

Het beleid bij otitis media met effusie in de huisartspraktijk: voornamelijk prognostische geneeskunde

F.A.M. VAN BALEN

Van Balen FAM. Het beleid bij otitis media met effusie in de huisartspraktijk: voornamelijk prognostische geneeskunde. Huisarts Wet 1996; 39(13): 613-15.

Samenvatting De laatste jaren zijn verschillende richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij otitis media met effusie (OME) veranderd. De aanwezigheid van OME vereist op zichzelf in de meeste gevallen geen behandeling. Een ongunstig, persisterend beloop heeft echter wel degelijk gevolgen voor de ontwikkeling van het kind; het identificeren van deze subgroep is daarom belangrijk. Risicofactoren die hierbij in aanmerking kunnen worden genomen, zijn: seizoen (zomer, herfst), (jonge) leeftijd, en afwijkingen in het keel-, neus- en oorgebied. Welk beleid precies bij deze kinderen moet worden gevoerd, is nog onduidelijk. Wél bestaat er consensus over het invoeren van een periode van afwachten gedurende 6-9 maanden, voordat eventueel wordt verwezen, terwijl de behandeling moet worden afgestemd op het individuele kind in relatie tot zijn specifieke omgeving.

Dr. F.A.M. van Balen, huisarts, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Postbus 80045, 3508 TA Utrecht.

Inleiding

Otitis media met effusie (OME) is een frequent voorkomende aandoening, die nauw samenhangt met bovenste-luchtweginfecties en wordt gekenmerkt door een hoog spontaan genezingspercentage en een cumulatieve recidiefkans van 50 procent.¹⁻³

Bij een dergelijke aandoening – met een hoge prevalentie en een goedaardig natuurlijk beloop – lijkt het redelijk aan te nemen dat het optreden van vocht in het middenoor in essentie een natuurlijke, fysiologische reactie is op een infectie van het middenoor of de bovenste luchtwegen. In een aantal gevallen raakt dit natuurlijke proces verstoord en is er sprake van een abnormaal, pathofysiologisch beloop. Waardoor het natuurlijk beloop verstoord raakt, is niet geheel duidelijk, maar lokale immunologische, anatomische en functionele factoren spelen hierbij ongetwijfeld een belangrijke rol.

Het belang van opsporing en behandeling van OME geldt met name bij kinderen met persisterende middenooreffusie. In deze groep bestaat er een reële kans op stoornissen in de ontwikkeling van taal, spraak, gedrag en intellectuele vorming, en kunnen herhaaldelijk middenoorontstekingen optreden. Diagnostiek en follow-up van OME moeten dus vooral gericht zijn op de identificatie van deze subgroep, omdat hierbij een actief beleid belangrijk is.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de gevolgen van de recente inzichten voor het handelen van de huisarts, met de nadruk op risicofactoren en beleid.

Risicogroepen

Het stellen van de diagnose 'middenooreffusie' wordt bemoeilijkt door het geringe aantal klachten en symptomen en de onbetrouwbaarheid van otoscopie.⁴ Het gevolg is dat kinderen met OME gemakkelijk gemist worden. Aan de andere kant kan actieve opsporing van alle kinderen met OME leiden tot overdiagnostiek en overbehandeling. Het is dus belangrijk die subgroep te identificeren, waarbij de kans op

spontane genezing klein is en de kans op schadelijke gevolgen van OME het grootst.

De diagnostiek van OME kan het best plaats vinden door een combinatie van anamnese, (pneumatische) otoscopie en tympanometrie.⁵ Veel onderzoek is verricht naar factoren die de aanwezigheid van OME voorspellen, de *predictieve* factoren.^{2,6-10} Zo komt OME vooral voor bij jonge kinderen, tijdens de winter en het vroege voorjaar en bij kinderen met afwijkingen in het KNO-gebied of het syndroom van Down. Ook factoren die samenhangen met het voorkomen van bovenste-luchtweginfecties en acute middenoorontstekingen, zoals seizoen en crèchebezoek, hebben een duidelijke relatie met het optreden van OME.

Leeftijd is, net als het voorkomen van bovenste-luchtweginfecties, een constante factor in vrijwel elk onderzoek.^{2,10,11} De prevalentie van OME daalt met het stijgen van de leeftijd en op 7-9 jarige leeftijd wordt OME bij slechts 2-4 procent van de kinderen gevonden.¹²

De relatie tussen het voorkomen van bovenste-luchtweginfecties en OME is al langer bekend.^{2,5,7,10} *Tos et al.* noemden verkoudheid zelfs de meest frequente etiologische factor bij OME.² Bij de factoren acute middenoorontstekingen, crèchebezoek en seizoen lijkt de relatie met OME vooral te bestaan uit de kans op het optreden van een bovenste-luchtweginfectie.^{2,5,7,8,10,13} Mogelijk speelt bij crèchebezoek ook een verhoogde kans op het ontdekken van OME (door crècheleidsters) en een actievere houding van de ouders ten opzichte van OME een rol.

Veel minder onderzoek is verricht naar factoren die een *ongunstig beloop* (persisteren of frequent recidiveren) van OME voorspellen – de *prognostische* factoren –, terwijl deze van groot belang zijn voor de keus tussen wel of niet verder vervolgen. Ten aanzien van prognostische factoren bestaat alleen overeenstemming over de relatie met crèchebezoek en leeftijd.¹⁴⁻¹⁷ De relatie met crèchebezoek zou het gevolg kunnen zijn van de verhoogde blootstelling aan bovenste-luchtweginfecties. Met betrekking tot de leeftijd geldt dat hoe

jonger het kind is tijdens het vinden van middenooreffusie of het doormaken van de eerste middenoorontsteking (OMA), des te groter de kans op een ongunstig beloop van de OME en een recidief van de OMA.^{5,18} De relatie tussen een ongunstig beloop van OME en OMA lijkt wederkerig. Persistierende OME komt niet alleen vaker voor bij OMA, maar OMA wordt ook vaker gezien bij kinderen met persistierende OME.^{2,19}

Van de overige factoren is weinig bekend. In een tweetal studies was het optreden van OME tijdens de zomer- en herfstperiode prognostisch van belang voor een abnormaal beloop.^{5,20} Van veel factoren, waaronder genetische en immunologische is nog onvoldoende bekend. Op dit moment bestaat er nog geen goed prognostisch model voor persistierende OME.

De kans op het vinden van OME is dus groot bij aanwezigheid van de volgende factoren: seizoen (winter, vroege voorjaar), (jonge) leeftijd, aanwezigheid van een bovenste-luchtweginfectie en afwijkingen in het keel-, neus- en oorgebied. Voor het al of niet vervolgen van het kind met OME is de KNO-voorgeschiedenis van belang. Kinderen die reeds op zeer jonge leeftijd (<2 jaar) last van middenoorontstekingen hebben, vormen een risicogroep voor persistierende OME, evenals kinderen met OME in zomer en/of herfst. Deze kinderen hebben vaak weinig symptomen, maar dienen goed in de gaten te worden gehouden ten einde stoornissen in hun ontwikkeling vroegtijdig te kunnen signaleren.

Voor de huisarts heeft het vinden van OME voornamelijk consequenties met betrekking tot de verdere follow-up. In tegenstelling tot hetgeen vermeld staat in de NHG-standaard, dient hierbij geen onderscheid te worden gemaakt tussen enkelzijdige en dubbelzijdige OME.

Beleid

Ondanks de vele controversen met betrekking tot de optimale behandeling van OME, worden zeer veel ingrepen uitgevoerd. In de Verenigde Staten werd in

1992 per jaar gemiddeld USD 0,6-1,2 miljard uitgegeven aan behandeling van OME, en in Engeland en Wales GBP 30 miljoen.^{21,22} In Nederland is het aantal geplaatste trommelvliesbuisjes verdrievoudigd van 18.000 in 1975 tot 52.000 in 1991.²³ Behandeling van OME is echter pas nodig bij een ongunstig beloop, en dient dan vooral gericht te zijn op het voorkomen en bestrijden van de gevolgen van deze aandoening: slechthorendheid, stoornis in de taal-, spraak- en intellectuele ontwikkeling of het gedrag, en recidiverende middenoorontstekingen. De aanwezigheid van OME is geen reden voor verwijzen en/of ingrijpen, aangezien het beloop in de meeste gevallen goedaardig is. Bij een verhoogde kans op een ongunstig beloop kan men beter het kind gedurende 6-9 maanden nauwlettend in de gaten houden, bijvoorbeeld door het iedere 6-8 weken te controleren.

Gezien het vaak asymptomatische beloop en de geringe diagnostische waarde van otoscopie, is de tympanometer het geschiktste instrument om het beloop van de middenooreffusie te vervolgen. Het onderscheidend vermogen van de huisarts neemt daardoor toe. Doordat een afwijkende testuitslag geen verwijzen of ingrijpen tot gevolg heeft, maar alleen follow-up, weegt de matige specificiteit van de tympanometrie hierbij minder zwaar. Op deze wijze kunnen kinderen met een verhoogde kans op de complicaties van de OME worden opgespoord gedurende de periode van afwachtend volgen. Het verrichten van audiometrisch onderzoek of een diagnostische verwijzing naar de KNO-arts of audioloog kan bijdragen tot het bepalen van het verdere beleid en de beslissing of verdere behandeling noodzakelijk is.

Het beleid bij OME dient dus te worden afgestemd op het individuele kind, in relatie tot zijn specifieke omgeving. Omdat de huisarts hier het beste zicht op heeft, lijken diagnostiek en beleid bij OME vooral een taak van de huisarts.

De mogelijkheden tot behandeling bestaan uit medicatie en een operatie.

Van decongestiva en antihistaminica is

geen duidelijk effect aangetoond.²⁴ Het effect van corticosteroïden is nog onvoldoende onderzocht en deze middelen worden daarom ontraden voor routinegebruik.²⁵ Van antibiotica wordt in het algemeen een kortdurend positief effect gezien.^{5,26,27}

In lijn met de individualisering van de behandeling dient men zich bij elk kind af te vragen of er plaats is voor een antibiotische therapie. Misbruik dient zeker te worden voorkomen in verband met de kans op resistentievorming en bijwerkingen. In twee meta-analyses werd echter een duidelijk effect van antibiotica gevonden; mogelijk is er een groep kinderen bij wie antibiotica een langduriger positief effect sorteren. Deze subpopulatie zou kunnen bestaan uit kinderen bij wie een infectie met een bacterieel micro-organisme aannemelijk lijkt.

Voorlopig zou de huisarts de volgende subgroepen een antibioticum kunnen geven als alternatief voor verwijzing: kinderen met OME met een purulente 'postnasal drip' of een purulente rhinorroe, en kinderen die bekend zijn met recidiverende middenoorontstekingen of langdurige of recidiverende koortsepisoden. Indien antibiotica worden gegeven, lijkt een langdurige kuur (2-4 weken) met een breedpectrum-antibioticum, bijvoorbeeld amoxicilline, het meest effectief. Deze kinderen zou hiermee een operatie bespaard kunnen blijven.

Verwijzing met het doel het kind een chirurgische ingreep te laten ondergaan, dient alleen plaats te vinden indien het kind nadelige gevolgen ondervindt van de persistierende OME. De keuze van de ingreep – plaatsing van trommelvliesbuisjes of adenotomie – is afhankelijk van het doel van de operatie: opheffen van de gehoorstoornis of verwijderen van een infectieus agens uit de nasofarynx. Ook hier ligt een taak voor de huisarts, omdat deze het meeste zicht heeft op het functioneren van het kind in zijn omgeving. In overleg met de KNO-arts kan dan de juiste behandelvorm worden gekozen.

Therapie die is toegespitst op de oorzakelijke factor bij persistierende OME, is nog niet mogelijk. Het ontwikkelen van

richtlijnen voor behandeling van bepaalde subgroepen lijkt wenselijk, ter voorkoming van zowel over- als onderbehandeling. Voor de huisartspraktijk lijkt het relevant verder onderzoek te verrichten naar het mogelijk bestaan van subpopulaties waarbij antibiotische therapie zinvol is.

Uit dit overzicht volgt dat de NHG-standaard op een aantal punten dient te worden aangepast. Vooral van belang is de uitbreiding van de periode van afwachtend vervolgen van 3 tot 6-9 maanden, waarbij rekening moet worden gehouden met de gevolgen van de OME voor het individuele kind. Het gebruik van de tympanometrie dient gestimuleerd te worden en kinderen met een persisterende enkelzijdige OME verdienen ook nauwlettende aandacht.

Literatuur

- 1 Zielhuis GA, Rach GH, Van den Broek P. The occurrence of otitis media with effusion in Dutch preschool children. *Clin otolaryngol* 1990; 15: 147-53.
- 2 Tos M, Poulsen G, Borch J. Etiologic factors in secretory otitis. *Arch otolaryngol* 1979; 105: 582-8.
- 3 Zielhuis GA, Rach GH, Van den Broek P. The natural course of otitis media with effusion in preschool children. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1990; 247: 215-21.
- 4 Bluestone ChD, Cantekin EI. Design factors in the characterization and identification of otitis media and certain related conditions. *Ann Oto Rhino Laryngol* 1979; 88(S60): 13-28.
- 5 Van Balen FAM, De Melker RA, Touw-Otten FWW. Double-blind randomised trial of co-amoxiclav versus placebo for persistent otitis media with effusion in general practice. *Lancet* 1996; 348: 713-6.
- 6 Paradise JL. Otitis media in infants and children. *Pediatrics* 1980; 65: 917-42.
- 7 Cauwenberge PB. Relevant and irrelevant predisposing factors in secretory otitis media. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1984(Suppl 414): 147-53.
- 8 Chalmers D, Stewart I, Silva P, Mulvena A. Otitis media with effusion in children. The Dunedin study. Oxford: MacKeith Press, 1989.
- 9 Haggard MP, Hughes E. Screening children's hearing: a review of the literature and the implications of otitis media. London: HMSO Books, 1991.
- 10 Zielhuis GA, Heuvelmans-Heinen EW, Rach GH, Van den Broek P. Environmental risk factors for otitis media with effusion in preschool children. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7: 33-8.
- 11 Fiellau-Nikolajsen M. Tympanometry and secretory otitis media. Observations on diagnosis, epidemiology, treatment and prevention in prospective cohort studies of three-year-old children. *Acta Oto Laryngol* 1983; 394: 1-73.
- 12 Stewart I, Kirkland C, Simpson A, et al. Some factors of possible etiologic significance related to otitis media with effusion. In: Lim DJ, Bluestone CD, Klein JO, Nelson JD, eds. *Recent advances in otitis media with effusion*. Philadelphia: Decker, 1984: 25-7.
- 13 Black N. The aetiology of glue ear - a case control study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1985; 9: 121-33.
- 14 Fiellau-Nikolajsen M. Tympanometry in three-year-old children. *Scand Audiol* 1979; 8: 181-5.
- 15 Daly K, Giebink GS, Le CT, et al. Determining risk factors for chronic otitis media with effusion. *Pediatr Infect Dis J* 1988; 7: 471-5.
- 16 Kraemer MJ, Richardson MA, Weiss NS, et al. Risk factors for persistent middle-ear effusions. *JAMA* 1983; 249: 1022-5.
- 17 Teele DW, Klein JO, Rosner BA. Epidemiology of otitis media during the first seven year of life in children in greater Boston. A prospective cohort study. *J Infect Dis* 1989; 160: 83-94.
- 18 Howie VM, Ploussard JH, Sloyer J. The 'otitis prone' condition. *Am J Dis Child* 1975; 129: 676-8.
- 19 Stangerup SE, Tos M. The etiologic role of acute suppurative otitis media in chronic secretory otitis. *Am J Otol* 1985; 6: 126-31.
- 20 Gates GA, Wachendorf C, Holt R, Hearne EM. Medical treatment of chronic otitis media with effusion. *Otolaryngol HNS* 1986; 94: 350-4.
- 21 Berman S, Roark R, Luckey D. Theoretical cost effectiveness of management options for children with persisting middle-ear effusions. *Pediatrics* 1994; 93: 353-63.
- 22 Anonymous. Effective health care. The treatment of persistent glue ear in children. Bulletin No 4. Leeds: University of Leeds, 1992.
- 23 Schilder AGM. Long-term effects of otitis media with effusion in children [Dissertation]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 24 Cantekin EI, Mandel EM, Bluestone CD, et al. Lack of efficacy of a decongestant-antihistamine combination for otitis media with effusion in children. *N Engl J Med* 1983; 308: 297-301.
- 25 Jung TTK, Rhee CK. Otolaryngologic approach to the diagnosis and management of otitis media. *Otolaryngol Clin North Am* 1991; 24: 931-45.
- 26 Rosenfeld RM, Post JC. Meta-analysis of antibiotics for the treatment of otitis media with effusion. *Otolaryngol HNS* 1992; 106: 378-86.
- 27 Williams RL, Chalmers TC, Stange KC, et al. Use of antibiotics in preventing recurrent acute otitis media and in treating otitis media with effusion. *JAMA* 1993; 270: 1344-51.