

RATIONEEL GEBRUIK VAN ANTIBIOTICA BIJ ACUTE LUCHTWEG-INFECTIES IN DE EERSTE LIJN: EEN UPDATE

In de Folia van oktober 2004 verscheen een themanummer over het rationele gebruik van antibiotica bij acute luchtweginfecties in de eerste lijn, met een update in de Folia van september 2005. Op basis van recente gegevens wordt er in dit artikel aan herinnerd dat antibiotica in principe niet aangewezen zijn voor de behandeling in de eerste lijn van infecties van de bovenste luchtwegen, bacteriële conjunctivitis en hoest. Wat de keuze van het antibioticum bij de behandeling van pneumonie opgelopen buiten het ziekenhuis (*Community Acquired Pneumonia* of CAP) betreft, zijn de aanbevelingen voor de Belgische situatie niet gewijzigd: in principe blijft amoxicilline in hoge dosis (3 g p.d. gedurende 8 dagen) de eerste keuze.

Zoals ook benadrukt in de laatste sensibilisatiecampagne over antibiotica, uitgevoerd in 2004-2005 door de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC), zijn antibiotica niet doeltreffend bij de behandeling van verkoudheid, acute bronchitis en griep, en rationeel gebruik van antibiotica blijft een prioriteit in de strijd tegen de toenemende antibioticaresistentie. Dit artikel is een update van ons themanummer in de Folia van oktober 2004 en ons artikel in de Folia van september 2005.

Antibiotica bij infecties van de bovenste luchtwegen

In meerdere gerandomiseerde gecontroleerde studies en in meta-analyses was reeds aangetoond dat bij benigne aandoeningen van de bovenste luchtwegen zoals acute rhinosinusitis en acute middenoorontsteking (tenzij bij zeer jonge kinderen), antibiotica slechts een geringe verbetering geven, en systematisch gebruik ervan is dan ook niet gerechtvaardigd. In een meta-analyse [*Brit Med J* 2006;333:279-81] en een gerandomiseerde gecontroleerde studie [*Brit Med J* 2006;333:321-4] wordt nogmaals bevestigd dat de plaats van antibiotica in de behandeling in de eerste lijn van acute purulente rhinitis en van acute bacteriële conjunctivitis beperkt is. Volgens de auteur van een bijbehorend editoriaal [*Brit Med J* 2006;333:311-2] is het "uitgesteld voorschrift" van antibiotica [n.v.d.r.: d.w.z. het meegeven van een voorschrift dat enkel gebruikt wordt wanneer na enkele dagen geen verbetering optreedt], een manier om onnodig gebruik van antibiotica tegen te gaan. Dit is ook het besluit van een studie over gebruik van het "uitgesteld voorschrift" bij acute middenoorontsteking, die recent verscheen in de *JAMA* [2006;296:1235-41, met editoriaal *JAMA* 2006; 296:1290-1]. Sommigen verkiezen echter de patiënt goed te informeren over de alarmsymptomen, en hem aan te moedigen om opnieuw contact op te nemen bij verergering of onzekerheid na 48 uur.

Antibiotica bij de behandeling van hoest

Zoals reeds vroeger vermeld in de Folia, bieden antibiotica geen enkel voordeel bij hoest. Een antibiotische behandeling is dan ook niet gerechtvaardigd bij hoest ten gevolge van acute bronchitis, behalve bij risicopatiënten (bv. immunogedepriëerden). Ook zijn antibiotica in principe nooit aangewezen bij acute tracheïtis, behalve in geval van difterie. Uit een cohortstudie, uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk bij schoolkinderen met een hardnekkige hoest

gedurende minstens 14 dagen (n=172), blijkt dat 37,2 % van hen recent een infectie met *Bordetella pertussis* doormaakten, en dit ondanks het feit dat de meesten onder hen ingeënt waren tegen kinkhoest [*Brit Med J* 2006;333:174-7]. Hoewel bepaalde antibiotica (azithromycine of clarithromycine) doeltreffend zijn voor de eradicatie van *Bordetella pertussis*, is het zeker niet bewezen dat een antibiotische behandeling, gestart twee weken na het begin van de infectie, de ernst en de duur van de symptomen alsook de kiemoverdracht vermindert. Bij aanwezigheid van een hardnekkige hoest lijkt het echter nuttig de diagnose van kinkhoest te overwegen om andere onderzoeken en onnodige behandelingen te vermijden. [In verband met de behandeling van hoest verwijzen we naar het Repertorium 2006, blz. 133 en de Folia van december 2002].

Antibiotica bij pneumonie opgelopen buiten het ziekenhuis (Community Acquired Pneumonia of CAP)

Hoewel er geen gerandomiseerde placebo-gecontroleerde studies beschikbaar zijn over de behandeling van CAP, is er consensus dat een antibiotische behandeling dient gestart te worden zodra de diagnose gesteld is. Er zijn zeer weinig vergelijkende studies tussen de verschillende antibiotica beschikbaar, en het is moeilijk een uitspraak te doen in verband met de superioriteit van een bepaald antibioticum ten opzichte van een ander. De keuze van het antibioticum zal dan ook meestal empirisch gebeuren. Op basis van de epidemiologische gegevens over de resistentie in België, zijn de aanbevelingen betreffende de keuze van het antibioticum bij de behandeling in de eerste lijn van CAP, niet gewijzigd.

- Amoxicilline, in een dosis van 3 g per dag in 3 giften, blijft de eerste keuze gezien pneumokokken de meest frequente oorzaak zijn, en soms aan de basis liggen van een ernstige invasieve infectie.
- Associatie van clavulaanzuur aan amoxicilline heeft geen enkel nut om de resistentie van pneumokokken tegen amoxicilline tegen te gaan, en het risico van infectie door *H. influenzae* resistent tegen β -lactamantibiotica is bij volwassenen zonder comorbiditeit zeer gering. Gebruik van deze associatie bij CAP is dan ook enkel gerechtvaardigd bij bejaarden of patiënten met co-morbiditeit (bv. COPD).
- Macroliden en tetracyclines zijn geen eerste keuze gezien de toenemende resistentie van pneumokokken tegen deze antibiotica. Bij vermoeden van atypische pneumonie dient evenwel een neomacrolide geassocieerd te worden aan amoxicilline.
- Recentere antibiotica zoals de nieuwe chinolonen (levofloxacin en moxifloxacin) en de ketoliden worden evenmin aanbevolen in de eerste lijn; deze chinolonen kunnen wel gebruikt worden in geval van IgE-gemedieerde allergie aan β -lactamantibiotica.
- Cefuroxim axetil is zeker geen eerste keuze, maar kan een alternatief zijn in geval van IgE-gemedieerde allergie aan penicillines.

Hoewel er geen gerandomiseerde studies bestaan over de optimale duur van de antibiotische behandeling bij CAP, wordt deze meestal 8 dagen gegeven, in ieder geval tot minstens 3 dagen na het verdwijnen van de koorts.

De aanbevelingen van BAPCOC betreffende acute infecties van de lage luchtwegen bij de volwassene, zijn onlangs gepubliceerd en zullen kunnen geraadpleegd worden via www.health.fgov.be/antibiotics