

niet overschreden worden. Het gebruik van doseersprays die een gekende hoeveelheid vrijgeven is te verkiezen boven niet-gedoseerde neusdruppels. Wanneer toch een langdurige behandeling moet worden ingesteld, bv. in geval van seizoensgebonden allergische rhinitis, kan het gunstiger zijn om zo snel mogelijk te starten met

nasale corticosteroiden, bv. één week voor de kritieke periode [zie Transparantiefiche "Hooikoorts"].

Nota

De specialiteitsnamen en de referentielijst kunnen geraadpleegd worden via www.bcfi.be

RATIONEEL GEBRUIK VAN ANTIBIOTICA BIJ ACUTE LUCHTWEGINFECTIES IN DE EERSTE LIJN

Zoals elk jaar wordt in het Folia-nummer van oktober aandacht besteed aan het rationele gebruik van antibiotica bij acute luchtweginfecties, en dit gebaseerd op recente publicaties. In dit artikel wordt aandacht besteed aan de plaats van antibiotica bij de aanpak van acute hoest, en aan de cardiovasculaire toxiciteit van macroliden.

Een goede informatiebron over de plaats van antibiotica bij aandoeningen in de ambulante praktijk is de "Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk", uitgegeven door de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (*Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* of BAPCOC) waarvan de derde editie beschikbaar is via www.bapcoc-ambulatorycare.be

Acute hoest

Zoals reeds vroeger vermeld, is acute hoest op zich geen indicatie voor antibioticabehandeling, behalve wanneer de hoest een symptoom is van een lage luchtweginfectie. Hoewel de sensibiliseringscampagnes voor het grote publiek en de voorschrijvers, die sedert meerdere jaren georganiseerd worden door BAPCOC, geleid hebben tot een vermindering van het gebruik van antibiotica

in de ambulante praktijk, worden deze nog te veel gebruikt, vooral bij acute hoest, en kunnen ze leiden tot ongewenste effecten en het optreden van resistentie. De auteurs van een recent verschenen artikel stellen dat overmatig gebruik van antibiotica bij acute hoest onder andere zou kunnen verklaard worden door de discrepantie tussen enerzijds de verwachtingen van de patiënt die hoopt na enkele dagen genezen te zijn, en anderzijds de natuurlijke evolutie van de hoest die volgens de literatuurgegevens gemiddeld gedurende 18 dagen aanhoudt in afwezigheid van behandeling¹. Het is dus belangrijk aan de patiënt uit te leggen dat een hoest die 2 à 3 weken duurt, niet verontrustend is, en dat antibioticabehandeling slechts moet overwogen worden bij verergering van de algemene toestand of bij alarmsymptomen zoals hoge koorts of optreden van dyspneu. Persisterende hoest na een acute infectie van de bovenste luchtwegen is meestal te wijten aan postnasale drip of aan bronchiale hyperreactiviteit. Voor de symptomatische behandeling van postnasale drip wordt verwezen naar het artikel over goed gebruik van vasoconstrictoren in ditzelfde Folia-nummer en naar het artikel over geneesmiddelen tegen

1 *Ann Fam Med* 2013;11:5-13 (doi:10.1370/afm.1430)

hoest en verkoudheid in de Folia van maart 2013. De studies over het gebruik van inhalatiecorticosteroiden bij hoest veroorzaakt door bronchiale hyperreactiviteit, zijn heterogeen, en de resultaten zijn uiteenlopend². Bij hoest die persisteert (> 3 weken) na een acute infectie van de bovenste luchtwegen bij volwassenen of adolescenten moet ook gedacht worden aan kinkhoest, een infectie door *Bordetella pertussis* waarvan de incidentie de laatste jaren toeneemt [zie Folia februari 2013]. Volgens BAPCOC heeft de toediening van antibiotica weinig invloed op de evolutie van kinkhoest, maar kunnen antibiotica nuttig zijn om overdracht van de infectie te voorkomen. Azithromycine (volwassene: 500 mg per dag in 1 dosis gedurende 3 dagen; kind: 10 mg/kg per dag in 1 dosis gedurende 3 dagen) is hierbij de eerstekeuzebehandeling. In geval van hoest die langer dan 3 weken aanhoudt bij een volwassene ouder dan 40 jaar, moet ook gedacht worden aan een maligne aandoening.

Onzekerheid in verband met het cardiovasculaire risico van macroliden

De macroliden zijn zelden eerstekeuzemiddelen bij de empirische behandeling van luchtweginfecties. Volgens de BAPCOC-aanbevelingen is het gebruik van macroliden enkel gerechtvaardigd wanneer antibioticabehandeling nodig is bij bepaalde luchtweginfecties bij patiënten met IgE-gemedieerde penicilline-allergie, bij vermoeden van atypische pneumonie, en in bepaalde specifieke indicaties zoals kinkhoest, *H.pylori*-eradicatie of urogenitale infecties door *Chlamydia trachomatis*.

Verlenging van het QT-interval, met risico van *torsades de pointes* en plotse dood werd beschreven met een aantal macroliden, vooral met erythromycine (vooral bij te snelle intraveneuze toediening) en met clarithromycine. Voor de risicofactoren en de te nemen voorzorgen om dit risico te verminderen, wordt verwezen naar de Folia van november 2012 en naar Inl.6.2.2. in het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium. Op basis van meerdere observationele studies is gesuggereerd dat de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit kan verhoogd zijn bij patiënten behandeld met clarithromycine of azithromycine ten opzichte van patiënten die geen antibiotica kregen of die behandeld waren met amoxicilline^{3,4} [zie ook bericht van 24/05/12 in de rubriek “Goed om te weten” op onze website]. In een andere recent verschenen cohortstudie ging het gebruik van azithromycine in een algemene populatie van patiënten jonger dan 64 jaar niet gepaard met een verhoging van de cardiovasculaire mortaliteit⁵. Deze uiteenlopende resultaten kunnen waarschijnlijk verklaard worden door de heterogeniteit van de studies, vooral in verband met de karakteristieken (o.a. het cardiovasculair risico) van de onderzoekspopulatie. Dergelijke observationele gegevens laten geen conclusies toe over de mogelijkheid van een verhoogd cardiovasculair risico met macroliden. In afwachting van bijkomende gegevens wordt aanbevolen om zich te houden aan de goed gedefinieerde indicaties van de macroliden, en om macroliden met voorzichtigheid te gebruiken bij patiënten met cardiovasculaire antecedenten.

2 *Cochrane database Syst Rev.* 2013;3:CD009305 (doi:10.1002/14651858.CD009305.pub2)

3 *N Engl J Med* 2012;366:1881-90 (doi:10.1056/NEJMoa1003833)

4 *Brit Med J* 2013;346:f1235 (doi:10.1136/bmj.f1235)

5 *N Engl J Med* 2013;368:1704-12(doi: 10.1056/NEJMoa1300799)