

Bij de casus over kinkhoest: Blijf op de kleintjes letten!

In de kennistoets ziet de huisarts Mark van Bree, vijf jaar oud, die sinds vijf weken last heeft van kinkhoest. Nu zullen de meeste huisartsen maar weinig worden geconfronteerd met klassieke gevallen van kinkhoest. Alleen bij kinderen die niet gevaccineerd zijn, ziet men na het catarrale stadium, dat één tot twee weken duurt, de typische aanvallen. Wat dan te doen?

Gieren zonder pret

Typisch voor kinkhoest is de harde droge hoest die overgaat in een lange gierende ademhaling (het 'kinken'), vaak gevolgd door braken van taai slijm. Het kind heeft soms koorts en bloedinkjes (subconjunctivaal, in de huid en in de mond) als gevolg van het hoesten. De periode met gierende hoestaanvallen duurt twee weken, waarna het kind nog vele weken gewoon hoest. De belangrijkste complicatie is een bronchopneumonie. Mark is wel gevaccineerd en zal dus, net als andere wat oudere kinderen, minder uitgesproken klachten en symptomen hebben.

Bij de meeste volwassenen uit kinkhoest zich in niet-productieve hoestaanvallen die langer duren dan twee weken, zonder begeleidende ziektesymptomen zoals bij een virale bovenste-luchtweginfectie. Het langdurige hoesten leidt wel vaak tot ongerustheid.

Niet zonder gevaren

Een aantal patiënten heeft een verhoogd risico op complicaties:

- ▶ kinderen jonger dan een jaar die geen of slechts een of twee vaccinaties met de K-component hebben gehad;
- ▶ ongeborenen bij een graviditeit van meer dan 34 weken;
- ▶ kinderen met aandoeningen die een verhoogd risico geven op complicaties (cystische fibrose, ernstige hartafwijkingen, neurologische afwijkingen, spieraandoeningen).

Bij zuigelingen ontbreken de beschreven gierende hoestbuien vaak, maar kinkhoest kan bij hen een potentieel levensgevaarlijke ziekte zijn. Let bij zuigelingen op voedingsproblemen, hoestbuien met cyanose, ademstilstand, neusvleugelen, bronchopneumonie, convulsies en encefalopathieën.

Uit de groepen risicopatiënten valt af te leiden bij wie het belangrijk is de diagnose zeker te stellen. Aanvullend onderzoek naar kinkhoest wordt aanbevolen als er zuigelingen of hoogzwangeren aanwezig zijn in de naaste omgeving van de patiënt met een vermoedelijke kinkhoest. Voor andere patiënten, zoals Mark, heeft het stellen van de diagnose geen gevolgen voor het beleid.

Prikken of kweken

De hoestbuien zijn het gevolg van de schade die de kinkhoestbacterie heeft aangericht in het epitheel van de luchtwegen. De bacterie is uitsluitend in het catarrale en – soms – het vroege paroxismale stadium in de luchtwegen aanwezig: alleen in de eerste drie à vier weken van de

ziekte zijn de polymerase chain reaction (PCR) en nasopharynxkweek positief. Bij een negatieve kweek of PCR is het zinvol alsnog een serologische bepaling aan te vragen.

PCR en kweek hebben dezelfde specificiteit, maar van de PCR is de sensitiviteit hoger. De gevoeligheid van PCR en kweek nemen snel af naarmate de ziekte duurt toeneemt. Als de patiënt langer dan drie à vier weken ziekteverschijnselen heeft, gaat de voorkeur uit naar een serologische test. Alleen bij niet of onvolledig gevaccineerde kinderen tot en met 4 jaar kunnen kweek en PCR na een lange ziekte duurt nog positief zijn vanwege een tragere immunerespons waardoor de eradicatie van de bacterie langer duurt. Bij pasgeborenen en in de eerste maanden na de vierde DKTP-vaccinatie krijgt een kweek of PCR altijd de voorkeur. Neem voor een kweek of PCR met een flexibele wattendrager materiaal af van de achterwand van de nasofarynx. De uitslag van de kweek is na vier tot zeven dagen beschikbaar. Een PCR neemt slechts enkele uren in beslag, maar omdat deze test in Nederland nog niet in alle laboratoria wordt uitgevoerd, laat de uitslag vaak toch een tot drie weken op zich wachten.

Meting van de IgG-respons tegen de toxinen van *B. pertussis* is de meest specifieke en sensitieve serologische test. De respons bereikt haar piek gemiddeld vierenhalve week na de eerste ziektedag. Bij pasgeborenen en in de eerste maanden na de vierde DKTP-vaccinatie kan de interpretatie van de titer moeilijk zijn, doordat hij nog verhoogd kan zijn door placentaire overdracht en inductie door vaccinatie.

Geruststellen of behandelen

Geadviseerd wordt de diagnose altijd te objectiveren alvorens tot behandeling over te gaan. Alleen bij epidemieën (bijvoorbeeld op crèches en scholen) waarbij contact is geweest met kinderen of volwassenen met kinkhoest, kan de diagnose met grote waarschijnlijkheid op grond van alleen het klinische beeld worden gesteld.

Antibiotica verlichten niet de klachten en verkorten evenmin de ziekte duurt. Wel kan de besmettelijkheid verminderen. Daarom stelt de NHG-Standaard Acut hoesten voor dat de huisarts alléén antimicrobiële behandeling start ter preventie van secundaire ziektegevallen als er in de naaste omgeving kinderen zijn met een grote kans op complicaties, zoals zuigelingen of kinderen die op het punt staan geboren te worden. In dat geval schrijft de huisarts preventief aan alle personen in de naaste omgeving van de zieke azitromycine gedurende drie dagen voor, of, bij zwangerschap en lactatie, erytromycine gedurende zeven dagen. Bij zuigelingen tot acht weken kan tevens de eerste vaccinatie worden vervroegd (de eerste vaccinatie kan op de leeftijd van vier weken plaatsvinden) en bij kinderen tot vijf jaar die onvolledig gevaccineerd zijn, kan een aanvullende vaccinatie worden gegeven.

*Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG*