



Uitgesteld antibioticumvoorschrift bij acute luchtweginfecties?

Referentie

Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub5

Duiding

Barbara Claus, Vakgroep Farmaceutische Analyse, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Apotheek, UZ Gent

In het licht van een rationeel antibioticabeleid is het uitgesteld antibioticumvoorschrift bij ambulante ongecompliceerde luchtweginfecties een interessant denkspoor. In eerdere duidingen van Minerva werd het uitgesteld voorschrijven als niet inferieur beschouwd ten opzichte van een onmiddellijk voorschrift. Zowel in RCT's als in studies met een pragmatische opzet werd geen statistisch significant verschil opgetekend op vlak van symptoomcontrole, duurtijd en ernst van de acute luchtweginfectie (1-6). Bij kinderen met acute otitis media kon men door uitgesteld voor te schrijven de ongewenste effecten beperken zonder aan effectiviteit in te boeten (7-10).

Een recente systematische review (11) van de Cochrane Collaboration bundelde RCT's die het effect van een uitgesteld antibioticumvoorschrift op klinische uitkomstmaten, antibioticagebruik, antibioticaresistentie en patiënttevredenheid versus onmiddellijk voorschrijven of niet voorschrijven bij kinderen en volwassenen met een luchtweginfectie onderzochten. Een uitgesteld voorschrift werd gedefinieerd als het advies om zeker 48 uur te wachten alvorens het antibioticum af te halen.

In totaal vond men 11 studies met 3 555 patiënten. Enkele van de geïncludeerde studies werden reeds besproken in Minerva (4,8). Op basis van de studie van Little et al. (n=807 patiënten) (4) besloten we dat er geen invloed is op de duur en de ernst van de symptomen als men in de huisartsenpraktijk bij patiënten met hoest en lage luchtwegklachten (onder andere koorts en gekleurd sputum) maar zonder pneumonie of chronische luchtwegaandoening een uitgesteld antibioticumvoorschrift (dat de patiënt later kan afhalen) geeft of geen antibiotica voorschrijft. De update kon 1 nieuwe studie toevoegen (n=405) (12). Globaal genomen hadden de geïncludeerde studies een middelmatige methodologische kwaliteit (13). Slechts 3 studies verliepen **dubbelblind** en in 4 studies blindeerde men de effectbeoordelaars.

Een duidelijk resultaat werd gezien op het vlak van antibioticaverbruik: wie geen voorschrift meekreeg, verbruikte minder dan wie een uitsteladvies kreeg (verbruiksfrequentie 14% versus 28%; **OR** 2,55 met 95% BI van 1,59 tot 4,08 in het nadeel van uitsteladvies); wie een uitsteladvies kreeg, spendeerde minder dan wie direct kon starten (verbruiksfrequentie 31% versus 93%; **OR** 0,04 met 95% BI van 0,03 tot 0,05 in het voordeel van uitsteladvies).

Op het vlak van klinische uitkomsten (pijn, malaise, koorts) waren er geen noemenswaardige verschillen tussen de 3 strategieën (matige **GRADE**). Men zag geen verschil in ongewenste effecten zoals nausea, braken, diarree, rash (secundaire uitkomstmaat; lage tot matige **GRADE**). Evenmin werden met een uitgesteld antibioticumvoorschrift ten opzichte van onmiddellijk voorschrijven meer ernstige complicaties beschreven zoals pneumonie, peritonsillair abces, post-streptokokken glomerulonefritis.

Echter, waar er geen significant verschil genoteerd werd in patiënttevredenheid tussen uitgesteld en onmiddellijk voorschrijven (**OR** 0,65 met 95% BI van 0,39 tot 1,10) waren patiënten zonder voorschrift minder tevreden dan deze met een uitgesteld voorschrift (**OR** 1,49 met 95% BI van 1,08 tot 2,06). Er waren te weinig gegevens om conclusies te trekken over antibioticaresistentie.

Besluit

Uit deze update van een systematische review van de Cochrane Collaboration kunnen we besluiten dat het uitgesteld antibioticumvoorschrift een aanvaardbare strategie blijft om het antibioticumgebruik bij acute ongecompliceerde luchtweginfecties te beperken.

Voor de praktijk

De BAPCOC gids (14) adviseert om bij acute bronchitis, acute middenoorontsteking, keelpijn of verkoudheid zonder complicaties en zonder alarmsymptomen geen antibiotica voor te schrijven. Deze aanpak wordt ondersteund door recente updates in de Folia van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (oktober 2018) (15) en door recente NICE-richtlijnen (16,17). Deze update van een systematische review van de Cochrane Collaboration toont aan dat geen antibiotica voorschrijven en het advies geven om terug te komen bij aanhoudende of toenemende symptomen resulteert in het laagste antibioticaverbruik en in een vergelijkbare klinische evolutie als met een uitgesteld antibioticumvoorschrift. Voor artsen die zich niet veilig voelen bij het niet voorschrijven van antibiotica kan het uitgesteld antibioticumvoorschrift een aanvaardbaar alternatief zijn.

Referenties

1. Coenen S. Kunnen het aantal consultaties en het antibioticagebruik voor acute luchtweginfecties bij kinderen effectief verminderd worden? *Minerva* 28/10/2012.
2. Andrews T, Thompson M, Buckley DI, et al. Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e30334. DOI: 10.1371/journal.pone.0030334
3. Coenen S., van Driel M. Antibiotica bij acute lage luchtweginfecties: onmiddellijk, later of niet voorschrijven? *Minerva* 2006;5(4):63-6.
4. 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
5. Matthys J, De Meyere M. Heeft het uitgesteld antibioticumvoorschrift bij luchtweginfecties een plaats in de eerste lijn? *Minerva* 2015;14(4):46-7.
6. Little P, Moore M, Kelly J, et al. Delayed antibiotic prescribing strategies for respiratory tract infections in primary care: pragmatic, factorial, randomised controlled trial. *BMJ* 2014;348:g1606. DOI: 10.1136/bmj.g1606
7. Chevalier P. Risico-batenverhouding van antibiotica voor de behandeling van acute otitis media bij kinderen (update). *Minerva bondig* 15/04/2016.
8. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub4
9. Chevalier P. Uitgesteld antibioticumvoorschrift bij acute otitis media. *Minerva* 2002;31(4):206-8.
10. 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
11. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub5
12. De la Poza Abad M, Dalmau GM, Bakedano MM, et al. Prescription strategies in acute uncomplicated respiratory infections. *JAMA* 2016;176:21-9. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.7088
13. Higgins JP, Altman DG, Sterne JA. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JP, Green S, editor(s). *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available at handbook.cochrane.org
14. BAPCOC. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Editie 2012.
15. Rationeel gebruik van antibiotica bij acute luchtweginfecties in de eerste lijn. *Folia Pharmacotherapeutica* oktober 2018.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG84]. Published date: January 2018.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG91]. Published date: March 2018.