

AANPAK VAN ACUTE DIARREE

Acute diarree is in onze streken meestal van virale oorsprong, en is bijna steeds zelflimiterend. De aanpak is vooral gericht op de preventie en behandeling van dehydratie, met speciale aandacht voor de risicogroepen (zuigelingen en jonge kinderen, bejaarden, personen met chronische aandoeningen zoals diabetes). Orale rehydratie-oplossingen zijn belangrijk ter behandeling van dehydratie, en ter preventie ervan bij de risicogroepen. Bij ernstige dehydratie is hospitalisatie vereist, met dikwijls intraveneuze vochttoediening. Antibiotica zijn in de ambulante praktijk slechts uitzonderlijk aangewezen. Patiënten met ernstige diarree (koorts, slechte algemene toestand bij bloederige diarree, septisch beeld), zeker kinderen, moeten worden gehospitaliseerd; antibiotica zullen dan vaak intraveneus worden toegediend.

Reizigersdiarree is frequenter van bacteriële oorsprong, met soms noodzaak voor een antibacteriële behandeling.

Acute diarree wordt gedefinieerd als het plots optreden van frequentere dunnere ontlasting, minstens drie keer per dag, gedurende meer dan 24 uur, en gaat al of niet gepaard met koorts en/of braken. In dit artikel gaat het over de behandeling in de eerste lijn van acute diarree van infectieuze oorsprong verworven via feco-orale overdracht of door voedselintoxicatie. In de Folia van mei 2001 werd reeds uitgebreid aandacht besteed aan reizigersdiarree; op het einde van dit artikel wordt de informatie daarover in een aparte paragraaf waar nodig aangevuld.

Algemeen

Acute gastro-enteritis, zeker bij patiënten ouder dan 5 jaar en jonger dan 75 jaar, is in onze streken bijna steeds een zelflimiterende aandoening, met een gering risico van dehydratie; jonge kinderen en bejaarden hebben een hoger risico van dehydratie. De oorzaak is in onze streken meestal viraal. De aanpak van acute diarree is er dan ook in de eerste plaats op gericht dehydratie te voorkomen en overdracht tegen te gaan (belang van goede handhygiëne!). In de meeste gevallen is een ambulante aanpak mogelijk. In bepaalde situaties (b.v. ernstige dehydratie, septisch beeld met aantasting van de algemene toestand, zuigelingen of bejaarden met bloederige diarree) is hospitalisatie noodzakelijk; de aanpak in het ziekenhuis valt buiten het bestek van dit artikel.

Het is belangrijk dehydratie te herkennen: matige dehydratie wordt gekenmerkt door o.a. rusteloosheid, diepliggende ogen, droge mond, dorstgevoel, traag verstrijkende huidplooi en capillaire refill op 2 à 3 sec. (capillaire refill wordt bepaald door zachte druk uit te oefenen op een nagelbed met de arm op harthoogte bij een omgevingstemperatuur van minstens 19°C; zodra het capillaire bed witgedrukt is, wordt de druk plots losgelaten, en de tijd van hervulling geschat); ernstige dehydratie

wordt gekenmerkt door o.a. lethargie, staande huidplooi, tachycardie, capillaire refill > 3 sec. Bij bejaarden zijn deze klinische tekenen dikwijls minder uitgesproken, en wordt dehydratie gemakkelijk onderschat.

Geneesmiddelen zoals anti-epileptica, digoxine, orale anticonceptiva, worden tijdens een acute gastro-enteritis mogelijk minder goed geresorbeerd; diuretica worden best tijdelijk gestopt.

Voedingsadvies

Zuigelingen en kleine kinderen

Borstvoeding kan gewoon worden verder gegeven, ook bij gebruik van orale rehydratie-oplossingen.

Zuigelingen die flesvoeding krijgen en geen tekenen van dehydratie vertonen, kunnen hun gewone kunstvoeding onverdund aangeboden krijgen; in geval van dehydratie wordt de kunstvoeding tijdens de 4 tot 6 uur durende rehydratieperiode onderbroken; na succesvolle rehydratie, kan de voeding onverdund opnieuw worden gestart.

Oudere kinderen en volwassenen

Er is geen evidentie om voedingswijzigingen aan te bevelen. Bij braken en bij buikkrampen worden wel best frequentere, kleinere maaltijden ingenomen. Om het vochtverlies te compenseren is het aangewezen méér te drinken. Wanneer geen dehydratie aanwezig is, volstaan in principe dranken met voldoende suiker en zout (b.v. thee, frisdranken of fruitsap, zoute koekjes). Bij personen met dehydratie of met verhoogd risico hierop zijn gestandaardiseerde rehydratie-oplossingen noodzakelijk (zie verder): frisdranken kunnen niet beschouwd worden als rehydratiemiddelen [zie Folia maart 2005].

Gebruik van orale rehydratie-oplossingen

Orale rehydratie-oplossingen zijn bij diarree aangewezen bij verhoogd risico van dehydratie (zuigelingen en jonge kinderen, bejaarden, personen met chronische aandoeningen zoals diabetes) en bij bestaande dehydratie. In studies bij kinderen met matige dehydratie was orale rehydratie minstens even doeltreffend en veiliger dan intraveneuze rehydratie. Bij ernstige dehydratie is hospitalisatie aangewezen en zal de rehydratie dikwijls intraveneus gebeuren.

De huidige samenstelling van de orale rehydratie-oplossing die wordt voorgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is per liter de volgende: 75 mmol glucose, 75 mEq Na, 20 mEq K, 65 mEq chloride, 10 mmol citraat, met een osmolariteit van 245 mOsm/l. [JAMA 2004;291:2628-31 en 2632-35]. De huidige samenstelling (daterend van 2002) bevat o.a. minder natrium dan de vroeger voorgestelde oplossing, en komt beter overeen met deze van de in onze streken gecommercialiseerde oplossingen.

De gestandaardiseerde rehydratie-oplossingen zijn te verkiezen boven zelfbereide oplossingen.

Ter *preventie* wordt bij zuigelingen met hoog risico van dehydratie (gewicht < 7 kg; meer dan 6 keer per dag waterige diarree, braken) 10 ml orale rehydratie-oplossing per kg lichaamsgewicht aangeboden per dunne ontlasting. Bij *bestaande matige dehydratie* wordt getracht 50 tot 75 ml orale rehydratie-oplossing per kg lichaamsgewicht over een periode van 4 tot 6 uur toe te dienen, en dit in kleine hoeveelheden (b.v. lepel per lepel, of via een rietje bij peuters en kleuters). Het succes van de rehydratie wordt na deze periode beoordeeld. Bij blijvende tekenen van dehydratie, is hospitalisatie en meestal intraveneuze vochttoediening alsnog aangewezen. Toediening van orale rehydratie-oplossing aan kinderen vergt veel geduld van de ouders, en men moet hen dan ook uitleggen dat succesvolle orale rehydratie een ziekenhuisopname kan voorkomen. Braken bij toediening van orale rehydratie-oplossing is geen reden om de toediening te stoppen: of toediening van anti-emetica in dat geval zinvol is, staat niet vast.

Anti-infectieuze middelen

Het heeft geen zin bij een patiënt met acute diarree systematisch een stoelgangkweek aan te vragen. Een kweek wordt b.v. wel aangevraagd in geval van vermoeden van reizigersdiarree, in geval van bloederige diarree gepaard gaande met koorts en een slechte algemene toestand, en bij jonge zuigelingen (< 6 maand) met bloederige diarree.

In de ambulante praktijk is het voorschrijven van **antibiotica** bij acute gastroenteritis zelden zinvol. In onze streken wordt slechts bij een kleine minderheid van de patiënten de diarree veroorzaakt door een bacterie. Zelfs wanneer de diarree bacterieel is en de bacterie gekend is, is het nut beperkt: enkel voor Shigella-infecties (die in België zeldzaam zijn) en bij reizigersdiarree (zie verder) zijn er voor bepaalde antibiotica gegevens dat zij de duur van de klachten verkorten.

Bij *milde tot matig ernstige diarree* (d.w.z. geen koorts, geen dysenteriebeeld) hebben antibiotica geen plaats, tenzij mogelijk bij risicopatiënten (b.v. immunogedeprimeerden).

Bij *ernstige diarree* (koorts, slechte algemene toestand bij bloederige diarree, septisch beeld) is hospitalisatie, met vaak intraveneuze toediening van antibiotica noodzakelijk. Dit is des te belangrijker voor kinderen. Bij volwassenen met ernstige diarree kan eventueel ambulant een fluorochinolon worden gestart, maar de evidentie hiervoor is zwak. Vooraf dient dan systematisch een stoelgangkweek te worden aangevraagd, met eventueel bijstellen van de behandeling nadat het antibiogram bekend is (meestal na 48 uur). Een behandelingsduur van 5 dagen wordt voorgesteld, maar opnieuw is dit weinig onderbouwd.

Er is geen evidentie dat **darmantiseptica** zoals nifuroxazide, doeltreffend zijn. Er is geen effect van nifuroxazide op de dehydratie of de prognose aangetoond. Ernstige allergische reacties zijn in zeldzame gevallen beschreven.

Loperamide

Er is evidentie dat loperamide de duur van de diarree bij volwassenen verkort; er kan echter obstipatie optreden. Er is enige evidentie dat loperamide ook bij kinderen de duur van de diarree verkort, maar de doses die in de studies werden gebruikt waren soms hoger dan deze aanbevolen in de bijsluiters. In verschillende richtlijnen voor de behandeling van acute gastro-enteritis bij kinderen, wordt het gebruik van antidiarreïca, zoals loperamide, ontraden omwille van het risico van ernstige ongewenste effecten zoals lethargie, ileus, ademhalingsdepressie, urineretentie [zie ook Folia mei 2005]. Volgens de bijsluiter is loperamide gecontra-indiceerd bij kinderen jonger dan 2 jaar, en mag het bij kinderen tussen 2 en 6 jaar niet gegeven worden zonder voorschrift of medisch toezicht. Volgens de bijsluiter is de dosis als volgt: startdosis van 4 mg bij volwassenen, van 2 mg bij kinderen ouder dan 6 jaar; nadien 2 mg na elke losse stoelgang (max. 16 mg p.d. bij volwassenen, max. 6 mg per 20 kg lichaamsgewicht per dag bij kinderen ouder dan 6 jaar).

Loperamide mag in ieder geval niet gegeven worden in geval van koorts en bloederige of slijmerige diarree.

Adsorbentia

Er is onvoldoende evidentie over de doeltreffendheid van deze middelen om hun gebruik aan te moedigen.

Probiotica [zie ook Folia juni 2000]

Voor de in België als geneesmiddel beschikbare probiotica (*Bacillus* stam IP 5832, *Lactobacillus acidophilus*, *Saccharomyces boulardii*) is er zo goed als geen evidentie van doeltreffendheid bij acute gastro-enteritis. Voor *Saccharomyces boulardii* is er wel enige evidentie van een gunstig effect bij antibiotica-geassocieerde diarree en bij diarree door *Clostridium difficile*.

Reizigersdiarree [zie ook Folia mei 2001]

Nuttige informatie over reizigersdiarree is beschikbaar op de website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (via www.itg.be/itg).

In tegenstelling tot de acute gastro-enteritis in onze streken, is er bij reizigersdiarree wel meestal een bacteriële oorzaak. Ook hier is preventie en behandeling van dehydratie primordiaal. Bij milde tot matig ernstige diarree (geen bloederige ontlasting, geen hoge koorts) zijn antibiotica niet essentieel, maar ze kunnen nuttig zijn in bepaalde gevallen (b.v. bij zakenreizen, sportlui, verplaatsingen met bus, boot...). Bij ernstige diarree, meestal door bacteriële dysenterie, is inname van een antibioticum wel aangewezen, zeker wanneer geen betrouwbare medische hulpverlening voorhanden is. Een snelle en correcte (zelf)behandeling kan immers de ziekteduur verkorten en in een aantal gevallen ziekenhuisopname in een land met mogelijk minder goede gezondheidsvoorzieningen vermijden. Bij volwassenen blijft de eerste keuze een fluorochinolon gedurende 3 à 5 dagen (ofloxacin 400 mg p.d. in één of twee giften,

ciprofloxacin 1 g p.d. in 2 giften, norfloxacin 800 mg p.d. in 2 giften). Bij de zwangere vrouw en in geval van ernstige diarree door *Campylobacter* resistent tegen chinolonen, kan azithromycine (500 mg p.d. gedurende 3 dagen of 1 g eenmalig) gebruikt worden. Bij kinderen kan azithromycine (10 mg/kg/dag gedurende 3 dagen) gebruikt worden, of kan zeer uitzonderlijk, in geval van ernstige bloederige diarree, toch kort een fluorochinolon (meeste ervaring bij kinderen voor ciprofloxacin) worden toegediend.

Enkele referenties

- Acute gastro-enteritis. Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid ("Belgian Antibiotic Policy Co-ordination Committee" of BAPCOC), richtlijn in voorbereiding.
- Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen: juryrapport van de Consensusvergadering van 24 oktober 2001 over het doelmatig gebruik van antibiotica bij acute enteritis en bij acute urogenitale infecties in de ambulante praktijk. Het rapport kan geconsulteerd worden via <http://inami.fgov.be/drug/nl/pharmanet/consensus/index.htm>
- Al-Abri SS, Beeching NJ en Nye FJ. Traveller's diarrhoea. *Lancet Infect Dis* 2005;5:349-60
- Website van het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde: www.itg.be/itg:
 - Teksten van de consensusvergadering van de Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde (editie 2005-2006).
 - Medasso: gezondheidsadviezen voor reizigers (uitgave bestemd voor het medisch korps).

FLASH

- **Geneesmiddelen en doping in de sport** zijn een belangrijk probleem. Een aantal geneesmiddelen bevatten immers één of meerdere substanties die voorkomen op de lijst van verboden substanties en middelen voor sportbeoefenaars. In het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium wordt bij dergelijke geneesmiddelen het symbool Ⓢ vermeld. Op onze website (www.bcfi.be) verschijnt een korte uitleg wanneer dit symbool met de cursor wordt aangeraakt. Op de website is er ook het symbool Ⓢ, met name voor producten die codeïne bevatten: deze zijn op zich niet verboden, maar kunnen leiden tot positieve testresultaten voor morfine; in de papieren versie van het Repertorium wordt voor de codeïne-bevattende producten ook het symbool Ⓢ gebruikt. De informatie op onze website wordt maandelijks bijgewerkt. Wanneer een sportbeoefenaar een geneesmiddel nodig heeft dat een verboden substantie bevat, moeten speciale attesten worden afgeleverd. De reglementering daaromtrent wordt momenteel aangepast, en een nieuwe reglementering wordt voor de Vlaamse Gemeenschap voorzien vóór eind 2005. Dit zal in een later nummer van de Folia gedetailleerd worden besproken. Nuttige informatie over doping in de sport is te vinden op de website van de Vlaamse Gemeenschap (www.dopinglijn.be) en van de Franse Gemeenschap (www.dopage.be), en op de website van het *World Anti-Doping Agency* (WADA, www.wada-ama.org).