

This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Nieuwe aanbevelingen voor de behandeling van acute otitis media in de eerste lijn

Reference:

Keijzer J.-H., Mokrane S., Dekker N., Goossens M., Vanderveken O., De Sutter A., Mehta R., Ducène C., Sousa A., Boulad M.,- Nieuwe aanbevelingen voor de behandeling van acute otitis media in de eerste lijn
Tijdschrift voor geneeskunde / Nederlandstalige medische fakulteiten in België - ISSN 0371-683X - 80(2024), p. 1-10
Full text (Publisher's DOI): <https://doi.org/10.47671/TVG.80.24.017>
To cite this reference: <https://hdl.handle.net/10067/2051840151162165141>

24.017

RICHTLIJNEN

Nieuwe aanbevelingen voor de behandeling van acute otitis media in de eerste lijn

J.-H. Keijzer¹, S. Mokrane¹, N. Dekker¹, M. Goossens¹, O. Vanderveken², A. De Sutter³, R. Mehta⁴, C. Ducène⁵, A. Sousa⁶, M. Boulad⁷, P. Van Royen^{8,9}

¹ Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn vzw, Wilrijk (Antwerpen).

² Dienst neus-keel-oorziekten, hoofd- en halsheelkunde, Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

³ Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg, Universiteit Gent.

⁴ Dienst neus-keel-oorziekten, CHU Charleroi.

⁵ Dienst neus-keel-oorziekten, Sint-Pietersziekenhuis Brussel.

⁶ Faculteit geneeskunde, departement huisartsgeneeskunde, Universiteit Luik.

⁷ Maison médicale, Marchienne-au-Pont.

⁸ Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, centrum voor huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.

⁹ Correspondentieadres: prof. dr. P. Van Royen, faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, centrum voor huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen, Doornstraat 331, 2610 Wilrijk; e-mail: paul.vanroyen@uantwerpen.be

In een oogopslag

Dit artikel is een samenvatting van de herziene richtlijn over de aanpak van acute otitis media door de huisarts en benadrukt wat nieuw is ten opzichte van wat gekend is.

Samenvatting

Dit artikel is een samenvatting van de recente update van de klinische richtlijn over acute otitis media met aanbevelingen voor de diagnose, de behandeling en de preventie, met inbegrip van gecompliceerde acute otitis media of acute otitis media met een risico op complicaties bij kinderen en volwassenen in de huisartspraktijk.

De richtlijn is tot stand gekomen met deelname van alle relevante disciplines en volgens een internationaal erkende methodologie voor richtlijnontwikkeling (Adapte-procedure).

De elementen van de anamnese en het klinische onderzoek hebben een beperkte diagnostische waarde. Bovendien zijn enkel symptomen niet voldoende om de diagnose van acute otitis media te stellen. De diagnostische hypothese is gebaseerd op de combinatie van deze elementen. De arts besteedt aandacht aan de ervaring van de patiënt en geeft de nodige informatie om de patiënt in staat te stellen om diens ziekte goed te beheren (bv. pijnbestrijding).

Gedeelde besluitvorming is een sleutelement.

Antibiotica zijn gerechtvaardigd bij een ongunstig ziekteverloop of in geval van belangrijke risicofactoren voor complicaties. Bepaalde subgroepen kunnen echter baat hebben bij

antibiotictherapie. Doeltreffende pijn- of koortsbestrijding (met paracetamol of ibuprofen) vormt de hoeksteen van de behandeling van acute otitis media. Meer gerichte antibioticatherapie is voorbehouden voor specifieke indicaties.

Abstract

New recommendations for the management of acute otitis media in primary care

This article is a summary of the recent clinical guideline update of acute otitis media with recommendations for its diagnosis, treatment and prevention, including complicated acute otitis media or acute otitis media at risk of complications in children and adults in general practice.

The clinical practice guideline came about with the participation of all relevant disciplines and according to an internationally recognized methodology for guideline development (Adapte procedure).

The elements of the medical history and clinical examination have limited diagnostic value. Moreover, symptoms alone are not enough to make the diagnosis of acute otitis media. The diagnostic hypothesis is based on the combination of these elements. The doctor pays attention to the patient's experience and provides the necessary information to enable the patient to manage his/her disease properly (e.g. pain management).

Shared decision-making is a key point.

Antibiotics are justified in case of an unfavorable disease course and in the presence of major risk factors for complications. However, certain subgroups may benefit from antibiotic

therapy. Effective pain or fever treatment (with paracetamol or ibuprofen) has become the cornerstone of acute otitis media management. More targeted antibiotic therapy is reserved for specific indications.

Inleiding

Acute otitis media is een vaak voorkomende infectieziekte, vooral bij kinderen. Ongeveer 80% tot 90% van de kinderen maakt vóór de leeftijd van 3 jaar ten minste 1 episode door (1). In België bedraagt de incidentie van acute otitis media in de pediatrische populatie tussen 0 en 4 jaar meer dan 169 per 1.000 patiënten per jaar. Ongeveer 52% van de gevallen wordt gediagnosticeerd bij kinderen tussen 0 en 4 jaar, 15% tussen 5 en 9 jaar en 6% tussen 10 en 14 jaar (2). Het sterftecijfer in West-Europa bedraagt 2,8 per 10 miljoen mensen voor een acute otitis media-incidentie van 5,91% (3).

De aandoening is een belangrijke reden voor consultatie bij de huisarts en voor het nemen van antibiotica. Hoewel de meeste episodes van acute otitis media spontaan genezen, kunnen sommige gepaard gaan met ernstige complicaties. Het nut van antibiotica in de behandeling ervan blijft onderwerp van discussie. Ondanks de zelfbeperkende aard van de aandoening en het risico op bijwerkingen en antimicrobiële resistentie blijkt het overmatig voorschrijven van antibiotica bij acute otitis media een groot probleem. Een gericht antibioticagebruik is dus noodzakelijk.

De Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL), gefinancierd door het RIZIV en partner in het Evikey-netwerk, publiceerde in 2022 een update van de richtlijn acute otitis media van SSMG Medica van 2000. De nieuwe richtlijn formuleert aanbevelingen voor de

diagnose, de behandeling en de preventie van acute otitis media, met inbegrip van gecompliceerde acute otitis media of acute otitis media met een risico op complicaties bij kinderen en volwassenen in de huisartspraktijk. De richtlijn verduidelijkt in welke situaties een antibioticabehandeling aangewezen is, hoe men de aandoening het best behandelt bij kinderen met trommelvliesbuisjes en wanneer men de patiënt moet verwijzen naar de tweede lijn.

Methoden

De richtlijn kwam tot stand met betrokkenheid van alle relevante disciplines en volgens de leidraad richtlijnontwikkeling opgesteld door WOREL (4). Deze leidraad beschrijft alle methodologische stappen die men moet doorlopen.

De richtlijn werd gerealiseerd via een Adapte-procedure (5). Deze omvat een aantal specifieke stappen:

- Systematisch zoeken naar richtlijnen en de methodologische kwaliteit ervan beoordelen.
- Nagaan of de inhoud (aanbevelingen) van de gevonden richtlijnen overeenstemt met de gestelde klinische vragen.
- Nagaan of de wetenschappelijke onderbouwing en de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen consistent zijn op methodologisch en klinisch vlak.
- Nagaan of de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen aanvaardbaar en toepasbaar zijn in de Belgische setting.
- De relevante aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen selectief aanpassen.

De andere stappen (bepalen van de klinische vragen, updaten van de literatuur, externe evaluatie bij de eindgebruikers, consensusprocedures) verlopen volgens de internationale standaarden van de novo-richtlijnontwikkeling.

Er werd ook rekening gehouden met patiëntenvoorkeuren. Hiervoor gebeurden meerdere zoektochten in de literatuur.

De richtlijn werd gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam).

Wat is 'practice changing'?

De arts moet voldoende tijd nemen om te luisteren naar de beleving van de (ouders van de) patiënt en in functie hiervan informatie geven over het natuurlijke verloop van de aandoening, het belang van een goede pijnbehandeling, het (verwaarloosbare) effect van antibiotica en het opnieuw consulteren bij een afwijkend verloop. Dit bevordert de therapietrouw - een belangrijke hoeksteen bij verantwoord antibioticagebruik - en maakt deel uit van shared decision-making.

Bij bepaalde subgroepen hebben antibiotica een klinisch relevant effect (zie verder), maar zijn ze niet strikt noodzakelijk. In deze gevallen kan gedeelde besluitvorming aangewezen zijn. Het risico op zware complicaties is verwaarloosbaar klein bij niet-ernstige acute otitis media, ook bij jonge kinderen vanaf de leeftijd van 3 maanden.

In het algemeen hebben antibiotica een verwaarloosbaar effect bij niet-ernstige acute otitis media ('number needed to treat' (NNT) = 17 voor ziekte duur en NNT = 30 voor pijnverlichting op korte termijn). Het uitgestelde antibioticavoorschrift wordt afgeraden, want dit draagt bij tot overconsumptie van antibiotica. Er is ook geen bewijs dat antibiotica beschermen tegen complicaties. De aandoening kent een spontane genezing.

Antibiotica moeten onmiddellijk gegeven worden bij een abnormaal verloop en in de aanwezigheid van majeure risicofactoren voor complicaties, met name bij kinderen tussen 0 en 3 maanden oud, na een recente ooroperatie, in geval van een cochleair implantaat en bij immunodeficiëntie. Het systematisch geven van antibiotica is niet aangeraden wanneer er mineure risicofactoren voor complicaties aanwezig zijn: bij kinderen tussen 3 en 6 maanden, bij anatomische afwijkingen in de NKO-regio, bij het syndroom van Down en na een niet-recente ooroperatie. Wel moet men in deze gevallen bedacht zijn op een eventueel ernstiger verloop of tekenen van zware complicaties. Antibiotica zijn te overwegen bij de volgende subgroepen (maar geen antibiotica geven is ook verdedigbaar): kinderen tussen 6 maanden en 2 jaar met bilaterale acute otitis media (NNT = 4) en kinderen met acute otitis media én een loopoor ten gevolge van een trommelvliesperforatie (NNT = 3).

Ciprofloxacin-oordruppels hebben een gunstig effect op de duur van het loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes.

Baby's jonger dan 3 maanden met acute otitis media worden dringend doorverwezen.

Aanbevelingen voor het beleid

Diagnose van acute otitis media

Acute otitis media kan zich op heel veel verschillende manieren uiten. De informatie uit de anamnese en de bevindingen tijdens het klinische onderzoek hebben echter een beperkte diagnostische waarde en de symptomen op zich zijn niet specifiek genoeg en niet voldoende om de diagnose te stellen. Daarom moet de huisarts de verschillende elementen associëren om tot een diagnostische hypothese te komen.

Symptomen

Bij volwassenen gaat het om plots optredende oorpijn, hoewel dit ook een symptoom kan zijn van otitis externa, een disfunctie van de buis van Eustachius, mastoïditis, een tumor of gerefereerde pijn.

Bij kinderen gaat het om niet-verbale uitingen (oor vasthouden, eraan trekken of wrijven), een loopoor of oorpijn, algemene symptomen (koorts, gedragsverandering, agitatie, buikpijn, braken, diarree, verlies van eetlust, sufheid) of symptomen van een bovenste luchtweginfectie (hoesten, neusverkoudheid en keelpijn).

De waarde van de symptomen bij acute otitis media is soms moeilijk te interpreteren, vooral bij kinderen. Specifiek voor kinderen jonger dan 3 jaar (die nog niet kunnen praten) heeft men symptoomschalen ontwikkeld en gevalideerd: de 'Acute Otitis Media Severity of Symptoms Scale' en de 'Acute Otitis Media Face Scale' (6, 7). Visuele schalen, zoals de 'Face Pain Scale-R' of de 'Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale', kunnen eventueel helpen om de pijn bij kinderen tussen 6 en 35 maanden te beoordelen (8).

Met opmerkingen [EH1]: Bovenste- of ondersteluchtweginfectie of beide?

Met opmerkingen [PV2R1]: het moet enkel 'bovenste luchtweginfectie' zijn

Anamnese

Het is belangrijk om de ernst, de duur en het verloop van de klachten te bevragen, alsook de eventuele aanwezigheid van trommelvliesbuisjes.

Klinisch onderzoek

Met behulp van een otoscoop onderzoekt men beide trommelvliezen en vergelijkt men het uitzicht van het rechter- met dat van het linkertrommelvlies.

Elementen die de diagnose waarschijnlijker maken, zijn een omberend, rood en/of niet-doorschijnend trommelvlies, een duidelijk verschil in uitzicht tussen beide trommelvliezen en een recent ontstaan loopoor (via een trommelvliesperforatie of -buisjes).

Voor het stellen van de diagnose en het bepalen van het beleid is geen aanvullend onderzoek nodig.

Quote: Het is belangrijk om tijdens de anamnese of het klinische onderzoek na te gaan of het kind of de volwassene tot een risicogroep behoort voor het ontwikkelen van complicaties.

Diagnose van gecompliceerde acute otitis media (of met risico op complicaties)

Het is belangrijk om tijdens de anamnese of het klinische onderzoek na te gaan of het kind of de volwassene behoort tot een risicogroep voor het ontwikkelen van complicaties (tabel 1).

Als er risicofactoren aanwezig zijn, dan moet men tijdens het klinische onderzoek actief nagaan of er tekenen zijn van complicaties zoals:

- Mastoïditis, verlamming van de aangezichtsenuw, labyrinthitis, septische artritis van het temporomandibulaire gewricht en petrositis (syndroom van Gradenigo).
- Meningitis, encefalitis, epiduraal of hersenabces, cerebrale sinustrombose (van de sinus sigmoïdeus) en empyeem (9).

Basisbehandeling van acute otitis media

Informatie en advies

Het is zaak om de (ouders van de) patiënt voldoende advies en informatie te geven en in de communicatie rekening te houden met diens verwachtingen, bezorgdheden en kennis (en eventuele misvattingen) met betrekking tot pijnverlichting, risico's op complicaties en gehoorverlies, verondersteld nut van antibiotica voor symptoombestrijding en verondersteld beschermend effect van antibiotica ten aanzien van ernstige complicaties.

Informatie geven over het natuurlijke verloop van de aandoening is cruciaal. Dat ligt rond 3 dagen, maar kan soms tot een week duren. De infectie geneest meestal spontaan en ernstige complicaties zijn zeer zeldzaam. Kennis over het natuurlijke verloop van de aandoening betekent dat de (ouders van de) patiënt ook in staat is (zijn) om een afwijkend verloop te herkennen. Herconsultatie is nodig wanneer de symptomen niet verbeteren binnen 3 dagen of vroeger als de toestand zou verergeren.

Medicatie

Naast koortscontrole heeft adequate pijnstilling (in een voldoende hoge dosering en frequentie) een belangrijk effect op het comfort van de patiënt. Dit vormt dan ook de

hoeksteen van de basisbehandeling. De eerste keuze is paracetamol. Wanneer dit geen bevredigend resultaat geeft, mag men het middel, in de afwezigheid van tegenaanwijzingen, vervangen door ibuprofen (bij volwassenen en kinderen ouder dan 1 jaar) (tabel 2) (10, 11). Lidocaïne-oordruppels als pijnstilling bij acute otitis media zijn niet aanbevolen. Ook het gebruik van antihistaminica is afgeraden. Dit heeft geen bewezen klinisch relevant gunstig effect.

Wanneer acute otitis media behandelen met antibiotica?

De richtlijn bevestigt het verwaarloosbare effect van antibiotica bij niet-ernstige acute otitis media in het algemeen ('number needed to benefit' (NNB) = 17 voor ziekteduur en NNB = 30 voor pijnverlichting). De bijwerkingen van antibiotica kwamen in de studies vaker voor ('number needed to harm' (NNH) = 14). Er is geen bewijs dat antibiotica zouden beschermen tegen complicaties. Het risico op ernstige complicaties is overigens verwaarloosbaar klein bij niet-ernstige acute otitis media, ook bij jonge kinderen vanaf de leeftijd van 3 maanden. Voor specifieke subpopulaties wordt er wel een uitzondering gemaakt.

Kinderen

Zolang het klinische beeld geruststellend is, zijn orale antibiotica niet aanbevolen bij kinderen in de afwezigheid van mineure of majeure risicofactoren voor complicaties of ernstige ziektekenen of als ze behoren tot een subgroep waarin men een gunstig effect van antibiotica waarneemt (kinderen met bilaterale acute otitis media en acute otitis media met een loopoor).

Het meegeven van een uitgesteld antibioticavoorschrift is afgeraden omdat dit leidt tot overconsumptie. Waakzaamheid is geboden bij de aanwezigheid van mineure risicofactoren (een eventueel ernstiger verloop of tekenen van zware complicaties) (tabel 1).

Orale antibiotica worden onmiddellijk opgestart bij:

- Acute otitis media die gepaard gaat met forse symptomen.
- De aanwezigheid van een majeure risicofactor (tabel 1).
- Na 3 dagen pijnstilling in een voldoende hoge dosering en frequentie zonder verbetering van de koorts en/of de pijn.

Orale antibiotica zijn te overwegen in subgroepen die baat hebben bij antibiotica:

- Kinderen van 6 maanden tot 2 jaar met dubbelzijdige acute otitis media.
- Kinderen ouder dan 6 maanden die bij de eerste presentatie van een episode van acute otitis media een loopoor hebben als gevolg van een spontane trommelvliesperforatie.

Steeds meer ouders zijn zich bewust van de nadelen van antibioticagebruik. In bovenstaande subgroepen zorgen ze voor een iets snellere genezing. **Geen antibiotica geven is echter ook verdedigbaar. Dit is dan ook een goede gelegenheid om de ouders te betrekken bij de beslissing (shared decision-making).**

Als er 48 uur na de start van het antibioticum geen verbetering is opgetreden, kan men de behandeling aanpassen volgens de BAPCOC-aanbevelingen van 2021 of het kind doorverwijzen naar een NKO-arts.

Volwassenen

Waakzaamheid is geboden bij de aanwezigheid van mineure risicofactoren (een eventueel ernstiger verloop of tekenen van zware complicaties) (tabel 1). Orale antibiotica worden onmiddellijk opgestart als zich een majeure risicofactor voordoet (tabel 1).

Als er 48 uur na de start van het antibioticum geen verbetering is opgetreden, kan men de behandeling aanpassen volgens de BAPCOC-aanbevelingen van 2021 of de patiënt doorverwijzen naar een NKO-arts.

Behandeling bij kinderen met trommelvliesbuisjes

Acute otitis media bij kinderen met trommelvliesbuisjes uit zich in een etterig loopoor gedurende gemiddeld 12 dagen. Het toedienen van antibiotica (lokaal of oraal) kan de duur verkorten tot minder dan 7 dagen (12). Een loopoor via buisjes stopt meestal zonder behandeling. Bij een niet-gecompliceerd loopoor blijken lokale antibiotica werkzamer dan orale. De toediening van ciprofloxacin-oordruppels is te overwegen indien er geen systemische symptomen of risicofactoren aanwezig zijn. Het is belangrijk om samen met de ouders de voor- en de nadelen af te wegen. Een afwachtende houding kan zeker ook verantwoord zijn. Oordruppels met een aminoglycoside (zoals neomycine, framycetine, gentamycine of tobramycine), al dan niet geassocieerd aan polymyxine B, mogen vanwege hun ototoxische effect niet gebruikt worden (13).

Wanneer doorverwijzen?

Acute complicaties van acute otitis media worden doorgaans veroorzaakt door een infectie. De aandoening kan evolueren naar intracraniale (zoals meningitis) of extracraniale

verwikkelingen (zoals mastoïditis) (9, 14). Deze complicaties vereisen een snelle en gespecialiseerde behandeling.

Bij twijfel over de noodzaak tot doorverwijzing naar de spoedgevallendienst kan telefonisch advies van een specialist nuttig zijn.

Dringende doorverwijzing

Doorverwijzing naar de spoedgevallendienst is noodzakelijk bij een kind jonger dan 3 maanden met ernstige ziektekenen (slaperigheid, verminderde vochtinname, snelle achteruitgang van de algemene toestand) of het vermoeden van ofwel een ernstige systemische infectie (bewustzijnsstoornissen, prostratie, prikkelbaarheid, aanhoudende koorts, ernstige oorpijn, misselijkheid, braken, stoornissen van het centrale zenuwstelsel zoals nekstijfheid, focale epilepsieaanvallen, ataxie of gezichtsstoornissen), ofwel complicaties (meningitis, mastoïditis) (15). Dit is ook noodzakelijk in geval van acute otitis media die gepaard gaat met ernstige algemene symptomen en een IgE-gemedieerde allergie.

Doorverwijzing naar de spoedgevallendienst bij volwassenen is nodig bij tekenen van een ernstige systemische infectie (bewustzijnsstoornissen, prostratie, prikkelbaarheid, aanhoudende koorts, ernstige oorpijn, misselijkheid, braken, stoornissen van het centrale zenuwstelsel zoals nekstijfheid, focale epilepsieaanvallen, ataxie of gezichtsstoornissen) of bij tekenen/symptomen die een acute complicatie van acute otitis media suggereren (meningitis, mastoïditis) (16).

Er bestaan voor verschillende leeftijdsgroepen algoritmes voor de risicostratificatie bij het

vermoeden van een ernstige systemische infectie (sepsis) (13).

Quote: Er bestaan voor verschillende leeftijdsgroepen algoritmes voor de risicostratificatie bij het vermoeden van een ernstige systemische infectie.

Niet-dringende doorverwijzing

Men moet de patiënt doorverwijzen naar een NKO-arts als er geen verbetering optreedt ondanks een antibioticabehandeling, bij een aanhoudend loopoor na antibioticatherapie of bij aanhoudende trommelvliesperforaties 6 weken na het optreden van een acuut loopoor.

Een trommelvliesperforatie veroorzaakt aanzienlijk gehoorverlies (hoewel meestal minder dan 35 dB) als de perforatie groter is dan een kwart van het trommelvliesoppervlak. Het is belangrijk om 2 weken na het ontstaan van het loopoor te controleren of het trommelvlies zich heeft gesloten. Is dat niet het geval, dan is een nieuwe controle na 4 weken (dus 6 weken na het ontstaan van het loopoor) nodig. Is het trommelvlies na 6 weken nog steeds niet gesloten, dan is nazicht door de NKO-arts noodzakelijk.

Hoe acute otitis media bij kinderen voorkomen?

In geval van complicaties van acute otitis media beschermt een pneumokokkenvaccinatie kinderen tegen een invasieve infectie (zoals meningitis en sepsis). Dit is dus belangrijk op het vlak van preventie. Daarom moet de arts nagaan of het kind alle dosissen heeft gekregen zoals voorzien in het Belgische vaccinatieschema. Er zijn verschillende pneumokokkenvaccins (*Streptococcus pneumoniae*) beschikbaar. In het Belgische vaccinatieschema, dat gewijzigd is

in 2018 en 2020, stelt de Hoge Gezondheidsraad voor om kinderen te vaccineren tegen pneumokokken met het 13-valente vaccin (17).

Haemophilus influenzae is vaker verantwoordelijk voor bilaterale acute otitis media (18-20). Vaccinatie hiertegen is aanbevolen bij zuigelingen en jonge kinderen. Het is een geconjugueerd vaccin dat sinds mei 2020 niet meer alleen bestaat, maar geïntegreerd is in het hexavalente vaccin (21).

Een andere aanbevolen maatregel om acute otitis media bij kinderen te voorkomen is het geven van borstvoeding. Moedermelk bevat nuttige bacteriën die mogelijk beter beschermen tegen ziekteverwekkers en die de rijping van het immuunsysteem van zuigelingen kunnen bevorderen. Borstvoeding gaat bovendien gepaard met kolonisatie, met name van *Corynebacterium*, dat aanwezig is in de microbiota van moedermelk. Moedermelk bevat verder veel 'human milk oligosaccharides' (HMO's), die fungeren als prebiotica. De combinatie van de microbiota en de HMO's kan een betere bescherming bieden tegen acute otitis media bij kinderen die borstvoeding krijgen.

Ten slotte is het aangewezen om blootstelling aan passief roken door de omgeving te vermijden, vooral als de roker nauw contact heeft met de zuigeling.

De volgende maatregelen zijn niet aanbevolen om acute otitis media bij kinderen te voorkomen: vaccinatie tegen influenza en het gebruik van xylitol (suikeralcohol of

berkenboomsuiker). Xylitol is een molecuul dat van nature voorkomt in verschillende bessen (aardbeien, bosbessen, lijsterbessen) en pruimen.

Besluit

De diagnosestelling van acute otitis media berust op het associëren van symptomen, informatie uit de anamnese en bevindingen uit het klinische onderzoek. Doeltreffende pijn- of koortsbehandeling (via paracetamol of ibuprofen) is de hoeksteen geworden in de aanpak ervan. Meer gerichte antibioticatherapie is voorbehouden voor specifieke indicaties. Acute complicaties worden doorgaans veroorzaakt door een infectie en vragen een dringende doorverwijzing. Vaccinaties tegen *Streptococcus pneumoniae* en *Haemophilus influenzae* zijn aanbevolen in de preventie van acute otitis media, net zoals borstvoeding en het vermijden van blootstelling aan passief roken.

Peilen naar de verwachtingen, de bezorgdheden en de kennis van de (ouders van de) patiënt over de aandoening en de behandeling, alsook het geven van informatie over het natuurlijke verloop ervan, over het nut van antibiotica, over wanneer herconsultatie noodzakelijk is, enz. zijn belangrijke pijlers in het gezamenlijk nemen van beslissingen (shared decision-making) over het beste beleid bij acute otitis media.

Mededelingen

Belangenconflict

De auteurs vermelden geen belangenconflict.

Financiële ondersteuning

De richtlijn werd ontwikkeld met financiële steun van het RIZIV.

Aansprakelijkheid en copyright

Hierbij verklaren alle auteurs akkoord te gaan met de opgelegde regels in verband met aansprakelijkheid en copyright.

De volledige tekst van de richtlijn is beschikbaar via www.worel.be

De 'point-of-care'-samenvatting is beschikbaar via <https://ebpnet.be>

Dit artikel is in vertaling reeds gepubliceerd in Louvain Médical (Keijzer JH, Mokrane S, Van Royen P, et al. Nouvelles recommandations pour la prise en charge de l'otite moyenne aiguë en soins primaires. Louvain Med 2023; 142: 355-362). Toestemming werd verkregen mits vermelding.

Tabel 1. Risicofactoren voor complicaties.

Majeure risicofactor voor complicaties	Mineure risicofactor voor complicaties	Geen risicofactor
Leeftijd 0-3 maanden	Leeftijd 3-6 maanden	Leeftijd > 6 maanden
Recente ooroperatie	Niet-recente ooroperatie	
Cochleair implantaat	Anatomische afwijkingen in het NKO-gebied (palatoschisis, enz.)	
Immunodeficiëntie	Syndroom van Down	

Tabel 2. Pijnstilling en dosering voor kinderen en volwassenen (10).

Pijnstiller	Dosering	Leeftijdsgrenzen
Eerste keuze: paracetamol	- Kind en volw. < 50 kg: per os: 15 mg/kg tot 4 x p.d. (max. 60 mg/kg/d) - Volw. ≥ 50 kg: per os: 500 mg à 1 g, tot 4 x p.d. (max. 4 g p.d.)	Niet van toepassing
Tweede keuze: ibuprofen	- Kind: pijn: tot 5 à 10 mg/kg 3 x p.d. (max. 1,2 g p.d.) - Volw.: tot 3 x p.d. 200 à 400 mg (max. 2,4 g p.d.)	Vanaf 3 maanden (11)

Literatuur

1. UptoDate. Acute otitis media in children: epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and complications (www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-complications?source=search_result&search=Otitis+media&selectedTitle=7%7E150).
2. <https://www.intego.be>
3. Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, et al. Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. PLoS One 2012; 7: e36226.
4. Dekker N, Goossens M. Leidraad richtlijnontwikkeling. Antwerpen: WOREL, 2021.
5. <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/05/ADAPTE-Resource-toolkit-V2.1-March-2010-updated-disclaimer.pdf>
6. Shaikh N, Hoberman A, Paradise JL, et al. Responsiveness and construct validity of a symptom scale for acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 2009; 28: 9-12.
7. Friedman NR, McCormick DP, Pittman C, et al. Development of a practical tool for assessing the severity of acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 2006; 25: 101-107.
8. Uitti JM, Salanterä S, Laine MK, Tähtinen PA, Ruohola A. Adaptation of pain scales for parent observation: are pain scales and symptoms useful in detecting pain of young children with the suspicion of acute otitis media? BMJ Pediatrics 2018; 18: 392.
9. Uijen JH, Bindels PJ, Schellevis FG, van der Wouden JC. ENT problems in Dutch children: trends in incidence rates, antibiotic prescribing and referrals 2002-2008. Scand J Prim Health Care 2011; 29: 75-79.
10. <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6395>
11. www.kinderformularium.nl/geneesmiddel/18/ibuprofen

12. van Dongen TM, van der Heijden GJ, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AG. A trial of treatment for acute otorrhea in children with tympanostomy tubes. *N Engl J Med* 2014; 370: 723-733.
13. [Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk 2022 | Volksgezondheid \(belgie.be\)](#)
14. Ren Y, Sethi R, Stankovic KM. Acute otitis media and associated complications in United States emergency departments. *Otol Neurotol* 2018; 39: 1005-1011.
15. Chevalier P, Bruwier G, Depoorter JC, et al. *Recommandations de bonne pratique. L'Otite moyenne aiguë*. Bruxelles : SSMG, 2000
16. National Institute for Health and Care Excellence. *Sepsis: risk stratification tools*. NICE, 2017.
17. www.health.belgium.be/nl/advies-9519-vaccinatie-tegen-pneumokokken-kinderen
18. McCormick DP, Chandler SM, Chonmaitree T. Laterality of acute otitis media: different clinical and microbiologic characteristics. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26: 583.
19. Leibovitz E, Asher E, Piglansky L, et al. Is bilateral acute otitis media clinically different than unilateral acute otitis media? *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26: 589.
20. Barkai G, Leibovitz E, Givon-Lavi N, Dagan R. Potential contribution by nontypable *Haemophilus influenzae* in protracted and recurrent acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28: 466.
21. www.bcfi.be/nl/chapters/13?frag=11577