

PLAATS VAN INHALATIETHERAPIE BIJ JONGE KINDEREN IN DE AMBULANTE PRAKTIJK. DEEL 1: BRONCHIOLITIS

- Bronchiolitis, meestal ten gevolge van een RSV-infectie, is een frequente aandoening bij jonge kinderen, die vooral bij zeer jonge kinderen en in aanwezigheid van risicofactoren (o.a. prematuriteit, chronisch longlijden) ernstig kan verlopen.
- De behandeling van bronchiolitis is in de eerste plaats ondersteunend (adequate hydratatie, eventueel zuurstoftoediening). In de ambulante praktijk is het vooral belangrijk kinderen met risicofactoren voor ernstig verlopende bronchiolitis te identificeren, en alarmsymptomen met nood voor doorverwijzing (met al dan niet dringende opname in een spoedgevallendienst) te herkennen.
- Noch bronchodilatoren via inhalatie, noch inhalatiecorticosteroiden hebben een bewezen meerwaarde ten opzichte van placebo.
- Bij kinderen ouder dan 1 jaar is het onderscheid tussen bronchiolitis enerzijds, en viraal-geïnduceerde wheezing of vroegtijdig astma anderzijds, vaak moeilijk; bij deze laatste groepen van kinderen zijn bronchodilatoren via inhalatie, en soms ook inhalatiecorticosteroiden wel aangewezen.

In dit artikel wordt de plaats in de ambulante praktijk besproken van inhalatietherapie (corticosteroiden, bronchodilatoren) bij bronchiolitis bij jonge kinderen. Andere behandelingen dan inhalatietherapie komen slechts kort aan bod. In een volgend nummer van de Folia zal aandacht besteed worden aan de plaats in de ambulante praktijk van inhalatietherapie (corticosteroiden, bronchodilatoren) bij wheezing bij jonge kinderen (tot 5 jaar).

Bij jonge kinderen is het zeer belangrijk, onafhankelijk van het feit of er een medicamenteuze behandeling wordt ingesteld, een rustgevende omgeving te creëren, en als zorgverlener of ouder geen stress op het kind over te dragen die de symptomen in belangrijke mate kan doen toenemen.

- Bronchiolitis is een aandoening bij jonge kinderen (vooral onder de leeftijd van 1 jaar, meest frequent tussen 3 en 6 maanden) die start als een gewone verkoudheid, maar binnen de 3 tot 5 dagen kan evolueren tot een ernstiger beeld: hevig hoesten, ademha-

lingsmoeilijkheden, moeilijk drinken, prikkelbaarheid, wheezing en/of crepitaties en – bij zeer jonge kinderen – apneu; zeker bij de zeer jonge kinderen en in aanwezigheid van risicofactoren (zie Tabel 1) kan de ziekte ernstig verlopen. Bronchiolitis wordt meestal veroorzaakt door het Respiratoir Syncytiaal Virus (RSV). De hoest verdwijnt bij 90% van de kinderen binnen de 3 weken.

- Er is geen oorzakelijke behandeling voor bronchiolitis. De behandeling is ondersteunend (adequate hydratatie, eventueel zuurstoftoediening).

- De aanpak van bronchiolitis in de ambulante praktijk is gericht op diagnose, identificeren van kinderen met risicofactoren voor ernstig verlopende bronchiolitis (zie Tabel 1), en herkennen van alarmsymptomen met nood voor doorverwijzing (met al dan niet dringende opname in een spoedgevallendienst, eventueel contacteren van noodnummer 112) (zie Tabel 2). Als beslist wordt om “voorzichtig af te wachten”, moeten ouders geïnformeerd worden over hoe ze verergering kunnen herkennen (zie Tabel 3).

Tabel 1. Belangrijke risicofactoren voor ernstig verlopende bronchiolitis (bron: NICE)

- Chronisch longlijden (met inbegrip van bronchopulmonaire dysplasie).
- Hemodynamisch significant congenitaal hartlijden.
- Leeftijd < 3 maanden.
- Prematuriteit, in het bijzonder < 32 weken zwangerschap.
- Neuromusculaire aandoeningen.
- Immunodeficiëntie.

Tabel 2. Alarmsymptomen en criteria voor onmiddellijke ziekenhuisopname (Bron: NICE)

- Apneu.
- Slechte algemene toestand.
- Ernstige ademhalingsmoeilijkheden (bv. meer dan 70 ademhalingen per minuut).
- Centrale cyanose.
- Zuurstofsaturatie < 92%.

Tabel 3. Signalen die wijzen op verslechtering (Bron: NICE)

- Moeilijke ademhaling (bv. neusvleugelademen).
- Verminderde vochtinname (50 à 75% van de normale inname) of verminderde urine-afscheiding (bv. geen natte pampers gedurende 12 uur).
- Apneu of cyanose.
- Uitputting (bv. kind antwoordt niet op de normale stimuli, of wordt enkel wakker na langdurige stimuli).

- In klinische studies bij kinderen met bronchiolitis kon noch voor bronchodilatoren via inhalatie noch voor inhalatiecorticosteroiden een duidelijke meerwaarde worden aangetoond ten opzichte van placebo in termen van symptoomverbetering, prognose, of kans op of duur van hospitalisatie. Deze be-

handelingen hebben dan ook geen plaats in de ambulante aanpak van bronchiolitis.

- Bij oudere kinderen (met name deze ouder dan 1 jaar) is het vaak moeilijk een onderscheid te maken tussen bronchiolitis enerzijds, en viraal-geïnduceerde wheezing of vroegtijdig astma anderzijds. Een diagnose van viraal-geïnduceerde wheezing of vroegtijdig astma is waarschijnlijker bij persoonlijke of familiale antecedenten van atopie, wheezing zonder crepitations, of recidiverende episoden van wheezing; bij deze kinderen hebben bronchodilatoren via inhalatie en soms ook inhalatiecorticosteroiden wel een plaats (zie het artikel "Inhalatietherapie bij jonge kinderen in de ambulante praktijk. Deel 2: wheezing" dat zal verschijnen in een volgend nummer van de Folia).

- Andere behandelingen dan inhalatietherapie.
- Er is geen plaats voor behandeling met antibiotica (tenzij bij bacteriële surinfectie), voor antitussiva (gecontra-indiceerd) of voor kinesiotherapie.
- Palivizumab heeft een beperkte plaats in de preventie van RSV-infectie, met name bij bepaalde hoogrisicokinderen (prematuuriteit, cardiopathie, zuurstofnood onder 2 jaar). De terugbetaling (in hospitaalmilieu) is onderworpen aan strikte voorwaarden.

Belangrijke referenties

- NICE Clinical Guidance NG9 (2015), via www.nice.org.uk/guidance/ng9;
- BAPCOC: Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk (2012): « Bronchiolitis »;
- *La Revue Prescrire* 2015;35:770-1;
- *NEJM* 2016;374:62-72 (doi:10.1056/NEJMra1413456)