

Dronkenmangang bij tweejarige jongen

Casus

Een tweejarige jongen meldt zich op zaterdagochtend op de huisartsenpost wegens braken en problemen met lopen. De week ervoor heeft zijn eigen huisarts hem hydrocortison/colistine/bacitracine-oordruppels (Baciline-B®) voorgeschreven vanwege een acuut ontstaan loopoor links. De afgelopen week is hij subfebriel geweest, maar heeft hij wel normaal gegeten en gedronken. De laatste dagen grijpt hij volgens zijn ouders meer naar zijn linkeroor. Daarnaast vinden ze hem sinds vanochtend opvallend 'wankel op de been' en heeft hij ook eenmaal gebraakt.

Zijn voorgeschiedenis vermeldt twee keer een kortdurende opname op de kinderafdeling in verband met kortademigheid en zes maanden geleden zijn beiderzijds trommelvliesbuisjes geplaatst wegens recidiverende middenoorontstekingen.

Bij lichamelijk onderzoek wordt een vrolijk, niet-acuut ziek kind gezien met een temperatuur van 36,4 graden Celsius. De pupillen zijn isocor en reageren symmetrisch op licht, de oogvolgbewegingen zijn ongestoord. Het trommelvlies links heeft een doffe kleur met enige roodheid rondom het trommelvliesbuisje, rechts is het trommelvlies transparant met een trommelvliesbuisje in situ. In de hals zijn beiderzijds enkele kleine lymfeklieren palpabel. Over de longen hoort de huisarts vesiculair ademgeruis en aan de huid ziet hij geen afwijkingen. Er is geen sprake van nekstijfheid en de jongen praat conform de kalenderleeftijd. Onderzoek van de hersenzenuwen levert

geen afwijkingen op. Bij het gaan staan ziet de huisarts een opvallend zwalkende dronkenmangang, waarbij de jongen dreigt om te vallen.

Naar aanleiding van deze bevindingen overlegt de huisarts telefonisch met de dienstdoende kinderarts, waarna de jongen wordt ingestuurd met een verdenking op een otitis media acuta (OMA) links met secundaire evenwichtsstoornissen. De dienstdoende kinderarts kijkt de jongen nogmaals grondig na, wat geen nieuwe bevindingen oplevert, en besluit vanwege de evenwichtsstoornissen de kno-arts in consult te vragen.

De kno-arts verricht nader onderzoek en neemt bij otomicroscopie het volgende waar: rechts een trommelvliesbuisje dat los in de gehoorgang én tegen het trommelvlies aan ligt met een luchthoudend middenoor; links een verstopt trommelvliesbuisje met een rood, bomberend trommelvlies. Retro-auriculair neemt de arts geen zwelling waar en er is geen sprake van een nystagmus. De kno-arts besluit tot een oortoilet links, waarbij het verstopte buisje opengaat en er direct sereus-bloederige otorroe vrijkomt. Na het oortoilet treedt onmiddellijke verbetering van het looppatroon op; de jongen kan weer normaal lopen zonder om te vallen. De hydrocortison/colistine/bacitracine-oordruppels worden voortgezet en patiënt wordt na het weekend door een kno-arts in zijn eigen regio teruggezien. De uiteindelijke werkdiagnose van de kno-arts was dronkenmangang bij labyrintprikkeling ten gevolge van een verstopt trommelvliesbuisje bij een otitis media acuta (OMA) links.

BESCHOUWING

Epidemiologie en beloop van OMA

OMA is een van de meest voorkomende infectieziekten op jonge kinderleeftijd. De incidentie neemt af met de leeftijd; in de huisartsenpraktijk bedraagt de incidentie bij kinderen jonger dan 2 jaar 155 per 1000 per jaar, terwijl deze voor kinderen tussen de 2 en 4 jaar 71 per 1000 per jaar bedraagt.¹ Op de leeftijd van 3 jaar heeft het merendeel van de kinderen ten minste eenmaal een OMA doorgemaakt, terwijl OMA bij ongeveer 10 tot 20% frequent recidiveert (deze kinderen noemt men ook wel 'otitis prone'-kinderen).²

Samenvatting

Van Helmond KAM, Venekamp RP, Smeets JGE. Dronkenmangang bij tweejarige jongen. *Huisarts Wet* 2017;60(5):238-41.

Op de huisartsenpost komt een tweejarige jongen met een dronkenmangang veroorzaakt door labyrintprikkeling door een verstopt trommelvliesbuisje, waarbij de opgebouwde druk in het middenoor bij een actieve middenoorontsteking prikkeling van het labyrint gaf. De jongen wordt doorgestuurd. De kno-arts verrichtte een oortoilet, waarbij de verstopping van het buisje én de daarmee gepaard gaande labyrintprikkeling werd opgeheven. Na deze procedure verdwenen de klachten meteen en liep de jongen weer normaal.

OMA kan worden veroorzaakt door een virus of een bacterie. In vrijwel alle gevallen wordt OMA voorafgegaan door een acute infectie van de bovenste luchtwegen.³ *S. Pneumoniae* (25-50%), non-typeable *H. Influenzae* (15-30%) en *M. catarrhalis* (3-20%) zijn de drie meest voorkomende bacteriële verwekkers. In circa 20% van de gevallen waarin een kweek is afgenomen, wordt geen bacteriële verwekker aangetoond.⁴

In de westerse wereld kent OMA in de meeste gevallen een gunstig natuurlijk beloop; in 80% van de gevallen zijn de ergste klachten na twee tot drie dagen over, zonder behandeling met antibiotica.⁵ Het advies luidt om in alle gevallen adequate pijnstilling te geven. Behandeling met antibiotica is aangewezen bij kinderen met een verhoogd risico op complicaties (leeftijd jonger dan zes maanden, anatomische afwijking in kno-gebied, ooroperaties in voorgeschiedenis uitgezonderd van trommelvliesbuisjes, verminderde afweer) en bij forse algemene ziekteverschijnselen.⁶ Kinderen jonger dan twee

De kern

- Dronkenmangang kan worden veroorzaakt door labyrintprikkeling.
- Labyrintprikkeling is een van de zeldzame complicaties van een acute middenoorontsteking (wanneer gelijktijdig verstopping van een aanwezig trommelvliesbuisje optreedt).
- Een grondig onderzoek van het oor is zinvol bij neurologische symptomen, zoals dronkenmangang.
- Bij labyrintprikkeling door een acute middenoorontsteking én gelijktijdige verstopping van een aanwezig trommelvliesbuisje kan een oortoilet de symptomen direct verhelpen.

jaar met een dubbelzijdige OMA en kinderen met een kort bestaand loopoor als gevolg van een spontane trommelvliesperforatie hebben een grotere kans dat de pijn en koorts langer aanhouden. Bij deze kinderen heeft antimicrobiële behandeling een gunstig effect op de klachten en valt deze daarom te overwegen.^{6,7}

Epidemiologie en beloop van een loopoor

Circa 15 tot 20% van de kinderen met een OMA komt bij de huisarts met een acuut ontstaan loopoor als gevolg van een spontane perforatie van het trommelvlies.^{7,8} Deze kinderen hebben een slechtere prognose dan kinderen zonder loopoor, met een hoger percentage oorpijn na één week en meer OMA-recidieven en gehoorproblemen na drie maanden.⁸ Aangezien behandeling met een antibioticum leidt tot een sneller herstel van klachten, kan men deze behandeling bij deze groep kinderen overwegen – indien er tevens sprake is van oorpijn en/of koorts.^{6,7} Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van antibioticum bevattende oordruppels bij deze groep kinderen ontbreekt momenteel.⁹ Zwemmen met een trommelvliesperforatie wordt afgeraden en na twee weken dient het trommelvlies opnieuw beoordeeld te worden.

Een loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes komt vaak voor; 67% van de kinderen krijgt in het eerste jaar na plaatsing van de busjes ten minste eenmaal een loopoor.¹⁰ De mediane duur van zo'n loopoor bedraagt (zonder behandeling) twaalf dagen.¹¹ Behandeling met antibiotica bevattende oordruppels is effectiever dan behandeling met een oraal antibioticum, oordruppels die enkel corticosteroïden bevatten en een afwachtend beleid, en is daarom de behandeling van eerste keus bij deze klachten.^{6,11,12}

COMPLICATIES VAN EEN OMA

Hoewel een OMA in veel gevallen een gunstig natuurlijk beloop heeft, kent ze ook diverse complicaties die variëren in ernst. De meest voorkomende complicatie is een perforatie van het trommelvlies met een loopoor tot gevolg. Andere, zeldzamere, complicaties zijn labirintprikkeling, labyrinthitis, acute mastoïditis, acute meningitis, intracranieel abces, sinustrombose en het gradenigosyndroom.

Labirintprikkeling

Men spreekt van labirintprikkeling wanneer het evenwichtsorgaan in het binnenoor wordt geprikkeld door een externe factor, dit in tegenstelling tot labyrinthitis, waarbij het labirint ontstoken is.

In deze casus is sprake van een verstopt trommelvliesbuisje, waarbij de opgebouwde druk in het middenoor bij een actieve OMA prikkeling van het labirint geeft. Een verstopt busje komt vooral in de eerste weken na plaatsing voor, met gerapporteerde incidenties tot 7%. Na deze postoperatieve periode komt verstopping van het busje minder vaak voor.¹³

Het belangrijkste symptoom van labirintprikkeling is duizeligheid, die gradueel gecorreleerd is met de ernst van de prikkeling. Wanneer de prikkeling afneemt, in onze ca-



Het is belangrijk om bij een dronkengang bij een jong kind tijdig de juiste diagnose te stellen.

sus door het verrichte oortoilet, is snelle verbetering van de klachten te verwachten.

Labyrinthitis

Labyrinthitis, ofwel neuritis vestibularis, is een zeldzame complicatie bij OMA en komt bij slechts drie van de honderd kinderen met een intratemporale complicatie van OMA voor.^{6,14,15}

Bij labyrinthitis kent de duizeligheid een gradueel begin, waarna deze zich in enkele uren ontwikkelt tot een plateau-fase. De duizeligheid is aanwezig in rust, kan verergeren bij wisseling van positie en gepaard gaan met ernstige misselijkheid, braken, zweten en bleekheid. Anders dan bij labirintprikkeling zal een oortoilet bij labyrinthitis weinig directe verbetering opleveren.

Labyrinthitis wordt doorgaans veroorzaakt door een virus en heeft een gunstig natuurlijk beloop. In de eerste

plaats is symptoombestrijding in de vorm van anti-emetica aangewezen. Wanneer men aan een bacteriële infectie denkt, zoals in het geval van een OMA, moet men antimicrobiële behandeling, al dan niet met toevoeging van corticosteroiden, overwegen.¹⁶

Acute mastoïditis

Acute mastoïditis is een ontsteking van de luchthoudende cellen in het uitstekende deel van het os petrosum, ook wel rotsbeen genoemd. Het is een OMA-complicatie die geregeld met duizeligheid gepaard gaat vanwege de lokalisatie van het labirint nabij het os petrosum en de processus mastoideus. Klinisch gezien is er sprake van een ziek kind met koorts en een zwelling achter het oor (al dan niet met afwijkende stand van het oor). Een acute mastoïditis moet tijdig herkend worden en behandeld worden met intraveneuze antibiotica. Indien behandeling uitblijft, bestaat het risico op een acute meningitis, een sepsis of een sinustrombose.

Acute meningitis

Meningitis kan worden veroorzaakt door bacteriën en virussen, en sporadisch door schimmels of gisten. Een acute meningitis als complicatie van OMA is zeer zeldzaam.⁶ Bij meningitis is er sprake van een zeer ziek kind, al dan niet met nekstijfheid en een veranderd bewustzijn. Bij vermoeden op acute (bacteriële) meningitis is spoedverwijzing naar de kinderarts aangewezen, zodat deze tijdig met een behandeling met intraveneuze antibiotica (én corticosteroiden) kan starten.

Intracranieel abces

Een intracranieel abces is een zeldzame, maar potentieel dodelijke complicatie van OMA. In veel gevallen zal er klinisch sprake zijn van frequent braken, al dan niet met (piekende) koorts, hoofdpijn, apathie en neurologische uitval. Gezien de ernst van de aandoening dient het kind bij een vermoeden van een hersenabces met spoed naar de tweede lijn te worden doorverwezen voor nadere diagnostiek en behandeling met intraveneuze antibiotica en/of drainage van het abces door middel van stereotactische behandeling of operatie.

Sinustrombose

Een sinustrombose als complicatie bij OMA is zeldzaam en geeft vooral aanleiding tot stuwings van bloed en daardoor verhoogde druk in de schedel, met (progressieve) hoofdpijn, braken, nekstijfheid, epileptisch insult, verlaagd bewustzijn, soms koorts en bij een kwart of minder van de kinderen hemiparese.

Gradenigosyndroom

Het gradenigosyndroom is een extreem zeldzame complicatie van OMA waarbij de OMA zich uitbreidt naar het bot rondom het oor en het os petrosum. De verschijnselen zijn pijn in het gelaat in combinatie met een stoornis in de volgbewegingen van het oog aan de aangedane zijde.

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Differentieel diagnostisch kan men bij evenwichtsstoornissen op jonge leeftijd zonder voorafgaand trauma nog aan diverse aandoeningen denken, zoals een intracraniele tumor, intoxicatie met drugs of medicatie en hypoglykemie.

Intracraniele tumor

Afhankelijk van de anatomische lokalisatie van de tumor kunnen evenwichtsstoornissen optreden. Het beloop bij een tumor is doorgaans langduriger van aard, waarbij klachten, zoals hoofdpijn, apathie, braken en neurologische uitval, langzaam progressief zijn.

Intoxicatie

Intoxicatie met drugs of medicatie is een van de meest voorkomende oorzaken van acuut ontstane evenwichtsstoornissen bij kinderen die tevoren gezond waren.¹⁷ Een belangrijk symptoom dat wijst op mogelijke intoxicatie is een gedaald bewustzijn. Hetero-anamnestic kan men vragen naar lege medicatiestrips en zo nodig kan men een toxicologische screening uit laten voeren. Tevens is het raadzaam om laagdrempelig contact op te nemen met het Nationale Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).¹⁸

Hypoglykemie

Hypoglykemie is een veelvoorkomende oorzaak van evenwichtsstoornissen bij kinderen. Veelal zal het gaan om een kind met diabetes mellitus, maar men kan ook denken aan langdurig vasten als oorzaak.¹⁹ Hypoglykemie kan klachten geven van zweten, nervositeit en hoofdpijn, maar ook duizeligheid en eventueel misselijkheid. Bij een verder dalende bloedsuikerspiegel kunnen ook verwardheid en een hypoglykemisch coma ontstaan.

LEERMOMENTEN

Een dronkenmansgang bij een jong kind kent vele oorzaken. Het tijdig stellen van de juiste diagnose en het bepalen van de daaraan gekoppelde behandeling zijn van groot belang om klachten te verlichten en eventuele complicaties te voorkomen. Laagdrempelige consultatie van een kinderarts is daarom aangewezen.

Wanneer kort voor het ontstaan van de klachten sprake is geweest van een OMA dient de huisarts alert te zijn op een zeldzame complicatie van de middenoorontsteking. Daarom is het van groot belang om in alle gevallen otoscopie te verrichten. Hierbij kan men tevens onderscheid maken tussen kinderen met én kinderen zonder trommelvliesbuisjes in situ. Deze laatste bevinding kan op zijn beurt behulpzaam zijn bij het onderscheiden van diverse differentieel diagnostische overwegingen.

In de betreffende casus was sprake van labirintprickeling ten gevolge van een verstopt trommelvliesbuisje bij een OMA. Het opheffen van de verstopping door de kno-arts door middel van een oortoilet gaf plotse verbetering van de klachten en het looppatroon, én zorgt ervoor dat de antibiotica bevattende

oordruppels hun werk (weer) kunnen doen bij het bestrijden van de acute middenoorontsteking.

Hoewel een verstopping van een trommelvliesbuisje buiten de direct postoperatieve periode weinig frequent voorkomt, onderschrijft deze casus wel het belang van een goede afweging alvorens trommelvliesbuisjes te plaatsen. De ingreep kan op korte termijn mogelijk verlichting van klachten geven, maar is geen garantie dat er in de toekomst geen problemen kunnen optreden, zoals een loopoor of een verstopt trommelvliesbuisje. Uitleg over de voor- en nadelen van trommelvliesbuisjes is daarom aan te raden. Hierbij kan de arts de ouders wijzen op de beschikbare keuzehulp (<https://keuzehulpen.thuisarts.nl/trommelvliesbuisjes/keuzemogelijkheden/wel-trommelvliesbuisjes>). ■

LITERATUUR

- 1 NIVEL. LINH-zorgregistratie huisartsen. Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk (2011). www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentie-cijfers-in-de-huisartsenpraktijk.
- 2 Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during first seven years of life in children in greater Boston; a prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
- 3 Nokso-Koivisto J, Marom T, Chonmaitree T. Importance of viruses in acute otitis media. *Curr Opin Pediatr* 2015;27:110-5.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.

ntvg

Nederlands
Tijdschrift
voor
Geneeskunde

Wat u nog niet wist over trauma

Elk jaar belanden meer dan 700.000 mensen na een ongeval op de SEH, en ruim 20% van hen wordt opgenomen. Vaak gaat het om een val, bijvoorbeeld van de fiets of trap. In de NTvG special 'Trauma' (verschijnt 20 mei) komt o.a. aan bod: reanimatie, levensbedreigend bloedverlies, bijtanden en de belasting na een fractuur. De special is na te bestellen via: ntvg.nl/trauma

ntvg.nl/trauma

Sneller bij kennis

KA-
BOOOM

NTvG special
'Trauma'



LITERATUUR

- 1 NIVEL. LINH-zorgregistratie huisartsen. Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk (2011). <http://www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentie-cijfers-in-de-huisartsenpraktijk>.
- 2 Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
- 3 Nokso-Koivisto J, Marom T, Chonmaitree T. Importance of viruses in acute otitis media. *Curr Opin Pediatr* 2015;27:110-5.
- 4 Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, Limbos MA, Suttorp MJ, Shekelle PG, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. *JAMA* 2010;304:2161-9.
- 5 Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;6:CD000219. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub4.
- 6 Damoiseaux RAMJ, Venekamp RP, Eekhof JAH, Bennebroek Gravenhorst FM, Schoch AG, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen (derde herziening). *Huisarts Wet* 2014;57:648.
- 7 Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368:1429-35.
- 8 Smith L, Ewings P, Smith C, Thompson M, Harnden A, Mant D. Ear discharge in children presenting with acute otitis media: observational study from UK general practice. *Br J Gen Pract* 2010;60:101-5.
- 9 Venekamp RP, Prasad V, Hay AD. Are topical antibiotics an alternative to oral antibiotics for children with acute otitis media and ear discharge? *BMJ* 2016;352:i308.
- 10 Van Dongen TM, Van der Heijden GJ, Freling HG, Venekamp RP, Schilder AG. Parent-reported otorrhea in children with tympanostomy tubes: incidence and predictors. *PLoS One* 2013;8:e69062.
- 11 Van Dongen TM, Van der Heijden GJ, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AG. A trial of treatment for acute otorrhea in children with tympanostomy tubes. *NEJM* 2014;370:723-33.
- 12 Venekamp RP, Javed F, Van Dongen TM, Waddell A, Schilder AG. Interventions for children with ear discharge occurring at least two weeks following grommet (ventilation tube) insertion. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD011684.
- 13 Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124:374-80.
- 14 CBO-richtlijn Otitis Media bij kinderen in de tweede lijn, juni 2012. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 2012. <https://www.nvk.nl/Portals/0/richtlijnen/Otitis%20Media/RI%20otitis%20media.pdf>.
- 15 Goldstein NA, Casselbrant ML, Bluestone CD, Kurs-Lasky M. Intratemporal complications of acute otitis media in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:444-54.
- 16 <http://www.nhs.uk/Conditions/Labyrinthitis/Pages/Treatment.aspx> (ge raadpleegd 28 augustus 2016).
- 17 Bloem BR, De Roos MAJ, De Beaufort AJ, Brouwer OF. De zwalkende kleuter. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1185-8.
- 18 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum, <https://www.vergiftigingen.info/home.htm> (ge raadpleegd 3 september 2016).
- 19 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:512-25.