

Acute keelpijn

Ilse Brouwers, 35 jaar, belt naar de praktijk. Ze heeft nu drie dagen erge keelpijn en heeft niet de indruk dat het beter wordt. Het lijkt haar zo'n onzin om voor keelpijn naar de dokter te gaan, maar aan de andere kant voelt ze zich absoluut niet lekker: ze is rillig, terwijl haar wangen gloeien. De temperatuur heeft ze niet opgemeten.

Ze weet niet goed wat ze moet doen. Huismiddeltjes geven wel even verlichting, maar niet meer dan dat. Moet ze nu paracetamol blijven slikken of heeft de huisarts er iets anders voor? En zo ja, moet ze daarvoor op het spreekuur komen of kan er een recept worden klaargelegd?

Inleiding

In de NHG-Standaard Acute keelpijn worden richtlijnen gegeven voor diagnostiek en beleid bij keelpijn die korter dan veertien dagen bestaat. Keelpijn komt veel voor en kan het gevolg zijn van 'verkeerde gewoonten', bijvoorbeeld keelschrapen, het inademen van droge lucht of roken. In de NHG-Standaard wordt geen aandacht besteed aan keelpijn met dergelijke oorzaken, maar gaat het om de ontsteking van de keel.

In een normpraktijk nemen jaarlijks ongeveer 100 tot 120 patiënten vanwege keelpijn contact op met de huisartsenpraktijk. Het merendeel van hen heeft een keelontsteking. In de standaard wordt onderscheid gemaakt tussen milde en ernstige keelontstekingen.

Klachten en achtergronden

Oorzaak van de keelontsteking is meestal een virus. Heel vaak gaat het om een van de vele verkoudheidsvirussen en soms om het Epstein-Barr-virus. Ook kunnen bacteriën (meestal streptokokken) keelontstekingen veroorzaken.

Op grond van klachten van de patiënt en inspectie van mond of keel is echter zelden met zekerheid vast te stellen of een virus of een bacterie de oorzaak is van de klachten. Vaak is dat onderscheid niet van belang, want zowel virale keelinfecties als keelontstekingen door streptokokken gaan in het algemeen vanzelf weer over binnen zeven dagen. De kans op ernstige complicaties is heel klein. Als er al sprake is van een complicatie (bijvoorbeeld acuut reuma, glomerulonefritis, peritonsillair infiltraat of peritonsillair abces of roodvonk), is de oorzaak meestal een streptokokkeninfectie. Ongeveer 1 op de 500 patiënten met een keelontsteking krijgt een peritonsillair abces.

Tijdens het (telefonisch) consult informeert de huisarts naar:

- duur en beloop van de klachten;
- koorts, algemeen ziekzijn;
- hoesten;
- ernstige slikklachten of problemen met openen van de mond (kan passen bij peritonsillair infiltraat of abces);
- huiduitslag (kan wijzen op roodvonk).

Jonge kinderen kunnen vaak nog niet aangeven dat ze last hebben van keelpijn. Bij hen kunnen de klachten zich uiten in prikkelbaar-

heid of nachtelijke onrust. Zuigelings drinken misschien minder dan anders.

De huisarts maakt onderscheid tussen een milde en een ernstige keelontsteking; hij gaat bij een milde keelontsteking na of er een verhoogd risico op complicaties bestaat. Lichamelijk onderzoek is alleen noodzakelijk als er aanwijzingen zijn voor een ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties. Als de patiënt zich niet al te ziek voelt, de klachten niet toenemen, er geen ernstige slikklachten of problemen met het openen van de mond zijn en de lymfeklieren in de hals niet vergroot en pijnlijk zijn, is er meestal sprake van een milde keelontsteking. Hoesten is ook vaak een teken dat het om een milde ontsteking gaat.

RISICO OP COMPLICATIES

Als de patiënt ooit eerder acuut reuma heeft gehad of een verminderde weerstand heeft, is het risico op complicaties hoger. Ook als de patiënt bijvoorbeeld in een instelling woont waar meer ziektegevallen zijn, houdt de huisarts rekening met een verhoogd risico op complicaties.

ERNSTIGE KEELONTSTEKING

Er is sprake van een ernstige keelontsteking bij patiënten met:

- hevige keel- en slikklachten, hoge koorts, ernstig algemeen ziekzijn of bedlegerigheid;
- peritonsillair infiltraat of abces;
- zeer gezwollen en pijnlijke lymfeklieren in de hals.

De huisarts onderzoekt mond en keel. Beslag of pus op beide tonsillen kan, in combinatie met vergrote klieren in de hals, wijzen op mononucleosis infectiosa (ziekte van Pfeiffer, zie kader) of een streptokokkeninfectie. Als de patiënt moeilijk zijn mond kan openen, kan er sprake zijn van een peritonsillair infiltraat of abces. In geval van een abces is vaak ook de tonsil 'verplaatst'. Huiduitslag kan passen bij roodvonk (zie kader Roodvonk of scarlatina).

AANVULLEND ONDERZOEK

Als er aanwijzingen zijn voor mononucleosis infectiosa (keelpijn die langer dan zeven dagen duurt, koorts, moeheid en pijnlijke, ver-grote lymfeklieren) wordt bloedonderzoek verricht naar het Epstein-Barr-virus. Bloedonderzoek is ook noodzakelijk bij patiënten met keelpijn die langdurig ernstig ziek zijn (om vast te stellen of de patiënt bijvoorbeeld leukemie of agranulocytose heeft).

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij een milde keelontsteking zonder verhoogd risico op complicaties legt de huisarts uit dat de klachten meestal binnen zeven dagen vanzelf overgaan. Sommige patiënten ervaren verlichting van hun klachten door een dropje te nemen of regelmatig kamillethee of koud water te drinken. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat deze maatregelen daadwerkelijk helpen. Eventueel kan de patiënt een paracetamol nemen tegen de pijn. De huisarts legt uit dat een virusinfectie meestal de oorzaak is van de keelontsteking. Antibiotica hebben dan geen zin. Alleen als de klachten worden veroorzaakt door bacteriën, zou behandeling met antibiotica zinvol kunnen zijn. Bij milde keelontsteking maakt de huisarts samen met de patiënt de afweging of gebruik van antibiotica gewenst is. Het (beperkte) voordeel is dat antibiotica de klachten kunnen bekorten met 24 tot 48 uur. Ze kunnen echter vervelende bijwerkingen hebben en de kans dat antibioticagebruik complicaties voorkomt, is klein. De huisarts legt uit dat om die redenen antibiotica alleen worden geadviseerd bij ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties.

Bij roodvonk vertelt de huisarts dat het beloop over het algemeen gunstig is en het risico op complicaties heel klein. Bij milde klachten is het niet nodig antibiotica te gebruiken. Voor roodvonk bestaat geen meldingsplicht aan de GG&GD in het kader van de Infectieziektenwet, tenzij het om een epidemie in een instel-

ling gaat. Kinderen mogen gewoon naar school of naar het kinderdagverblijf. Tegen mononucleosis infectiosa (zie kader) zijn geen medicijnen. Patiënten met deze ziekte zijn bijna allemaal bang voor langdurige moeheid. De huisarts vertelt dat lang niet alle patiënten lange tijd last hebben van erge vermoeidheid. Ook is de ziekte niet zo besmettelijk als algemeen wordt aangenomen. Specifieke hygiënische maatregelen zijn eigenlijk niet nodig. Mocht de patiënt wel last hebben van vermoeidheid, dan zal dat in de loop van de tijd minder worden. De patiënt kan zich gewoon inspannen: hij merkt zelf wat hij wel of niet aankan.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Het doel van het voorschrijven van medicijnen bij keelontsteking is vermindering van de klachten. Als de patiënt pijnstilling wil, wordt bij voorkeur paracetamol geadviseerd, in te nemen op vaste tijden en voldoende hoog gedoseerd.

Antibiotica kunnen voor een deel van de volwassen patiënten de ziekteduur met 24 tot 48 uur beperken. De huisarts schrijft een penicillinekuur voor aan patiënten met:

- ernstige keelontsteking;
- peritonsillair abces;
- roodvonk met ernstig algemeen ziekzijn.

Dit geldt ook voor patiënten met een sterk verminderde weerstand, patiënten die in het verleden acuut reuma hebben doorgemaakt, of patiënten die in een instelling wonen waar een streptokokkeninfectie heerst.

CONTROLES EN VERWIJZING

Controle is meestal niet noodzakelijk. De patiënt krijgt het advies om weer aan de bel te trekken als de klachten verergeren of na een week niet zijn verdwenen.

Bij een peritonsillair infiltraat kan een abces ontstaan. Om die reden wil de huisarts de patiënt met een infiltraat na één dag weer op het spreekuur zien. Een peritonsillair abces is een reden om de patiënt naar de kno-arts te verwijzen. Die kan het abces punteren of incideren.

Als de patiënt regelmatig last heeft van ernstige keelontstekingen (ten minste vijf keer per jaar of ten minste drie keer in elk van de afgelopen twee jaren), kan tonsillectomie zinvol zijn. Bij volwassenen is dat echter een forse ingreep waarvan de patiënt gemiddeld 14 tot 25 dagen ziek is.

Bij de triage kunt u onderscheid maken tussen keelpijn waarbij u zelf de patiënt adviezen kunt geven, en keelpijn waarbij u de patiënt moet verwijzen naar de huisarts. Als het gaat om een milde keelontsteking kunt u in veel gevallen ook advies geven, of verwijst u de patiënt naar het telefonisch spreekuur. Gaat het om een ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties, dan maakt u voor de patiënt een afspraak op het spreekuur.

Er bestaat zowel een NHG-Patiëntenfolder als een NHG-Patiëntenbrief over keelpijn. Ook zijn er patiëntenbrieven over de ziekte van Pfeiffer en over roodvonk (in de serie Kinderziekten). In de NHG-Telefoonwijzer is een hoofdstuk Keelpijn opgenomen.

Mononucleosis of ziekte van Pfeiffer

De ziekte van Pfeiffer wordt veroorzaakt door het Epstein-Barr-virus dat in speeksel kan voorkomen. Omdat het virus mogelijk door zoenen wordt overgebracht, wordt de ziekte van Pfeiffer ook wel de ‘kissing disease’ genoemd. De ziekte begint vaak met keelpijn, koorts en opgezette klieren in de hals. De ziekte kan ook zonder keelpijn verlopen. Op het gehemelte kunnen kleine bloeditstortinkjes zichtbaar zijn. Bij sommigen is de lever tijdelijk vergroot. Daarnaast kan de patiënt last hebben van hoofdpijn, misselijkheid, transpireren en hoesten. Vaak is vermoeidheid het meest opvallende verschijnsel. Sommigen hebben er weinig last van, anderen zijn zo vermoeid dat ze extra rust moeten nemen.

De ziekte is niet erg besmettelijk. Het is maar zelden dat huisgenoten de ziekte krijgen. Na besmetting duurt het vier tot zeven weken voordat de eerste ziekteverschijnselen optreden. De patiënt kan de dagelijkse werkzaamheden gewoon voortzetten. Als hij merkt dat iets echt te veel of te zwaar is, moet hij rust nemen. Dit geldt zowel voor lichamelijke als geestelijke inspanningen. Een dieet volgen is niet nodig.

Veel mensen dragen het Pfeiffer-virus bij zich zonder dat ze er ziek van worden. Maatregelen om besmetting te voorkomen hebben geen zin. Apart bestek, kopjes, handdoeken of wc-gebruik is dus niet noodzakelijk.

De ziekte gaat meestal vanzelf over en het risico van complicaties is heel klein. Hoelang de ziekte duurt is niet te voorspellen. Meestal blijft het bij een keelontsteking. In andere gevallen kan de moeheid zich maanden voortslepen. Wanneer de ziekte eenmaal is vastgesteld, is verdere controle niet noodzakelijk. Controle van het bloed heeft geen zin. Soms zijn de klachten al lang verdwenen terwijl er in het bloed nog steeds aanwezigingen voor de ziekte te vinden zijn. Omgekeerd kan iemand nog steeds ziek zijn terwijl het bloed geen afwijkingen meer te zien geeft. Iemand die de ziekte heeft doorgemaakt kan het daarna niet nog eens krijgen.

Roodvonk of scarlatina is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door streptokokken. De incubatietijd is twee tot vier dagen. Deze ziekte kan op elke leeftijd voorkomen maar het meest op de leeftijd van 3 tot 12 jaar. Besmetting vindt plaats door direct contact met een zieke of door aanhoesten. Besmettingsgevaar bestaat vanaf het begin van de klachten tot het moment dat de vlekjes zijn verdwenen. Het ziekteverloop is plotselinge koorts en keelpijn, hoofdpijn, misselijkheid en braken; één dag na het uitbreken van de ziekte ontstaan op de huid op warme lichaamsplaatsen donkerrode spikkels die soms jeuken, opvallend rode wangen en het zogenoemde roodvonkmasker, een witte driehoek rond de mond en onder de neus. Na vijf dagen verdwijnen de vlekjes en de koorts. Op het hoogtepunt van de ziekte is de tong vuurrood en gezwollen (frambozentong). De patiënt heeft vaak geen eetlust en moet veel transpireren. Na verloop van tijd kunnen handpalmen en voetzolen gaan vervellen.

Begrippen	
abces	een hoeveelheid pus (etter) in een niet eerder bestaande holte
acut reuma	acute ontsteking van gewrichten en delen van het hart; tegenwoordig zeldzame complicatie bij een streptokokkeninfectie
agranulocytose	toestand waarbij het aantal granulocyten (type witte bloedcellen) in het bloed sterk verminderd is, waardoor de afweerkracht van het lichaam tegen infecties is afgenomen.
Epstein-Barr-virus	verwekker van mononucleosis infectiosa (ziekte van Pfeiffer)
glomerulonefritis	ontsteking van de glomeruli (haarvaten die voor filtering zorgen) in de nier
incideren	insnijden, een snede maken
infiltraat	plaatselijke, gespannen verdikking rondom een ontsteking bestaande uit vocht uit de bloedbaan; wanneer er etter aanwezig is, is sprake van een abces
mononucleosis infectiosa	zie kader
peritonsillair	keelwand in de omgeving van een keelamandel
puncteren	behandelen met een punctie (bij een abces: openprikken)
roodvonk	zie kader
tonsillectomie	verwijderen van de keelamandelen (amandelen 'knippen')