

NHG: plaats antibiotica bij rhinosinusitis is beperkt

Internationaal werd het gebruik van xylometazoline al afgeraden bij kinderen jonger dan 2 jaar. De herziene NHG-Standaard *Acute rhinosinusitis* volgt dit advies vanwege een beperkt effect en ernstige bijwerkingen. En antibiotica zijn niet langer geïndiceerd bij klachten die meer dan veertien dagen aanhouden en evenmin bij recidieven.

Auteur **Cindy Reinders**

Geef geen xylometazoline meer aan kinderen jonger dan 2 jaar. Dat staat in de onlangs herziene NHG-Standaard *Acute rhinosinusitis*. Deze volgt daarmee het advies van de FDA, die dit sinds 2008 al ontraadt en met een rapport zal komen over de veiligheid bij oudere kinderen. In Groot-Brittannië is gebruik al niet meer toegestaan bij kinderen van 2 tot 5 jaar.

Waarom deze beperkingen voor het gebruik van decongestieve neusdruppels? Het effect op de duur van de klachten of op de pijn is niet aangetoond en ze kunnen zeldzame, maar ernstige, bijwerkingen geven.

Opmerkelijk, vindt apotheker Ingrid Heijboer-Vinks, werkzaam bij Aporatio adviesbureau apotheken en lid van de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie. “Mijn ervaring is dat xylometazoline toch echt symptoomverlichtend werkt, en dat dat als zeer prettig wordt ervaren.” De bijwerkingen waarvoor de standaard waarschuwt – prikkelbaarheid, slapeloosheid, sufheid, bradycardie, apneu, hypothermie, convulsie en coma – kent Heijboer niet vanuit de praktijk. Wel herinnert zij zich een 8-jarige jongen die salbutamol gebruikte en hartkloppingen kreeg toen hij daarnaast xylometazoline-neusspray gebruikte. “Dit kon ik verklaren doordat beide middelen deze bijwerking kunnen geven.”

Wanneer een kind jonger dan 2 door een verstopte neus slecht drinkt en daardoor mogelijk dehydrateert, kan dit wel een reden zijn om toch een decongestivum te geven.

Bij kinderen tussen 2 en 6 jaar ontraadt de standaard het gebruik ervan niet, maar adviseert wel terughoudendheid: alleen als fysiologisch zout onvoldoende helpt en symptoombestrijding erg is gewenst. Zo vindt Heijboer een xylometazoline-spray geoorloofd als kinderen slecht slapen en daardoor eerder achteruit, dan vooruit gaan.

Acuut

Het beleid in de herziene standaard gaat alleen over rhinosinusitis met klachten die maximaal twaalf weken aanhouden. Daarom is ‘acute’ toegevoegd aan de naam van de standaard. Klachten die langer bestaan, hebben waarschijnlijk een andere oorzaak. Het NHG verwijst daarvoor naar de standaard *Allergische en niet-allergische rhinitis*.

Bij de behandeling van een acute rhinosinusitis is adequate pijnstilling belangrijk. Heijboer: “In de praktijk zie ik nog vaak weerstand van patiënten om enkele dagen consequent viermaal daags 1000 mg paracetamol te nemen. Dat moeten we veranderen.”

Voor antibiotica is nog beperkt plaats. Door de toegenomen resistentie, de kans op maagdarmlaatsen en op een mogelijke allergische reactie, vertelt Heijboer. “Daarbij komt dat in twee derde van de gevallen een virus de veroorzaker is en antibiotica geen effect hebben. Het standpunt dat als het snot groen is, het een bacteriële infectie betreft, is verlaten.” Is iemand met rhinosinusitis ernstig ziek, dan is een antibioticum geïndiceerd. De huisarts kan het gebruik daarvan overwegen bij patiënten met een verminderde afweer, bij koorts langer dan vijf dagen of als de koorts terugkeert na een aantal koortsvrije dagen. Maar niet meer bij recidiverende acute rhinosinusitis en wanneer de klachten na veertien dagen niet afnemen.

Amoxicilline blijft het eerstekeusantibioticum. Doxycycline niet meer, dat is voortaan het tweedekeusmiddel en

DOXYCYCLINE: NU TWEEDE KEUS EN ALTERNATIEF BIJ PENICILLINE-ALLERGIE

Verwijs bij alarmsymptomen

Een patiënt met acute rhinosinusitis heeft last van de volgende symptomen: rhinorroe of een verstopte neus en ten minste één ander symptoom van neus of bijholten, zoals pijn of druk in het aangezicht en verminderde reuk. De pijn kan verergeren bij bukken en voelbaar zijn in tanden en kiezen. Deze symptomen duren maximaal twaalf weken. Kinderen hebben daarnaast vaak last van hoesten, overdag of 's nachts.

De huisarts moet de patiënt doorverwijzen als alarmsymptomen optreden: visusstoornissen, pijn aan één oog, een rood of gezwollen ooglid, frontale zwelling, ernstige hoofdpijn, misselijkheid en braken, en neurologische symptomen (uitval, epileptisch insult). Dan is mogelijk sprake van een uitbreiding van een infectie buiten de sinus.

het alternatief bij een penicilline-allergie, behalve bij zwangeren en kinderen jonger dan 8 jaar. Bij hen adviseert de standaard cotrimoxazol. Het kind moet wel ouder zijn dan een maand en cotrimoxazol mag niet samengaan met een coumarine, fenytoïne of methotrexaat. En voor zwangeren in het eerste trimester geldt: foliumzuur ernaast gebruiken. Gebruik in het derde trimester geschiedt alleen op strikte indicatie. Bij gebruik vlak voor de bevalling zou cotrimoxazol in theorie de kans kunnen verhogen op hyperbilirubinemie bij de neonat.

De keuze voor de antibiotica is vooral gebaseerd op de resistentie voor de bacterie *Streptococcus pneumoniae* (zie tabel). Heijboer: “Dit is de meest invasieve bacterie die vooral

resistent is voor erytromycine en azitromycine.” Daarom is voor macroliden geen plaats meer bij de behandeling van acute rhinosinusitis.

Corticosteroiden

Houden de klachten langer dan veertien dagen aan of treden vaak recidieven op, dan kan de huisarts een corticosteroïde-neusspray overwegen. Een klinisch relevant effect is echter volgens het NHG niet overtuigend aangetoond. Heijboer:

“Maar soms wil iemand toch echt iets hebben als xylometazoline niet meer mag en een antibioticum ook niet.”

Het betreft dan wel off-labelgebruik. Geen van de vijf beschikbare corticosteroiden voor nasaal gebruik is geregistreerd voor recidiverende acute rhinosinusitis.

De standaard spreekt een voorkeur uit voor budesonide of fluticasonpropionaat omdat deze de goedkoopste zijn en niet van de andere verschillen in effectiviteit.

Zelfzorg

Patiënten met rhinosinusitis komen met zelfzorgvragen in de apotheek. Heijboer: “Voor de assistenten is het goed om op de hoogte te zijn van het aangepaste beleid van xylometazoline bij kinderen, van de patiënten die in aanmerking komen voor antibiotica en van de alarmsymptomen (zie kader), zodat ze weten wanneer door te verwijzen naar een arts.”

Tot slot wil Heijboer nog kwijt dat ze zich stoort aan het advies van het NHG om een fysiologische zoutoplossing zelf te maken. “Veel mensen beschikken over een onnauwkeurige weegschaal waardoor een pijnlijke hypo- of hypertone oplossing kan ontstaan. En dan hebben we het nog niet over hoe ze die toedienen en bewaren. Zelf bereiden door patiënten thuis moeten we niet willen.” ■

Keuze voor antibiotica vooral gebaseerd op resistentie voor bacterie *S. pneumoniae*

antibioticum	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>
amoxicilline	1,3%	14,4%	83,0%		
amoxicilline + clavulaanzuur	1,1%	4,5%	1,3%	1,4%	
penicilline (smalspectrum)	2,5%	*	ongeschikt	72,5%	0,0%
doxycycline	9,4%	3,4%	2,5%	4,6%	14,5%
cotrimoxazol	8,3%	18,7%	10,0%	2,9%	20,6%
erytromycine	10,9%	** [circa 75%]	20,0%	8,9%	4,6%
azitromycine	13,5%	**	15,6%		
flucloxacilline				1,4%	***

* te weinig bewijs voor effectiviteit van het antibioticum bij de behandeling van betreffende verwekker

** de gevoeligheid voor alle macroliden kan worden afgeleid van de gevoeligheid voor erytromycine. Macroliden zijn ongeschikt voor de empirische behandeling van luchtweginfecties waarbij *H. influenzae* een belangrijke verwekker is

*** de gevoeligheid van groep-A-streptokokken voor bètalactam-antibiotica kan worden afgeleid van de gevoeligheid voor penicilline; %R is 0,0 (0,0-0,1)