

Gonorroë op 'vreemde plekken'

Bij vermoeden van een soa wordt een kweek of PCR gebruikt om de soa aan te tonen of uit te sluiten. Toch wordt er nog weleens een diagnose gemist. Zo is *Neisseria gonorrhoeae* soms alleen aantoonbaar in het anorectale gebied of in de orofarynx, zonder dat er sprake is van een genitale infectie. Blijven controleren, luidt het advies.

Onderzoekers analyseerden meer dan 17.000 soa-tests om het voorkomen van gonorroë-infecties op het lichaam te onderzoeken. Bij bijna 2% was sprake van een infectie met *Neisseria gonorrhoeae*. Tests die waren afgenomen van

andere locaties dan het urogenitale gebied waren uitsluitend afkomstig van soa-poli's; huisartsen beperkten zich tot urogenitale afname.

Bij 77% van de mannen en 60% van de vrouwen met een extragenitale infectie kon geen urogenitale infectie worden aangetoond. Van de patiënten met gonorroë werd 20% binnen drie tot twaalf maanden gecontroleerd en van hen had 17% een recidief.

De aanbeveling van de NHG-Standaard Het soa-consult om niet uitsluitend het urogenitale gebied te testen, vindt nog weinig navolging bij huisartsen. De onderzoekers benadrukken daarom ook de orofarynx en de anorectale regio te testen op *Neisseria gonorrhoeae*, zeker bij personen met een verhoogd

risico zoals mannen die seks hebben met mannen. Daarnaast adviseren zij, in aanvulling op de standaard, drie tot twaalf maanden later opnieuw een gonorroëtest te doen om herinfectie op te sporen. Tot slot adviseren zij controle twee weken na behandeling bij infectie van de orofarynx bij hoogrisicopatiënten, om zeker te zijn dat de behandeling is aangeslagen. ■

Bèr Pleumeekers

Den Heijer CDJ, et al. A comprehensive overview of urogenital, anorectal and oropharyngeal Neisseria gonorrhoeae testing and diagnoses among different STI care providers: a cross-sectional study. BMC Infect Dis 2017;17:290.

Bacterie niet schadelijker dan virus

Over het algemeen gaan we ervan uit dat bacteriële (ongecompliceerde) lageluchtweginfecties ernstiger verlopen dan luchtweginfecties die worden veroorzaakt door een virus. Een recent onderzoek toont aan dat die aanname klopt, maar dat het verschil in beloop klinisch niet significant is.

Teepe et al. onderzochten in een groot Europees eerstelijns onderzoek het beloop van lageluchtweginfecties. Bij een deel van de patiënten die geen

behandeling kregen (ongeveer 1000 patiënten) kon het natuurlijk beloop gevolgd worden. Bij deze patiënten werd met sputumkweken onderzocht wat de verwekker was. Patiënten die op klinische gronden, anamnese en lichamelijk onderzoek de diagnose longontsteking kregen (gecompliceerde luchtweginfectie), werden uitgesloten voor deelname aan dit onderzoek.

Patiënten in de bacteriële groep hadden iets meer klachten tussen dag 2 en 4 na het bezoek aan de huisarts en gingen iets vaker terug naar de huisarts (OR 1,82; 95%-BI 1,21 tot 2,74). In beide groepen (bacteriële en virale in-

fecties) was er slechts een ziekenhuisopname nodig. De gemiddelde duur waarin de klachten verbeterden, was in beide groepen zeven dagen.

In nadere analyses zagen de onderzoekers evenmin verschil tussen typen bacteriële verwekkers. Ook patiënten bij wie klinisch geen gecompliceerde luchtweginfectie werd vastgesteld maar bij wie de röntgenfoto's toch een infiltraat toonde, hadden geen slechter beloop.

Dit artikel heeft gevolgen voor de huisarts die zijn patiënten geruststelt met de woorden: 'het is maar een virus(je)'. Het type verwekker is niet zo relevant als jaren werd gedacht. Wel blijkt wederom dat het beloop van een luchtweginfectie over het algemeen self-limiting is, onafhankelijk van het type verwekker. Dit artikel is een verdere onderbouwing voor het afwachtend beleid bij ongecompliceerde luchtweginfecties, zoals de NHG-Standaard Acute hoesten ook adviseert. ■

Jurgen Damen

Teepe J, et al. Disease course of lower respiratory tract infection with a bacterial cause. Ann Fam Med 2016;14:534-539.

