

Otitis media acuta: waakzaam afwachten of behandelen?

Een NHG-standaard in de praktijk

L.H.R. MAJOR
J.W.M. MURIS

Majoor LHR, Muris JWM. Otitis media acuta: waakzaam afwachten of behandelen? Een NHG-standaard in de praktijk. Huisarts Wet 1994; 47(10): 436-8.

Samenvatting In een (retrospectief) exploratief onderzoek in twee groepspraktijken werd nagegaan in hoeverre de NHG-Standaard Otitis Media Acuta werd toegepast, en waarom men eventueel afweek van het geadviseerde beleid. Dat gebeurde aan de hand van de patiëntgegevens van alle 0-14-jarigen die in 1992 een of meer OMA-episoden hadden doorgemaakt. Uiteindelijk werd bij 49 procent van de OMA-episoden een antibioticum gegeven. Redenen – voor zover te achterhalen – voor het geven van een antibioticum waren: het behoren tot een risicogroep, aanwezigheid van comorbiditeit, een irregulier beloop en verzoek van de ouder(s). Tot op heden zijn er geen wetenschappelijke gronden om de richtlijnen van de NHG-standaard OMA ten aanzien van het expectatieve beleid aan te passen; uit dit onderzoek blijkt wél dat een kritische blik op het eigen handelen bij OMA noodzakelijk is.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200
MD Maastricht.
L.H.R. Majoor, arts; Dr. J.W.M. Muris,
huisarts.
Correspondentie: Dr. J.W.M. Muris.

Inleiding

Otitis media acuta (OMA) is een veel voorkomende aandoening, met een incidentie van 101 per 1000 persoonsjaren.¹ In Nederland wordt OMA vooral in de eerste lijn behandeld. De NHG-Standaard Otitis Media Acuta schrijft een over het algemeen 'waakzaam afwachtend' beleid voor,² in tegenstelling tot wat in het buitenland gebruikelijk is; daar wordt in bijna alle gevallen direct een antibioticum voorgeschreven.^{3,4}

Doel van dit exploratieve onderzoek was om in een aantal doorsnee huisartspraktijken retrospectief na te gaan in hoeverre het beleid dat in de NHG-standaard OMA wordt geadviseerd, ook werkelijk wordt toegepast. De volgende vragenstellingen werden geformuleerd:

- Wordt het 'waakzaam afwachtend' beleid van de NHG-standaard OMA toegepast in de huisartspraktijk?
- Wat zijn de redenen om een antibioticum voor te schrijven?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in twee groepspraktijken waarin vijf huisartsen en een huisarts-in-opleiding werkzaam zijn. De totale praktijkpopulatie omvat ongeveer 9800 patiënten.

De onderzoekspopulatie werd beperkt tot de 0-14-jarigen, omdat de meeste gevallen van OMA in deze leeftijdsgroep voorkomen.^{1,2,5} Als peiljaar is gekozen voor 1992, enige tijd na het uitkomen van de NHG-standaard OMA (1990). Ook was op deze wijze een redelijke periode voor follow-up beschikbaar (minimaal negen maanden).

Van alle patiënten in de leeftijdsgroep 0-14 jaar die in 1992 een of meer hun huisarts hadden geconsulteerd vanwege een OMA, werden de patiëntgegevens opgezocht. In de ene groepspraktijk werden hiertoe alle kaarten van de patiënten die in 1992 0-14 jaar waren, systematisch doorgewerkt; in de andere – volledig geautomatiseerde – praktijk vond de identificatie plaats door middel van een computersearch op zowel leeftijd als diagnose

OMA. Er was sprake van een OMA, als dat als zodanig was vermeld in de patiëntgegevens, of als werd voldaan aan de diagnostische criteria die in de NHG-standaard worden genoemd.²

Van de opgespoorde OMA-episoden werden enkele relevante gegevens genoteerd op een formulier (pag. 437). Tevens werd getracht te achterhalen of de patiënt een OMA in het eerste levensjaar had doorgemaakt, aangezien dit een prognostische factor voor de kans op recidieven is.⁶ Indien een antibioticum was voorgeschreven, werd nagegaan wat daarvoor de reden kon zijn geweest. Irregulier beloop werd – conform *Appelman et al.* – gedefinieerd als het meer dan drie dagen aanwezig zijn van oorpijn en/of koorts van 38°C of hoger.⁷

De onderzoeksgegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS/PC+.

Resultaten

In de onderzochte praktijken waren de gegevens beschikbaar van 1631 0-14-jarigen. In totaal werden 125 OMA-episoden opgespoord.

Bij 64 procent van de OMA-episoden werd in eerste instantie een expectatief beleid gevoerd door de huisarts of door de patiënt/ouders zelf; dat gebeurde vooral boven de leeftijd van 2 jaar (*tabel 1*). Later kreeg 13 procent alsnog een antibioticum. Uiteindelijk werd dus bij 49 procent van de OMA-episoden antibiotische therapie toegepast.

De voornaamste reden om een antibioticum te geven was een bovenste-luchtweginfectie (*tabel 2*). Zeven episoden voldeden aan de in de NHG-standaard vermelde criteria voor een risicogroep: vijf maal een recidiverende OMA (≥ 3 keer binnen het jaar), eenmaal een patiëntje < 6 maanden en eenmaal een aangetoonde immuniteitsstoornis. Indien een antibioticum werd voorgeschreven, was dat in bijna alle gevallen (97 procent) amoxicilline.

Complicaties, zoals meningitis en mastoiditis, werden niet gezien; wel ontwikkelde één patiënt een chronische otitis media. Verwijzing naar een KNO-arts vond plaats in twee episoden.

Samenvatting onderzoeksformulier

Praktijk:

Algemeen

- geslacht
- geboorte datum
- datum OMA (1992)
- datum eerste OMA

Therapie

- Expectatief (=afwachtend/symptomatisch)
- Antibioticum:
naam + dosering:
reden(en)*:
 - risicogroep
 - irregulier beloop
 - erg ziek
 - andere aandoening:
 - complicaties:
 - andere reden:
 - geen duidelijke reden

Verwijzing

Opmerkingen

* Mogelijke reden(en) zoals aangegeven in de patiëntgegevens

Tabel 1 Primair expectatief beleid naar leeftijdsgroep (conform NHG-standaard OMA). Percentages

| | | |
|-----------------|---------|----|
| <6 mnd | (n= 2) | 50 |
| 6 mnd - 2jr | (n= 30) | 37 |
| ≥2 jr | (n= 93) | 73 |
| Alle leeftijden | (n=125) | 64 |

Tabel 2 Reden(en) voor antibiotische behandeling. Aantallen

| | |
|---------------------------------|----|
| Risicogroep volgens standaard | 7 |
| Irregulier beloop | 15 |
| Erg ziek | 2 |
| Tonsillitis | 15 |
| Bronchitis | 6 |
| Bronchopneumonie | 1 |
| Luchtweginfectie | 1 |
| Verzoek ouders | 2 |
| Niet duidelijk / te achterhalen | 19 |

Beschouwing

Aangezien het hier gaat om een retrospectief onderzoek van patiëntgegevens, bestaat de kans dat vertekening is opgetreden tijdens de interpretatie van patiëntgegevens.⁸ Daar staat tegenover dat de aan het onderzoek deelnemende huisartsen (in 1992) niet wisten dat ze later zouden meedoen aan een onderzoek naar hun handelen bij OMA, zodat dit onderzoek betrekking heeft op het feitelijk handelen van deze huisartsen. Dat er verschil is tussen het feitelijk handelen in de dagelijkse praktijk en het handelen in onderzoekssituaties, is aangetoond door *Rethans et al.*⁹

In eerdere studies werd in 21-31 procent van de OMA-gevallen een antibioticum voorgeschreven.^{1,4,10} Deze percentages liggen aanzienlijk lager dan de 49 procent uit dit onderzoek. Onbekendheid van de huisartsen met de NHG-standaard speelde hierbij geen rol; de huisartsen in de onderzochte praktijken waren op de hoogte van het in de standaard beschreven beleid en onderschreven de uitgangspunten daarvan. Uit *tabel 1* blijkt dat bij kinderen van 2 jaar en ouder meer werd afgewacht dan bij jongere kinderen, hetgeen geheel conform het beleid van de standaard is.²

Al eerder beschreven redenen voor het geven van een antibioticum bij kinderen met een OMA – behalve de indicaties uit de standaard – zijn: aanwezigheid van comorbiditeit, verhoging of koorts,² wens van de ouder(s) en gewoonte.¹⁰ Bij een groot deel van de in dit onderzoek antibiotisch behandelde OMA-episoden was de reden voor de antibiotische behandeling niet duidelijk of niet te achterhalen. Een andere grote groep bestond uit de OMA-episoden met een tweede aandoening waarvoor een antibioticum noodzakelijk werd geacht. Dit was vaak een keelontsteking c.q. bovenste-luchtweginfectie – aandoeningen waarbij antibiotica niet per definitie geïndiceerd zijn.¹¹ Toch blijkt de huisarts bij deze indicatie (te) vaak een antibioticum voor te schrijven.¹²

In een tweetal buitenlandse onderzoeken wordt geconcludeerd dat bij de behandeling van OMA amoxicilline effectiever is dan een placebo.^{13,14} *Appelman et al.*

daarentegen vonden bij recidiverende OMA geen significant verschil tussen de behandeling met amoxicilline/clavulanaat en met een placebo.⁷ De wetenschappelijke literatuur levert tot op heden geen harde gronden voor het bijstellen van de richtlijnen van de NHG-standaard OMA.^{10,15}

De onderzochte huisartsen bleken vaker een antibioticum bij OMA te geven dan werd verwacht. Onze resultaten zijn dan ook een aansporing tot discussie over het beleid bij OMA in de dagelijkse praktijkvoering. Het zou zinvol zijn als iedere huisarts zich afvroeg in hoeverre hijzelf een expectatief beleid voert bij OMA en dit vervolgens zou controleren aan de hand van zijn patiëntendossiers. Met de voortgaande automatisering in de huisartspraktijk zullen dit soort 'zelfevaluaties' in de toekomst eenvoudig en snel kunnen worden uitgevoerd.

Dankbetuiging

Met dan aan M. Eyck, J. Metsemakers en P. Zwietering, huisartsen, voor hun medewerking.

Literatuur

- 1 Bohnen AM, Bruijnzeels MA, Van der Velten J, Van der Wouden JC. Otitis media acuta: incidentie en beleid. Gegevens uit de Nationale studie. *Huisarts Wet* 1992; 35: 134-6.
- 2 Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, et al. NHG-Standaard Otitis Media Acuta. *Huisarts Wet* 1990; 33: 242-5.
- 3 Karma P, Talva T, Kouvalainen K, et al. Finnish approach to the treatment of acute otitis media. Report of the Finish consensus conference. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987; 96(Suppl 129).
- 4 Fromm J, Culpepper L, Grop P, et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media. Report from International Primary Care Network. *BMJ* 1990; 300: 582-6.
- 5 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 6 Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, et al. Wetenschappelijke verantwoording bij standaard M09, Nederlands Huisartsen

- Genootschap. Otitis media acuta. NHG 1990.
- 7 Appelman CLM, Claessen JQPJ, Touw-Otten FWMM, et al. Co-amoxiclav in recurrent acute otitis media: a placebo controlled study. *BMJ* 1991; 303: 1450-2.
- 8 Bouter LM, Van Dongen MCJM. Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1988.
- 9 Rethans JJ, Sturmans F, Drop MJ, et al. Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *BMJ* 1991; 303: 1377-80.
- 10 Dalhusen J, Zwaard AM, Grol RPTM, Mokkink HM. Het handelen van huisartsen volgens de standaard Otitis media acuta van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1993; 137: 2139-44.
- 11 Balder FA, Dagnelie CF, De Jong LJ, Kootte H. NHG-Standaard Acute Keelpijn. *Huisarts Wet* 1990; 33: 323-6.
- 12 Boekhoorn HCMM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij acute keelpijn. Een inventariserend onderzoek naar de toepassing van een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 34: 70-1.
- 13 Burke P, Bain J, Robinson D, Dunleavey J. Acute red ear in children. Controlled trial of non-antibiotic treatment in general practice. *BMJ* 1991; 303: 558-62.
- 14 Kaleida PH, Casselbrandt ML, Rockette HE, et al. Amoxicillin or myringotomy or both for acute otitis media. Results of a randomized clinical trial. *Pediatrics* 1991; 87: 466-74.
- 15 Thomas S, Rutten G, red. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge 1993: 221-3. ■