

Recidiverende BLWI: geen adenotomie

INLEIDING

Bovensteluchtweginfecties (BLWI) komen veel voor in de huisartsenpraktijk. Zo diagnosticeerden huisartsen in 2007 in Nederland ruim een miljoen keer een nieuw geval van verkoudheid.^{1,2} Bijna de helft hiervan betreft kinderen in de leeftijd van 0 tot 9 jaar en het is daarmee de meest gestelde diagnose op de kinderleeftijd.³ Naar schatting is bij 20% van kinderen sprake van recidiverende BLWI en veel van deze kinderen worden doorverwezen naar de KNO-arts voor adenotomie.⁴ Vooral nog is er echter nauwelijks bewijs dat een adenotomie effectief is voor recidiverende of chronische BLWI.⁵ Nieuw onderzoek geeft handvatten om ouders van kinderen goed voor te lichten en het aantal verwijzingen naar de KNO-arts te beperken.

ONDERZOEK

Design Open gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Kinderen in de leeftijd van 1-6 jaar met recidiverende BLWI werden tussen april 2007 en april 2009 verwezen naar 11 perifere en 2 academische ziekenhuizen in Nederland. Van de 373 voor adenotomie geselecteerde kinderen werden 111 gerandomiseerd voor dit onderzoek en gevolgd gedurende 2 jaar.⁴

Interventie Adenotomie met/zonder myringotomie of expectatief beleid.

Uitkomstmaten Primaire uitkomstmaat was het aantal BLWI per kind gedurende de follow-up. Secundaire uitkomstmaten waren het aantal dagen met BLWI per persoonsjaar, incidentie van milde/ernstige BLWI, dagen met koorts, aantal dagen schoolverzuim vanwege BLWI en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Gedurende 2 jaar vulden ouders dagelijks een dagboek in over symptomen van een BLWI en werd de temperatuur van het kind gemeten. Op 3, 6, 12, 18 en 24 maanden onderzocht een arts keel, neus en oren van het kind en vulden ouders een vragenlijst in betreffende de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Analyses Intention-to-treat-analyse. Aanvullend een per protocol en een 'as treated'-analyse.

Resultaten Van de 111 kinderen werden 54 gerandomiseerd voor adenotomie met/zonder myringectomie binnen 6 weken en 57 voor expectatief beleid. De gemiddelde leeftijd (sd) was respectievelijk 36 (19) en 38 (18) maanden. Gedurende de follow-up onderging alsnog 40% van de expectatief beleid-groep adenotomie met/zonder myringectomie.

Er werd geen significant verschil gevonden voor het aantal BLWI per kind gedurende de follow-up. De incidentie van BLWI voor de adenotomie- en expectatief beleid-groep was

respectievelijk 7,91 en 7,84 per persoonsjaar. Aanvullende analyses gaven eveneens geen statistisch significante verschillen.

In beide groepen nam gedurende de follow-up de incidentie van BLWI af van 9,23 respectievelijk 9,37 in het eerste jaar naar 6,43 respectievelijk 6,30 in het tweede jaar.

Voor de secundaire uitkomstmaten werd in alle analyses geen statistisch significant verschil gevonden voor de adenotomie- versus de expectatief beleid-groep, met uitzondering van het aantal dagen koorts. Kinderen in de adenotomiegroep hadden significant meer dagen koorts ten opzichte van kinderen in de expectatief beleid-groep, respectievelijk 20,16 versus 16,36 per persoonjaar.

Conclusie Adenotomie bij kinderen verwezen vanwege recidiverende BLWI biedt geen klinische voordelen boven een expectatief beleid.

INTERPRETATIE

Dit goed opgezette en uitgevoerde onderzoek bevestigt de conclusie van een recente Cochrane-review dat adenotomie niet effectief is bij recidiverende BLWI.⁵ Daarbij komt naar voren dat het natuurlijk beloop van recidiverende BLWI gunstig is. Ondanks het feit dat een groot aantal kinderen alsnog een adenotomie onderging, is er geen sprake van vertekening van de resultaten. De uitkomsten van dit onderzoek geven dan ook aan terughoudend te zijn met verwijzingen van kinderen met recidiverende BLWI naar de KNO-arts. Daar waar al eerder bekend was dat antibiotica voor BLWI bij kinderen niet zinvol is,⁶ vraagt de behandeling van BLWI bij kinderen vooral geduld en uitleg aan de ouders over het natuurlijk beloop, conform het advies in de NHG-Standaarden.⁷ ■

LITERATUUR

- 1 Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/infecties-van-de-bovenste-luchtwegen/cijfers-infecties-van-de-bovenste-luchtwegen-incidentie-uit-de-2010/>.
- 2 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Van Gezond naar Beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061006.html>
- 3 Van der Linden MW, Van Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, Van der Wouden JC. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het kind in de huisartspraktijk, 2005.
- 4 Van den Aardweg MT, Boonacker CW, Rovers MM, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections: open randomised controlled trial. *BMJ* 2011;343:d5154.
- 5 Van den Aardweg MT, Schilder AG, Herkert E, Boonacker CW, Rovers MM. Adenoidectomy for recurrent or chronic nasal symptoms in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1. Art. No.: CD008282.
- 6 Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. *Arch Dis Child* 1998;79:225-30.
- 7 Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaik BK, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute Keelpijn. Huisarts Wet 2007;50:59-68.