

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Acute keelpijn, niet altijd onschuldig

Jeanine van Dam-Kastelein, Nienke D. Gorter-Houtman, Dirk W. Donker, Joeri Buwalda en Pauline M.W. van Kempen

Beste collega's,

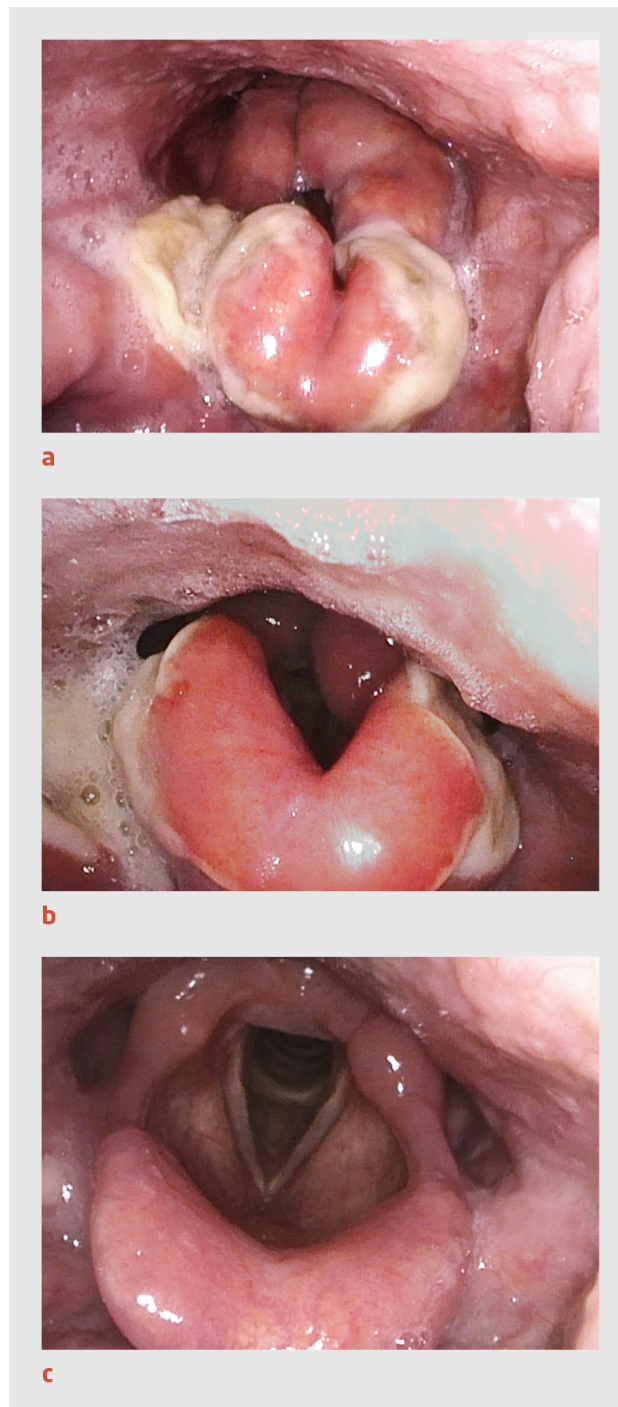
In deze klinische les gaan we het hebben over keelpijn. Keelpijn is een van de meest genoemde klachten in de huisartsenpraktijk. Doorgaans verdwijnen de klachten spontaan binnen tien dagen. Toch is keelpijn niet altijd onschuldig, zoals we in de klinische les zullen zien.

De origine van acuut ontstane keelpijn is veelal een virale ontsteking van de tonsillen of van het slijmvlies van de farynx. Doorgaans vindt spontaan herstel van deze klachten plaats binnen tien dagen. Antibiotische behandeling wordt in de NHG-standaard 'Keelpijn' alleen in uitzonderingssituaties aanbevolen.¹ Acute keelpijn kan echter, hoewel zeldzaam, een manifestatie zijn van een potentieel levensbedreigend ziektebeeld. Aan de hand van drie ziektegeschiedenissen willen wij demonstreren dat acute keelpijn niet altijd 'onschuldig' is en dat tijdige herkenning en behandeling van een gecompliceerd ziektebeloop cruciaal is.

Patiënt A, een 42-jarige, vitale vrouw met een blanco voorgeschiedenis, zoekt telefonisch contact met de huisartsenpost (HAP) omdat zij sinds een dag een zwelling in haar keel ervaart en daarbij moeizamer slikt. Zij heeft een temperatuur van 37,6 °C, is niet verkouden en hoest niet. In aanvulling op de paracetamol die zij reeds gebruikt, wordt diclofenac voorgeschreven. Een dag later belt de patiënte opnieuw omdat haar klachten toenemen. Het slikken lukt niet meer; zelfs speeksel kan zij niet wegslikken. Daarop wordt zij gevraagd naar de HAP te komen.

Op de HAP wordt een niet acuut zieke patiënte gezien met een lichte inspiratoire stridor. De temperatuur bedraagt 37,1 °C, de hartfrequentie is 119/min, de bloeddruk 140/90 mmHg en de zuurstofsaturatie 98% bij kamerlucht. Bij inspectie van de mond- en keelholte worden rustige tonsillen gezien. Er is geen sprake van trismus. Wel is de hals diffuus gezwollen en drukpijnlijk. De CRP-waarde, bepaald met een vingerprik, is verhoogd (220 mg/l).

De patiënte wordt vanwege de evidente slikklachten en de onbegrepen zwelling van de hals ingestuurd naar de Spoedeisende hulp (SEH). De kno-arts ziet bij laryngoscopie een fors gezwollen, erythematuze epiglottis met purulentie rondom, en tevens zwelling van de arytenoïden (figuur a). Er is nog enig lumen zichtbaar. Het laboratoriumonderzoek laat een leukocytose zien ($17,3 \times 10^9/l$) en een verhoogd CRP-waarde (316 mg/l).



Figuur
Epiglottitis bij patiënt A

Laryngoscopisch beeld van patiënt A, (a) bij opname op de SEH, (b) 48 uur na het begin van de behandeling met antibiotica en dexamethason, en (c) twee weken na ontslag uit het ziekenhuis. Bij opname was de epiglottis erythemateus en fors gezwollen; ook de arytenoïden waren gezwollen. Twee weken na ontslag was het larynxbeeld volledig genormaliseerd.

Gezien de potentieel bedreigde ademweg wordt de patiënte ter observatie opgenomen op de Intensive Care (IC). Vanwege het progressieve beloop wordt gelijk begonnen met de behandeling en wordt er geen kweek afgenomen. Onder de werkdiagnose 'epiglottitis' krijgt zij intraveneus antibiotica in combinatie met dexamethason 8 mg 1 dd. Omdat uit de anamnese blijkt dat de patiënte mogelijk allergisch is voor penicilline, wordt gekozen voor ceftriaxon 2 g 2 dd en metronidazol 500 mg 3 dd. Hierop verbetert het klinische beeld en na drie dagen kan de patiënte in goede conditie huiswaarts met orale antibiotica en een afbouwschema voor de dexamethason. Bij poliklinische controle twee weken na ontslag is de patiënte volledig klachtenvrij en ziet de kno-arts bij laryngoscopie een slanke epiglottis en volledig genormaliseerd larynxbeeld (figuur c).

Patiënt B, een gezonde jongeman van 26 jaar, komt bij de huisarts vanwege heftige keelpijn sinds twee dagen. Inspectie van de mond- en keelholte laat beiderzijds vergrote tonsillen zien met enig wit beslag. Er is geen trismus of deviatie van de uvula. Submandibulair zijn beiderzijds enkele lymfeklieren palpabel. De huisarts schrijft vanwege de ernst van de klachten antibiotische behandeling met amoxicilline/clavulaanzuur gedurende zeven dagen voor. De patiënt wordt geïnstrueerd contact op te nemen wanneer verbetering uitblijft.

Twee weken later heeft de patiënt na een klachtenvrije periode opnieuw acute keelpijn, waarvoor hij naar de HAP gaat. Hij heeft last van keelpijn aan de linkerzijde en moeite met slikken sinds één dag. Eten lukt niet, drinken gaat nog wel. Bij inspectie van de mond- en keelholte blijkt dat de patiënt zijn mond beperkt kan openen en ziet de arts een forse zwelling van de linker tonsil. De uvula is niet gedeveerd. De stem klinkt anders. Gezien de goede reactie op eerdere behandeling met amoxicilline/clavulaanzuur begint de patiënt opnieuw met hetzelfde antibiotische regime.

Weer twee weken later meldt de patiënt zich na een korte klachtenvrije periode opnieuw op de HAP met acute keelpijn en slikklachten sinds één dag. Hij krijgt opnieuw amoxicilline/clavulaanzuur voorgeschreven. Sinds het moment dat de eerste klachten begonnen is hij echter 10 kg afgevallen door verminderde voedselinname. Hij 'zit er mentaal doorheen' en neemt de eerstvolgende werkdag contact op met zijn eigen huisarts. Wegens het vermoeden van een peritonsillair abces verwijst de huisarts de patiënt direct naar de kno-arts.

Bij inspectie van de mond- en keelholte ziet de kno-arts beiderzijds fors ontstoken tonsillen met gezwollen farynxbogen, links meer dan rechts. De patiënt kan zijn mond beperkt openen en het klinisch beeld is verdacht voor een peritonsillair abces links. Gezien het recidiverend karakter besluit de kno-arts in overleg met patiënt tot een tonsillectomie à chaud. Tijdens het uitprepareren van de tonsillen op de operatiekamer ontlast zich pus, zowel links als rechts en vanuit de peritonsillaire ruimte. Bij telefonische controle zes weken later is de patiënt volledig klachtenvrij.

Patiënt C, een gezonde 20-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis, komt twee maal binnen één week bij de huisarts met acute keelpijn. De huisarts behandelt haar symptomatisch met paracetamol en ibuprofen.

Op de negende ziektedag is er sprake van progressieve dyspneu en keelpijn met koorts en wordt de patiënte beoordeeld op de SEH. Hier wordt een acuut vitaal bedreigde patiënte gezien met tachypneu (42/min); zij gebruikt de hulpademhalingspijpen. Diep doorzuchten wordt beperkt door pijn aan thorax en abdomen. Er is sprake van tachycardie (153/min), hypotensie (92/55 mmHg), een subfebriele temperatuur (38,3 °C) en een lage zuurstofsaturatie (86%). Hiervoor krijgt zij zuurstofsuppletie met 100% zuurstof (15 l/min) via een non-rebreathing-masker.

Op een X-thorax worden beiderzijds infiltratieve afwijkingen gezien. Het laboratoriumonderzoek laat een opvallende pancytopenie zien, alsmede een verhoogde CRP-waarde, acute nierinsufficiëntie en ernstige lactaatacidose, passend bij ernstige infectie (zie supplement 1). Na uitgebreide inzet van kweken krijgt de patiënte ceftriaxon toegediend. Wegens dreigende respiratoire insufficiëntie en septische shock wordt zij direct geïntubeerd en op de IC opgenomen.

Ondanks diepe sedatie, relaxatie en beademing in buikligging met hoge beademingsvoorwaarden blijven de oxygenatie- en ventilatieproblemen bestaan. De patiënte wordt na intercollegiaal overleg diezelfde dag nog overgeplaatst naar de Intensive Care van ons centrum voor ondersteuning met veno-veneuze extracorporele membraanoxygenatie (vv-ECMO). Inmiddels is in de bloedkweken groei van *Streptococcus anginosus* aangetoond. CT van hals, thorax en abdomen met contrast laat intrapulmonaal beiderzijds diffuse infiltratieve afwijkingen en pulmonale abcessen zien (de CT-beelden zijn opgenomen in supplement 2 bij dit artikel). Ook wordt een trombus in de rechter v. jugularis interna gezien, wat wordt geduid als passend bij het syndroom van Lemierre. Hierop beginnen wij met therapeutische antistolling.

Op geleide van de bloedkweek zetten wij de antibiotische therapie om naar meropenem en clindamycine. De patiënte ondergaat een thoracotomie waarbij het pleura-empyeem wordt uitgeruimd en er worden thoraxdrains geplaatst. Na twee weken ondersteuning met vv-ECMO treedt geleidelijk herstel op. Na ruim drie weken opname op de IC kan de patiënte worden overgeplaatst naar de verpleegafdeling. Drie maanden later maakt zij het goed; ze studeert en danst weer. De patiënte heeft pulmonaal minimale restafwijkingen en zal binnenkort een tonsillectomie ondergaan.

Beschouwing

Acute keelpijn komt veel voor, met een incidentie in de huisartsenpraktijk van circa 50 per 1000 patiënten per jaar.¹ De meest voorkomende oorzaak van acute keelpijn is een virale keelinfectie met inflammatie van het keelslijmvlies en tonsillen, ook wel acute faryngotonsillitis genoemd.¹ Symptomatische behandeling is vaak afdoende.¹ Relatief veel voorkomende complicaties zijn een peritonsillair infiltraat of abces.² Het syndroom van Lemierre is een zeldzame en relatief onbekende complicatie, maar met een stijgende incidentie en hoge mortaliteit is het van groot belang dat deze ziekte vroegtijdig wordt herkend.³

Met deze klinische les willen wij handvatten geven voor de tijdige herkenning van een gecompliceerd beloop van een acute keelpijn

en een infectie op een minder voor de hand liggende lokalisatie, zoals de epiglottitis. De reden hiervoor is het potentieel ernstige beloop van de genoemde ziektebeelden. Andere dan infectieuze oorzaken voor keelpijn laten wij in deze klinische les buiten beschouwing.

Epiglottitis

Epiglottitis wordt vaak veroorzaakt door een bacteriële infectie, kent een snel progressief beloop en gaat gepaard met een hoog risico op een acute hoge luchtwegobstructie.^{4,5} Nederlandse incidentiecijfers ontbreken; internationaal wordt bij volwassenen een incidentie van 0,97 tot 3,1/100.000 per jaar beschreven.⁶ Sinds de vaccinatie tegen *Haemophilus influenzae* type b (Hib) is opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma (1993) wordt epiglottitis steeds minder vaak door deze beruchte verwekker veroorzaakt.

Epiglottitis door andere verwekkers kent vaak een meer subacuut beloop en komt vooral bij volwassenen voor.^{4,6}

Een volwassen patiënt met epiglottitis presenteert zich veelal met acute keelpijn, slikpijn en omfloerste stem. Kwijlen en een inspiratoire stridor komen weinig voor. Als deze al aanwezig zijn, worden zij als zeer alarmerend beschouwd en vormen zij een indicatie voor intubatie. Bij lichamelijk onderzoek van volwassenen met de genoemde klachten is het – anders dan bij kinderen – verantwoord om de keelholte te inspecteren, zo nodig met voorzichtig gebruik van een spatel.⁵ Als bij keelinspectie geen afwijkingen worden gezien, maakt dat de diagnose 'epiglottitis' waarschijnlijker.

Bij een vermoeden van epiglottitis moet de patiënt vanwege de potentieel bedreigde luchtweg gemonitord te worden en moeten voorbereidingen getroffen worden voor een spoedintubatie of spoedtracheotomie.^{5,6} Of het noodzakelijk is om de patiënt te intuberen, hangt af van de ingeschatte doorgankelijkheid van de luchtweg. De diagnose 'epiglottitis' wordt gesteld met fiberoptische faryngolaryngoscopie. Bij een niet-acuut bedreigde luchtweg bestaat de behandeling in eerste instantie uit breed spectrum antibiotica, intraveneuze toediening van corticosteroïden, hydratatie en pijnstilling, onder continue monitoring van de luchtweg.^{4,6}

Bij patiënt A zagen we na het begin van de relatief banale keelpijn een snelle progressie van de symptomen. Met name het onvermogen tot slikken, de lichte inspiratoire stridor en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek – een niet-afwijkend beeld van de mondholte en orofarynx – wijzen in de richting van een andere infectiehaard dan de orofarynx – bij deze patiënt de epiglottitis – en een gecompliceerd beloop (tabel).

alarmsymptoom

- asymmetrisch vergrote tonsillen
- trismus
- speekselvloed
- inspiratoire stridor
- dysfonie
- keelpijn zonder afwijkingen bij inspectie
- tachypneu
- verhoogde ademarbeid (gebruik hulpademhalingspijpen)
- zwellen in de hals
- persisteren of progressie van klachten
- immuunecompromitteerde status (onder andere door medicatie of diabetes mellitus)

Tabel
Alarmsymptomen die een voorbode kunnen zijn van een gecompliceerd beloop van keelpijn

Peritonsillair abces

Bij circa 1 op de 500 consulten voor acute keelpijn blijkt sprake van een peritonsillair abces.¹ Een eenzijdig peritonsillair abces wordt gekenmerkt door een typisch klinische presentatie met eenzijdige keelpijn, asymmetrie van de voorste farynxboog, deviatie van de uvula en trismus. Een dubbelzijdig peritonsillair abces is uitzonderlijk en de klinische presentatie minder evident. Klinisch kan het onderscheid tussen peritonsillair infiltraat en abces niet worden gemaakt.² Bij een verdenking op een peritonsillair abces moet de patiënt ingestuurd worden naar de kno-arts.

Bij patiënt B werd in het eerste contact al abcesvorming overwogen. Twee kenmerkende fenomenen leidden tot vertraging in de uiteindelijke diagnose. Ten eerste kan een kuur amoxicilline-clavulaanzuur aanvankelijk enige verbetering geven, zoals bij patiënt B

gebeurde, maar na het staken van de antibiotische therapie zal abscesvorming in de regel weer vrij snel toenemen.⁷ Ten tweede kan het klinisch beeld bij een bilateraal absces imponeren als een symmetrische tonsillitis, waardoor de diagnose 'absces' kan worden gemist. Bij patiënt B was het de optelsom van het geprotraheerde beloop in de tijd, de uitblijvende respons op herhaalde antibioticakuren en de trismus die wees in de richting van een gecompliceerd beloop.

Uit de ziektegeschiedenis van patiënt B kunnen we leren dat de diagnose 'peritonsillair absces' moet worden overwogen als de klachten snel recidiveren na antibiotische therapie. Een vrij typisch fenomeen bij een absces is de trismus als gevolg van inflammatie rondom de pterygoïdspieren. Als wordt getwijfeld tussen peritonsillair infiltraat of absces, is een klinische herevaluatie binnen 24-48 uur aangewezen. Laagdrempelig intercollegiaal overleg met een inspectie van de patiënt door de kno-arts had mogelijk dit langdurige beloop kunnen voorkomen. Een peritonsillair absces kent een hoge recidiefkans (1-15%).^{2,7} In geval van een recidief is het advies om een tonsillectomie te overwegen.

Syndroom van Lemierre

Het syndroom van Lemierre komt voornamelijk voor bij gezonde adolescenten.⁸ Alertheid op dit ziektebeeld is van groot belang, gezien de hoge mortaliteit. Een trias van een primaire orofaryngeale infectie, gevolgd door een secundaire tromboflebitis van de v. jugularis interna, gevolgd door hematogene septische verspreiding is typerend voor het syndroom van Lemierre.³ In het merendeel van de gevallen is de verwekker *Fusobacterium necrophorum*.^{3,9,10} Intraveneuze toediening van breed spectrumantibiotica met anaerobe dekking blijft de belangrijkste pijler in de behandeling, naast adequate drainage van abcederende haarden.^{3,8-10}

De waarde van antistollingstherapie is omstreden en moet per patiënt individueel worden overwogen. Patiënt C ontwikkelde na een week 'onschuldige' keelpijn een fulminant en potentieel levensbedreigend ziektebeeld. Tijdige herkenning en doorverwijzing is voor deze patiënte cruciaal geweest, net zoals het vroegtijdige multidisciplinaire overleg dat heeft plaatsgevonden, waarbij ook aan de mogelijkheid van ondersteuning met vv-ECMO werd gedacht. Bij patiënt C was IC-opname nodig, en bleek ondersteuning met vv-ECMO levensreddend.

Beste collega's, al gaat acute keelpijn vaak vanzelf over, uit de besproken ziektegeschiedenissen blijkt dat artsen alert moeten zijn op een gecompliceerd beloop, en dat het essentieel is om alarmsymptomen te herkennen, aandacht te schenken aan eventuele risicofactoren en de patiënt binnen één tot twee dagen opnieuw klinisch te beoordelen. Dit helpt om het onderscheid te maken tussen een onschuldig, ernstig of mogelijk levensbedreigend beloop. De ziektegeschiedenissen leren ons dat ook aandoeningen met een onschuldig begin in korte tijd levensbedreigend kunnen worden.

Het valt zeer aan te bevelen om laagdrempelig intercollegiaal te overleggen wanneer er twijfel bestaat over de ernst van het klinische beeld of de juistheid van de diagnose of de behandeling, zodat tijdig medebeoordeling, behandeling of overplaatsing kan volgen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D6897
- Universitair Medisch Centrum Utrecht, afd. Intensive Care, Utrecht: drs. J. van Dam-Kastelein, aios interne geneeskunde, fellow Intensive Care; prof.dr. D.W. Donker, cardioloog-intensivist (tevens: Cardiovasculaire en Respiratoire Fysiologie, TechMed Centre, Universiteit Twente, Enschede). Huisartsenpraktijk Noorden: drs. N.D. Gorter-Houtman, huisarts. Deventer Ziekenhuis, afd. Keel-, Neus-, Oorheelkunde en Heelkunde, Deventer: dr. J. Buwalda en dr. P.M.W. van Kempen, kno-artsen.
- Contact: J. van Dam-Kastelein (j.kastelein@umcutrecht.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 17 augustus 2022
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2022;166:D6897

Literatuur

1. NHG-Werkgroep Acute keelpijn. [NHG-Standaard Acute keelpijn \(derde herziening\)](#). Huisarts Wet. 2015;58:422-9.
2. Zwart S, Verschuur HP. [Dreigend peritonsillair absces: wanneer moet de huisarts verwijzen?](#) Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5072 [Medline](#).
3. Fleskens AJ, Scheltinga MR, van Eerten PV, Verhoef LH, Pasmans HL, Vreugdenhil G. [Keelpijn en een gezwollen hals: syndroom van Lemierre totdat het tegendeel is bewezen](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2006;150:2461-6 [Medline](#).
4. De Saint Aulaire C, Meinesz SF, Verschuur HP. [Epiglottitis: een kinderziekte bij volwassenen](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:177-81 [Medline](#).
5. De Vries CJH, de Jongh E, Zwart S, van den Akker EH, Opstelten W. [Epiglottitis bij volwassenen in de huisartsenpraktijk: lastig te herkennen en levensbedreigend](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9061 [Medline](#).
6. Guldred LA, Lyhne D, Becker BC. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. J Laryngol Otol.

- 2008;122:818-23. [doi:10.1017/S0022215107000473](https://doi.org/10.1017/S0022215107000473). [Medline](#)
7. Chung JH, Lee YC, Shin SY, Eun YG. Risk factors for recurrence of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol.* 2014;128:1084-8. [doi:10.1017/S002221511400259X](https://doi.org/10.1017/S002221511400259X). [Medline](#)
8. Parlevliet KL, Vlasveld IN. [Het syndroom van Lemierre](#). *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2022;166:D6235. [Medline](#).
9. Chirinos JA, Lichtstein DM, Garcia J, Tamariz LJ. The evolution of Lemierre syndrome: report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2002;81:458-65. [doi:10.1097/00005792-200211000-00006](https://doi.org/10.1097/00005792-200211000-00006). [Medline](#)
10. Blok WL, Meis JF, Gyssens IC, et al. [Postangineuze sepsis door Fusobacterium necrophorum: het syndroom van Lemierre](#). *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1993;137:1013-6.

Kernpunten

- Epiglottitis is een snel progressief ziektebeeld dat de luchtweg kan bedreigen.
- Denk bij acute progressieve keelpijn en slikklachten altijd aan epiglottitis als er bij inspectie van de mond-keelholte geen of weinig afwijkingen te zien zijn.
- Kwijlen en een inspiratoire stridor komen zelden voor bij volwassenen met een epiglottitis en zijn zeer alarmerend; zij worden bij een volwassene beschouwd als een sterke indicatie voor intubatie.
- Wees alert op een onderliggend abces bij een recidiverende tonsillitis die slechts kortdurend verbetert op antibiotische therapie en overleg met de kno-arts bij de geringst verdenking op een abces.
- Wees bedacht op het syndroom van Lemierre bij elke kno-infectie – al dan niet met een zwelling in de hals – waarbij de patiënt zeker wordt ondanks reguliere behandeling.
- De hoeksteen van de behandeling van patiënten met het syndroom van Lemierre zijn intraveneuze antibiotica die werkzaam zijn tegen anaerobe micro-organismen.
- Geef een patiënt met acute keelpijn duidelijke instructies om contact op te nemen bij persisterende of progressieve klachten, ook als de keelpijn aanvankelijk onschuldig lijkt.