De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk

M. VAN DER VEN
I. VAN DER VEN-DAANE
M.A. BRUIJNZEELS
ET AL.

Van der Ven M, Van der Ven-Daane I, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Does E. De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993; 36(4): 134-6.

Samenvatting De literatuur leert dat het gebruik van antibiotica bij tonsillitis acuta weinig voordelen biedt boven symptomatische therapie en dat het verantwoord is dit gebruik te beperken tot patiënten met een verhoogd risico. Hoe vaak schrijft de huisarts in de praktijk antibiotica voor aan kinderen met tonsillitis acuta? Zijn er patiëntfactoren die hierop van invloed zijn, en om welke antibiotica gaat het? Uit gegevens uit de Nationale Studie blijkt dat huisartsen frequent antibiotica voorschrijven wegens tonsillitis acuta. 'Koorts' als reden van komst (een aanwijzing voor een bacteriële infectie) geeft een hoger prescriptiecijfer, maar 'bovenste luchtweginfectie' en 'hoest' (aanwijzingen voor een virale infectie) zijn geen aanleiding om minder antibiotica voor te schrijven. Bijna de helft van de voorgeschreven antibiotica is afkomstig uit de breed-spectrumgroep.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam: M. van der Ven en I. van der Ven-Daane, huisartsen in opleiding; Drs. M.A. Bruijnzeels, data-analist; Drs. J.C. van der Wouden, socioloog; Prof. dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Afdeling Kindergeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam en Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis: L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts.
Correspondentie: J.C. van der Wouden, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon: 010-408.7611/13.

Inleiding

Uit een recent overzichtsartikel blijkt dat er onvoldoende feitelijke argumenten zijn voor het gebruik van antimicrobiële middelen bij de behandeling van tonsillitis acuta.[1] Ook bij tonsillitiden ten gevolge van de groep A bèta-hemolytische streptokok (GABHS) – verantwoordelijk voor 20-30 procent van alle acute tonsillitiden[2-5] – wordt de ziekteduur door antibiotica met slechts 1-2 dagen bekort. Het is dan ook verantwoord om het gebruik van antibiotica te beperken tot patiënten die tot een risicogroep behoren of toxische verschijnselen vertonen, of bij wie sprake is van een dreigend peritonsillair abces.[1] Een door ons uitgevoerd literatuuronderzoek wees uit dat deze conclusies ook voor kinderen onverkort van toepassing zijn.

Infectieziekten in het algemeen, en tonsillitis acuta in het bijzonder, worden juist bij kinderen frequent gezien, terwijl bepaalde complicaties van tonsillitis acuta vooral op jonge leeftijd een belangrijke rol spelen. Er is echter weinig bekend over hoe vaak huisartsen antibiotica voorschrijven bij tonsillitis, met name bij kinderen, en welke antibiotica dit zijn.

Onze vraagstelling betreft de toepassing van antibiotica door Nederlandse huisartsen bij de behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen:

1 Hoe vaak wordt tonsillitis acuta behandeld met antibiotica?
2 In hoeverre vertonen geslacht en leeftijd van de patiënt, en de aard van de gepresenteerde klacht hiermee een samenhang?
3 Welke antibiotica worden gebruikt?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; voor een uitvoerige beschrijving van dit onderzoek zij verwezen naar eerdere publikaties.[6]

Van alle contacten met de patiënten werden onder meer reden(en) van komst (maximaal drie), de door de huisarts gestelde (voorlopige) diagnose (eventueel met één of twee differentiële diagnosen) en de therapie geregistreerd. Redenen van komst en diagnosen werden achteraf gecodeerd volgens de ICPC,[7] farmacotherapie volgens de databank van de KNMP.

Onder een episode verstaan we een aaneengesloten periode van ziek-zijn waarvoor de hulp van de huisarts wordt ingeroepen. In de analyse zijn alleen die contacten betrokken waarin voor de eerste maal in een (eerste of recidief) ziekte-episode de (voorlopige) diagnose tonsillitis werd gehanteerd. Vervolgconsulten zijn buiten beschouwing gelaten, evenals contacten waarbij minder dan 14 dagen tevoren antibiotica wegens een andere diagnose waren voorgeschreven. Ook contacten uit episoden die reeds voor de aanvang van de registratieperiode waren begonnen, zijn buiten beschouwing gelaten.

De analyse van de antibioticaprescriptie naar klachten is beperkt tot de nieuwe episoden.

Resultaten

Van alle gedurende de registratieperiode van de Nationale Studie aan kinderen voorgeschreven antibioticumrecepten werd 12,2 procent gegeven wegens de diagnose tonsillitis acuta. Hiermee neemt tonsillitis acuta, mét otitis media acuta, een gedeelde tweede plaats in, na bronchitis acuta.

In totaal waren er 793 contacten waarin de diagnose tonsillitis acuta voor de eerste keer in een ziekte-episode werd gesteld: 731 in een nieuwe episode en 62 in een recidief-episode. De grote meerderheid van deze episoden (80 procent) bestond uit slechts één contact.

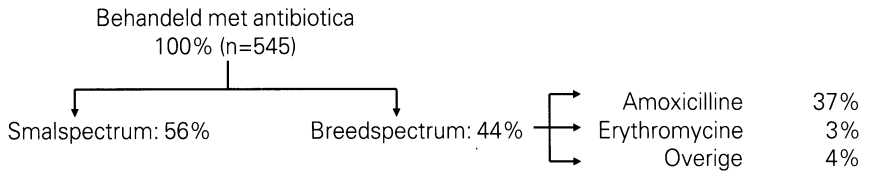
Het aantal tonsillitis-episoden was gelijkelijk verdeeld over jongens en meisjes. Jongere kinderen waren sterker vertegenwoordigd dan oudere: bijna de helft van de kinderen was 0-4 jaar oud, een derde was 5-9 jaar.

1 In 545 eerste tonsillitis-contacten (69 procent) werd een antibioticum voorgeschreven. Er was in dit opzicht geen significant verschil tussen nieuwe en recidief-episoden. Tijdens visites werd vaker een

Tabel *Relatie tussen het wel of niet noemen van zes klachten als contactreden bij het eerste contact van een nieuwe episode, en het geven van antibiotica*

Contactreden	Contactreden wel/niet genoemd (aantallen)	Antibioticavoorschriften indien contactreden wel/niet genoemd (percentages)	P
Keelklachten	402/329	73/63	<0,05
Koorts	298/433	78/63	<0,05
Hoesten	83/648	66/69	
Algemene malaise	60/671	62/69	
Oorpijn	41/690	71/69	
Bovenste-luchtweginfectie	25/706	69/64	

Figuur *Aan de kinderen van 0-14 jaar met tonsillitis acuta voorgeschreven antibiotica*



antibioticum voorgeschreven dan tijdens spreekuurcontacten (77 procent versus 65 procent, p,01).

2 Het geslacht vertoonde geen verband met het prescriptiecijfer. In de leeftijdgroep 0-4 jaar werd iets minder vaak dan gemiddeld een antibioticum voorgeschreven (67 procent) en in de oudste leeftijdsgroep wat vaker (73 procent).

'Keelklachten' werden het meest genoemd als reden van komst; 'koorts' was een goede tweede (*tabel*). Deze twee contactredenen hielden duidelijk verband met het prescriptiecijfer; bij de andere geregistreerde redenen van komst was dat niet het geval.

3 Wanneer de huisarts een antibioticum voorschreef, was dat in een kleine meerderheid van de gevallen een smal-spectrum antibioticum, c.q. de smal-spectrum penicillinen feniticilline en fenoxymethylpenicilline (*figuur*). Wanneer breedspectrum antibiotica werden voorgeschreven, was dit meestal amoxicilline; in 0,7 procent van de gevallen was dit amoxicilline + clavulaanzuur.

Beschouwing

Vaak wordt gesteld dat gegevens van registraties in de huisartspraktijk – en met name gegevens over diagnosen – niet 'hard' zijn, onder meer doordat artsen geneigd zijn de diagnose aan te passen aan de ingestelde therapie.[8] Dit behoeft echter geen probleem te zijn. Wanneer een huisarts tonsillitis acuta geen antibiotica-indicatie vindt, maar toch antibiotica wil voorschrijven aan een patiënt met een infectie van de bovenste luchtwegen, zal hij minder snel de diagnose tonsillitis noteren dan een collega die tonsillitis wél een goede indicatie voor antibiotica vindt. De prescriptiecijfers in dit artikel kunnen daarom, ongeacht de juistheid van de geregistreerde diagnosen, worden beschouwd als een afspiegeling van het oordeel van de huisartsen over de behandeling van tonsillitis acuta met antibiotica. Kennelijk vinden veel huisartsen tonsillitis acuta een goede reden om antibiotica voor te schrijven. Dat gold overigens niet voor alle huisartsen: terwijl 30 procent in elk eerste tonsillitis-contact een antibioticum voorschreef, schreef 11 procent consequent geen antibiotica voor bij de diagnose tonsillitis.

Oudere kinderen en kinderen met 'koorts' als reden van komst kregen vaker een antibioticum. Van beide factoren is bekend dat ze gepaard gaan met een relatief frequent vóórkomen van een GABHS-tonsillitis. 'Hoesten' en 'bovenste-luchtweginfectie' als redenen van komst – aanwijzingen voor een virale infectie – leidden echter niet tot een minder frequent voorschrijven van antibiotica. Overigens werden resultaten van anamnese en lichamelijk onderzoek niet geregistreerd, zodat verbanden tussen uitkomsten van onderzoek (bijvoorbeeld lymfadenopathie en tonsillair exsudaat) en prescriptie niet onderzocht konden worden.

Opvallend is de uitkomst dat bijna de helft van de voorgeschreven antibiotica een breed-spectrum antibioticum was. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in die gevallen ook rekening werd gehouden met diagnosen die het gebruik van een breed-spectrum antibioticum aannemelijker zouden maken. Inderdaad bleek uit verdere analyse dat in de gevallen waarin een breed-spectrum antibioticum werd voorgeschreven, vaker een dergelijke differentiële diagnose (sinusitis, otitis media en bronchitis) was geregistreerd dan wanneer een smal-spectrum antibioticum was voorgeschreven: bij respectievelijk 13 en 3 procent van de contacten (p<0,01). Hiermee kan echter slechts een klein deel van het gebruik van breed-spectrum antibiotica worden verklaard; veruit de meeste werden voorgeschreven zonder dat er sprake was van differentiële diagnosen. Het is onduidelijk waarom veel huisartsen zich niet beperken tot het voorschrijven van smal-spectrum antibiotica bij tonsillitis acuta.

Het gebruik van antibiotica biedt geen belangrijke voordelen boven symptomatische middelen. Dat er toch veel antibiotica worden voorgeschreven en weinig gebruik wordt gemaakt van symptomatische therapie, is onjuist. En indien, in geval van

verdenking op een GAHBS-tonsillitis, bij patiënten uit een risicogroep toch besloten wordt tot antimicrobiële behandeling, dan dient men zich te beperken tot een smalspectrum antibioticum.

Hoewel nog wat voorzichtig, pleit ook de standaard NHG-Standaard Acute Keelpijn voor een terughoudende opstelling bij het voorschrijven van antibiotica bij tonsillitis.[9] Wellicht dat de standaard zal leiden tot een minder (defensief) voorschrijven van antibiotica bij tonsillitis acuta.

Literatuur

1 De Meyere M, Mervielde I, Bogaert M. Het nut van antibiotica bij acute keelpijn. Ned Tijdschr Geneeskd 1992; 136: 2312-8.
2 Bots AW. De keelontsteking in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1965.
3 Ross PW. Accuracy of clinical assessment of the microbial etiology of sore throat. Practitioner 1971; 207: 659-61.
4 Berkowitz CD, Anthony BF, Kaplan EL, et al. Cooperative study of latex agglutination to identify group A streptococcal antigen on throat swabs in patients with acute pharyngitis. J Pediatr 1985; 107: 89-92.
5 Wright A, Crabtree B, O'Connor P. Evaluation of a rapid method for diagnosing streptococcal pharyngitis in an office laboratory. J Fam Pract 1987; 25: 505-8.
6 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
7 Lamberts H, Wood M. ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1987.
8 Howie JGR. Diagnosis – The Achilles heel? J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310-5.
9 Balder FA, Dagnelie CF, De Jong LJ, Kootte H. NHG-Standaard Acute Keelpijn. Huisarts Wet 1990; 33: 323-6.

■