RICHTLIJNEN

Herziening van de NHG-standaard 'Acute keelpijn'

Egbert de Jongh, Wim Opstelten en de werkgroep NHG-Standaard Acute keelpijn*

GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9061 en A9419

De diagnostiek bij patiënten met acute keelpijn is erop gericht om een ernstige vorm van keelontsteking uit te sluiten, en bij patiënten met faryngotonsillitis om de mate van ziek-zijn en het risico op complicaties te beoordelen.

Diagnostiek gericht om onderscheid te maken tussen een virale of bacteriële oorzaak van faryngotonsillitis bepaalt niet het initiële beleid.

Faryngotonsillitis heeft meestal een gunstig natuurlijk beloop, waarbij voorlichting en pijnstilling volstaan.

Complicaties van een infectie met streptokokken uit groep A zijn zeldzaam en daarom wordt diagnostiek naar deze bacteriële verwekker niet aanbevolen.

Het gebruik van antibiotica is alleen zinvol bij patiënten met een ernstig verlopende faryngotonsillitis, een verhoogd risico op complicaties of een peritonsillair infiltraat.

Het antibioticum van eerste keus is een smalspectrumpenicilline; bij patiënten met een peritonsillair infiltraat is amoxicilline/clavulaanzuur echter geïndiceerd.

Als bij volwassenen discrepantie bestaat tussen de ernst van de klachten en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek, moet aan de mogelijkheid van epiglottitis worden gedacht.

Recent publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de derde herziening van de standaard 'Acute keelpijn'. De volledige tekst daarvan is te vinden op de website van het NHG (www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-acute-keelpijn). De standaard geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met keelpijn die korter dan 14 dagen bestaat en waarbij een infectieuze oorzaak wordt verondersteld.

In dit artikel geven we de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie. Het geformuleerde beleid bij patiënten met een peritonsillair infiltraat of abces en bij spatelonderzoek van de keel is ontwikkeld in samenwerking met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.

**De leden van de werkgroep NHG-Standaard Acute keelpijn staan aan het eind van dit artikel vermeld.*

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.
Drs. E. de Jongh, arts; dr. W. Opstelten, huisarts.
Contactpersoon: drs. E. de Jongh (egbert.dejongh@nhg.org).

DIAGNOSTIEK

DIAGNOSTIEK NAAR VERWEKKER MEESTAL IRRELEVANT

Keelpijn komt veel voor in de huisartsenpraktijk. De incidentie ervan is ongeveer 50 per 1000 patiëntjaren, zodat een huisarts in een normpraktijk van 2150 patiënten gemiddeld circa 2 patiënten met keelpijn per week ziet. Meestal betreft het een infectie van de farynx of van de tonsillen. Het onderscheid tussen beide is zowel klinisch als in de literatuur niet altijd duidelijk, zodat de standaard spreekt over faryngotonsillitis. Vermoedelijk is de oorzaak hiervan vaker viraal dan bacterieel, maar ook bij een bacteriële infectie is het beloop zonder behandeling met antibiotica meestal ongecompliceerd.

De niet-purulente complicaties van een infectie met streptokokken uit groep A (GAS), zoals acuut reuma en glomerulonefritis, werden vroeger gevreesd, maar komen in Nederland vrijwel niet meer voor. Ook een peritonsillair abces, dat vaak door andere bacteriën dan GAS wordt veroorzaakt, is zeldzaam met een incidentie van 0,2% van alle consulten voor acute keelpijn. Antibiotica hebben weinig effect op de klachten en voorkomen de ontwikkeling van een infiltraat vaak niet.

De diagnostiek bij een patiënt met acute keelpijn is er dan ook niet op gericht om onderscheid te maken tussen een virale of bacteriële oorzaak, maar om ernstige aandoeningen, zoals een infiltraat, abces of epiglottitis, te herkennen. De mate van ziek-zijn en een verhoogd risico op complicaties, zoals een verminderde weerstand, bepalen in eerste instantie het beleid. Overigens zijn er geen klinische beslisregels of aanvullende testen die in de huisartsenpraktijk een betrouwbaar onderscheid kunnen maken tussen een virale of bacteriële oorzaak of de complicaties van een faryngotonsillitis kunnen voorspellen.

AANVULLEND ONDERZOEK

Vanwege bovenstaande redenen wordt bij een eerste consult aanvullend onderzoek ontraden, zoals een antigeendetectietest ('strep test') of andere methoden om GAS aan te tonen. Een CRP-test wordt evenmin geadviseerd, omdat er geen bewijs is dat de uitslag hiervan patiënten selecteert bij wie antibiotica zinvol zijn. Pas bij een abnormaal ziektebeloop is aanvullend onderzoek geïndiceerd. Een leukocytentelling met differentiatie kan dan ernstige oorzaken uitsluiten, zoals een hematologische maligniteit. Serologisch onderzoek kan mononucleosis infectiosa betrouwbaar aantonen vanaf de tweede ziekteweek.

Terug van weggeweest is de optie om mononucleosis infectiosa uit te sluiten door een leukocytentelling en -differentiatie, als daarbij < 10% atypische lymfocyten worden gevonden. Nieuw bewijs hiervoor ontbreekt, maar het voordeel boven serologische diagnostiek is dat dit onderzoek in de eerste ziekteweek al betrouwbaar is en de uitslag dezelfde dag bekend is. Dat is relevant bij een ernstig zieke patiënt met faryngotonsillitis die na 2 dagen niet reageert op behandeling met een smalspectrumpenicilline en bij wie mononucleosis infectiosa overwogen wordt. Bij patiënten met mononucleosis infectiosa zijn antibiotica uiteraard niet geïndiceerd en kan gebruik van een breedspectrumantibioticum bovendien een heftig exantheem veroorzaken.

EPIGLOTTITIS EN SPATELONDERZOEK

In de herziene versie van de standaard wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan epiglottitis. Sinds de vaccinatie tegen *Haemophilus influenzae* type b is epiglottitis zeldzaam bij kinderen, maar komt deze aandoening relatief vaker voor bij volwassenen. Tijdige herkenning hiervan is belangrijk vanwege het potentieel levensbedreigende karakter. Bij patiënten met ernstige klachten, zoals snel progressieve keelpijn en kwijlen, in combinatie met niet-afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek, moet aan de mogelijkheid van epiglottitis worden gedacht.

Vanouds wordt spatelonderzoek bij kinderen met aanwijzingen voor epiglottitis afgeraden, omdat manipulatie in de keel of opwekking van de braakreflex een acute afsluiting van de luchtweg kan veroorzaken. Bij kinderen bij wie op basis van de anamnese epiglottitis wordt vermoed, is spatelonderzoek dan ook gecontra-indiceerd. De indicatie voor spoedverwijzing is dan al gesteld.

Bij volwassenen lijkt dit risico door andere anatomische verhoudingen kleiner. Bij hen kan, ook bij een mogelijke epiglottitis, voorzichtig een spatel gebruikt worden als het keelonderzoek bij goed licht en met de duidelijke instructie om 'a' te zeggen geen zicht op de tonsillen oplevert.

GEEN ONDERSCHEID TUSSEN ABCES EN INFILTRAAT

De klachten en symptomen van patiënten met een peritonsillair abces zijn in beginsel gelijk aan die van patiënten met een infiltraat. Wel komen trismus en deviatie van de uvula vaker voor bij een abces dan bij een infiltraat. Er zijn echter geen aanwijzingen dat bij inspectie een betrouwbaar onderscheid gemaakt kan worden tussen een abces en infiltraat. Een punctie met aspiratie kan soms wel onderscheid maken tussen beide aandoeningen, maar is alleen veilig in de tweede lijn. Ook in tweede lijn blijft dit echter lastig: kno-artsen treffen bij patiënten bij wie zij een peritonsillair abces vermoeden bij punctie regelmatig geen pus aan. In de huisartsenpraktijk is het onderscheid tussen een infiltraat en abces dan ook niet te maken.

Er zijn aanwijzingen dat antibiotica in de eerste lijn effectief zijn bij patiënten met klinische kenmerken van een infiltraat of abces, ook bij de klinische diagnose 'peritonsillair abces'. Daarom kunnen deze patiënten volgens de standaard met een antibioticum behandeld worden. De

selectie van patiënten is daarbij belangrijk: verwijs de patiënt als deze ernstig ziek is, niet kan slikken of een verminderde weerstand heeft. Bij twijfel is consultatie van een kno-arts geïndiceerd.
Als consequentie van dit beleid zouden antibiotica voorgeschreven kunnen worden bij patiënten met een abces. Daarom is het nodig de patiënt elke dag te controleren en te verwijzen naar de kno-arts als er geen verbetering optreedt na 1 dag of als de verbetering niet doorzet op de tweede dag. Bij dit beleid met frequente controle wordt verwacht dat complicaties niet vaker zullen optreden.

BELEID

ANTIBIOTICA ZELDEN GEÏNDICEERD

Bij patiënten met acute faryngotonsillitis hebben antibiotica weinig effect. De gemiddelde klachtenduur is met antibiotica ongeveer een halve dag korter en de 'number needed to treat' om 1 patiënt met een peritonsillair abces te voorkomen, is waarschijnlijk groter dan 150. Bovendien is de kans dat een antibioticum niet-purulente complicaties van een GAS-infectie voorkomt ongeveer even groot als het risico op een ernstige anafylactische reactie op het antibioticum. Naast deze beperkte voordelen heeft antibioticagebruik nadelen, zoals bijwerkingen, resistentievorming en medicalisering.
Deze overwegingen maken dat antibiotica vrijwel nooit geïndiceerd zijn bij patiënten met acute keelpijn. Antibiotica zijn wel zinvol bij patiënten met een peritonsillair infiltraat of bij patiënten met faryngotonsillitis als zij ernstig ziek zijn. Het gebruik van antibiotica kan ook worden overwogen bij patiënten met faryngotonsillitis en een verhoogd risico op complicaties. Deze 3 patiëntengroepen werden namelijk geëxcludeerd in onderzoeken naar de effectiviteit van antibiotica. Er wordt aangenomen dat deze patiënten een groter risico lopen op complicaties en dat antibiotica bij hen effectiever zijn dan bij de patiënten die wel deelnamen aan deze onderzoeken. Vandaar dat het initiële beleid bij patiënten met faryngotonsillitis gericht is op een klinische beoordeling van ernstig ziek-zijn en het schatten van het risico op complicaties.
Ernstig ziek-zijn wordt omschreven als forse algemene ziekteverschijnselen, een abnormaal beloop van de ziekte, of een combinatie van ernstige klachten en bevindingen bij lichamelijk onderzoek, zoals problemen bij het openen van de mond en kwijlen. Alleen de aanwezigheid van hevige keel- en slikklachten is dus onvoldoende reden voor het geven van een antibioticum.
Overigens is niet ieder verhoogd risico op complicaties een indicatie voor het voorschrijven van antibiotica. Doorslaggevend hierbij zijn de aard en ernst van een immuunstoornis, de mate van ziek-zijn, de algemene conditie en leeftijd, en het eerdere beloop van soortgelijke infecties zonder antibiotica.
Het antibioticumgebruik bij patiënten met acute keelpijn in Nederland is hoger dan nodig en de standaard geeft suggesties om het gebruik daarvan te beperken. Het is zinvol om te vragen naar de verwachtingen van de patiënt. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat patiënten minder vaak een antibioticum wensen dan de arts vermoedt. Daarnaast is aangetoond dat de patiënt zonder een antibioticum vaak tevreden is, mits hij of zij goed geïnformeerd wordt.

KEUZE VOOR ANTIBIOTICUM

Als bij een patiënt met acute faryngotonsillitis het gebruik van een antibioticum geïndiceerd is, is de keuze voor een smalspectrumpenicilline (feneticilline of fenoxymethylpenicilline) onveranderd. Bij het vermoeden van een peritonsillair infiltraat is amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 7 dagen echter het aangewezen antibioticum. De reden is dat de verwekkers bij een peritonsillair abces verschillen van die bij faryngotonsillitis, en dat amoxicilline/clavulaanzuur, in tegenstelling tot feneticilline, effectief is tegen anaerobe en bètalactamaseproducerende bacteriën.
Conform de richtlijn 'Groep A-streptokokkeninfectie' van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding is overigens de indicatie voor een 10-daagse kuur met een smalspectrumpenicilline vervallen. De reden voor deze langere kuurduur was de overweging dat daarmee een hoger percentage van de streptokokken geëradiceerd zou worden. De klinische betekenis daarvan is echter onduidelijk. Bij ernstig immuungecompromitteerde patiënten en bij patiënten met acuut reuma die inmiddels gedurende een periode van 5-20 jaar penicillineprofylaxe hebben gehad, raadt de standaard aan het beleid bij een nieuwe episode van acute keelpijn af te stemmen met de desbetreffende specialist. Daarbij kan de lengte van een eventuele kuur worden besproken en worden afgestemd hoe te handelen als iemand in de naaste omgeving keelpijn krijgt.

OVERIGE MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De standaard ontraadt het gebruik van vrij verkrijgbare zuigtabletten met een NSAID vanwege de mogelijke systemische opname en de daaraan verbonden risico's van renale, cardiale en gastro-intestinale bijwerkingen.

TOT SLOT

Nog steeds is keelpijn een frequent voorkomende en meestal onschuldige klacht. De NHG-standaard 'Acute keelpijn' is aangepast aan de recentste inzichten en geeft de huisarts handvatten voor een adequate diagnostiek en

behandeling. Voor het praktische handelen van de huisarts is waarschijnlijk de opvallendste verandering dat patiënten met een peritonsillair infiltraat behandeld kunnen worden met amoxicilline/clavulaanzuur, waarna frequente controle echter noodzakelijk is.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 29 juli 2015

De werkgroep NHG-Standaard Acute keelpijn bestond uit: dr. Carien F. Dagnelie, huisarts; drs. Egbert de Jongh, arts; Willy H. Lemmen, huisarts; dr. Wim Opstelten, huisarts; Martijn Pos, huisarts in opleiding; dr. Birgit K. van Staaij, huisarts; dr. Sjoerd Zwart, huisarts.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9456

KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9456