

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
Dr. N.P. van Duijn
M. Hugenholtz, arts
Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
Dr. J.W.M. Muris
Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
Nieuwe Prinsengracht 39
1018 EG Amsterdam
Telefoon (020) 4232131
Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen**Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon (030) 2881700
Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6395763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon (030) 6385700
Fax (030) 6385839
E-mail: klantenservice@bsl.nl
Binnenland NLG 174,50 per jaar.
België BEF 3.951 per jaar. Overig buitenland NLG 261,75 per jaar.
Studenten NLG 99,50 per jaar.
Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13x per jaar. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
Overige abonnees aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht

Nederlands
uitgeversverbond
Groep vaktijdschriften

ISSN 0018-7070

HUISARTS EN WETENSCHAP 1997; 40(13)

Sinusitis en bovenste-luchtweginfectie: een zinvol onderscheid?

Verkoudheid is een van de meest voorkomende aandoeningen. Meestal wordt de huisarts alleen bij hevige klachten geraadpleegd, bijvoorbeeld bij pijn of een lange duur van de klachten. Het ongerief kan op talrijke manieren worden verwoord. De patiënt spreekt bijvoorbeeld van 'een kou in het hoofd' en klaagt erover dat 'het niet los komt'. Hiervoor worden ook de termen 'vastzittende kou' of 'verwaarloosde kou' gebezigd. Mondige patiënten trachten in de huid van de dokter te kruipen en presenteren de diagnose kant en klaar: 'ik heb (weer) een bijholte-ontsteking.' In veel gevallen betekent dit: 'ik heb (weer) een penicillinekuur nodig.' De huisarts tracht dan zijn professionele gezicht te redden door nog wat vragen te stellen, in de neus en keel te kijken en op de bijholten te drukken of te kloppen. Antibiotica worden pas na een gewogen oordeel verstrekt.

De NHG-Standaard Sinusitis

De in 1993 verschenen NHG-Standaard Sinusitis geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij sinusitis (maxillaris).¹ Hierin worden criteria gegeven voor het vaststellen van een sinusitis (maxillaris) dan wel bovenste-luchtweginfectie. Sinusitis zou meestal een bacteriële oorzaak hebben, terwijl bovenste-luchtweginfecties meestal viraal van oorsprong zijn. In het kader van de standaard wordt met een bovenste-luchtweginfectie een 'gewone verkoudheid' bedoeld, dus niet een verzameling van aandoeningen waaronder ook otitis media en tonsillitis kunnen worden gerekend. De kern van het beleid bij sinusitis bestaat uit een afwachtende houding en eventueel symptoomverlichting door middel van stomen en/of neusdruppels. Dit beleid komt in wezen overeen met het beleid bij een bovenste-luchtweginfectie. Hiermee wordt een halt geroepen aan het automatisch voorschrijven van antibiotica bij sinusitis, hetgeen in de dagelijkse praktijk zeer gebruikelijk was en conform de internationale standaard.²⁻⁴ Alleen bij ernstige klachten die langer dan vijf dagen bestaan, kan een kuur worden overwogen. Deze overweging rechtvaardigt het onderscheiden van sinusitis als apart ziektebeeld.

Recent placebogecontroleerd onderzoek

De meeste studies naar het effect van antibiotica bij sinusitis zijn vergelijkende onderzoeken. Uit een meta-analyse van *De Bock*

et al. is gebleken dat het effect van de diverse antibiotica elkaar niet veel ontloopt.⁵ Onlangs zijn de resultaten verschenen van twee placebogecontroleerde eerstelijns onderzoeken die twijfel oproepen over het effect van antibiotica bij sinusitis.

Van Buchem et al. hebben de werkzaamheid van amoxicilline (3 maal daags 750 mg gedurende 7 dagen) onderzocht bij 214 patiënten.⁶ Deze patiënten werden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek verdacht van een sinusitis maxillaris, hetgeen werd bevestigd door een afwijkende sinusfoto. De gemiddelde duur van de klachten voor de behandeling bedroeg gemiddeld iets meer dan twee weken. Van de met amoxicilline behandelde patiënten had 83 procent na twee weken aanzienlijk minder symptomen en was 65 procent genezen; van de met placebo behandelde patiënten was dit respectievelijk 77 en 52 procent. De verschillen zijn statistisch niet significant (p -waarde respectievelijk 0,20 en 0,06). Gedurende één jaar follow-up werden geen verschillen in recidieven gevonden; complicaties waren afwezig.

Stalman onderzocht de werkzaamheid van een tiendaagse kuur doxycycline bij 192 patiënten.⁷ De inclusiecriteria waren gebaseerd op de diagnostische criteria van de NHG-standaard. Na tien dagen was 85 procent van zowel de met doxycycline als de met placebo behandelde patiënten verbeterd, en 60 procent was geheel genezen. De

IN DIT NUMMER

Sinusitis en bovenste-luchtweginfectie: een zinvol onderscheid?	633
Screening op kanker: soms baat het, vaak schaadt het	636
Behandeling van het chalazion door middel van corticosteroïdinjecties	644
De methode van griepvaccinatie: intramusculair of intracutaan?	649
Een jaartje ELWP-en: de stage	652
Omgaan met angst en pijn bij kinderen die een medische ingreep moeten ondergaan	656
NHG-Standaard Miskraam (eerste herziening)	661
Ingezonden	671
Referaten	675
Forum	677
Boeken	681
Journal	683
NHG-katern	685

mediane genezing, gemeten aan het pijnvrij zijn en hervatting van dagelijkse activiteiten, was in de doxycycline-groep 4 tot 5 dagen en in de placebogroep 5 tot 6 dagen. Hoewel de verschillen niet significant zijn, wordt niet uitgesloten dat doxycycline leidt tot een iets snellere genezing. Na 6 weken was 90 procent van alle patiënten genezen.

Deze twee trials zijn uniek, omdat hierin antibiotische behandeling wordt vergeleken met het natuurlijke beloop. Uit een literatuuronderzoek van *Stalman* bleek dat slechts 3 van de 88 klinische trials aan de eisen voldeden.⁷ Op grond hiervan werd onvoldoende bewijs gevonden voor de werkzaamheid van antibiotica bij sinusitis. De recente trial van *Lindbaek et al.* (n=130), een placebo-gecontroleerd onderzoek met penicilline V en amoxicilline, viel buiten de criteria van het literatuuronderzoek, omdat de diagnose sinusitis door middel van een CT-scan werd gesteld.⁸ In deze trial hadden beide antibiotica – beide gedurende tien dagen gegeven – een gunstig effect op het beloop. Na drie dagen was 83 procent van de penicilline-V-groep verbeterd en 79 procent van de amoxicilline-groep, terwijl van de placebogroep maar 38 procent verbeterde. Na tien dagen was het verschil echter aanmerkelijk kleiner: 97 procent van de penicilline-V-groep was verbeterd of genezen, 98 procent van de amoxicilline-groep en 88 procent van de placebogroep. Het gunstige beloop van een sinusitis wordt hiermee bevestigd. De resultaten van dit onderzoek zijn echter minder goed toepasbaar op de huisartspraktijk door de inclusie met CT-scanning.

De resultaten van de recente trials sluiten aan bij het terughoudende advies van de NHG-standaard. Alle auteurs houden net als de standaard een slag om de arm door niet uit te sluiten dat er een subgroep van ernstige acute sinusitis maxillaris is die wel baat heeft bij antibiotica.

Beschouwing

Ziekten bestaan niet los van patiënten. Ze zijn eigenlijk niet meer dan namen voor verschijnselen of hypothesen.⁹ Het zijn menselijke constructies, totstandgekomen op basis van talrijke overwegingen. Sommige ziektebeelden kunnen verdwijnen, doordat ze als constructie niet meer houdbaar blijken.^{10,11} De vraag rijst nu of sinusitis nog wel als een aparte ziekte-entiteit kan worden gezien. Op grond van drie overwegingen menen we dat dit niet het geval is.

- Een belangrijke reden om bepaalde verschijningsvormen – combinaties van symptomen en bevindingen – aparte ziektenamen te geven, is het feit dat de behandeling verschilt. Zo is bij de herziening van de cara-standaarden een onderscheid gemaakt tussen astma en COPD, omdat inhalatiecorticosteroiden bij COPD meestal niet werkzaam zijn en alleen in speciale gevallen, namelijk bij snelle

achteruitgang van de longfunctie, dienen te worden voorgeschreven.¹²⁻¹⁴ Het in de standaard voorgestelde beleid bij sinusitis is echter hetzelfde als bij een bovenste-luchtweginfectie: symptomatische behandeling met stomen, neusdruppels en pijnstillers. Als de behandeling hetzelfde is, vervalt de noodzaak om onderscheid te maken tussen sinusitis en bovenste-luchtweginfecties.

- Een andere reden om de zin van het onderscheid tussen bovenste-luchtweginfectie en sinusitis in twijfel te trekken, is dat de symptomen van beide ziektebeelden elkaar grotendeels overlappen. Zeker als de klachten kort bestaan, is een onderscheid niet goed mogelijk. De meningen lopen uiteen over of de diagnose sinusitis op grond van het klinische beeld kan worden gesteld. Uit een ander onderzoek van *Van Buchem et al.* bleek dat de voorspellende waarde van het klinische beeld onvoldoende was om de diagnose te stellen en dat een röntgenfoto de beste voorspeller was.¹⁵ In aansluiting op de NHG-standaard menen *De Bock et al.* daarentegen dat een combinatie van symptomen wel toereikend is om de diagnose sinusitis te stellen.¹⁶ Dit werd bevestigd door het onderzoek van *Stalman*, waaruit bleek dat de diagnostische winst van röntgenonderzoek of echografie ten opzichte van de anamnese gering was.⁷

- Indien etiologie, prognose en complicatierisico van een bovenste-luchtweginfectie en sinusitis van elkaar verschillen, zou hiermee het onderscheiden van beide ziektebeelden nog kunnen worden gerechtvaardigd. Vooralsnog zijn hiervoor echter geen aanwijzingen. Bovendien is gebleken dat de sinussen ook bij een gewone verkoudheid vaak zijn betrokken.¹⁷ Zowel een bovenste-luchtweginfectie als een sinusitis kunnen een virale of bacteriële oorzaak hebben, de prognose is gunstig en complicaties zijn zeldzaam.¹

Conclusie

De slijmvliezen van de neus en bijholten vormen een continuüm. Virussen en bacteriën negeren de door mensen gecreëerde anatomische onderscheidingen. *Van Buchem et al.* pleiten daarom voor de term rinosinusitis.¹⁵ Als alternatief zou de term 'bovenste-luchtweginfectie' kunnen worden gehanteerd. Zolang er geen bewijzen zijn dat bepaalde symptomen (of combinaties van symptomen) duiden op een geprotaheerd beloop en de noodzaak van het voorschrijven van antibiotica duidelijk maken, is het apart onderscheiden van sinusitis van een bovenste-luchtweginfectie niet gerechtvaardigd. Het terughoudende en afwachtende beleid bij sinusitis, zoals beschreven in de NHG-standaard, wordt door de resultaten uit recent onderzoek gesteund. De titel van de standaard zou in het vervolg 'bovenste-luchtweginfectie' kunnen luiden.

J.S. Burgers
N.P. van Duijn

- 1 De Bock GH, Van Duijn NP, Dagnelie CF, et al. NHG-Standaard Sinusitis. *Huisarts Wet* 1993; 36: 255-7.
- 2 De Melker RA, Kuyvenhoven MM. Management of upper respiratory tract infections in Dutch General Practice. *J Fam Pract* 1994; 38: 353-7.
- 3 Evans KL. Diagnosis and management of sinusitis. *BMJ* 1994; 309: 1415-22.
- 4 Kennedy DW, Gwaltney JM, Jones JG. Medical management of sinusitis: educational goals and management guidelines. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 184: 22-38.
- 5 De Bock GH, Dekker FW, Stolk J, et al. Antimicrobial treatment in acute maxillary sinusitis: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 881-90.
- 6 Van Buchem FL, Knottnerus JA, Schrijnemaekers VJJ, Peeters MF. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet* 1997; 349: 683-7.
- 7 Stalman WAB. Management of sinusitis-like complaints in general practice [dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997.
- 8 Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen ULH. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxycillin in treatment of acute sinus infections in adults. *BMJ* 1996; 313: 325-9.
- 9 Scadding JG. Essentialism and nominalism in medicine: logic of diagnosis in disease terminology. *Lancet* 1996; 348: 594-6.
- 10 Vandenbroucke JP. Ziekten komen en gaan. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 36: 2500-2.
- 11 Van Duijn NP. Geneeskundige taal. Over terminologie, jargon en spraakverwarring [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1995; 38: 558-60.
- 12 Geijer RMM, Thiadens HA, Smeele IJM, et al. NHG-Standaard COPD en astma bij volwassenen: diagnostiek. *Huisarts Wet* 1997; 40: 416-29.
- 13 Geijer RMM, Van Schayck CP, Van Weel C, et al. NHG-Standaard COPD: behandeling. *Huisarts Wet* 1997; 40: 430-42.
- 14 Geijer RMM, Van Hensbergen W, Bottema BJAM, et al. NHG-Standaard Astma bij volwassenen: behandeling. *Huisarts Wet* 1997; 40: 443-54.
- 15 Van Buchem L, Peeters M, Beaumont J, Knottnerus JA. Acute maxillary sinusitis in general practice: the relation between clinical picture and objective findings. *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 155-60.
- 16 De Bock GH, Houwing-Duistermaat JJ, Springer MP, et al. Sensitivity and specificity of diagnostic tests in acute maxillary sinusitis determined by maximum likelihood in the absence of an external standard. *J Clin Epidemiol* 1994; 12: 1343-52.
- 17 Gwaltney JM, Philips CD, Miller RD, Riker DK. Computed tomographic study of the common cold. *N Engl J Med* 1994; 330: 25-30. ■