

CBO-Richtlijn Otitis media bij kinderen in de tweede lijn

INLEIDING

Otitis media is een veelvoorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk, met een prevalentie van 20 per 1000 patiënten per jaar (acute otitis media) en een incidentie van 25 per 1000 per jaar (otitis media met effusie) in de leeftijdsgroep van 1 tot 4 jaar. Beide aandoeningen hebben een gunstig natuurlijk beloop en verwijzing naar de tweede lijn is slechts voor een beperkte groep noodzakelijk.

Een duidelijke richtlijn voor otitis media in de tweede lijn, gebaseerd op evidence-based medicine, ontbrak tot op heden. Het beleid na verwijzing naar de tweede lijn verschilt vaak per regio en zelfs per ziekenhuis. Ook is er geen duidelijk traject over de afstemming tussen diagnostiek en behandeling in de eerste en in de tweede lijn.

De CBO-Richtlijn Otitis media bij kinderen in de tweede lijn probeert dit gat te dichten.¹ De richtlijn is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. De richtlijn is vooral bedoeld voor kno-artsen en richt zich op indicatiestelling, diagnostiek en therapeutische opties voor recidiverende OMA (rOMA), persisterende OME (pOME) en actieve chronische mucosale OM (ACMOM) in de tweede lijn. De richtlijn wil aansluiten bij de behandeling en begeleiding van kinderen met otitis media door huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen, anesthesiologen, audiologen, logopedisten en medisch microbiologen. Daarmee biedt de richtlijn aanknopingspunten voor transmurale afspraken of lokale protocollen.

VERWIJZING NAAR DE TWEDE LIJN

Het uitgangspunt van deze CBO-Richtlijn zijn de verwijscriteria van de NHG-Standaard Otitis media acuta [kader].² Belangrijk punt hierbij is dat de CBO-Richtlijn expliciet vermeldt dat indien een jeugdarts of logopedist als eerste een kind signaleert met taal- of spraakproblemen en/of gehoorverlies door otitis media, het raadzaam is dit kind in eerste instantie te verwijzen naar de huisarts voor aanvullend beleid.

Dit geldt niet indien deze situatie zich voordoet in de tweede lijn. De richtlijn adviseert om kinderen die reeds in de tweede lijn worden behandeld – bijvoorbeeld door een kinderarts, kno-arts, logopediste of in een audiologische centrum – onderling te verwijzen.

DIAGNOSTIEK

De richtlijn sluit aan bij de visie van de NHG-Standaard Otitis media met effusie op het gebruik van de stemvork en de perceptie van slechthorendheid door de ouders.³ Diagnostiek in de tweede lijn vindt vooral plaats met otomicroscopie, tympa-

NHG-Standaard Otitis media acuta

De richtlijnen voor acute otitis media zijn gebaseerd op de criteria voor verwijzing naar de tweede lijn in de NHG-Standaard Otitis media acuta. Deze luiden:

- het vermoeden van mastoiditis of meningitis;
- het uitblijven van verbetering 48 uur na starten antibiotica;
- persisterende otorroe na kuur met antibioticum;
- langer dan 4 weken bestaande trommelvliesperforatie na otorroe;
- drie of meer recidieven per half jaar of meer dan vier recidieven per jaar.

nometrie en audiometrie. Bij kinderen van 0,5 tot 2 jaar adviseert de richtlijn observatie-audiometrie. Toonaudiometrie in de tweede lijn is al bij kinderen vanaf 4 jaar mogelijk.

Routinematige microbiologische diagnostiek wordt niet aanbevolen bij rOMA, OME en ACMOM.

BEHANDELING

Niet-chirurgische behandeling

De richtlijn adviseert behandeling van rOMA, pOME en ACMOM te overwegen bij een gehoorverlies dat groter is dan 25 dB. Voor rOMA worden influenzavaccinatie ter preventie en profylactische behandeling met antibiotica niet aanbevolen en dat geldt ook voor het gebruik van corticosteroiden en systemische antihistaminica.

Pneumokokkenvaccinatie ter preventie van OME heeft geen effect op het persisteren of recidiveren van OME en de richtlijn adviseert dat dan ook niet. Bij OME wordt in eerste instantie gestart met logopedische behandeling. Wanneer de arts niet kiest voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes beveelt de werkgroep bij onbehandelde, bilaterale pOME-gelateerde gehoorverliezen van 25 dB of groter het toepassen van geluidsversterkende apparatuur aan. Het gebruik van antibiotica, corticosteroiden, antihistaminica en nasale decongestiva bij OME wordt, gezien het ontbreken van een gunstig effect, niet aangeraden. De richtlijn adviseert bij ACMOM het toedienen van quinolone oordruppels. Indien het gewenste effect uitblijft of korte kuren orale antibiotica geen effect lijken te hebben, luidt het advies een 6- tot 12-weekse kuur met cotrimoxazol te geven.

Chirurgische behandeling

De richtlijn adviseert in verband met een mogelijk gunstig effect gedurende de eerste 6 maanden (1,5 tot 2 episodes met OMA minder per half jaar), het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij rOMA te overwegen, echter wel in overleg met de ouders of verzorgers en na bespreking van mogelijke voor- en nadelen. De richtlijn vermeldt wel dat op langere termijn het effect nauwelijks aanwezig is. De werkgroep beveelt dan ook aan om meer onderzoek te doen naar de langetermijneffecten van trommelvliesbuisjes bij rOMA. Tonsillectomie wordt bij rOMA niet aanbevolen en adenotomie in eerste instantie

ook niet. In de behandeling bij pOME staat het gehoorverlies centraal. Net als bij rOMA is de richtlijn zeer terughoudend in het adviseren van plaatsing van trommelvliesbuisjes. De effecten van trommelvliesbuisjes zijn ook hier slechts kortdurend aanwezig, op langere termijn is er nauwelijks effect op het gehoor. Het effect op taal- en spraakontwikkeling, gedrag en kwaliteit van leven is nooit aangetoond. De aanbeveling in de richtlijn over behandeling van pOME luidt: 'Bij kinderen met pOME met een gehoorverlies van 25 dB of meer kan het plaatsen van trommelvliesbuisjes worden overwogen. Bij kinderen met forse hinder van het gehoorverlies, kinderen met middenoorbeluchtingsproblemen (schisis) en kinderen, die in hun ontwikkeling worden bedreigd is het gemeten gehoorverlies minder bepalend voor het te voeren beleid'. Adenotomie wordt niet aanbevolen tenzij er ook klachten van het adenoïd zijn. De combinatie van trommelvliesbuisjes en adenotomie kan dan worden overwogen.

COMMENTAAR

Deze CBO-Richtlijn sluit goed aan op de NHG-Standaarden Otitis media acuta en Otitis media met effusie. De aanbeveling voor onderlinge verwijzing indien het kind zich reeds in de tweede lijn bevindt is echter onnodig en een gemiste kans voor doelmatigere en goedkopere zorg. Dit geldt eveneens voor een groot aantal aanbevelingen die de arts kan overwegen (antibiotische behandeling gedurende 6 tot 12 weken bij ACMOM, plaatsen van geluidsversterkende apparatuur bij pOME, plaatsen van trommelvliesbuisjes en verrichten van adenotomie bij pOME). De richtlijn laat hier nog te veel ruimte voor eigen invulling van het beleid door kno-artsen. Ik mis de argumenten waarop de specialist de beslissing, wel of niet behandelen, kan baseren. Dit heeft ook gevolgen voor de implementatie van de richtlijn en een eenduidig beleid in Nederland door de kno-artsen. De richtlijn laat zien dat, ondanks het vele onderzoek dat de laatste jaren is verricht, het op veel onderdelen niet mogelijk blijkt harde evidence-based uitspraken te doen.

De drempelwaarde van relevant gehoorverlies verschilt in deze richtlijn van die in de NHG-Standaarden (25 dB versus 30 dB). De niet-chirurgische behandeling, voor zover relevant voor de eerste lijn, komt overeen met de richtlijnen in de NHG-Standaarden.

Over het beleid bij pOME luidt de aanbeveling bij gehoorverlies van > 25dB, waarbij geen buisjes worden geplaatst, geluidsversterkende apparatuur voor te schrijven (pagina 58). Bij het volgen van deze aanbeveling worden meer kinderen

dan nu het geval is voorzien van geluidsversterkende apparatuur. De onderbouwing hiervan is zwak en overtuigend wetenschappelijk bewijs ontbreekt mijns inziens. Voor zover in deze richtlijn is na te gaan is het effect, met name op gedrag en spraak, gebaseerd op slechts één onderzoek met 39(!) kinderen.⁴ Daarnaast dient men zich af te vragen hoe reëel deze optie is in een tijd van bezuinigingen en een krimpend pakket van vergoedingen. Bij kinderen met pOME met een gehoorverlies van 25 dB of meer die ook klachten van het adenoïd hebben, kan de combinatie van trommelvliesbuisjes en adenotomie worden overwogen. In de tekst van de richtlijn die hieraan voorafgaat wordt echter nergens gesproken over klachten van het adenoïd en de invloed van adenotomie versus adenotomie en tv-buisjes. Deze aanbeveling lijkt niet goed (wetenschappelijk) onderbouwd.

De verrassendste uitspraken doet de CBO-Richtlijn bij de chirurgische behandeling van met name persisterende OME. De grote controverse tussen huisartsen en kno-artsen betrof vooral de paracentese en de plaatsing van trommelvliesbuisjes. De paracentese wordt niet genoemd in de richtlijn en lijkt dus niet langer een behandelingsoptie bij kinderen met (persisterende) OME. Over het plaatsen van trommelvliesbuisjes is men terughoudender geworden. Hiermee komen kno-artsen en huisartsen in hun beleid bij OME meer op één lijn.

TOT SLOT

De werkgroep is van mening dat vanuit het patiëntenperspectief de communicatie tussen de zorgverleners onderling en de afstemming van beleid tussen de eerste en tweede lijn tekortschiet en adviseert derhalve tot het maken van transmurale afspraken. De CBO-Richtlijn geeft hier mijns inziens een goede aanzet toe. Het lijkt erop dat voor de doelstelling – meer uniformiteit verkrijgen bij zorgverleners in diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen met otitis media – een grote stap voorwaarts is gezet. De volgende, noodzakelijke stap is het formeren van een werkgroep waarin alle relevante partijen zitting hebben, met de opdracht integrale multidisciplinaire afspraken te maken.

LITERATUUR

- 1 CBO-Richtlijn Otitis Media bij kinderen in de tweede lijn. www.cbo.nl.
- 2 Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Otitis media acuta. Huisarts Wet 2006;49:615-21.
- 3 Van Balen FAM, Rovers MM, Eekhof JAH, Van Weert HCPM, Eizenga WH, Boomsma LJ. NHG-Standaard Otitis media met effusie. www.nhg.org.
- 4 Jardine AH, Griffiths MV, Midgley E. The acceptance of hearing aids for children with otitis media with effusion. *J Laryngol Otol* 1999;113,314-7.