

# Acute hoest bij volwassenen

Jochen Cals en Nick Francis

## Wat is het probleem?

Hoestklachten behoren tot de meest voorkomende redenen om de huisarts te bezoeken. Patiënten komen meestal omdat ze van de klachten af willen en hebben vaak al vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt. De differentiaaldiagnose van acute hoest is breed. De klachten kunnen lang aanhouden en leiden regelmatig tot ongerustheid bij de patiënt. Het onderscheid tussen ernstige en onschuldige oorzaken van hoest is niet altijd eenvoudig te maken.

## Wat moet ik weten?

De huisarts ziet gemiddeld dagelijks 1 patiënt met hoest. Acute hoest wordt gedefinieerd als hoestklachten korter dan 4 weken, meestal veroorzaakt door ongecompliceerde luchtweginfecties. Bij een lageluchtweginfectie betreft het doorgaans een acute bronchitis, die vaak vanzelf overgaat. Een enkeling heeft een pneumonie met een mogelijk ernstig beloop. Patiënten ouder dan 80 jaar, met hartfalen, insulineafhankelijke diabetes mellitus, COPD, neurologische aandoeningen, maligniteiten, de ziekte van Parkinson, of orale steroïdengebruikers, hebben een hoger risico op een pneumonie. Ook (passief) roken, bronchiale hyperreactiviteit, gebruik van ACE-remmers, postnasale drip en gastro-oesophagale reflux kunnen hoestklachten veroorzaken. Minder frequente oorzaken zijn Q-koorts, longembolie, tuberculose, hartfalen of maligniteit. Bij rokers met acute hoestklachten kan COPD de oorzaak zijn. Persistierende paroxismale hoestaanvallen kunnen duiden op kinkhoest. In 80% van de gevallen blijft het bij acute hoestklachten bij 1 consult. Het onderscheid tussen pneumonie en acute bronchitis is alleen uit anamnese en lichamelijk onderzoek zeer lastig te maken. Hoge koorts en eenzijdige afwijkingen bij auscultatie maken een pneumonie waarschijnlijker. Bilaterale afwijkingen bij auscultatie hebben geen voorspellende waarde, want deze komen voor bij beide aandoeningen.

De effectiviteit van hoestmiddelen is niet bewezen. Middelen met dextromethorfan en noscipine onderdrukken de hoestreflex en kunnen verlichting geven. Codeïne doet dit ook, maar met meer bijwerkingen. Antibiotica werken niet bij bovensteluchtweginfecties en hebben slechts beperkt effect op hoestklachten bij acute bronchitis (*number needed to treat*: 6).

## Wat moet ik doen?

Vraag naar bezorgdheid en verwachtingen, de duur van de hoest

### Auteursgegevens

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. J.W.L. Cals, huisarts in opleiding en onderzoeker. Cardiff University: N.A. Francis, huisarts en onderzoeker. Correspondentie: J.Cals@HAG.unimaas.nl

en symptomen als kortademigheid, piepen, pijn op de borst, koorts, rhinorroe, heesheid, keelpijn en oorpijn. Kijk in de keel, en luister naar de longen. Beoordeel bij zieke patiënten de CRB-65-regel (*new mental Confusion, Respiratory rate >30/min, Blood pressure systolic < 90 mm Hg or diastolic < 60 mm Hg, age > 65 jaar*). Bij 2 of meer van deze 4 karakteristieken ligt de mortaliteit hoger en kunt u behandeling in het ziekenhuis overwegen. Een C-reactief proteïne (CRP) sneltest < 20 mg/l sluit pneumonie vrijwel uit, u kunt dan afzien van antibiotica. Doe geen routinematig microbiologisch onderzoek. Maak een thoraxfoto wanneer u een ernstig onderliggend lijden vermoedt. Verricht bij verdenking op kinkhoest anti-pertussistoxine IgG-serologie wanneer de patiënt ook contact heeft met zuigelingen of zwangeren. Een titerstijging heeft een sensitiviteit van 76% en een specificiteit van 99%.

Moedig zelfhulpstrategieën aan zoals analgetica, honing en voldoende drinken. Mucolytica, antihistaminica en bronchodilatoren hebben geen plaats in de standaardbehandeling. Weeg bij antibiotica effecten af tegen mogelijke bijwerkingen (huiduitslag, diarree, misselijkheid). Schrijf antibiotica voor bij een pneumonie of een lageluchtweginfectie met een mogelijk gecompliceerd beloop, bij volwassenen en niet-zwangeren liefst doxycycline of amoxicilline. Beide middelen zijn werkzaam tegen *Streptococcus pneumoniae*, terwijl doxycycline tevens *Mycoplasma pneumoniae* dekt. Geef geen antibiotica bij kinkhoest, tenzij de patiënt contact heeft met zwangeren of zuigelingen.

## Wat moet ik uitleggen?

Hoestklachten kunnen gemiddeld meer dan drie weken duren. De expliciete vraag "wat vindt u van antibiotica?" kan een breekijzer zijn om de (on)zin van medicatie bij lageluchtweginfecties te bespreken. Patiënten verwachten eerder antibiotica bij een diagnose gerelateerd aan etiologie of anatomie (zoals bronchitis), het is dus beter om een symptomatische diagnose te noemen (zoals acute hoest). Stoppen met roken kan tot versneld herstel leiden. Vraag de patiënt om bij alarmsymptomen terug te komen (combinaties van onder andere koorts, tachypneu en (bij ouderen) verwardheid of sufheid, ernstige dyspneu, pijn die vastzit aan de ademhaling of haemoptoe). Geef de patiënt een NHG-Patiëntenbrief mee om de adviezen verder kracht bij te zetten.

### Literatuur

- 1 Cals JWL, Francis NA. Acute cough in adults. *BMJ* 2010;340:c574.
- 2 Verheij TJM, Salomé PL, Bindels PJ et al. NHG-Standaard Acuut hoesten. [www.nhg.org](http://www.nhg.org).
- 3 Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1):CD001831.
- 4 <http://www.acutehoest.nl>