

Ernstige infecties bij kinderen

Het herkennen van een ernstige infectie bij een kind met koorts blijft een uitdaging, vooral vanwege de lage incidentie en de aspecifieke symptomen. Meestal krijgen deze infecties diagnoses als sepsis, meningitis, pneumonie, osteomyelitis, cellulitis en pyelonefritis. De afgelopen decennia verschenen er verschillende predictieregels en richtlijnen die de kans op een ernstige infectie voorspellen. De meeste zijn echter niet gevalideerd of de betrouwbaarheid ervan is niet bekend.

Voor de onderzoekers van de European Research Network on Recognising Serious Infection (ERNIE) was dit aanleiding tot het samenvoegen van 7 datasets met in totaal 11.023 kinderen, van wie de ouders contact zochten met de huisarts of spoedeisende hulpdiensten in het Verenigd Koninkrijk, Nederland of België. Hiermee werden 4 predictieregels en 2 richtlijnen gevalideerd (waaronder de NHG-Standaard Kinderen met koorts). De datasets zijn onderverdeeld naar prevalentie van ernstige infecties (< 5% lage prevalentie, 5-20% middelmatige

prevalentie, > 20% hoge prevalentie). De onderzoekers stellen dat de sensitiviteit > 90% moet zijn voor een goede betrouwbaarheid voor het uitsluiten van een ernstige infectie in een setting met lage prevalentie. De alarmsymptomen in de NHG-Standaard Kinderen met koorts scoorden een sensitiviteit van 100% en lijken dus goed toepasbaar voor het uitsluiten van ernstige infectie bij kinderen. De onderzoekers geven terecht aan dat er nog het nodige te verbeteren valt aan de situatie, aangezien bij maar liefst 94% van alle kinderen alarmsymptomen aanwezig waren die mogelijk op een ernstige infectie wijzen.

De selectie van kinderen met een risico op zo'n infectie (bijvoorbeeld via triage op de huisartsenpost) enkel op basis van de alarmsymptomen uit de NHG-Standaard leidt er dus toe dat er geen kinderen met een ernstige infectie gemist worden, maar ook dat te veel kinderen het label 'vermoeden van ernstige infectie' krijgen. ■

Marijke Kool

Verbakel J, et al. How well do clinical prediction rules perform in identifying serious infections in acutely ill children across an international network of ambulatory care datasets? BMC Medicine 2013;11:10.



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

Vertraging slecht voor overleving PPU

Een geperforeerd ulcus pepticum (PPU) is een levensbedreigende complicatie, waarbij gas en vloeistof in de buikholte lekken. Hoewel de incidentie laag is (circa 6 per 100.000 personen per jaar), bedraagt het sterftecijfer 25 tot 30%. De belangrijkste doodsoorzaak is sepsis. Therapie is dan ook gericht op het voorkomen hiervan en kent twee hoekstenen: zo snel mogelijk intraveneus toedienen van breed-spectrumantibiotica en chirurgie.

Buck, et al. onderzochten het effect op overleving, van de tijdsduur tot chirurgische behandeling. Zij analyseerden de gegevens van 2668 Deense patiënten die een operatie ondergingen

na een geperforeerd ulcus pepticum. Ze keken hierbij naar de overleving 30 dagen na de ingreep. Binnen 30 dagen na chirurgie stierven 708 (26,5%) patiënten. Elk uur uitstel van de operatie ging (na correctie voor reeds bekende prognostische variabelen) gepaard met een afname van 2,4% van de overlevingskans in vergelijking met het voorgaande uur (RR 1,024, 95%-BI 1,011-1,037). Opvallend was het hoge percentage chirurgische vertraging: de mediane vertraging tot operatie was 5 uur. Slechts 2,7% van alle patiënten werd binnen een uur na verwijzing geopereerd. Zelfs na 12 uur was nog steeds meer dan een kwart van de patiënten niet geopereerd, met groot effect op de overleving: bij patiënten die binnen 1 uur werden geopereerd, was die 95,7%. Na 3 uur was de overleving 81,1% en na 7 uur 50%. Bij een vertraging

van meer dan 24 uur daalde de 30-dagenoverleving naar 20%.

PPU heeft, na het geruptureerd aneurysma van de buikaorta, de hoogste postoperatieve sterfte van alle acute chirurgische aandoeningen. Beperking van de wachttijd voor chirurgisch ingrijpen bij een patiënt met PPU is dus van groot belang. Als elk uur telt, heeft ook de huisarts een belangrijke rol: wanneer een geperforeerd ulcus pepticum bij een acute buik in de dd staat is het zaak zo snel mogelijk te verwijzen. ■

Amanda van de Ketterij en Marloeska Hoogerhuis

Buck DL, et al. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. Brit J Surg 2013;100:1045-9.