

AANBEVOLEN LITERATUUR

1. Delden JJ van, et al. The ethics of mandatory vaccination against influenza for health care workers. *Vaccine* 2008;26:5562-6.
2. Dool C van den, et al. A model-based assessment of oseltamivir prophylaxis strategies to prevent influenza in nursing homes. *Emerg Infect Dis* 2009;15:1547-55.
3. Jackson RJ, et al. Oseltamivir, zanamivir and amantadine in the prevention of influenza: a systematic review. *Infect.* 2011;62:14-25.

Correspondentieadres
marianne.van.der.sande@rivm.nl

Wel of geen antibiotica Bij pneumonie met gevorderde dementie

Adriaan de Kinkelder, specialist ouderengeneeskunde, Gericare Oosterhout
Dr. ir. Jenny T. van de Steen, onderzoeker EMGO+ Instituut tevens afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde VUmc Amsterdam

Bijna wekelijks stelt de specialist ouderengeneeskunde bij een patiënt met gevorderde dementie met beperkte diagnostische middelen een ernstige infectie van de lagere luchtwegen (LLWI), waaronder pneumonie, vast en overweegt deze infectie curatief of palliatief te behandelen. Bij gebrek aan evidence hierover schoot sinds 1997 een aandachtspuntenlijst te hulp. Deze kan inmiddels met nieuwe onderzoeksgegevens worden genuanceerd.

Curatieve behandeling beoogt het genezen van de infectie waardoor ook de klachten spoedig verdwijnen. Ondanks dat is de mortaliteit onder verpleeghuispatiënten met gevorderde dementie door LLWI hoog: 30-50% overlijdt < zes maanden. Tot ongeveer tweederde van alle psychogeriatrische patiënten in een instelling zou hieraan overlijden. In Nederland is antimicrobiële behandeling niet vanzelfsprekend.

Gevorderde dementie maakt antibiotische therapie bij pneumonie twijfelachtig

Bij de keuze wel of niet antibiotisch behandelen van een LLWI bij een patiënt met gevorderde dementie spelen vier overwegingen een rol:

1. Medische overwegingen: kansen om het lijden te verzachten en/of overlijden uit te stellen door de inzet van antibiotica en/of vochttoediening. Een prognostische scorelijst schat een hogere kans op overlijden < 14 dagen in bij: mannelijk geslacht, ernstige LLWI, ADL-afhankelijkheid en onvoldoende vochtinname. Toch voorspelt de hoogste score een overlijdenskans ondanks antibiotica van hooguit >50%. Uit recent onderzoek blijkt een



wisselwerking te bestaan tussen antibiotica en vochtinname die de prognose sterk beïnvloedt:

- de combinatie van onvoldoende vochtinname en geen antibiotica leidt meestal tot snel overlijden;
- bij onvoldoende vochtinname geven antibiotica wel een geringe verbetering van de overlevingskans maar blijft de prognose slecht;
- bij voldoende vochtinname is de kans op overlijden weinig afhankelijk van het wel of niet geven van antibiotica.

De ernst van dementie bleek niet onafhankelijk gerelateerd aan de kans op overlijden. Toch weegt deze ernst van dementie in de praktijk wel mee bij wel of niet behandelen, omdat bij toename van deze ernst de inname van voedsel en vocht (vaak) geleidelijk afneemt. Naast enige levensverlenging is een mogelijk effect van antibiotica dat (ook) tijdens het sterfbed symptomen of ongemak (discomfort) worden beperkt. Overlijden aan de gevolgen van LLWI geeft doorgaans meer ongemak dan aan cachexie/dehydratie.

2. Over het ongemak ten gevolge van de behandeling zelf van een LLWI is in de literatuur weinig bekend. Wel geeft invasieve rehydratie vaak ongemak.
3. De wens en het belang van de patiënt om zijn ernstig zieke toestand door de LLWI te veranderen is het uitgangspunt. Of levensverlenging voor de patiënt winst is of gewenst is, hangt mede af van zijn huidige toestand ('kwaliteit van leven'). In een (bijna) terminale situatie kan de patiënt door gevorderde dementie en/of ernstige LLWI echter zelden zijn wens duidelijk maken. De specialist ouderengeneeskunde zou dan uit moeten gaan van vroegere wilsverklaringen of wilsuitingen waarvan de betekenis meestal met nabestaanden wordt ingevuld. Bij gebrek hieraan handelt de arts naar beste weten in het belang van de patiënt.
4. In de praktijk blijken nog meer factoren dan die in de aandachtspuntenlijst een rol te spelen, zoals een hoge werkdruk, ziekteverzuim en waarneming buiten kantooruren van specialisten ouderengeneeskunde. Dit kan leiden tot overbodige antibioticaprescriptie wanneer overleg over niet behandelen (te) veel tijd kost.

Ondanks dat de prognose van een terminale LLWI ook samenhangt met (in)adequate vochtinname en nog andere medische aspecten blijft het besluit om wel of niet antibiotica en/of vochttoediening toe te passen bij patiënten met gevorderde dementie moeilijk. Dit komt omdat het effect hiervan op de levensduur en het discomfort moeilijk voorspelbaar is. In de praktijk wordt wel gezegd dat de pati-

ent 'op' is of 'aan het versterven' zodat curatie niet meer aan de orde of haalbaar is. Mogelijk speelt een 'terminaal syndroom' een rol met toenemende cachexie/dehydratie, multiple orgaanfalen, algehele malaise en een afnemende weerstand tegen infecties van de luchtwegen, urinewegen en de huid.

De vraag of LLWI bij gevorderde dementie wel of niet met antibiotica behandeld moet worden, is niet eenduidig te beantwoorden. Wanneer curatief handelen niet zinvol of bereikbaar is, is de dringende vraag of andere middelen dan antibiotica niet geschikter zijn voor palliatie. Dit kan de selectiedruk van antibiotica voor (multi)resistentievorming in de instelling beperken.

AANBEVOLEN LITERATUUR

1. *Prognostische score voor patiënten met Pneumonie en Dementie.* <http://emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/prognostische-score>.
2. Steen JT van der, et al. *Antibiotics and mortality in patients with lower respiratory infection and advanced dementia.* *J Am Med Dir Assoc* 2012;13(2):156-61.
3. Steen JT van der, et al. *Discomfort in dementia patients dying from pneumonia and its relief by antibiotics.* *Scand J Infect Dis* 2009;41(2):143-51.

Correspondentieadres
adekinkelder@gericare.nl