



ANTIBIOTICA VOOR ACUTE HOEST: TIJD VOOR ACTIE?

SAMUEL COENEN IS ASPIRANT VAN HET FONDS VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK VLAANDEREN AAN HET CENTRUM VOOR HUISARTSGENEESKUNDE VAN DE UNIVERSITEIT ANTWERPEN.

In dit nummer van Huisarts Nu vindt u de aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: acute hoest. De publicatie valt mooi samen met de traditionele toename van het aantal consultaties voor luchtweginfecties in het najaar. Bovendien heeft deze aanbeveling een belangrijke doelstelling gemeen met de nationale media-campagne 'Red de antibiotica' waarvan de inmiddels derde editie binnenkort wordt aangekondigd. Desalniettemin is de beschikbare evidentie voor de diagnostiek en de therapie bij acute hoestklachten beperkt en kan men zich de vraag stellen of het nu inderdaad wel het goede moment is om deze aanbeveling te publiceren?

Vooreerst werd geopteerd om aanbevelingen te ontwikkelen over veel voorkomende klachten zoals bijvoorbeeld acute keelpijn, en niet over diagnoses zoals een streptokokken pharyngitis of bij acute hoest, een bronchitis¹. Deze diagnoses zijn in de huisartsenpraktijk met weinig zekerheid te stellen; aanbevelingen hierover zijn bijgevolg minder bruikbaar². Acute hoest is overigens de meest voorkomende reden om een huisarts te consulteren. Alleen al om die reden werd reeds bij de eerste uitgave van de NHG-standaarden de noodzaak van een richtlijn over hoesten vermeld³. In de Standaard 'Hoesten' waaraan momenteel nog wordt gewerkt, is het doelmatiger gebruik van antibiotica bovendien ook één van de objectieven. In de huisartsenpraktijk is een luchtweginfectie de meest waarschijnlijke diagnose bij acute hoestklachten. Precies daarvoor dienen antibiotica minder vaak en beter te worden voorgeschreven. Hoewel in Nederland minder antibiotica worden voorgeschreven en er minder resistentie is onder luchtwegpathogenen dan in België, zijn ook daar vermoedelijk slechts de helft van de antibioticumvoorschriften voor luchtweginfecties geïndiceerd⁴. Er is verder immers voldoende evidentie dat bij verkoudheden, keelpijn en ook bij acute (productieve) hoest of acute bronchitis de voordelen van antibiotica meestal erg beperkt zijn⁵⁻⁸. En ten slotte wegen de eventuele voordelen niet op tegen de nadelen. Onder nadelen verstaan we niet alleen de neveneffecten, maar eveneens de medicalisering van acute hoestklachten en vooral de toename van de bacteriële resistentie en de kostprijs van de duurdere nieuwe antibiotica⁹. Eenmaal antibiotica gekregen voor hoestklachten, is het logisch dat de patiënt bij een volgende episode telkens opnieuw antibiotica verwacht. Maar na iedere antibioticumkuur neemt bij hem en de mensen uit zijn omgeving de kans op dragerschap en infecties met resistente bacteriën toe.

Huisartsen dienen om te gaan met diagnostische onzekerheid bij acute hoestklachten. Zo is het niet alleen moeilijk om infectieuze van niet-infectieuze oorzaken van acute hoest te onderscheiden. Ook bij vermoeden van een luchtweginfectie is het in de praktijk vaak niet haalbaar het onderscheid te maken tussen een virale en een bacteriële infectie, tussen een infectie van de bovenste en de onderste luchtwegen of tussen bijvoorbeeld een bronchitis en een pneumonie. Het met zekerheid identificeren van patiënten die baat hebben bij een antibioticum is al evenmin te realiseren. Deze diagnostische onzekerheid betekent onvermijdelijk dat andere, niet-medische factoren de beslissing om al dan niet antibiotica voor te schrijven, beïnvloeden¹⁰. Zonder dat ze de aard van de ziekte bepalen, spelen onder meer de verwachtingen van de patiënt en de inschatting hiervan door de huisarts een belangrijke rol¹¹⁻¹⁴. Ook het niet willen compromitteren van de arts-patiëntrelatie leidt kennelijk tot meer voorschrijven van een antibioticum¹⁵. Uit eigen onderzoek bleek dat huisartsen liever antibiotica voorschrijven waar het niet hoeft, dan geen antibiotica voor te schrijven waar achteraf blijkt dat het wel nodig was. Nodig betekent hier niet alleen 'noodzakelijk' om patiënten te genezen, maar ook om te vermijden ze te verliezen aan niet-ingeloste verwachtingen of gemiste ernstige ziekten¹⁶. Bovendien blijkt de inschatting door de huisarts van de patiëntverwachtingen niet altijd te stroken met de werkelijke verwachtingen van de patiënt^{14,17}.



Niettegenstaande de beschreven diagnostische onzekerheid biedt deze aanbeveling huisartsen toch het nodig houvast om op een haalbare en veilige manier hun voorschrijfgedrag bij acute hoestklachten te optimaliseren. De praktische haalbaarheid van de aanbeveling acute hoest is getoetst in verschillende LOK's. Naast deze klasieke toetsing is ook een RCT uitgevoerd om na te gaan of de aanbeveling acute hoest het voorschrijven van antibiotica kan optimaliseren, zonder dat dit ten koste gaat van de patiënt¹⁸. De interventie focuste op de niet-medische factoren die het voorschrijven beïnvloeden. De doelstellingen zoals geformuleerd voor de nationale campagne 'Antibiotica, minder vaak en beter' werden op die manier bereikt. De huisartsen in de interventiegroep schreven significant minder antibiotica voor na onze interventie. Deed de arts dat na de interventie toch, dan gebeurde dat veel beter en goedkoper: minder macroliden, cefalosporines of combinaties van amoxicilline en clavulaanzuur ten voordele van amoxicilline en doxycycline. Vanuit het perspectief van het RIZIV bedroeg de gemiddelde medicatiekost € 6 minder per patiënt. Minder en andere antibiotica gingen niet ten koste van de duur tot symptoomresolutie bij hun patiënten.

Bij de beslissing al dan niet antibiotica voor te schrijven bestaat er een belangrijke interactie tussen arts en patiënt. Interventies die een doelmatiger gebruik van antibiotica beogen, dienen zich wellicht zowel op de voorschrijvers als op de gebruikers te richten. Zowel de nationale campagne als onze interventie op basis van de aanbeveling acute hoest blijken tot op heden geen blijvend effect te hebben. Het lijkt ons daarom erg raadzaam beide initiatieven te herhalen en zelfs te combineren, om de doeltreffendheid van antibiotica voor de toekomstige gezondheidszorg te vrijwaren.

Samuel Coenen

(met dank aan prof. dr. Paul Van Royen)

Literatuur

- 1 DE MEYERE M, MATTHYS J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Acute keelpijn. *Huisarts Nu* 1999;5:193-201.
- 2 COENEN S, VAN ROYEN P, DENEKENS J. Diagnosis of Acute Bronchitis [see reply]. *J Fam Pract* 1999;48:741-2.
- 3 RUTTEN G, THOMAS S. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 4 COENEN S, KUYVENHOVEN M, BUTLER C, VAN ROYEN P, VERHEIJ T. Variation in European antibiotic use [letter]. *Lancet* 2001;358:1272.
- 5 ARROLL B, KENEALY T. Antibiotics for the common cold. In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
- 6 DEL MAR C, GLASZIOU P, SPINKS A. Antibiotics for sore throat. In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
- 7 FAHEY T, STOCKS N, THOMAS T. Quantitative systematic review of randomised controlled trials comparing antibiotic with placebo for acute cough in adults. *BMJ* 1998;316:906-10.
- 8 SMUCNY J, FAHEY T, BECKER L, GLAZIER R, MCISAAC W. Antibiotics for acute bronchitis. In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
- 9 BUTLER C, ROLLNICK S, KINNERSLEY P, JONES A, STOTT N. Reducing antibiotics for respiratory tract symptoms in primary care: consolidating 'why' and considering 'how'. *Br J Gen Pract* 1998;48:1865-70.
- 10 FAHEY T. Antibiotics for respiratory tract symptoms in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:1815-6.
- 11 LITTLE P, WILLIAMSON I, WARNER G, GOULD C, GANTLEY M, KINMONTH AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997;314:722-7.
- 12 MACFARLANE J, HOLMES W, MACFARLANE R, BRITTON N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ* 1997;315:1211-4.
- 13 COCKBURN J, PIT S. Prescribing behaviour in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations - a questionnaire study. *BMJ* 1997;315:520-3.
- 14 BRITTON N, UKOUMUNNE O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ* 1997;315:1506-10.
- 15 BUTLER CC, ROLLNICK S, PILL R, MAGGS-RAPPORT F, STOTT N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-42.
- 16 COENEN S, VAN ROYEN P, VERMEIRE E, HERMANN I, DENEKENS J. Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis. *Fam Pract* 2000;17:380-5. Ook gepubliceerd als: COENEN S, VAN ROYEN P, VERMEIRE E, HERMANN I, DENEKENS J. Antibiotica bij hoestklachten in de huisartsenpraktijk: een kwalitatief beslis kundig onderzoek. *Huisarts Nu* 2001;30:390-7.
- 17 DOSH S, HICKNER J, MAINOUS AI, EBELL M. Predictors of antibiotic prescribing for non-specific upper respiratory tract infections, acute bronchitis, and acute sinusitis. *J Fam Pract* 2000;49:407-14.
- 18 COENEN S, VAN ROYEN P, MICHIELS B, DENEKENS J. Promotion of rational antibiotic use in Flemish general practice: implementation of a guideline for acute cough [abstract]. *Prim Care Respir J* 2002;11:56.