

## De standaard 'Acute keelpijn' (tweede herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de kno-heelkunde

H.A.M. Marres

Zie ook de artikelen op bl. 418 en 431.

De samenvatting van de NHG-standaard 'Acute keelpijn' gaat in op de veranderingen van de richtlijn ten opzichte van de eerste herziening die in 1999 geautoriseerd en gepubliceerd werd.<sup>1</sup> De oorspronkelijke richtlijn 'Acute keelpijn' is in 1990 uitgegeven.<sup>2</sup> Hoewel de titel doet vermoeden dat de standaard een breed spectrum van oorzaken voor keelpijn dekt, blijkt de standaard een richtlijn te zijn in het geval van acute keelontsteking. Op andere, zeldzamere oorzaken voor keelpijn wordt niet ingegaan.<sup>3</sup>

Keelontsteking komt veel voor; de incidentie is in Nederland onbekend, omdat maar een deel van de patiënten zich tot de huisarts wendt. De incidentie in de huisartsenpraktijk wordt geschat op 50 per 1000 patiënten per jaar.<sup>4</sup> Een tonsillitis of faryngitis wordt in ongeveer 40% van de gevallen door een virus veroorzaakt. Daarnaast speelt de  $\beta$ -hemolytische streptokok uit groep A een belangrijke rol (30% van de gevallen). In de overige 30% kan er geen pathogeen micro-organisme worden aangetoond.<sup>5</sup>

In de standaard wordt terecht een duidelijk belang gehecht aan het onderscheid tussen een lichte en een ernstige keelontsteking, hoewel dit grotendeels gebaseerd is op enigszins subjectieve criteria (tabel). Het onderscheid is van belang om naast ondersteunende pijnmedicatie al of niet een behandeling met antibiotica te starten. De anamnese is in combinatie met het lichamelijk onderzoek (algemene indruk, inspectie van de keelholte en palpatie van de hals) doorgaans voldoende om de diagnose te stellen en om een lichte ontsteking van een ernstige te onderscheiden.

**Laboratoriumonderzoek bij mononucleosis infectiosa.** Aanvullend laboratoriumonderzoek kan meestal achterwege blijven, maar heeft zeker betekenis wanneer er sprake zou kunnen zijn van mononucleosis infectiosa. In de NHG-standaard wordt dan gepleit voor de bepaling van IgM tegen epstein-barrvirus (EBV) in combinatie met een IgG-EBV-bepaling. De laatste bepaling is van belang, omdat de IgG-concentratie in een klein aantal gevallen eerder verhoogd kan zijn dan de IgM-concentratie. Als een positieve IgM-EBV-test ontbreekt, terwijl de patiënt klachten heeft die horen bij mononucleosis infectiosa, moet een infectie met

Cytomegalovirus of toxoplasmose overigens ook worden overwogen. Heterofiele antistoffentests zoals de paul-bunnell-test of de monosticon-test zijn overbodig geworden vanwege de sensitiviteit, die duidelijk lager is dan die van de IgM-EBV- en IgG-EBV-bepalingen.

In de dagelijkse praktijk wordt nog vaak een leukocyten-telling verricht wanneer de diagnose 'mononucleosis infectiosa' overwogen wordt. In de NHG-standaard wordt dit niet meer aanbevolen vanwege de lage sensitiviteit. Een indruk van het bloedbeeld kan in combinatie met het klinisch beeld echter tot een snelle diagnose leiden, hetgeen in de praktijk soms wenselijk is. De positief en negatief voorspellende waarde hiervan liggen rond de 70 respectievelijk 95%.<sup>6,7</sup>

**Peritonsillair abces.** Het peritonsillair abces is een beduchte complicatie van een tonsillitis en kan leiden tot verdere abcedering in de hals en zelfs in het mediastinum. Het diepe halsabces en mediastinitis kennen een relatief hoge morbiditeit en mortaliteit. Het onderkennen van een peritonsillair abces op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek is juist daarom van wezenlijk belang. Het klinische onderscheid tussen een peritonsillair infiltraat en een peritonsillair abces is lastig; hoewel de NHG-standaard onderkent dat een actief beleid in beide gevallen noodzakelijk is, kan dit niet voldoende benadrukt worden.

**Tonsillectomie.** Keelinfecties hebben vaak een recidiverend beloop. Indien er 5 of meer episoden van een ernstige infectie zijn opgetreden, moet een tonsillectomie overwogen worden. In de conceptrichtlijn 'Ziekten van adenoïd en

Criteria voor de ernst van een keelontsteking

lichte keelontsteking	ernstige keelontsteking
geen ernstig algemeen ziek-zijn	ernstige algemene malaise, hoge koorts of bedlegerigheid
geen toename van keelpijn, algemeen ziek-zijn en/of slikklachten	hevige keel- en slikklachten
geen ernstige slikklachten en geen problemen met het openen van de mond	aanwijzingen voor een peritonsillair infiltraat of abces
geen grote pijnlijke lymfklieren in de hals	zeer gezwollen en pijnlijke, eventueel fluctuerende lymfklieren in de halsregio
aanwezigheid van hoest	–

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Keel-, Neus- en Oorheelkunde en Hoofd-Halschirurgie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.  
Hr.prof.dr.H.A.M.Marres, kno-arts en hoofd-halschirurg  
(h.marres@kno.umcn.nl).

tonsillen in de tweede lijn' van de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied ([www.cbo.nl/product/richtlijnen](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen), in linker menu doorklikken op 'Richtlijnen', 'overzicht richtlijnen') wordt op basis van twee studies gesteld dat bij kinderen met 4-6 tonsillitiden per jaar een tonsillectomie beperkte winst oplevert in vergelijking met een afwachtend beleid.<sup>8-9</sup> Kinderen met 7 of meer tonsillitiden per jaar of 5 tonsillitiden per jaar in de afgelopen 2 jaar hebben na een (adeno)tonsillectomie minder bovenste-luchtweginfecties en/of keelontstekingen. Voor volwassenen geldt dat er gezondheidswinst verwacht mag worden na een tonsillectomie bij patiënten met 4 of meer episoden van tonsillitis per jaar.<sup>10</sup>

Geconcludeerd kan worden dat de herziene NHG-standaard 'Acute keelpijn' de huisarts een goede richtlijn biedt in het geval van de patiënt(e) met een acute keelontsteking. De bovengenoemde concept CBO-richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied is op de tweede lijn gericht en sluit vrijwel volledig aan op de opvattingen en adviezen weergegeven in deze eerstelijns NHG-standaard.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 oktober 2007

---

#### Literatuur

- 1 Dagnelie CF, Zwart S, Balder FA, Romeijnders ACM, Geijer RMM. NHG-standaard Acute keelpijn (eerste herziening). Huisarts Wet. 1999; 42:271-8.

- 2 Balder FA, Dagnelie CF, Jong LJ de, Kootte H. NHG-standaard Acute keelpijn. Huisarts Wet. 1990;33:323-6.
- 3 Zwart S, Dagnelie CF, Staaij BK van, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-standaard Acute keelpijn. Tweede herziening. Huisarts Wet. 2007;50:59-68.
- 4 Linden MW van der, Westert GP, Bakker D de, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL; 2004.
- 5 Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med. 2001;344:205-11.
- 6 Fleuren HLJM, Oers RJM van, Hoorn RKJ, Jaspers JPMM, Huissen CH. Laboratoriumdiagnostiek van mononucleosis infectiosa: is EBV-serologie meer waard dan bloedbeeld en heterofiele antistoffen tests? Tijdschrift NVKC. 1991;16:3-12.
- 7 Brigden ML, Au S, Thompson S, Brigden S, Doyle P, Tsaparas Y. Infectious mononucleosis in an outpatient population: diagnostic utility of 2 automated hematology analyzers and the sensitivity and specificity of Hoagland's criteria in heterophile-positive patients. Arch Pathol Lab Med. 1999;123:875-81.
- 8 Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. Pediatrics. 2002;110 (1 Pt 1):7-15.
- 9 Staaij BK van, Akker EH van den, Rovers MM, Hordijk GJ, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open, randomised controlled trial. BMJ. 2004;329:651.
- 10 Stafford N, von Haacke N, Sene A, Croft C. The treatment of recurrent tonsillitis in adults. J Laryngol Otol. 1986;100:175-7.

---

#### Abstract

**The practice guideline 'Sore throat' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of otorhinolaryngology.** – In this comment, the practice guideline 'Sore throat' (second revision) is discussed. This guideline, composed by the Dutch College of General Practitioners, offers general practitioners a well-appreciated overview of the common practices regarding diagnostic tests and treatment of pharyngitis and tonsillitis. Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:421-2