

## AANPAK IN DE EERSTE LIJN VAN ACUTE DIARREE BIJ HET KIND

De meeste gevallen van acute diarree bij het kind evolueren spontaan gunstig en behoeven geen medicamenteuze behandeling. In de eerste lijn is echter wel rehydratatie noodzakelijk bij het kind dat dreigt te dehydrateren of dat al tekenen van dehydratie vertoont. Hiervoor wordt bij voorkeur geopteerd voor een orale rehydratieoplossing met lage osmolaliteit. Antibiotherapie is slechts in uitzonderlijke gevallen gerechtvaardigd. Antidiarrea zoals loperamide en adsorbentia worden niet aanbevolen.

Acute diarree bij het kind is een probleem waarvoor artsen en apothekers in de eerste lijn zeer dikwijls worden geraadpleegd, en waarbij de aanpak soms berust op overtuigingen en niet onderbouwde conventionele maatregelen. Acute diarree wordt gekenmerkt door plots en frequenter optreden van dunnere ontlasting (minstens 3 x/dag gedurende meer dan 24 uur). De oorzaak van acute diarree is meestal viraal, en er is meestal een spontane gunstige evolutie, op voorwaarde dat er wordt op toegezien dehydratie te vermijden. Men dient ook oplettend te zijn voor symptomen zoals de aanwezigheid van bloed in de stoelgang wat kan wijzen op een ernstigere aandoening. De aanpak van acute diarree werd reeds besproken in de Folia van augustus 2005. Dit artikel handelt specifiek over de aanpak in de eerste lijn van acute diarree bij het kind, op basis van o.a. de aanbevelingen van het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (april 2009) [via [www.nice.org.uk/guidance/CG84](http://www.nice.org.uk/guidance/CG84)] en de aanbevelingen van BAPCOC over gastro-enteritis (in voorbereiding). De aanpak van reizigersdiarree wordt hier niet besproken.

### Evaluatie van de hydratietoestand bij het kind

Zuigelingen en jonge kinderen behoren tot de groepen met verhoogd risico van dehydratie. Dehydratie kan een ernstige verwikkeling vormen van acute diarree, en het is dan ook

belangrijk de klinische tekenen van dehydratie niet te onderschatten.

- Matige dehydratie bij het kind wordt gekenmerkt door o.a. prikkelbaarheid, agitatie, diepliggende ogen, afwezigheid van tranen, mond- en tongdroogte, dorstgevoel, oligurie (droge luiers), traag verstrijkende huidplooi en capillaire refill op 2 à 3 seconden.
- Een ernstige dehydratie bij het kind wordt gekenmerkt door o.a. een lethargische toestand, een staande huidplooi, tachycardie, capillaire refill op meer dan 3 seconden.

### Dieetadviezen

Er wordt over het algemeen aanbevolen meer te drinken, ter compensatie van het vloeistofverlies, en in geval van braken en buikkrampen frequenter kleinere maaltijden te nemen. Er is in principe geen reden om de voedselinname te beperken, behalve tijdens de rehydratieperiode in geval dat er sprake was van dehydratie. In dit geval zal de gewone voeding gedurende de rehydratieperiode van 4 à 6 uren onderbroken worden, en de gewone voeding zal hernomen worden na correctie van de dehydratie. Bij kinderen die borstvoeding krijgen kan de borstvoeding voortgezet worden, ook bij toediening van orale rehydratieoplossingen. Secundaire lactose-intolerantie (d.w.z. volgend op een gastro-enteritis) komt praktisch niet meer voor in de Westerse landen en er is dan ook geen reden om de melkvoeding te verdunnen.

## Orale rehydratieoplossingen

Toediening van een orale rehydratieoplossing is nodig bij tekenen van dehydratie (zie hoger) en ter preventie van dehydratie bij kinderen met verhoogd risico van dehydratie (bij waterige diarree met meer dan 6 ontlastingen/dag, geassocieerd aan braken, alsook bij kinderen met diarree die minder dan 7 kg wegen). In de meeste gevallen is orale rehydratie even doeltreffend als parenterale rehydratie, met minder ongewenste effecten (elektrolytenstoornissen, flebitis...). De standaardoplossing van de WGO (ontwikkeld voor de behandeling van cholera) wordt voor België niet aanbevolen, en er wordt bij voorkeur geopteerd voor een rehydratieoplossing met lage osmolaliteit (bv. Alhydrate®, ORS®, Soparyx®). Toevoeging van suiker of siroop om de smaak te veranderen verhoogt sterk de osmolaliteit en is af te raden. Rehydratieoplossingen mogen niet gebruikt worden voor de bereiding van de melkvoeding. Sport- of energiedranken, limonade (cola ...) en fruitsappen mogen niet gebruikt worden als vervanging van rehydratieoplossingen; ingenomen in grote hoeveelheden kunnen ze door hun hoge osmolaliteit de duur van de diarree verlengen.

Voor de rehydratieoplossingen wordt de volgende posologie aanbevolen:

- ter preventie (bij patiënten met risico van dehydratie): 10 ml/kg per episode van vloeibare ontlasting;
- bij tekenen van dehydratie: 50 à 75 ml/kg, toe te dienen over een periode van 4 à 6 uur, vooral bij braken, in kleine hoeveelheden (lepel per lepel).

## Medicamenteuze behandeling

Bij de aanpak in de eerste lijn van acute diarree bij het kind zijn geneesmiddelen in het algemeen niet noodzakelijk. Voor geen enkel geneesmiddel is duidelijk bewezen dat er een

significant effect is op de evolutie van acute diarree of op de preventie van dehydratie.

- Het voorschrijven van *antibiotica* bij gastro-enteritis is in principe niet gerechtvaardigd in de ambulante praktijk, behalve bij risicopatiënten (bv. immuungedeprimeerden). Bij dysenterie (bloederige en slijmerige diarree) is onderzoek van de stoelgang met coprocultuur noodzakelijk. Zelfs bij bacteriële infectie is de winst van een antibiotherapie beperkt (zie verder).

- Het gebruik van *loperamide* bij het kind wordt in principe afgeraden. In de studies werd een beperkt effect op de duur van de diarree gezien, maar dit bij doses die hoger waren dan de dagelijkse aanbevolen dosis. Men dient ook rekening te houden met de soms ernstige ongewenste effecten van loperamide zoals paralytische ileus, urinaire retentie, lethargie, neurologische stoornissen, respiratoire depressie [zie Folia mei 2005]. Loperamide is gecontra-indiceerd bij kinderen jonger dan 6 jaar, en moet bij oudere kinderen met de grootste voorzichtigheid gebruikt worden.

- De doeltreffendheid van *adsorbentia* bij acute diarree is niet bewezen. Daarenboven zijn deze geneesmiddelen vaak moeilijk aan kinderen toe te dienen.

- De plaats van *probiotica* bij de behandeling van acute diarree is moeilijk te definiëren omwille van de belangrijke heterogeniteit tussen de studies voor wat betreft het gebruikte probioticum, de toegediende dosis en de methodologie van de studie. Voor *Saccharomyces boulardii* wijzen bepaalde studies echter op een beperkt gunstig effect wat betreft het aantal episoden van ontlasting en de duur van de diarree, alsook bij de preventie van diarree door inname van breedspectrumantibiotica. Probiotica veroorzaken weinig ongewenste effecten, maar gevallen van septicemie bij immuungedeprimeerde kinderen zijn beschreven.

## Aanpak van bloederige diarree in de eerste lijn

Bij acute diarree bij het kind is het belangrijk zich te informeren over de eventuele aanwezigheid van bloed in de stoelgang. Hoewel bloederige diarree niet frequent voorkomt bij het kind, kan dit wijzen op een ernstigere aandoening waarbij een specifieke aanpak vereist is. De voornaamste oorzaken van bloederige diarree bij het kind in de ontwikkelde landen zijn bacteriële darminfecties,

inflammatoire darmziekten (vooral > 1 jaar) en specifieke colitis (vooral < 1 jaar). Zelfs bij bacteriële gastro-enteritis is systematische toediening van antibiotica niet gerechtvaardigd, behalve in geval van infecties door *Shigella* (zeldzaam in België) alsook bij immuungeprimeerde kinderen of bij septicemie. In deze gevallen is hospitalisatie vereist. Bij infecties door *Salmonella* kan gebruik van antibiotica de duur van dragerschap verlengen [BMJ 2008; 336:1010-15]

---

## TERUGBETALING IN HOOFDSTUK IV: ADMINISTRatieve VEREENVOUDIGINGEN

Sedert 1 juni 2009 is de procedure voor de aanvraag voor terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen in hoofdstuk IV (*a priori controle*) vereenvoudigd. We trachten in dit artikel deze, nog steeds complexe materie, te verduidelijken.



### Hoofdstuk IV

Voor terugbetaling van geneesmiddelen in hoofdstuk IV reikt de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, indien hij akkoord is, aan de rechthebbende een attest volgens één van de modellen van toelating uit (model “b”, “c”, “d” of “e”). Over welk model het gaat, is vastgelegd in de paragraaf van hoofdstuk IV waartoe het geneesmiddel behoort. Een paragraaf groepeerde de specialiteiten van eenzelfde therapeutische klasse waarvoor dezelfde terugbetalingsvoorwaarden gelden. In principe geldt de toelating slechts gedurende een bepaalde periode.

- Bij de toelatingen van model “b” en “d” kan men voor meerdere, niet vooraf vastgelegde aantallen verpakkingen, terugbetaling genieten. Model “d” heeft een strookje voor de hernieuwing (bv. voor de sartenen). Voor model “b” is er

geen strookje onderaan, en zijn expliciete voorwaarden voor de hernieuwing vastgelegd in de reglementering (bv. voor Zoladex®).

- Bij de toelatingen van model “c” en “e” is het aantal verpakkingen beperkt en vooraf vastgelegd. Voor model “c” wordt voor elke verpakking een apart attest afgeleverd (bv. voor Aclasta®); model “e” is een attest voor een vastgelegd aantal verpakkingen (bv. voor Plavix®).

De paragraaf in hoofdstuk IV waartoe een specialiteit behoort, en het model van de door de adviserend geneesheer afgeleverde toelating kunnen teruggevonden worden via de website van het RIZIV ([www.riziv.fgov.be/drug/nl/drugs/index.htm](http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/drugs/index.htm)), Databanken: Farmaceutische specialiteiten) of, gemakkelijker, via de website van het BCFI ([www.bcfi.be](http://www.bcfi.be), Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium, klikken op het symbool  ter hoogte van de terugbetalingscategorie van een specialiteit). Het paragraafnummer waartoe een specialiteit behoort, vindt men rechts bovenaan de pagina, na klikken op het symbool .