

Kinkhoest in de huisartspraktijk

P. L. B. J. LUCASSEN*

Luchtweginfecties vormen een belangrijk bestanddeel van het dagelijks werk van de huisarts. Het gaat hier om een groep aandoeningen waarin onder meer gewone verkoudheden, sinusitiden en allergische luchtwegaandoeningen voorkomen. In de differentiële diagnostiek moet tegenwoordig ook weer rekening worden gehouden met kinkhoest. Aan de hand van ervaringen met eigen patiënten en literatuuronderzoek worden in dit artikel richtlijnen ontwikkeld met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van kinkhoest door de huisarts.

Inleiding

Luchtweginfecties, sinusitis en acute bronchitis zijn (zeer) veel voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk.^{1,2} Deze aandoeningen presenteren zich in de vorm van klachten als hoesten, snotterigheid, kortademigheid, algehele malaise met of zonder koorts, enzovoort. Met behulp van anamnese en een adequate fysische diagnostiek kan meestal de juiste diagnose en prognose gesteld worden. Er blijft echter een groep patiënten over (veelal kinderen), die langere tijd (2-3 weken) hoesten, soms na een periode van snotteren, terwijl bij hen na lichamelijk onderzoek geen afwijkingen worden gevonden. Tot de differentiële diagnostiek bij deze groep patiënten behoort, naast sinusitis maxillaris, allergische luchtwegaandoeningen en pneumonie (waarbij soms auscultatoir geen afwijkingen waarneembaar zijn), sinds kort ook weer kinkhoest. In de tweejarige registratieperiode van het Monitoringproject is de diagnose kinkhoest niet eenmaal gesteld,¹ terwijl het totaal aantal aangegeven gevallen van pertussis in 1983 niet meer dan 200 bedroeg (*bijlage*). Mogelijk heeft zich sindsdien een werkelijke toename in het voorkomen van kinkhoest voorgedaan, ten gevolge van een verhoogde infectiedruk vanuit de ons omringende landen, of ten gevolge van de verminderde sterkte van de kinkhoestcomponent in het DKTP-vaccin. Mogelijk is ook dat,

dank zij een grotere belangstelling en verbeterde diagnostiek, meer kinkhoest gediagnostiseerd wordt.³ In onze praktijk ontdekten wij in de herfst van 1984 voor de eerste maal een patiënt met kinkhoest.

In deze bijdrage wordt, aan de hand van een retrospectieve analyse van elf casus in een plattelandspraktijk van 6500 patiënten en de recente literatuur, beschreven welke mogelijkheden de huisarts hierbij ten dienste staan.

Patiënten

Een overzicht van de elf patiënten wordt gegeven in de *tabellen 1* en *2*. Alle patiënten hoestten gedurende 10 dagen of langer. Bij enkele patiënten was het hoesten anders dan bij voorgaande verkoudheden.

Navraag naar wat oma van het hoesten dacht, leverde tweemaal verdenking op kinkhoest op. Bij geen van de patiënten, uitgezonderd de zuigeling, werden tekenen van algehele malaise vastgesteld. De klassieke symptomen, zoals gierende inspiratie, dyspnoe en zeer taai slijm werden eveneens vooral bij de zuigeling waargenomen; kennelijk presenteert de ziekte zich bij ingeënte personen in afgezwakte vorm. Hoesten in buien kwam vaak voor. Contact met een patiënt met kinkhoest werd viermaal geconstateerd. De vaccinatiegraad was hoog.

Het lichamelijk onderzoek bracht bij slechts enkele patiënten afwijkingen aan het licht; de zuigeling had duidelijk dyspnoe en intrekkingen intercostaal,

doch geen auscultatoire afwijkingen. Bij de patiënten met auscultatoire afwijkingen (B en K) was daarvoor een andere verklaring: patiënte B was bekend als CARA-patiënte, patiënt K had op de thoraxfoto afwijkingen passend bij bronchopathie.

Bij alle patiënten werd bloedonderzoek verricht. De BSE was eenmaal verhoogd (patiënt C). De leukocyten waren tweemaal marginaal verhoogd (grenswaarde 10,0), tweemaal matig, eenmaal fors (patiënt H). De differentiatie toonde zeven maal een relatieve lymfocytose (> 35 procent). Gelijktijdig met de bloedafname voor BSE en leukodifferentiatie werd bloed afgenomen voor serologisch onderzoek door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) (IgA, IgM, IgG-aLPP). We hebben bij de meeste patiënten volstaan met een eenmalige bepaling.

Bacteriologisch onderzoek werd niet verricht.

De therapie was wisselend; er komt achteraf geen duidelijke lijn naar voren.

Kinkhoest in de huisartspraktijk

Op grond van de geraadpleegde literatuur⁴⁻⁷ en onze patiëntgegevens kan het volgende beeld beschreven worden;

Anamnese. De in de literatuur beschreven symptomen van kinkhoest worden momenteel in de huisartspraktijk zelden waargenomen. Kinkhoest gaat gepaard met dezelfde klachten als andere bovenste luchtweginfecties: hoesten, soms in buien, nachtelijk hoesten, meestal geen sputumproductie, geen dyspnoe, vaak een begin met snotterigheid. Wanneer het hoesten langer duurt dan 3 weken, moet zeker aan kinkhoest worden gedacht. Vragen naar contact met kinkhoestpatiënten levert soms relevante informatie op. Het voorkomen van malaise bij personen ouder dan 1 jaar lijkt eerder tegen kinkhoest te pleiten dan ervoor.

Lichamelijk onderzoek. Bij kinkhoest worden in het algemeen weinig afwijkingen gevonden bij auscultatie van de longen. Wanneer ook de rest van het onderzoek geen afwijkingen laat zien bij een sinds 3 weken hoestende patiënt, rijst verdenking op kinkhoest. Bij zuigelingen kan er een discrepantie zijn tussen de bevindingen bij inspectie (intrekkingen van de thoraxwand) en auscultatie (geen abnormale geruisen).

Bloedonderzoek. Bepaling van BSE, aantal leukocyten en differentiatie der leukocyten en kinkhoestserologie is voldoende voor het stellen van de diagnose

* Huisarts te Bakel.

kinkhoest. Hierbij kunnen de volgende kanttekeningen worden geplaatst:

- De uit de literatuur bekende leukocytose ($20-60 \times 10^9/l$) wordt alleen gevonden in de eerste 2-3 ziekte weken. Wij hebben slechts eenmaal een dergelijke leukocytose aangetoond. De oorzaak hiervan kan zijn dat de meeste patiënten relatief laat het spreekuur bezoeken. Mogelijk is ook dat de milder verlopen de ziekte bij gevaccineerden een minder uitgesproken leukocytose veroorzaakt.
- Een relatieve lymfocytose is misschien een aanwijzing voor kinkhoest. Hetzelfde bloedbeeld komt echter ook voor bij virale infecties, zodat niet te veel waarde aan dit gegeven toegekend moet worden.
- Het vinden van een verhoogde BSE lijkt eerder tegen de diagnose kinkhoest te pleiten dan ervoor.
- Bij serologisch onderzoek naar kinkhoest (RIVM) wordt een drietal antistoffen bepaald: specifieke IgA, IgM en IgG antistoffen tegen LPF (lymfocyte promoting factor) ook wel IgG-a-LPF genoemd. Aanwezigheid van kinkhoest-specifieke IgA kan beschouwd worden als een zekere indicatie voor een kinkhoestinfectie. De vorming van IgA begint, afhankelijk van de leeftijd, 4-6 weken na het begin van de infectie. IgA wordt niet gevormd na een vaccinatie; het blijft soms nog een jaar lang aantoonbaar.

IgG-a-LPF ontstaat zowel na infectie als na vaccinatie; indien de titer hoger is dan 25 E/ml, is er waarschijnlijk sprake van een doorgemaakte infectie. IgG-a-LPF veroorzaakt bij proefdieren een sterke lymfocytose in het bloed, waarbij er geen vermeerdering van lymfocyten is maar een depletie van lymfocytair cellen in milt en lymfeklieren. IgG-a-LPF en IgM worden enige weken eerder dan IgA gevormd. Een eenmalige serologische bepaling kan voldoende zijn, mits deze op het juiste moment plaatsvindt.

- Waar vroeger de diagnose kinkhoest vaak à vue, of beter gezegd op het gehoor gesteld werd en ook wel door bacteriologisch onderzoek, kan nu de diagnose gemakkelijk serologisch gesteld worden.

De vraag rijst of dit in alle gevallen noodzakelijk is. Men kan zich op het standpunt stellen dat ieder geval van kinkhoest gediagnostiseerd moet worden. De zin hiervan is twijfelachtig, gezien het ontbreken van therapeutische consequenties en van maatregelen om verdere verspreiding tegen te gaan. Om toch op epidemiologisch niveau een indruk te krijgen van het voorkomen van kinkhoest zou op peilstations in de eerste lijn gescreend kunnen worden. Wél een strenge indicatie voor het stellen van de diagnose bestaat bij personen die in nauw contact komen met (nog)

niet volledig gevaccineerde zuigelingen (gezinsleden, verpleegkundigen e.d.). Ook bij een CARA-patiënt met een onverklaarbare exacerbatie is er een reden de diagnose te stellen.

Bacteriologisch onderzoek. Diagnostiek door middel van de Bordet-Gengouplaat lijkt in de huisartspraktijk minder zinvol, omdat de meeste patiënten pas op het spreekuur verschijnen als het stadium met het hoogste percentage positieve kweken voorbij is: na twee weken is het grootste deel van de kweken negatief, na vier weken zijn vrijwel alle kweken negatief.

Röntgenonderzoek. Bij kinkhoest worden in het algemeen geen afwijkingen gevonden bij röntgenonderzoek van de thorax. Het kan zin hebben röntgenonderzoek te verrichten, indien bijkomende afwijkingen vermoed worden of in het kader van de differentiële diagnostiek.

Profylaxe. Over bescherming van gezinsleden lopen de meningen uiteen. Men kan zich op het standpunt stellen dat, aangezien besmetting al lang heeft plaatsgevonden en vaccinatie een relatieve bescherming geeft, het toedienen van erythromycine aan de gezinsleden ter voorkoming van kinkhoest minder zinvol is. Toediening van erythromycine aan de patiënt zelf, ter vermindering van

Tabel 1. Geslacht, leeftijd, vaccinatiestatus, datum eerste consult, klachten, duur symptomen, uitkomsten lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek, en therapie bij elf patiënten met kinkhoest.

Patiënt	Geslacht	Leeftijd in jaren	Vaccinatie	Datum eerste consult	Klachten	Duur symptomen	Lichamelijk onderzoek	BSE	Leukocyten ($\times 10^9/l$)	Percentage lymfocyten	Therapie
A	V	26	+	20-11-84	Hoestbuien 4 weken, taai slijm	4 weken	g.a.	3	7,7	35	-
B	V	30	-	30-11-84	Exacerbatie CARA, niet ziek, ander hoestpatroon, diagnose via longarts	onbekend	piepende ronchi	13	10,4	?	codeïne
C ^a	V	32	?	22-10-84	Niet ziek, diagnose via kinderarts	2-3 weken	g.a.	22	9,2	25	erythromycine
D	M	2	+	9-10-84	Hoest als bij kinkhoest	2-3 weken	g.a.	5	7,7	78	promethazine siroop
E	V	4	+	19-12-84 ^d	Hoest 2 weken, geen sputum	1 week	g.a.	5	7,2	53	-
F	V	6	+	19-12-84 ^d	Kriebelhoest 2 weken, taai sputum	1 week	g.a.	7	5,2	40	promethazine siroop
G	M	3	+	24-12-84	Hoestbuien gedurende enkele weken, niet ziek, gierende ademhaling, volgens oma kinkhoest	ca. 3 weken	g.a.	15	9,3	61	-
H	V	3	+	18-12-84	Hoesten 2 weken, wit slijm, snotneus	2 weken	g.a.	13	30,9	74	Doxergan®
I ^b	V	5	+	22-10-84	Hoesten, niet ziek, via kinderarts ontdekt	2-3 weken	g.a.	6	13,2	20	erythromycine
K	M	8	+	28-12-84 ^c	Hoesten 3 weken, gierende ademhaling, 's nachts blafhoest	3 weken	piepende ronchi	6	10,2	45	Bactrimel® promethazine siroop
L	M	0 ^c	-	15-10-84 ^f	Rö: bronchopathie beide hili, sluiering linker sinus maxillaris Hoesten, braken, geel snot, algehele malaise, volgens oma kinkhoest	enige dagen	ausc: g.a. insp: in-trekkingen	?	15,4	90	opname, erythromycine, beademing

^a Moeder van L. ^b Zuster van L. ^c 2 maanden. ^d Tweede consult 28-12-84. ^e Tweede consult 3-1-85. ^f Tweede consult 22-10-84.

Tabel 2. Geslacht, leeftijd, vaccinatiestatus, datum eerste consult en uitkomsten serologisch onderzoek bij elf patiënten met kinkhoest.

Patiënt	Geslacht	Leeftijd in jaren	Vaccinatie	Datum eerste consult	Uitslagen serologisch onderzoek			
					datum	IgA	IgM	IgG-a-LPF
A	V	26	+	20-11-84	21-11-84	>100	42	>100
B	V	30	-	30-11-84	30-11-84	34	44	>100
C	V	32	?	22-10-84	25-10-84	18	22	10
D	M	2	+	9-10-84	12-10-84	6	9	< 1,5
					2-11-84	65	30	26
E	V	4	+	19-12-84	ca 30-12-84	35	56	25
F	V	6	+	19-12-84	ca 30-12-84	19	61	>100
G	M	3	+	24-12-84	ca 30-12-84	18	60	>100
H	V	3	+	18-12-84	ca 18-12-84	7	27	5
I	V	5	+	22-10-84	25-10-84	12	30	>100
K	M	8	+	28-12-84	9-01-85	95	70	>100
L	M	0	-	15-10-84	25-10-84	3	16	10
					9-11-84	60	20	>100

Bijlage. Aantal in Nederland aangegeven gevallen van pertussis naar leeftijdsgroep en vaccinatioestand, 1976-1983.⁸

Leeftijdsgroep	Totaal aantal patiënten			Van wie niet of onvolledig ingeënt		
	1976-1981	1982	1983	1976-1981	1982	1983
0-3 maanden	33	9	21	33	9	21
4-12 maanden	31	19	29	25	15	23
1-4 jaar	42	20	65	37	13	32
5-9 jaar	22	16	42	21	5	26
≥ 10 jaar	8	16	43	6	14	29
Totaal	136	80	200	122	56	131
(%)				(90)	(70)	(66)

de besmettelijkheid, is om dezelfde reden dubieus.

Een andere situatie ontstaat, wanneer een van de gezinsleden niet gevaccineerd is; dit geldt des te sterker, als het om een zuigeling gaat. Dan is er wel een noodzaak om erythromycine te geven, zowel aan de patiënt ter vermindering van de besmettelijkheid, als aan de (nog) niet gevaccineerde, ter voorkoming van besmetting. Het thuishouden uit school van patiëntjes wordt niet zinvol geacht, omdat de grootste besmettelijkheid al voorbij is ten tijde van het stellen van de diagnose.

Therapie. Bij de behandeling van kinkhoest moet met de patiënt en/of ouders gesproken worden over het self-limiting karakter van de ziekte en over het ontbreken van een causale behandeling. Men dient het advies te geven de patiënt weg te houden van zuigelingen. Tevens kan het risico voor andere gezinsleden ter sprake komen.

Over de rol van antibiotica lopen de meningen uiteen. In latere stadia van de ziekte (na het catarrale stadium) heeft

erythromycine geen invloed op de klachten. Toediening van dit medicament zal uit curatief oogpunt dan ook zelden nodig zijn. Het toepassen van symptomatisch werkende middelen, zoals hoestdranken, mucolytica en antitus-sativa, heeft strikt medisch gezien weinig nut: de klachten reageren er weinig op. De behandeling van de nog niet gevaccineerde zuigeling met kinkhoest zal, gezien de ernstige complicaties, in een ziekenhuis moeten plaatsvinden.

Tot slot

Nadat wij, naar aanleiding van patiënt L, voor het eerst hadden ontdekt dat kinkhoest in onze praktijk voorkwam, hebben we meermalen serologisch bloedonderzoek laten verrichten om de diagnose met zekerheid te kunnen stellen. Door bezinning op onze handelwijze zijn we kritischer geworden in het aanvragen van serologisch bloedonderzoek. Onze huidige handelwijze is, dat alleen nader onderzoek wordt verricht bij mensen die langer dan 2-3 weken

hoesten, geen aanwijzingen hebben voor sinusitis of allergische luchtwegaandoeningen, geen afwijkingen hebben bij auscultatie van de longen en regelmatig contact hebben met nog niet volledig gevaccineerde zuigelingen.

Een voorbeeld moge dit verduidelijken: een 32-jarige vrouw, 37 weken gravida, bezocht het spreekuur met haar 3-jarig zootje dat al drie weken hoestte; er waren geen aanwijzingen voor sinusitis of allergische luchtwegaandoeningen; bij auscultatie van de longen waren geen afwijkende geluiden hoorbaar; bloedonderzoek (o.a. kinkhoestserologie) werd verricht in verband met de naderende partus; een relatieve lymfocytose en positieve kinkhoestserologie werden aangetoond. Het patiëntje kreeg erythromycine om de besmettelijkheid te verminderen; het 2-jarig broertje dat begon te hoesten kreeg eveneens erythromycine.

Terugblikkend op hetgeen wij in het najaar van 1984 hebben geregistreerd, moeten wij vaststellen dat vele gegevens, vooral met betrekking tot anamnese en lichamelijk onderzoek, destijds niet of niet volledig zijn genoteerd. Dit onderzoek was daardoor mede een stimulans om opnieuw te proberen zorgvuldig te registreren.

Dankbetuiging

Met dank aan de collegae Dr. P. Wyers, I. Cloquet-Buurma, C. R. Cloquet, W. Suys en aan R. Lucassen-Hermans, voor hun kritische opmerkingen.

¹ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.

² Continue Morbiditeits Registratie NUHI, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

³ Bijkerk H. Neemt kinkhoest werkelijk toe? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128:1421-3.

⁴ Bos SE. Kinkhoest. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1409-12.

⁵ Nagel J, De Graaf S, Schijf-Evers D. Serodiagnose van kinkhoest. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1427-9.

⁶ Schulp TWJ, Weerkamp-Wolfenbuttel FEM. De diagnose „kinkhoest”. Med Contact 1984; 39: 1615-6.

⁷ Mouton RP, Winkler KC, Coster JF. Medische microbiologie. 2^e dr. Utrecht: Oosthoek, 1972.

⁸ Bijkerk H. Het nationale vaccinatieprogramma, nu en in de toekomst. Tijdschr Geneesmiddelenonderzoek 1985; 10: 663-8.