



Leidt minder snel antibiotica voorschrijven voor lage luchtweginfecties tot meer hospitalisaties?

Referentie

Little P, Stuart B, Smith S, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. *BMJ* 2017;357:j2148. DOI: 10.1136/bmj.j2148

Duiding

Niels Adriaenssens, Centrum voor huisartsgeneeskunde, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), Universiteit Antwerpen

Minerva besteedde reeds veel aandacht aan het beperkte nut van antibiotica voor de behandeling van luchtweginfecties (rhinosinusitis, keelpijn, OMA, lage luchtweginfecties) (1-21). Ook methoden om het antibioticumgebruik te beperken kwamen meermaals aan bod. Zo had een uitgesteld antibioticumvoorschrift geen negatieve invloed op de ernst en de duur van klachten van een acute lage luchtweginfectie (22-27) of van otitis media acuta (28,29). Zowel het geven van geschreven informatie aan de ouders van kinderen met een bovenste luchtweginfectie (30) als een trainingsprogramma voor huisartsen over shared decision-making bestaande uit een online module en een interactieve workshop (31) deden respectievelijk het gebruik van antibiotica dalen en de keuze van patiënten voor antibiotica in de behandeling van acute luchtweginfecties op korte termijn afnemen zonder negatieve invloed op het welzijn van de patiënt.

In een recente prospectieve cohortstudie in het Verenigd Koninkrijk werden 28 779 patiënten van 16 jaar of ouder gedurende 30 dagen opgevolgd na een eerste consultatie bij de huisarts wegens klachten van een lage luchtweginfectie (hoest gedurende ≤ 3 weken) (32). Via het medische dossier ging men na of deze patiënten in de 30 dagen na de eerste consultatie de huisarts opnieuw consulteerden of een beroep deden op de spoedevallendienst met persisterende of nieuwe symptomen, ofwel in het ziekenhuis opgenomen werden, ofwel overleden waren.

De grootste groep patiënten kreeg tijdens de consultatie meteen een voorschrift voor antibiotica (n=17 628, 61,3%), gevolgd door een groep zonder voorschrift voor antibiotica (n=7 332, 25,5%) en een groep met een uitgesteld voorschrift voor antibiotica (n=3 819, 13,3%). In alle groepen was het aantal hospitalisaties en overlijdens na de eerste consultatie zeer laag (<1%). Er was geen statistisch significante daling van het aantal hospitalisaties en overlijdens in de groep die onmiddellijk antibiotica of een uitgesteld antibioticumvoorschrift kreeg versus de groep zonder antibioticumvoorschrift. Herconsultatie wegens toegenomen of onvoldoende beterschap van de klachten kwam in alle groepen frequent voor maar was statistisch significant lager in de groep met uitgesteld antibioticumvoorschrift (14,1%) versus de groep zonder antibioticumvoorschrift (19,7%) (RR 0,64 met 95% BI van 0,57 tot 0,72, $p < 0,001$). In de groep die onmiddellijk antibiotica kreeg, was het risico van herconsultatie het grootst (25,3%) maar statistisch niet significant verschillend met de groep die geen antibioticumvoorschrift kreeg.

Hoewel het hier om een observationeel onderzoek gaat, zijn de resultaten waarschijnlijk betrouwbaar. Door de grote studiepopulatie met bovendien een geringe studie-uitval tijdens de follow-up was er voldoende **power** om een verschil in zeldzame uitkomstmaten aan te tonen. De onderzoekers gebruikten ook een propensity score om te corrigeren voor confounders.

Besluit

Deze prospectieve cohortstudie toont met voldoende power aan dat het onmiddellijk voorschrijven van antibiotica voor klachten van ongecompliceerde lage luchtweginfectie niet leidt tot een daling van het risico van zeldzame complicaties zoals hospitalisatie of sterfte.

Voor de praktijk

Een recente update van een systematische review van de Cochrane Collaboration toonde na inclusie van 11 RCT's aan dat het niet onmiddellijk voorschrijven van antibiotica met advies om opnieuw op consultatie te komen bij toename of onvoldoende verbetering van klachten van een acute luchtweginfectie een effectieve en veilige strategie is om het antibioticagebruik te doen dalen zonder de tevredenheid van de patiënt aan te tasten (30). Een uitgesteld antibioticumvoorschrift kan een valabel alternatief zijn voor artsen die zich niet vertrouwd voelen met deze strategie (30). De hier besproken prospectieve cohortstudie bevestigt deze besluiten. Het belang van de vastgestelde daling van het aantal herconsultaties met een uitgesteld versus geen antibioticumvoorschrift is niet duidelijk in de Belgische zorgcontext en moet verder onderzocht worden. Een gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt kan het gebruik van antibiotica op korte termijn verminderen (26,27,31).

Referenties

1. Lemiengre MB. Amoxicilline bovenop symptomatische behandeling voor patiënten met matige tot zeer ernstige rhinosinusitisklachten? *Minerva* bondig 28/10/2012.
2. Garbutt JM, Banister C, Spitznagel E, Piccirillo JF. Amoxicillin for acute rhinosinusitis. A randomised controlled trial. *JAMA* 2012;307:685-92. DOI: 10.1001/jama.2012.138
3. De Sutter A. Orale antibiotica en nasale corticosteroiden voor acute rhinosinusitis? *Minerva* 2008;7(7):98-9.
4. Williamson IG, Rumsby K, Bengt S, et al. Antibiotics and topical nasal steroid for treatment of acute maxillary sinusitis. *JAMA* 2007;298:2487-96. DOI: 10.1001/jama.298.21.2487
5. De Meyere M. Antibiotica bij bovenste luchtweginfecties. *Minerva* 1999;28(4):168-70.
6. Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. *Arch Dis Child* 1998;79:225-30. DOI: 10.1136/adc.79.3.225
7. De Meyere M. Penicilline voor acute keelpijn bij kinderen? *Minerva* 2004;3(8):131-3.
8. Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003;327:1324-7. DOI: 10.1136/bmj.327.7427.1324
9. De Meyere M. Zeven dagen versus drie dagen penicilline voor acute keelpijn. *Minerva* 2000;29(5):230-2.
10. Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, et al. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000;320:150-4. DOI: 10.1136/bmj.320.7228.150
11. Chevalier P. Amoxicilline/clavulaanzuur voor OMA bij kinderen van 6 tot 23 maanden en van 6 tot 35 maanden? *Minerva* 2011;10(4):45-8.
12. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364:105-15. DOI: 10.1056/NEJMoa0912254
13. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364:116-26. DOI: 10.1056/NEJMoa1007174
14. Chevalier P. Welke kinderen met OMA hebben baat bij antibiotica? *Minerva* 2007;6(2):32-3.
15. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368:1429-35. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69606-2
16. Poelman T. Is gekleurd sputum een reden om antibiotica voor te schrijven? *Minerva* 2011;10(10):121-2.
17. Butler CC, Kelly MJ, Hood K, et al. Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/lower respiratory tract infection. *Eur Resp J* 2011;38:119-25. DOI: 10.1183/09031936.00133910
18. Chevalier P. Antibiotica bij bronchiolitis? *Minerva* bondig 28/02/2012.
19. Spurling GK, Doust J, Del Mar CB, Eriksson L. Antibiotics for bronchiolitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD005189.pub3
20. Coenen S. Antibiotica voor acute hoest bij volwassenen? *Minerva* 1999;28(4):174-6.
21. 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. DOI: 10.1136/bmj.316.7135.906
22. Coenen S, van Driel M. Antibiotica bij acute lage luchtweginfecties: onmiddellijk, later of niet voorschrijven? *Minerva* 2006;5(4):63-6.
23. Little P, Rumsby K, Kelly J, et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:3029-35. DOI: 10.1001/jama.293.24.3029
24. Chevalier P. Uitgesteld antibioticumvoorschrift bij acute otitis media. *Minerva* 2002;31(4):206-8.
25. Little P, Gould C, Williamson I, et al. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001;322:336-42. DOI: 10.1136/bmj.322.7282.336
26. Adriaenssens N. Huisartsen trainen in shared decision-making vermindert het antibioticumgebruik. *Minerva* 2013;12:47-8.

27. Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, et al. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012;184:E726-34. DOI: 10.1186/1471-2296-12-3
28. Adriaenssens N Geschreven informatie voor ouders kan leiden tot minder antibiotica gebruik bij hoge luchtweginfecties bij kinderen *Minerva bondig* 15/10/2017.
29. O'Sullivan JW, Harvey RT, Glasziou PP, McCullough A. Written information for patients (or parents of child patients) to reduce the use of antibiotics for acute upper respiratory tract infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD011360.pub2
30. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley Let al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub5
31. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, et al. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD010907.pub2
32. Little P, Stuart B, Smith S, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. *BMJ* 2017;357:j2148. DOI: 10.1136/bmj.j2148