

Voorspellen klachten een bacteriële bovensteluchtweginfectie?

Rianne van Gageldonk, Gé Donker, Marcel Peeters

Acute luchtweginfecties veroorzaken een aanzienlijke ziektelast en zijn een veelvoorkomende reden om de huisarts te consulteren. De meeste bovensteluchtweginfecties worden door virussen veroorzaakt en behoeven geen behandeling met antibiotica. Om gericht antibiotica voor te kunnen schrijven, hebben wij gekeken of er specifieke klachten zijn die het waarschijnlijk maken dat de patiënt een bacteriële infectie heeft.

De methodologische verantwoording van deze rubriek treft u aan op www.nhg.org/henwextra

Welke bacteriën veroorzaken acute bovensteluchtweginfecties?

In de periode van oktober 2000 tot oktober 2003 hebben wij een case-controlonderzoek uitgevoerd waarin bij 541 huisartspatiënten met een acute bovensteluchtweginfectie (cases) en bij evenzoveel huisartspatiënten zonder luchtwegklachten (controles) een neus- en keelwat zijn afgenomen. Bij ruim 50% van de patiënten werd een virale verwekker aangetoond, bij circa 20% een pathogene bacterie en bij circa 30% was geen pathogeen agens te vinden. Ondanks de afwezigheid van luchtwegklachten werd bij circa 30% van de controlepatiënten wel een respiratoir pathogeen aangetoond. Alleen β -hemolytische streptokokken groep A (strep A) kwamen vaker voor bij patiënten met acute bovensteluchtweginfectie (11%, $p < 0,001$) dan bij controlepatiënten (2%). De overige bacteriën kwamen bij patiënten en controles in vrijwel gelijke mate voor. Bij de helft van de 60 patiënten die strep-A-positief waren, stelde de huisarts acute tonsillitis als diagnose. Voor de overige patiënten werden de volgende diagnoses gerapporteerd: influenza-achtig ziektebeeld (22%), acute faryngitis (18%), verkoudheid (8%) en acute bronchitis (2%).

Welke klachten komen voor bij een bacteriële infectie?

Patiënten bij wie strep A aangetoond was, bleken vaker last te hebben van keelpijn of koorts dan patiënten zonder deze bacterie (figuur). Ook de combinatie van koorts met keelpijn kwam vaker voor bij strep-A-positieve patiënten ($p < 0,05$). Daarentegen werden hoesten en rinorroe minder vaak gerapporteerd (figuur). Spierpijn en malaise kwamen even vaak bij patiënten met als bij patiënten zonder strep A voor.

Is een bacteriële infectie te voorspellen op basis van klachten?

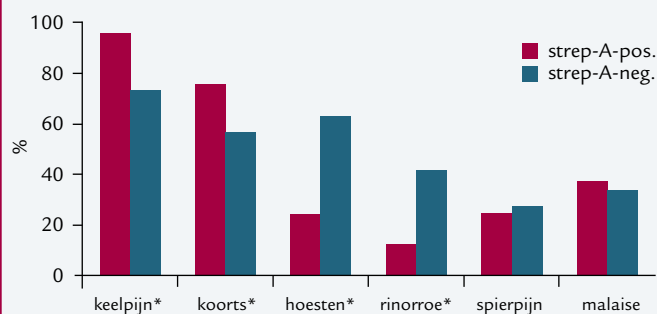
Wanneer uitgegaan wordt van de klachten van de patiënt, in plaats van het aangetoonde pathogeen, is er geen duidelijk verband tussen het bestaan van een bacteriële infectie en het klinisch beeld.

Eenendertig procent van de 90 (34%) patiënten met keelpijn en koorts in afwezigheid van rinorroe en hoestklachten was strep-A-positief. Daarentegen werd bij 29% van hen een virus aangetoond; bij de overige 37% was geen pathogeen aanwijsbaar.

Conclusie

Het feit dat ook bij patiënten zonder luchtwegklachten respiratoire pathogenen werden aangetoond, maakt duidelijk dat oorzaak en gevolg bij bovensteluchtweginfecties niet nauwkeurig vast te stellen zijn. Bij een bacteriële oorzaak is iets vaker sprake van koorts en keelpijn en bij een virale verwekker frequenter van rinorroe en hoestklachten. Echter, bij een minderheid van de patiënten met koorts en keelpijn in afwezigheid van rinorroe en hoestklachten bleek de oorzaak bacterieel. Het ontbreken van een duidelijke relatie tussen het klinisch beeld en de aanwezigheid van bacteriële pathogenen komt overeen met de hierover in de literatuur gerapporteerde bevindingen voor lageluchtweginfecties. Een terughoudend beleid ten aanzien van het voorschrijven van antibiotica bij bovensteluchtweginfecties wordt door deze data ondersteund.

Figuur Klachten waarmee patiënten met een bovensteluchtweginfectie, positief versus negatief voor β -hemolytische streptokokken groep A, hun huisarts consulteren



* statistisch significant verschil tussen cases positief en negatief voor strep A ($p < 0,05$)

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met behulp van keel- en neusmonsters bij patiënten met acute respiratoire infecties en controlepatiënten zonder klachten, die van oktober 2000 tot oktober 2003 verzameld werden door huisartsen die deel uitmaken van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Dit netwerk bestaat uit een groep van ongeveer 45 huisartsenpraktijken verspreid over Nederland die 1% van de Nederlandse patiëntenpopulatie representeren. De samenstelling wordt representatief geacht wat betreft de geografische spreiding en de spreiding over gebieden met een verschillende graad van stedelijkheid. De viruskweken werden verricht door RIVM-LIS en de bacteriële kweken op het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid in Tilburg. Data-analyse werd verricht op het RIVM.