

bij aanhoudende hoestklachten (gemiddeld 24 maanden) bij kinderen van 6-17 jaar waarbij beclomethason niet effectief was.

Bij de groep subacute hoesters wordt het mogelijke effect van anticholinergica in het onderzoek (n=14) van Holmes niet gevonden in het onderzoek van Salzman (n= 50). De conclusie van Van Pinxteren dat er mogelijk enig positief effect is, is daarmee naar ons idee toch enigszins voorbarig.

Onze conclusie blijft dan toch dat bij niet-specifieke hoestklachten, met een duur van enkele dagen tot maanden, geen enkel medicament/geneesmiddelen-groep bewezen effectief is.

Just Eekhof, Arie Knuistingh Neven

Glazen plafond? Vrouwelijk charmeoffensief doet mannen tekort

Fijn dat de hoofdredacteur van ons wetenschappelijk verenigingsblad net als

wij aandacht besteedt aan het glazen plafond; een fenomeen dat ook in de huisartsgeneeskunde vrouwen belemmert in hun weg naar de top (H&W 2005;48:201). Hij citeert met graagte Kaouthar Darmoni. Deze deskundige op het gebied van 'la danse orientale' (buikdans) suggereert dat vrouwen meer topposities bereiken als zij mannen confronteren met hun vrouwelijke charme en schoonheid. Liever vrouwen dus met meer buik dan hoofd: die mening devalueert onze mannelijke collega's toch ernstig. Weinig mannen op topposities – evenals trouwens 'gewone' praktiserende huisartsen – zijn immers dermate macho dat deze aanpak zal werken. Sterker nog, de suggestie dat dit wel het geval zou zijn, doet mannen die mensen wegen op deskundigheid in plaats van op de diepte van een décolleté serieus tekort.

Tegelijk is het te veel eer om te denken dat het glazen plafond louter door onwillige mannen wordt veroorzaakt. Het glazen plafond is complex, zoals blijkt uit ons artikel over gender en leiderschap

binnen de huisartsgeneeskunde (H&W 2005;48:211-5) Belemmeringen voor vrouwen om topposities te bereiken hebben ook te maken met zorgtaken, met de organisatiecultuur, met onderschatting van competenties en met andere arbeidswensen.

De werkgroep vrouwelijke huisartsen van het NHG zal toch zinniger activiteiten moeten organiseren dan een cursus buikdansen.

*Toine Lagro-Janssen,
Maria van den Muijsenbergh*

Antwoord

Kaouthar Darmoni is docent Cultuur en Media aan de Universiteit van Amsterdam. Ze sprak op 8 maart in Groningen de Aletta Jacobslezing uit. In het hele jaarnalstukje en ook in de Aletta Jacobslezing staat nergens dat buikdansen de oplossing voor alles is, er stond wel dat je ook op een andere manier naar genderverschillen kunt kijken. Dat leek me nieuws genoeg om ook in H&W te brengen.

Joost Zaat

Cochrane-reviews

Antibiotica bij kinkhoest

Altunaiji S, Kukuruzovic R, Curtis N, Massie J. Antibiotics for whooping cough (pertussis). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Chichester: Wiley.

Achtergrond *Bordetella pertussis* is de verwekker van epidemieën van kinkhoest, en de meest voorkomende verwekker van sporadische gevallen. *Bordetella parapertussis* is in de VS in 5% van de gevallen de verwekker van kinkhoest met een meer gematigd beloop.

Immunisatie heeft de kinkhoestepidemieën grotendeels bedwongen, maar kan de transmissie van kinkhoest onder de bevolking niet voorkomen.

Dé risicogroep voor ernstig en fataal verloopende kinkhoest zijn zuigelingen jonger dan 6 maanden, wier vaccinatiestatus onvoldoende kan zijn.

Kinkhoest is zeer besmettelijk: 70-100% van de ongevaccineerde huisgenoten en 50-80% van de schoolgenoten kunnen worden besmet. De helft van de gevallen van kinkhoest in de VS doet zich voor bij volwassenen en kinderen ouder dan 10 jaar. Reïnfecties met *B. pertussis* komen vaak voor, bij gevaccineerden én ongevaccineerden doordat de immuniteit na vaccinatie of infectie geleidelijk afneemt.

Doel Vaststellen van de werkzaamheid van antibiotica bij kinkhoest bij respectievelijk het behandelen van de ziekte en het voorkomen van nieuwe gevallen (profylaxe) aan de hand van de volgende vragen:

- Wat is het effect van antibiotica op het klinisch beloop bij de behandeling en profylaxe van kinkhoest?
- Wat is het effect van antibiotica op de eradicatie van *B. pertussis* bij behandeling en profylaxe?

- Hoe lang moeten bij behandeling en profylaxe de antibiotica worden toegediend en bij welke dosering?
- Wat zijn bijwerkingen van antibiotica bij de behandeling en profylaxe van kinkhoest?

Zoekstrategie Alle (quasi-)RCT's, waarin antibiotica of antibioticadoseringen voor de behandeling of profylaxe van kinkhoest werden vergeleken met elkaar of met placebo, werden opgespoord in het Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE (januari 1966-februari 2004) en EMBASE (januari 1974-augustus 2003). De onderzoekers trokken ook de referenties van deze onderzoeken na. Om nog andere gepubliceerde en ongepubliceerde trials te achterhalen zochten de onderzoekers contact met experts, auteurs en farmaceutische industrieën en raadpleegden ze de website <http://www.icmsak.org>.

Uitkomstmaten Klinische verbetering bij behandeling, het vóórkomen van klinische symptomen bij profylaxe, microbiologische eradicatie van *B. pertussis* bij behandeling, microbiologische eradicatie van *B. pertussis* bij profylaxe, dosis en duur van de antibiotica en bijwerkingen.

Resultaten Van de 12 gevonden trials met 1720 deelnemers gingen er 10 over het effect van behandeling van kinkhoest met antibiotica. Twee trials betroffen het effect van antibiotica voor de profylaxe van kinkhoest bij kinderen en volwassenen die contact hadden met patiënten bij wie kinkhoest was vastgesteld. Zeven van de 12 trials werden gevonden via MEDLINE.

Klinische verbetering door antibiotische behandeling van kinkhoest werd niet aangetoond. Deze uitkomst is gebaseerd op onderzoeken waarin twee antibiotica of hetzelfde antibioticum met een verschillende behandelingsduur met elkaar werden vergeleken. Nauwkeurige analyse van het enige onderzoek waarin antibiotische behandeling werd vergeleken met behandeling zonder antibiotica was niet goed mogelijk.

Er werd geen effect gevonden in de twee betreffende onderzoeken op de ernst van de symptomen bij profylactische behandeling met antibiotica bij kinkhoestcontacten van personen ouder dan zes maanden die niet gevaccineerd waren tegen kinkhoest.

De microbiologische eradicatie van *B. pertussis* door antibiotische behandeling van kinkhoest liep uiteen van 0-100%.

Profylactische antibioticabehandeling met erytromycine was, blijkens het enige placebogecontroleerde onderzoek over dit onderwerp, niet van invloed op het aantal positieve kweken bij 'kinkhoestcontacten'.

Azitromycine gedurende drie dagen, claritromycine gedurende zeven dagen en erytromycine gedurende zeven dagen waren even effectief als erytromycine gedurende veertien dagen voor de eradicatie van *B. pertussis* in de nasofarynx. Kortdurende behandeling was niet minder effectief dan langerdurende behandeling.

Uit een meta-analyse van 3 onderzoeken

met een van de 3 genoemde antibiotica waaraan in totaal 443 personen deelnamen, bleek een relatief risico op bijwerkingen van kortdurende vergeleken met langdurende behandeling van 0,73 (95%-BI 0,57-0,93). Erytromycine gedurende 10 dagen ter profylaxe van kinkhoest gaf een grotere kans op gastrointestinale bijwerkingen dan placebo, respectievelijk 49/144 versus 26/166.

Conclusies Bij patiënten met kinkhoest zijn antibiotica in de catarrale fase effectief bij het elimineren van *B. pertussis*, maar enige invloed op het ziektebeloop is niet aangetoond.

Voor het bepalen van de waarde van profylactische behandeling van kinkhoestcontacten is onvoldoende bewijs beschikbaar.

Commentaar

Veel van de westerse landen hadden de laatst decennia te kampen met een toename van het aantal kinkhoestgevallen. Dit werd veroorzaakt door een ongelukkig samenspel van het niet consequent uitvoeren en opvolgen van de systematische kinkhoestvaccinaties van zuigelingen en kleuters en de afnemende vaccinactiviteit bij gelijkblijvende bijwerking van het vroeger gebruikte cellulaire vaccin. Ook in Nederland wordt om de 2 à 3 jaar een piek in de incidentie waargenomen (in 2001: 50,2/100.000, in 2002: 28,0/100.000).¹ In 2001 waren er 397 ziekenhuisopnamen voor kinkhoest en in 2002 waren dat er 261. Het ging om zuigelingen van wie de meesten jonger dan 6 maanden. In 1953, vóór de invoering van de vaccinatie, overleden in Nederland jaarlijks 200 kinderen aan kinkhoest. In de periode 1996-1999 bedroeg de sterfte aan kinkhoest 0-5 per jaar; na 2000 werd sterfte aan kinkhoest niet meer waargenomen.

De uitkomst van deze Cochrane-review onderbouwt de toepassing van antibiotica bij de behandeling van kinkhoest slechts in zoverre dat korte kuren antibiotica, zeker in de catarrale fase, aantoonbaar leiden tot snellere eradicatie van *B. pertussis*. Behandeling van kinkhoest in de catarrale fase met antibiotica is echter niet haalbaar. De eenjaarsincidentie bij

kinderen onder 1 jaar van acute bovenstieluchtweginfecties – het klinisch beeld waar kinkhoest mee begint – bedraagt bijna 500 per 1000.² Daartegenover staan minder dan 10 gevallen van kinkhoest per 1000 kinderen van deze leeftijdsgroep in de huisartsenpraktijk.

Profylactische antimicrobiële behandeling bij kinkhoest is volgens de NHG-Standaard Acut hoesten alleen aangewezen als er in de naaste omgeving zuigelingen of hoogzwangeren zijn.³ Het doel van de behandeling is dan besmetting te voorkomen. De standaard adviseert bij kinderen: eenmaal daags 10 mg/kg azitromycine gedurende 3 dagen; bij volwassenen: eenmaal daags 500 mg azitromycine gedurende 3 dagen en bij zwangerschap en lactatie: viermaal daags erytromycine 500 mg gedurende 7 dagen. Dit antibioticabeleid sec is conform de uitkomst van de Cochrane-review. Deze ondersteunt namelijk de aanname dat de kans afneemt dat kinkhoestpatiënten anderen besmetten wanneer zij met antibiotica behandeld worden. Echter, het bewijs voor de effectiviteit van profylactische antimicrobiële behandeling bij kinkhoest – zoals voorgesteld door de NHG-Standaard Acut hoesten – ontbreekt.

Overigens is het wel de verwachting dat verreweg de meeste gevallen van kinkhoest bij jonge kinderen voorkomen zullen worden door het vervangen van het cellulaire kinkhoestvaccin, in Nederland vanaf januari 2005, door een combinatievaccin met een acellulaire kinkhoestcomponent.⁴

Ben Ponsioen en Nel Beukers,
huisarts-in-opleiding

1 Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.1, 24 februari 2005. www.rivm.nl.

2 Het kind in de huisartspraktijk. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde/NIVEL, 2005.

3 Verheij ThJM, Salomé PhL, Bindels PJ, Chavannes AW, Ponsioen BP, Sachs APE, et al. NHG-Standaard Acut hoesten. Huisarts Wet 2003;46:496-506.

4 De Greeff SC, Schellekens JFP, Mooi FR, De Melker HE. Effect van vaccinatie tegen kinkhoest op