op sinusitis?
- welke anamnestiche gegevens dragen in belangrijke mate bij tot de waarschijnlijkheid van de diagnose sinusitis?

De laatste vraag vonden we de meest relevante. Het antwoord hierop zou tevens een indicatie geven van wat je als huisarts zou moeten vragen bij verdenking op sinusitis en hoe je spontaan door de patiënt geuite klachten zou moeten interpreteren.

Alvorens ons hier verder in te verdiepen, hebben we ons eerst bezonnen op de vraag of voor de diagnostiek nog meer nodig is en zo ja wat. Ten eerste kan lichamenlijk onderzoek een bijdrage tot de diagnose leveren. Daarbij valt te denken aan drukpijn en kloppij op de sinus, oedeem van wang en/of de oogleden, rhinoscopia anterior, een positieve hakvalproef en transilluminatie. Ten tweede is het mogelijk, dat laboratoriumonderzoek, bijvoorbeeld een bezinking, een bijdrage kan leveren aan het stellen van de diagnose. Velen van ons hechtten in de derde plaats grote waarde aan een röntgenfoto.

Vijftien van de negentien aanwezige huisartsen maakten gebruik van transilluminatie. De vier niet-gebruikers vonden of de interpretatie erg onzeker of beschikten überhaupt niet over een sinuslamp (reden om die eens mee te brengen en te demonstreren; daarbij bleek dat sommigen alleen van buiten op de huid belichtten en anderen de intra-orale belichting verkozen). Helder oplichtende sinus, daarover waren we het wel eens, betekent dat een sinusitis uitgesloten kan worden geacht. *Evans e.a.* en *Hammelburg* zijn het daarmee eens. Niet helder oplichten, zeiden we, geeft geen uitsluitel: er kan

een sinusitis zijn, of alleen slijmvlieszwelling, er kan sprake zijn van een cyste, tumor of poliep in de sinus, of er kan een anatomische variant in het spel zijn. (*De Wit* zegt, dat voorhoofdholten bij 10 procent van de mensen niet zijn aangelegd; *Bailey* zegt dat anatomische asymmetrie frequent voorkomt.)

*McNeil* toont twijfel over de waarde van transilluminatie; hij zag de bevindingen bij transilluminatie slechts in 68 procent van de gevallen bevestigd (beoordeeld naar muco-pus en pus na sinusspoeling). *Evans e.a.* daarentegen zeggen dat, wanneer bij transilluminatie onderscheid wordt gemaakt tussen helder oplichten, matige sluiering en totaal gesluierd, de laatste groep vrijwel zeker een sinusitis betekent (gecontroleerd door kweek na aspiratie van sinusinhoud, in zijn eigen materiaal in 24 van de 24 gevallen). De groep van matige sluiering laat geen uitspraak toe.

Wat de röntgenfoto betreft hebben we geprobeerd een soortgelijke indeling te maken:

- heldere sinus: geen sinusitis;
- een lokale, scherp omschreven schaduw: cyste, tumor of poliep;
- randstandige sluiering: slijmvlieszwelling of sinusitis; *Evans e.a.* vonden bij een sluiering van 8 mm of meer een „abnormaal” aspiraats: meer dan 1000 leuko's per ml, meer dan  $10^3$  bacteriën per ml na spoelen, of vocht bij aspiratie;
- diffuse sluiering: slijmvlieszwelling of sinusitis;
- duidelijke vloeistofspiegel: bewijzend voor een sinusitis.

Wij hebben geconstateerd, dat niet alle röntgenologen hun foto's op dezelfde wijze beschrijven: sommigen beperken zich tot een beschrijving, anderen concluderen daarnaast ook tot het al of niet bestaan van een sinusitis. Volgens *Bailey* kan de röntgenoloog echter niet zeggen, of een schaduw op pus, mucus, bloed of weefsel wijst. Het zou ons inziens onderzoek waard zijn dezelfde foto's door verschillende röntgenologen te laten beoordelen en beschrijven.

### Enquête

Om een wat duidelijker beeld te krijgen van wat voor iedere deelnemer nu de belangrijkste bijdragen tot de diagnose sinusitis waren, hebben we een enquête gehouden. De enquête bestond uit zevenendertig items, twintig betreffende de anamnese en zeventien betreffende het onderzoek. Er kon gescoord worden op een vijfpuntsschaal. Door een onduidelijke formulering van de vragen was

het niet mogelijk de antwoorden met betrekking tot het belang van de afwezigheid van de verschillende verschijnselen te interpreteren. We hebben ons daarom beperkt tot de antwoorden met betrekking tot de aanwezigheid van deze verschijnselen. Het gaat hierbij dus niet om frequenties, maar om de relatieve betekenis van de items.

Negen items haalden 80 procent of meer van de hoogst mogelijke score; dat waren, in volgorde van belangrijkheid:

- „zwaar voorwerp gevoel” in het hoofd, erger bij bukken;
- kloppij op sinus;
- vochtspiegel bij röntgenonderzoek;
- drukpijn op sinus;
- sluiering bij röntgenonderzoek;
- voorafgaande verkoudheid;
- oedeem van wang en/of oogleden;
- aangezichtspijn over sinus;
- (unilaterale) purulente rinorroe.

In de literatuur hebben we een vergelijkbaar onderzoek naar wat huisartsen belangrijk vinden als bijdrage aan de diagnose, niet gevonden. De meeste auteurs beperken zich tot een beschrijving van mogelijke en/of veel voorkomende klachten en bevindingen bij onderzoek (*De Wit; Brinkman; Bailey; De Jong; Hammelburg*). *Hodgkin* noemt van enkele items het percentage positieve scores: zo vond hij bij een sinusitis maxillaris in 75 procent van de gevallen een voorafgaande verkoudheid; in 60 procent van de gevallen vond hij hoofdpijn en een „zwaar voorwerp gevoel”, verergering bij bukken, hoesten en snuiten; een rhinitis trof hij aan in 100 procent van de gevallen. Geen van de genoemde auteurs formuleert minimumcriteria voor het onderzoek van een patiënt met sinusitis of criteria waaraan voldaan moet zijn voordat de diagnose gesteld kan worden.

### Beleid

Het uitzetten van beleidslijnen werd niet vereenvoudigd door de talrijke onzekerheden met betrekking tot de vele klachten die – zowel door de deelnemers als door de geraadpleegde auteurs – in verband worden gebracht met een sinusitis. De volgende beschrijving geeft dan ook onvermijdelijk onze eigen voorkeuren weer. We onderscheiden drie groepen:

- Er bestaan uitgesproken klachten en verschijnselen; bij transilluminatie blijken een of meer sinus niet helder op te lichten. Deze gegevens zijn voldoende om de diagnose waarschijnlijk te maken en te beginnen met therapie.
- Er zijn vage en geringe klachten en

verschijnselen; bij transilluminatie blijken de sinus helder. We nemen dan aan dat er geen sprake is van sinusitis.

• Er zijn klachten en verschijnselen die een sinusitis doen vermoeden, zonder werkelijk overtuigend te zijn. Transilluminatie is dan het eerste onderzoek; biedt dit onvoldoende houvast, dan staan twee wegen open: nadere diagnostiek middels röntgenfoto's of beginnen met therapie. Eigen voorkeur en de aard van de situatie zullen hierbij de doorslag geven.

Deze driedeling geeft geen uitsluitend over een aantal vragen, zoals:

– is koorts een belangrijke richtlijn voor therapie?

– is „groen snuiten” niet juist een teken dat de drainage van de (mogelijk geïnfecteerde) sinus goed op gang is en is het in zo'n geval niet de juiste houding het natuurlijke beloop af te wachten?

– wat weten we überhaupt van het natuurlijke beloop van een sinusitis?

Deze vragen brachten ons weer terug bij eerdere onderdelen van de bespreking en we zijn daar op dit punt niet verder op ingegaan.

## Therapie

Centraal in de discussie stond de vraag: wanneer antibiotica, wanneer symptomatische therapie (neusdruppels, stomen, analgetica)? Ook hierover bleken bij een eerste inventariserende ronde zeer uiteenlopende meningen te bestaan. Sommigen geven bij pijn bij het bukken al antibiotica, anderen wachten eerst een röntgenologisch onderzoek af voor zij überhaupt aan antibiotica denken. Weer anderen vonden, dat met name kinderen die langer dan een week hangerig zijn en een groene snotneus hebben, voor antibiotica in aanmerking komen. Een van de deelnemers heeft een patiënt in de praktijk die na vele recidieven zijn symptomen zo goed kent, dat hij telefonisch zijn kuurtje krijgt.

We besloten daarna om verder te praten over de therapie aan de hand van de driedeling in de paragraaf *Beleid*. Terwijl we het erover eens waren dat de tweede groep (sinusitis weinig waarschijnlijk) hooguit een symptomatische behandeling behoeft, ontstond over de twee andere groepen opnieuw verdeeldheid. Met name de vraag of het geven van antibiotica eigenlijk wel de aangegeven therapie is, behalve bij een ernstige vorm van sinusitis, stond daarbij centraal. De volgende opmerking van *Fermin* sluit hier goed bij aan: „Sommige huisartsen geven nooit antibiotica bij

een ongecompliceerde sinusitis en hebben hiermee goede resultaten. Anderen geven als routine antibiotica en hebben hiermee eveneens goede resultaten.” *Hammelburg* schrijft: „Er zijn verschillende goed opgezette dubbelblind onderzoeken die suggereren dat er geen significant verschil in succes bestaat tussen het in eerste instantie wel of niet behandelen met antibiotica”; hij noemt overigens de bedoelde publikaties en hun auteurs niet bij name.

Hoewel deze opmerkingen velen aan het denken zetten en anderen goedkeurend deden knikken, bleef een grote mate van subjectiviteit bestaan. Het oordeel kan als volgt samengevat worden: als de huisarts de zaak niet vertrouwt, de patiënt erg ziek vindt, ernstige symptomen constateert, of als bijkomende omstandigheden (huwelijk, eindexamen) extra gewicht in de schaal leggen, kan hij besluiten antibiotica te geven; daarnaast ook, als na vijf tot zeven dagen symptomatische therapie geen verbetering is ingetreden. In zulke gevallen lijkt een antibioticum met een breed spectrum aangewezen, daar met name vaak *Haemophilus influenzae* in kweken is aangetroffen (*Bailey; Hoshaw and Nickman; De Jong; Evans e.a.*). *Frederick and Braude* en *Van Cauwenberge en Van Renterghem* vonden bij kweken van de sinusinhoud in respectievelijk 52 en 35 procent van de gevallen anaeroben, gevoelig voor penicilline en tetracycline. *Agbim* zegt, dat doxycycline in tegenstelling tot ampicilline goed in de mucosa van bovenste en onderste luchtwegen doordringt, zodat dit middel eerste keus is bij de behandeling van een sinusitis waarvoor de huisarts een antibioticum geïndiceerd acht.

## Differentiële diagnose en verwijzen

De belangrijkste differentiële diagnoses zijn naar onze mening:

– verkoudheid met of zonder koorts;  
– nerveus-functionele klachten (*Fermin*);

– tandheelkundige afwijkingen.

Met name ten aanzien van kinderen kan nog een corpus alienum in de neus als mogelijkheid worden toegevoegd.

Als redenen voor verwijzing werden vooral genoemd:

– een sinusitis die niet binnen zes weken geneest of zelf een toename van de klachten geeft;

– frequent recidiveren van sinusitiden;

– een snel ontstane sinusitis met ernstig beloop, bijvoorbeeld gekenmerkt door oedeem van wang en/of oogleden en eventueel meningeale prikkeling; *Bai-*

*ley* noemt onder andere convulsies, koude rillingen, visusstoornissen, persoonlijkheidsverandering en iedere patiënt die zieker lijkt dan hij op grond van een sinusitis zou moeten zijn.

*Agbim, O. G.* A comparative trial of doxycycline and ampicilline in the treatment of acute sinusitis. (1974) *Curr. med. Res. Opin.* **2**, 291-294.

*Bailey, B. J.* Management of sinus infections. (1973) *Amer. Family Physcn* **8**, 100-107.

*Black, J. B. Mck.* Upper respiratory tract infection. (1978) *Update* **17**, 151-158.

*Brinkman, W. F. B.* De neusbijholten. In: Gerlings en Em. *Hammelburg* (red.). Keel-, neus- en oorheelkunde. *Bohn, Haarlem*, 1971.

*Cauwenberge, P. van en L. van Renterghem.* De rol van anaerobe bacteriën bij sinusitis. (1975) *Acta oto-rhino-laryng. belg.* **29**, 613-620.

*Evans, F. O., J. Brantley Sydnov, W. E. C. Moore e.a.* Sinusitis of the maxillary antrum. (1975) *New Engl. J. Med.* **293**, 735-739.

*Fermin, H.* In en om de neus (1973) *Ned. T. Geneesk.* **117**, 1001-1003.

*Frederick, J. and A. I. Braude.* Anaerobic infection of the paranasal sinuses. (1974) *New Engl. J. Med.* **290**, 135-137.

*Fry, J.* Catarrhal children. (1978) *Update* **18**, 375-377.

*Grote, J. J. en J. B. J. Jansen.* Otitis media serosa van twee kanten bekeken. (1977) *Ned. T. Geneesk.* **121**, 1262-1265.

*Hammelburg, Em.* Notities over tonsillitis, otitis, sinusitis. *G. B. Intermedicus, Rijswijk*, 1976.

*Hodgkin, K.* Towards earlier diagnosis. *Churchill Livingstone, Edinburgh etc.*, 1973.

*Hoshaw, T. C. and N. J. Nickman.* Sinusitis and otitis in children. (1974) *Arch. Otolaryng.* **100**, 194-195.

*Huygen, F. J. A.* De epidemiologie van otitis media in de huisartspraktijk. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 208-211.

*Jong, P. C. de.* Sinusitis frontalis. (1974) *Ned. T. Geneesk.* **118**, 1389-1393.

*McNeill, R. A.* Comparison of the findings of transillumination, X-ray and lavage of the maxillary sinus. (1963) *J. Laryng.* **77**, 1009-1013.

*Oliemans, A. P.* Morbiditeit in de huisartspraktijk. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1969.

*Wit, G. de.* Keel-, neus- en oorheelkunde, *Erven Bijleveld, Utrecht*, 1968.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, Dr. H. F. J. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, R. Kartodirdjo, E. H. van de Lisdonk, H. J. M. Markus, P. Mesker, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonnaville, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Dr. H. L. A. Vlamings, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijters, P. de Winter en R. G. Zwart, allen verbonden aan het Mijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.