

Acute lage luchtweginfecties bij volwassenen

Patiënt met acute lage luchtweginfectie

1. Acute ziekte, d.w.z. minder dan 21 dagen
2. Hoest als belangrijkste symptoom
3. Minstens één tweede symptoom: sputum, dyspnoe, piepen, thoracale pijn
4. Geen andere verklaring voor de symptomen (astma, sinusitis, faryngitis)

Stap 1: Is er een mogelijk levensbedreigende oorzaak voor de klachten?

Pneumonie?

- Afwezigheid van koorts, een normale pols en een normale ademhalingsfrequentie reduceert de kans met 80%. **Cave ouderen met atypische symptomen, o.a. veranderde mentale status.**
- Aanwezigheid van focale tekens bij longauscultatie, risicofactoren voor ernstige ziekte ($T > 40^{\circ}\text{C}$ en tachycardie en/of tachypnea) of co-morbiditeit (zie ommezijde) maken pneumonie waarschijnlijker.

Ja

Zie ommezijde

Neen

Andere oorzaken?

Denk aan longembool, aspiratie, toxische stoffen, congestief hartfalen (longoedeem) en pneumothorax.

Ja

Aangepast diagnostisch en therapeutisch beleid valt buiten het bestek van deze aanbeveling

Neen

Stap 2: Is er een andere oorzaak dan een ongecompliceerde lage luchtweginfectie?

Denk aan sinusitis, tonsillitis/faryngitis, astma, COPD en acute exacerbatie COPD.

Neen

Ja

Aangepast diagnostisch en therapeutisch beleid valt buiten het bestek van deze aanbeveling

Stap 3: Behandel de patiënt met een ongecompliceerde lage luchtweginfectie

Verdere diagnostiek is overbodig.

- De verwachtingen van de patiënt navragen.
- Geruststellen en informatie geven over de oorzaak en de duur van de klachten.
- Uitleggen waarom een antibioticum niet nodig is.
De mogelijke voordelen van antibiotica (acht op tien patiënten verbeteren spontaan, antibiotica maken maar één patiënt extra klinisch beter) wegen niet op tegen de nadelen (ongewenste effecten bij één op tien, kostprijs, resistentie). Antibiotica zijn enkel bij gecompromitteerde immuniteit te verantwoorden.
- Afspreken wanneer de patiënt dient terug te komen.
Met name
 1. ■ bij achteruitgang van de algemene toestand
 - als de hoestklachten en desgevallend koorts of kortademigheid toenemen
 - bij nieuwe klachten zoals kortademigheid, koorts, thoraxpijn of bloedfluimen
 - als de koorts langer dan een week aanhoudt
 - als er geen verbetering van de klachten merkbaar is na één week.
 ↳ Dan is aandacht vereist voor een (mogelijk) levensbedreigende luchtweginfectie.
 2. ■ als de hoestklachten langer dan 30 dagen duren
 - als de eventuele productie van sputum langer dan twee weken aanhoudt.
 ↳ Dan zijn astma of een andere chronische aandoening zoals COPD, postnasale drip of gastro-oesofageale reflux meer waarschijnlijk. De aandoening dient steeds opnieuw geëvalueerd volgens de beschreven stappen.
- Symptomatisch behandelen met een antitussivum of een expectorans.

Patiënt met (klinisch vermoeden van) een pneumonie

Voor de zekerheidsdiagnose van pneumonie is een longfoto nodig. De arts beslist of dit onderzoek nodig is.

Kan de patiënt in eigen beheer behandeld worden?

Criteria

1. Patiënt ouder dan 50?
2. Antecedenten van congestief hartfalen, lever-, nier-, cerebrovasculaire of neoplastische ziekte?
3. Tekens van veranderde mentale status, ademhalingsfrequentie ≥ 30 per minuut, systolische bloeddruk < 90 mm Hg, temperatuur $< 35^\circ\text{C}$ of $\geq 40^\circ\text{C}$, pols ≥ 125 per minuut?

Afwezigheid van bovenstaande drie criteria betekent laag risico van overlijden of complicaties. De patiënt kan bij laag risico of indien enkel ouder dan 50 (eventueel zonder verder technisch onderzoek) in eigen beheer behandeld worden. Bij alle andere patiënten is aanvullend onderzoek vereist om het risico in te schatten.

Cave andere medische en psychosociale contra-indicaties voor behandeling in eigen beheer.

Neen →

Opname

Ja ↓

Behandeling

Amoxicilline 3 g per dag, in minstens drie giften, gedurende acht dagen.
Bij bewezen IgE-gemedieerde penicilline-allergie*: moxifloxacin 1 maal 400 mg.
* Quincke-oedeem, anafylactische shock, snel opkomende massale urticaria

Follow-up bij behandeling

- De patiënt inlichten het antibioticum in te nemen tot het einde van de behandeling.
- De patiënt elke dag evalueren (eventueel telefonisch, naargelang de ernst van de ziekte).
- Op dag drie een nieuwe bloedafname (CRP, leucocyten) indien geen patiënt met laag risico.
Indien na 48 tot 72 uur onvoldoende verbetering:
 - bij ernstig zieke patiënten het advies van de pneumoloog vragen
 - bij niet-zwaar zieken zelf een bi-therapie instellen (oorspronkelijke therapie met een neomacrolide).
- Bij elk contact dient men te overwegen of de behandeling in de thuissituatie kan worden verdergezet (zorgvuldige anamnese en opnieuw klinisch onderzoek: inspectie, auscultatie, temperatuur en bloeddrukmeting).
- Verder de aanbeveling voor de follow-up van lage luchtweginfecties (geen pneumonie) volgen (zie voorzijde).
- Een tweede longfoto is niet nodig ter staving van de genezing, behalve
 - bij afwezigheid van infiltraten op eerste opname en blijvend vermoeden van pneumonie
 - na klinische genezing, bij rokers ouder dan 40 jaar en bij recidiverende pneumonie.

Preventie

- Pneumokokkenvaccinatie wordt aanbevolen bij patiënten die splenectomie ondergingen, niet bij ouderen. Bij ouderen zou dit niet effectief zijn voor de preventie van pneumonie in de ambulante praktijk.
- Influenzavaccinatie wordt aanbevolen bij 65-plussers, chronische hart- of longaandoeningen.