

A C U T E H O E S T

Patiënt met als voornaamste klacht acute hoest met of zonder purulent sputum ⁽¹⁾

S t a p 1 : Is er een mogelijk levensbedreigende oorzaak voor de acute hoest?

Pneumonie?

Afwezigheid van koorts, een normale pols en een normale ademhalingsfrequentie reduceert kans met 80 %

JA

→ Zie achterzijde

NEE

Andere oorzaken?

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

JA

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

NEE

S t a p 2 : Is er een andere oorzaak dan een ongecompliceerde luchtweginfectie?

Denk aan sinusitis, otitis, tonsillitis/pharyngitis, kinkhoest, astma, COPD en acute exacerbatie COPD, allergie (postnasale drip), gastro-oesofageale reflux, psychogene/habituële hoest, hyperreactiviteit, neoplasie, interstitiële longziekte

NEE

JA

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

S t a p 3 : Behandel de patiënt met een ongecompliceerde luchtweginfectie

Verdere diagnostiek is overbodig

- informeer naar de verwachtingen van de patiënt
- stel de patiënt gerust en geef hem/haar informatie over oorzaak en duur van de klachten
- leg hem/haar uit waarom een antibioticum niet nodig is

De mogelijke voordelen van antibiotica (acht op tien patiënten genezen spontaan, antibiotica maken maar één patiënt extra klinisch beter) wegen niet op tegen de nadelen (bijwerkingen bij één op tien, kostprijs, resistentie). Antibiotica zijn enkel bij gecompromitteerde immuniteit te verantwoorden.

- spreek af wanneer de patiënt moet terugkomen:

1. - bij achteruitgang van de algemene toestand;
 - als de hoestklachten en desgevallend koorts of kortademigheid toenemen;
 - bij nieuwe klachten als kortademigheid, koorts, thoraxpijn of bloedfluisen;
 - als de koorts langer dan één week aanhoudt;
 - als er na één week geen verbetering optreedt van de klachten.

⇒ *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 acute hoest moet steeds opnieuw geëvalueerd worden volgens de beschreven stappen.

- behandel symptomatisch met een antitussivum (dextromethorfan) of expectorans (guaifenesine)

(1) Deze aanbeveling geldt niet voor patiënten onder de twaalf jaar, patiënten met recidiverende of chronische hoestklachten, patiënten met COPD of patiënten die in de voorafgaande week met antibiotica zijn behandeld.

A C U T E H O E S T

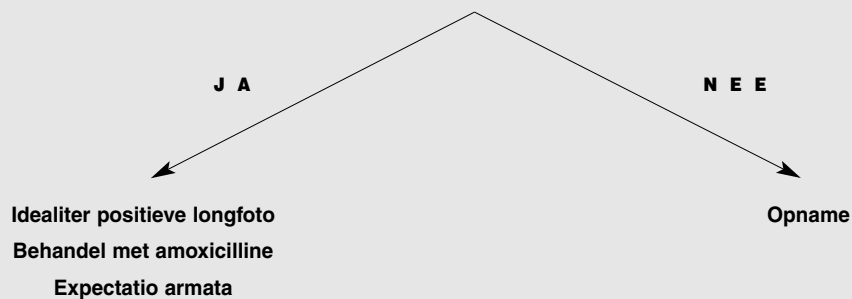
Patiënt met klinisch vermoeden van een pneumonie

Kan de patiënt in eigen beheer behandeld worden?

Criteria:

1. patiënt is ouder dan 50;
2. er zijn antecedenten van congestief hartfalen, lever -, nier -, cerebrovasculaire - of neoplastische ziekte;
3. er zijn tekenen van veranderde mentale status, ademhalingsfrequentie $\geq 30'$, systolische bloeddruk < 90 mmHg, temperatuur < 35 °C of ≥ 40 °C, pols ≥ 125 /min.

Indien geen van de bovenstaande drie criteria aanwezig zijn, betekent dit een laag risico van overlijden of complicaties. De patiënt kan dus in eigen beheer worden behandeld (bij laag risico of indien enkel ouder dan 50). Bij alle andere patiënten is aanvullend onderzoek vereist om het risico in te schatten.



Blijf denken aan de medische en psychosociale contra-indicaties!!!