

COMMENTAAR

Voor elk kind met koorts een eigen 'stoplicht'?

Eefje G.P.M. de Bont en Jochen W.L. Cals

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7331

Recent publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) haar richtlijn 'Koorts in de tweede lijn bij kinderen 0-16 jaar', waarvan in het *NTvG* een samenvatting staat.¹ De richtlijn geeft een mooi overzicht van zinnige diagnostiek door de kinderarts, primair gericht op het vaststellen van de diagnose bij de groep kinderen met koorts die verdacht is voor een infectie. Zoals de auteurs terecht beschrijven is de relevantie van de richtlijn voor de huisarts beperkt. Want juist de setting, en de daarmee samenhangende incidentiecijfers van ernstige infecties, bepaalt de beoogde uitkomst van de beoordeling. De kinderarts probeert een diagnose boven tafel te krijgen en zo nodig te behandelen of te monitoren. De huisarts wil juist vooral ernstige diagnoses uitsluiten.

Omdat het overgrote deel van de kinderen een onschuldige bovensteluchtweginfectie heeft en omdat het aantal ernstig zieke kinderen sinds de introductie van de pneumokokkenvaccinatie daalt, zakt het beeld van dat ene kindje met dat slechte ziektebeloop steeds verder weg uit de gedachten en heeft men er steeds minder ervaring mee. De huisarts herkent het echte zieke kind goed, al dan niet geholpen door de handvaten uit de NHG-standaard 'Kinderen met koorts'.²

De uitdaging in de eerste lijn ligt onzes inziens juist bij de groep kinderen die wél symptomen hebben, maar bij beoordeling door de huisarts niet of nog niet ziek zijn. Wij denken dat de focus hierbij moet liggen op het creëren van een adequaat vangnet voor zowel huisarts als ouders.

KIND MET KOORTS IN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Het gebruik van een 'stoplichtsysteem' is opvallend in de NVK-richtlijn. Hiermee kan de kinderarts kinderen op basis van hun symptomen indelen in 'groen', 'oranje' of 'rood', waarmee vervolgens een inschatting gemaakt kan worden van de ziekte-ernst, met daaraan gekoppeld de

aangewezen diagnostiek. In het stoplichtsysteem wordt gebruikgemaakt van verschillende symptomen zoals tachypneu, neusvleugelen, een verlaagde saturatie en tachycardie (allemaal categorie 'oranje'). Deze gepresenteerde alarmsymptomen zijn voor de huisarts echter veelal rood en moeten volgens de NHG-standaard resulteren in onmiddellijke verwijzing naar de kinderarts.

De klinische beoordeling van een kind is sowieso eerder een regenboog van metingen, observaties, ervaring en intuïtie. Het blijkt dan ook dat de aan- of afwezigheid van alarmsymptomen niet eenduidig verwijzingen naar de tweede lijn voorspellen.³ Daarmee is het verschil in setting nogmaals duidelijk.

Wat we niet meten, kunnen we echter ook niet weten. Huisartsen blinken namelijk niet uit in het systematisch vastleggen van symptomen.⁴ Recent stelden we vast dat bij 30% van de kinderen die vanwege koorts op de huisartsenpost werden gezien, bij lichamelijk onderzoek geen temperatuur stond genoteerd. Dit zouden we beter moeten en kunnen doen. Alleen dan kunnen we ook in de eerste lijn de voorspellende waarde van deze symptomen vaststellen, om zo betere beslisregels voor ernstige infecties te kunnen ontwikkelen.⁵ Die beslisregels zijn belangrijke hulpmiddelen voor de huisarts om de kans op een ernstige infectie weer te geven, juist omdat ze de individuele symptomen of alarmsymptomen combineren en daarmee de regenboog trachten te simplificeren naar 'rood' (hoog risico op slecht beloop) of 'groen' (zelflimiterend beloop).

In de NVK-richtlijn komen CRP en procalcitonine als beste biomarkers naar voren, ook om ernstige infecties uit te sluiten.⁶ Nu de CRP-sneltest een vaste plek heeft bij de diagnostiek van hoestklachten in de huisartsenpraktijk, is het interessant om te zien of de bepaling van CRP bij kinderen met koorts een bijdrage kan leveren om zo de diagnostische onzekerheid van de beslisregels verder te verkleinen. Tot de resultaten van lopende studies in de huisartsenpraktijk bekend zijn, lijkt het verstandig om de CRP-sneltest nog niet bij kinderen in te zetten in de eerste lijn.

VOOR IEDER ZIJN EIGEN 'STOPLICHT'?

Toch is het idee van een stoplicht feitelijk niet zo gek. Maar dan juist om ouders goed te informeren. Zo wordt het wellicht een rijtje stoplichten. Elke ouder zal het herkennen: een kind met koorts dat niet lekker is, geeft

Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht.

Drs. E.G.P.M. de Bont, huisarts in opleiding en promovendus (aiotho); dr. J.W.L. Cals, huisarts-onderzoeker.

Contactpersoon: drs. E.G.P.M. de Bont (eefje.debont@maastrichtuniversity.nl).

onrust. Van onrust kan ongerustheid komen en ongerustheid slaat soms om in angst. Voor de ouders staat het stoplicht plots op oranje of zelfs rood en dat is vaak aanleiding om medische hulp te zoeken. In tegenstelling tot wat veel artsen denken zoeken ouders daarbij niet meteen behandeling, zoals antibiotica, maar vooral gedegen lichamelijk onderzoek, geruststelling en uitleg over wat ze kunnen verwachten wat betreft het beloop van de klachten.⁷ Ouders hopen dat de huisarts het licht weer op groen kan zetten.

De huisarts neemt juist het gevoel van de ouders weer mee in zijn of haar eigen beoordeling en combineert dat met zijn eigen bevindingen en gevoel. Juist in de huisartsenpraktijk blijkt dat 'pluis/niet pluis'-gevoel belangrijk.⁸ Bij rood of soms al bij oranje zal de huisarts de kinderarts inschakelen. De stoplichtmetafoor kan zo een bruikbaar hulpmiddel zijn voor de ouders, de huisarts en vervolgens eventueel de kinderarts, ook voor de uitleg in de spreekkamer. Qua inhoud verschilt het stoplicht echter sterk voor de verschillende groepen.

Voor de eerste lijn en voor ouders thuis moet daarom een eigen stoplicht worden ontwikkeld dat kan dienen als vangnet. Huisartsen kunnen hiermee op een universele, meer gestandaardiseerde manier, individuele adviezen geven over alarmsymptomen en hiermee ouders van een vangnet voorzien. Dat vangnet kan dienen voor de huidige koortsepisode, maar kan ook als hulpmiddel voor ouders thuis dienen als het kind weer een keer ziek wordt. Juist een gebrek aan kennis zal opspelen bij ouders als ze ongerust zijn over hun kind.⁷

Een recente systematische review laat zien dat de duur van koortsgelateerde klachten veel langer is dan we als dokters vaak vertellen: oorpijn 8 dagen, verkoudheid

15 dagen en hoesten 25 dagen.⁹ Goede uitleg over het natuurlijk beloop van veelvoorkomende infecties is daarom cruciaal, omdat de duur van de klachten een reden kan zijn dat bij de ouders het stoplicht van groen naar oranje springt.

CONCLUSIE

De NVK-richtlijn over kinderen met koorts in de tweede lijn is een wetenschappelijk goed onderbouwde en genuanceerde richtlijn, die sturing geeft aan zinnige diagnostiek, monitoring en behandeling in de tweede lijn. Het is aan de huisartsen om te zorgen dat de juiste groep kinderen in die tweede lijn terechtkomt. Voor alle kinderen die worden gezien in de huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost blijft gelden dat ouders een gedegen lichamelijk onderzoek, geruststelling en voorlichting over het natuurlijk beloop zoeken. Door restrictief met antibiotica om te gaan en alleen paracetamol te adviseren bij koorts en pijn of ongemak en niet bij koorts alleen, verhogen we het toekomstige zelfmanagement van ouders.¹⁰ Een stoplichtsysteem als hulpmiddel om een goed vangnet te faciliteren in de informatie-uitwisseling tussen huisartsen en ouders lijkt zeer zinvol. Zo ontstaat er geen file in de wachtkamer, of voor het stoplicht.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 26 maart 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7649

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/OPINIE**

LITERATUUR

- Nijman RG, Oteman N, Oostenbrink R. Richtlijn voor kinderen met koorts in de tweede lijn; relevanties voor huisarts en kinderarts. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7331.
- Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FW, et al. NHG-standaard Kinderen met koorts (Tweede herziening). Huisarts Wet. 2008;51:287-96.
- Van Ierland Y, Elshout G, Moll HA, et al. Use of alarm features in referral of febrile children to the emergency department: an observational study. Br J Gen Pract. 2014;64:e1-9.
- Elshout G, van Ierland Y, Bohnen AM, et al. Alarming signs and symptoms in febrile children in primary care: an observational cohort study in the Netherlands. PLoS ONE. 2014;9:e88114.
- Verbakel JY, Van den Bruel A, Thompson M, et al. How well do clinical prediction rules perform in identifying serious infections in acutely ill children across an international network of ambulatory care datasets? BMC Med. 2013;11:10.
- Van den Bruel A, Thompson MJ, Haj-Hassan T, Stevens R, Moll H, Lakhanpaul M, et al. Diagnostic value of laboratory tests in identifying serious infections in febrile children: systematic review. BMJ. 2011;342:d3082.
- De Bont EG, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. Br J Gen Pract. 2014;64:e10-6.
- Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. BMJ. 2012;345:e6144.
- Thompson M, Vodicka TA, Blair PS, et al. Duration of symptoms of respiratory tract infections in children: systematic review. BMJ. 2013;347:f7027.
- De Bont EG, Brand PL, Dinant GJ, van Well GT, Cals J. Wel of geen paracetamol bij kinderen met koorts? Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A6636.