

Voorkeur amoxicilline bij otitis media acuta

Voor pijnstilling bij otitis media acuta is nu ook ibuprofen een optie. Bij deze aandoening is echter geen plek meer voor azitromycine. Dat komt naar voren uit twee herziene huisartsenrichtlijnen over middenoorontsteking: de NHG-Standaarden *Otitis media acuta* (OMA) en *Otitis media met effusie* (OME).

Auteur **Marc de Leeuw**

Als paracetamol bij otitis media acuta (OMA) niet werkt, is volgens de herziene NHG-Standaard ibuprofen een alternatief. “Een terechte keuze”, vindt Marion Swart, werkzaam als apotheker in Oosterhout en voormalig lid van de Werkgroep Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie van de KNMP. “Ik adviseerde dit in de praktijk al weleens, omdat veel mensen niet weten dat ook kinderen ibuprofen mogen gebruiken.”

Swart signaleert nog meer wijzigingen in deze huisartsenrichtlijn, die de richtlijn uit 2006 vervangt. “Is een antibioticum geïndiceerd, dan heeft amoxicilline de voorkeur. Heeft dit binnen 48 uur geen effect, dan kan clavulaanzuur worden toegevoegd. Niet direct starten met clavulaanzuur is een juiste keuze, want een van de twee meest voorkomende verwekkers van OMA is niet resistent voor amoxicilline. Azitromycine wordt wegens de kans op resistentie afgeraden.”

Verder raadt deze standaard decongestieve neussprays af. Het effect op symptomen en genezing bij OMA is niet bewezen, terwijl wel ernstige bijwerkingen kunnen ontstaan zoals hartkloppingen, prikkelbaarheid, slapeloosheid, sufheid, bradycardie, apneu en hypothermie.

Infectieuze ontsteking

Deze NHG-Standaard bespreekt OMA bij kinderen tot 18 jaar. Bij volwassenen komt deze aandoening nauwelijks voor. OMA is een bij kinderen vaak voorkomende infec-

tieuze ontsteking van het middenoor die korter dan drie weken duurt, meestal veroorzaakt door *Streptococcus pneumoniae* en *Haemophilus influenzae*. De kwaal is recidiverend als deze meer dan drie keer per half jaar of vier keer per jaar optreedt. In tegenstelling tot otitis media met effusie (OME) uit OMA zich als een acute infectie.

Kenmerken zijn oorpijn, algemeen ziekzijn en soms een loopoor (bij 4-8%). Bij ruim 80% van de kinderen verdwijnen de ergste klachten zonder antibiotica binnen twee tot drie dagen. Bij jonge kinderen kunnen de klachten langer duren, tot acht dagen. Ernstige complicaties zoals mastoiditis en meningitis zijn zeldzaam. Een verhoogd risico hierop hebben kinderen jonger dan 6 maanden, en kinderen met anatomische afwijkingen in het KNO-gebied, zoals bij het syndroom van Down en palatoschisis of een gecompromitteerd immuunsysteem.

Behandeling

Vrijwel altijd kan de huisarts OMA zelf behandelen. De NHG-Standaard adviseert in alle gevallen kortdurende pijnstilling met oraal of rectaal paracetamol. Volgens de richtlijn houdt de werking van paracetamol bij rectale toediening langer aan. “Dit wordt echter niet onderbouwd”, merkt Swart op. “Verder adviseert de standaard twee tot drie zetpillen per dag. Twee is echter te weinig voor continue pijnstilling”, zegt Swart. “Er zijn er drie nodig.” Paracetamol – zowel oraal als rectaal – moet bij voorkeur niet langer dan drie dagen worden gebruikt, aldus de standaard. Het *Kinderformularium* is hierin stilliger: maximaal twee tot drie dagen.

Werkt paracetamol onvoldoende dan kan, zoals gezegd, ibuprofen worden gegeven. Swart: “Bij kinderen jonger dan 3 maanden mag dit volgens het *Kinderformularium* niet omdat bij hen de veiligheid niet is onderzocht.

**ZWEMMEN MET BUISJES IS
GEEN PROBLEEM, MITS HET KIND
GEEN LOOPPOOR HEEFT**

Amoxicilline eerste keus-antibioticum bij OMA

	antibioticum	orale dosering
eerste keus	amoxicilline	40 mg/kg/d in 3 doses, 7 dagen
contra-indicaties amoxicilline	cotrimoxazol	36 mg/kg in 2 doses, 5-7 dagen
geen effect amoxicilline	amoxicilline/clavulaanzuur	40/10 mg/kg in 3 doses, 7 dagen*

TABEL 1. ANTIBIOTICUMBEHANDELING BIJ OMA VOLGENS NHG-STANDAARD. *Volgens *Informatorium* starten met 20 mg/kg/d amoxicilline.

Ibuprofen optie als paracetamol faalt bij OMA

pijnstillers	maximale orale dosering	maximale rectale dosering
paracetamol	4-6 dd 15 mg/kg	2-3 dd 30 mg/kg*
ibuprofen	3-4 dd 5-7,5 mg/kg	3-4 dd 5-7,5 mg/kg

TABEL 2. DOSERINGEN PIJNSTILLERS BIJ OMA VOLGENS NHG-STANDAARD OTITIS MEDIA MET EFFUSIE. *Volgens *Kinderformularium* 3 dd.

De NHG-Standaard vermeldt deze grens echter niet.” De standaard raadt lidocaïne-oordruppels als pijnstilling af omdat het effect hiervan bij OMA niet is aangetoond. Antibiotica (zie tabel 1) hebben in het algemeen weinig tot geen invloed op de duur en de ernst van de klachten, maar in enkele gevallen zijn deze toch te overwegen: bij kinderen met een dubbelzijdige OMA, bij kinderen met een loopoor dat snel na de ontsteking is ontstaan, en als de aandoening na drie dagen nog niet is verbeterd.

Echt nodig is een antibioticum bij een kind jonger dan 6 maanden, als er risicofactoren zijn voor de eerdere genoemde complicaties of bij forse algemene ziekteverschijnselen, ongeacht of er tevens een loopoor is.

Otitis media met effusie

In tegenstelling tot de standaard over OMA, bevat de nieuwe huisartsenrichtlijn over otitis media met effusie (OME) geen wijzigingen op farmacotherapeutisch gebied, zegt Marion Swart. Ongewijzigd gebleven is de boodschap dat medicatie – antihistaminica, intranasale decongestiva, mucolytica en intranasale corticosteroiden – geen effect heeft op deze aandoening. Ook pneumokokkenvaccinatie lijkt het voorkomen en beloop van OME niet te beïnvloeden. Alleen orale antibiotica en orale corticosteroiden (eventueel in combinatie met antibiotica) hebben bij OME een klein gunstig effect. Dit weegt echter niet op tegen nadelen zoals resistentieontwikkeling.

OME komt op alle leeftijden voor, met een piek bij 0-4 jaar. Het natuurlijk beloop is gunstig, bij ongeveer de helft van de kinderen herstelt dit binnen drie maanden spontaan. Kenmerken van OME zijn doofheid, milde oorpijn en vocht achter het trommelvlies. Extra risico op deze aandoening hebben kinderen die bijvoorbeeld een bovenste luchtweg-infectie doormaakten of die regelmatig een kinderdagverblijf bezoeken. Bij kinderen met het syndroom van Down, syndroom van Karagener, palatoschisis of een gecomprom-

mitteerd immuunsysteem komt OME vaker voor. Ook is het verloop bij hen ongunstiger. Het advies aan de huisarts is de klachten tweemaal drie maanden aan te zien, en zo nodig te verwijzen naar de KNO-arts voor trommelvliesbuisjes.

Loopoor

Een loopoor bij trommelvliesbuisjes kan worden behandeld met antibiotica-corticosteroïde-oordruppels (hydrocortison/bacitracine/colistine) driemaal daags drie druppels, gedurende maximaal zeven dagen. Deze druppels kunnen worden gestopt 24 uur nadat het oor schoon en droog is bij ontwaken. Swart: “Het is goed om huisartsen op het FTO te melden dat het gebruik van deze oordruppels voor OME een off-labelindicatie is.”

“Het is handig als apothekers weten wat het beleid is bij trommelvliesbuisjes”, zegt Swart. “Immers: ouders komen geregeld met vragen hierover in de apotheek. Buisjes worden alleen gegeven bij OME die langer duurt dan drie maanden en bij een gehoorverlies van meer dan 25 dB. Zwemmen met buisjes is toegestaan, mits het kind geen loopoor heeft. Verder kan het apothekerteam ouders geruststellen door te vertellen dat OME meestal spontaan overgaat.” ■

Bespreekpunten voor het FTO

Nuttig is als apothekers tijdens het FTO te berde brengen dat:

- antibiotica-corticosteroïde-oordruppels bij loopoor off-label is;
- gebruik van decongestieve neusspray of lidocaïne-oordruppels bij OMA niet zinvol is;
- ibuprofen, eventueel in drankvorm, kan worden gegeven bij OMA als paracetamol niet werkt.