



In de regel is acute keelpijn, ook een streptococcenangina, een zelflimiterende aandoening waarvoor geen antibiotica nodig zijn. In méér dan 95% van de gevallen beperkt de behandeling zich tot pijnstilling met paracetamol. Indien een antibioticum vereist is, blijft het smal-spectrum penicilline nog steeds de eerste keus.

- Een **pijnstiller oraal**: bij voorkeur paracetamol in analgetische dosissen [niveau van bewijskracht 3].

- Keelsprays of zuigtabletten hebben weinig zin [niveau van bewijskracht 2].

- Een **antibioticum**

In de regel is acute keelpijn, ook een streptococcenangina, een zelflimiterende aandoening waarvoor geen antibiotica nodig zijn.

Niet-suppuratieve complicaties

Er is op dit ogenblik geen reden meer om nog antibiotica voor te schrijven ter preventie van acuut gewrichtsreuma of glomerulonefritis [niveau van bewijskracht 1].

Suppuratieve complicaties

Kunnen niet voorkomen worden door het voorschrijven van antibiotica [niveau van bewijskracht 1]*.

Wat betreft de preventie van peri-tonsillair abces, zijn de gegevens tegenstrijdig [niveau van bewijskracht 3 A].

Klinisch verloop

In ongeveer 90% van de gevallen is geen voordeel te verwachten van een antibioticum. Op de totale groep keelpijnpatiënten geven antibiotica gemiddeld slechts acht uur snellere genezing. Bij de groep met bewezen groep A β -hemolytische streptokokken is de genezing gemiddeld 24 uur vlugger dan bij de groep die geen antibiotica krijgt [niveau van bewijskracht 1]. Bij patiënten met alle etiologieën samen moet men 10 patiënten behandelen om bij 2 patiënten een verkorting van de ziekteduur van 1 dag te bekomen. En deze laatste zullen dan niet eens sneller gaan werken of naar school toe gaan. De lage sensitiviteit van de klinische diagnostiek (door middel van de Centorcriteria) en de streptest in de eerste lijn, maken deze tests onbetrouwbaar [niveau van bewijskracht 1]. Anderzijds nemen keelkweek en ASLO-titer te veel tijd in beslag om de diagnose te kennen, waardoor een eventueel antibioticumeffect al voorbij is [niveau van bewijskracht 1].

Verder hebben antibiotica ongewenste effecten (gastro-intestinaal, huid, anafylactische shock, ...), neemt de resistentie aan het antibioticum toe, en last but not least verhoogt de kostprijs van de behandeling.

In ongeveer 5% van de gevallen van acute keelpijn kan een antibioticum verantwoord zijn. De arts schrijft hier vooral antibiotica voor om defensieve en niet om zuiver wetenschappelijke redenen [niveau van bewijskracht 3 B] en dit bij volgende risicogroepen: erg zieke patiënten; patiënten met acuut reuma in de anamnese; immuungecompromiteerde patiënten (maligniteit, aids, tbc); epidemie in gesloten gemeenschap; recidieven (>3 per jaar).

Het smalspectrum penicilline blijft de voorkeur genieten [niveau van bewijskracht 1].

- De duur van de therapie met fenoxymethylpenicilline is 7 dagen [niveau van bewijskracht 2].
- De dosis:
 - voor kinderen: 25.000 IE/kg te verdelen over 4 giften (oracilline 250.000IE per 5 ml);
 - voor volwassenen: 2 à 4.000.000 IE per dag te verdelen over 4 giften. Gezien tabletten Peni-Oral® 1.000.000 IE ondeelbaar zijn, raden we dus 4 keer 1.000.000 IE per dag aan.
- Een alternatief: clometocilline: minimum 500 mgr 2 tot 3 maal daags.
- Bij penicilline-overgevoeligheid: een neomacrolide.

Meedelen van alarmsymptomen aan de patiënt

- Als slikstoornissen en keelpijn blijven toenemen: kans op een peritonsillair abces.
- Ook in geval de moeheid en koorts > 5 dagen blijven bestaan.
- Bij toediening van antibiotica: waarschuwen voor mogelijke ongewenste effecten (nausea, diarree, huiduitslag, jeuk, anafylactische shock)

Wat in geval van complicaties?

- In geval van (kans op) peritonsillair abces verwijst de arts de patiënt naar de NKO-arts.
- In geval van veralgemeende adenitis gebeurt een bloedname ter uitsluiting van andere ziekten (mononucleosis, agranulocytose,...).