

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (M68)

Maart 2017



nederlands huisartsen
genootschap

Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (M68)

Maart 2017



**nederlands huisartsen
genootschap**

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep	4
2 Inleiding	5
2.1 Doel van de standaard	5
2.2 Afbakening van het onderwerp	5
2.3 Werkwijze	5
2.4 Gebruikers van de richtlijn	5
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	5
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	5
2.7 Presentatie	5
2.8 Implementatie	5
2.9 Juridische status van richtlijnen	6
2.10 Delegeren van taken	6
2.11 Belangenverstrengeling	6
2.12 Financiering	6
3 Methoden	7
3.1 Ontwikkelproces	7
3.1.1 Knelpuntenanalyse	7
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	7
3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur	7
3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs	7
3.1.5 Doelmatigheid	8
3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	8
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	8
3.3 Procedure voor herziening	9
4 Zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag	9
4.1 Kweek op dragerschap (meticilline-resistente) <i>Staphylococcus aureus</i> (noot 13)	9
4.2 Kweek bij risicopatiënten (noot 12)	9
4.3 Antibioticaprofylaxe bij incisie van een abces (noot 11)	9
4.4 Baden (noot 18)	9
4.5 Nat verbinden (noot 19)	9
4.6 Verdoving bij incisie abces (noot 21)	9
4.7 Behandeling erythrasma (noot 24)	10
4.8 Behandeling folliculitis (noot 25)	10
4.9 Behandeling impetigo (noot 27)	10
4.10 Behandeling pitted keratolysis (noot 29)	10
4.11 Zwachtelen bij cellulitis (noot 30)	10

4.12	Medicamenteuze behandeling cellulitis (noot 31)	10
4.13	Duur antibiotica cellulitis (noot 32)	11
4.14	Niet-medicamenteuze behandeling bij recidiverende cellulitis (noot 33)	11
4.15	Preventieve medicamenteuze behandeling bij recidiverende cellulitis (noot 34)	11
4.16	Behandeling ecthyma (noot 35)	12
4.17	Behandeling erysipeloïd (noot 36)	12
4.18	Preventieve medicamenteuze behandeling bij recidiverende furunculose (noot 37)	12
4.19	Behandeling chronisch paronychia (noot 40)	12
4.20	Behandeling periaanaal abces (noot 41)	12
4.21	Behandeling sinus pilonidalis (noot 42)	12
4.22	Behandeling van dragerschap van <i>Staphylococcus aureus</i> (noot 28)	12
Referenties		14
Bij verwijzing naar NHG-producten: zie www.nhg.org.		14
BIJLAGEN		15
	Bijlage 1 Uitgangsvragen	15
	Bijlage 2 Zoekstrategieën	18
	Bijlage 3 Selectie van de literatuur	22

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
S.C.S. Bons	Waarnemend huisarts
Dr. S. Koning	Huisarts, Vlaardingen
Dr. L. Mulder	Medisch microbioloog, Hengelo
Dr. M.J. Warnier	Huisarts, Doorwerth
L.W. Draijer	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Dr. I.M. Wichers	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Dr. M. Bouma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.

Dr. J. Oskam, chirurg, Isala, Zwolle heeft namens de NVvH tweemaal gedurende het proces de conceptaanbevelingen becommentarieerd.

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Prof.dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Michael Kijser, huisarts, medewerker afdeling Implementatie
- Léonie Langerak, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt aanbevelingen te geven voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met bacteriële huidinfecties met als doel handvatten te geven voor het onderscheiden van de verschillende aandoeningen en het maken van een keuze in antibiotica.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Het vermoeden van een bacteriële huidinfectie wordt in deze standaard als uitgangspunt genomen voor diagnostiek en beleid. Andere huidaandoeningen waarbij een bacteriële verwekker een rol speelt, zoals acne, otitis externa, hordeolum en huidaandoeningen die uitingen zijn van seksueel overdraagbare aandoeningen, vallen buiten het bestek van deze standaard. Hidradenitis suppurativa, erythema migrans en traumatische (bijt-) wonden en wondinfecties zijn verwijderd uit de standaard en omgezet naar drie gelijknamige NHG-Behandelrichtlijnen.

2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in juni 2015. In zes werkgroepvergaderingen is een conceptstandaard opgesteld door de werkgroep. Daarbij werd het bewijs systematisch samengevat door de betrokken NHG-medewerkers (IW en WD) en werden door de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voorbereid ter bespreking tijdens de vergaderingen. De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerker (IW), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met bacteriële huidinfecties betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij de zorgverlening in de tweede lijn.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

De richtlijn is in overleg met de patiëntenvereniging Huidpatiënten Nederland tot stand gekomen.

2.7 Presentatie

Deze versie van de richtlijn betreft een inhoudelijke herziening van de tekst van de standaard. In deze standaard is uitgegaan van uitgangsvragen die aan het begin van het traject zijn vastgesteld door de werkgroep. De uitkomsten van het literatuuronderzoek en de vertaling daarvan naar aanbevelingen voor de praktijk zijn zichtbaar gemaakt door een modulaire presentatie.

2.8 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.9 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.10 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

2.11 Belangenverstrengeling

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstrengeling gemeld. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op www.nhg.org.

2.12 Financiering

De totstandkoming van deze richtlijn is gefinancierd door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

3 Methoden

3.1 Ontwikkelproces

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de handleiding 'Ontwikkelen van NHG-Standaarden' (2014) (zie www.nhg.org).

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG Adviesraad (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), werkgroepleden van de vorige standaard, afdeling Implementatie van het NHG en de leden van de huidige werkgroep. Er is tevens een enquête uitgezet via HAweb, (respons n = 3), LinkedIn NHG-Scholing (respons n = 1), praktiserende NHG-collega's (respons n = 7) om factoren voor acceptatie en invoering van de vorige standaard te achterhalen die mogelijk een belemmerende rol zouden kunnen spelen bij de toekomstige implementatie van de herziene standaard.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patiënt, interventie, controle, outcome*). Bij elke uitgangsvraag werd een inhoudelijk expert vanuit de werkgroep aangewezen. Een overzicht van de uitgangsvragen is opgenomen in bijlage 1.

Aan het begin van het richtlijntraject werden per uitgangsvraag de patiëntrelevante uitkomstmaten vastgesteld. In bijlage 1 zijn per uitgangsvraag de cruciale uitkomstmaten gepresenteerd. Voor meer informatie over de procedure wordt verwezen naar de handleiding 'Ontwikkelen van NHG-Standaarden'.

3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuursearch uitgevoerd door een literatuurspecialist van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De kwaliteit van de SR's of van de evidence-samenvattingen die onderdeel uitmaakten van een richtlijn werden beoordeeld met de AMSTAR-criteria (www.amstar.ca). Alleen SR's met een score van > 8 punten (op een schaal van 0-11 punten) werden gebruikt. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een nieuwe zoekactie uitgevoerd naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's werden gevonden. De gevonden literatuur werd door een werkgroep lid gescreend op basis van titel en abstract. De meest relevante literatuur werd geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

Zie hoofdstuk 4 voor een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak per uitgangsvraag en een specifieke beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag. De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in bijlage 2. Drie uitgangsvragen zijn in een latere fase toegevoegd (vraag 5, 14 en 18). Bij de uitgangsvragen 5, 19 en 22 is een niet-systematisch literatuuronderzoek verricht omwille van tijd en verwachte spaarzame opbrengst. Door de spaarzame opbrengst van de meeste uitgangsvragen of het beschikbaar zijn van een recente SR, is de selectie van de literatuur samengevat in een tabel (zie bijlage 3). De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is (ook) te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. GRADE beoordeelt de zogenoemde body of evidence: de verzameling van alle gevonden onderzoeken die per uitkomstmaat worden beoordeeld. De onderverdeling van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs kent vier niveaus: hoog, matig, laag of zeer laag (zie tabel 1). Een hoge kwaliteit wil zeggen dat het geschatte en het werkelijke effect zeer dicht bij elkaar liggen. Naarmate de kwaliteit van bewijs lager is, neemt de onzekerheid daarover toe. Voor geen van de uitgangsvragen is een GRADE-profiel opgesteld. Zie de handleiding 'Ontwikkelen van NHG-Standaarden' voor een uitvoerigere beschrijving van het beoordelen en graderen van het wetenschappelijke bewijs. Bij het

beoordelen van het verschil in effectiviteit tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevant verschillen¹ tussen interventies.

Tabel 1 - Definitie kwaliteit van bewijs

Kwaliteit	Interpretatie
Hoog	Het werkelijk effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Matig	Het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.

3.1.5 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteit- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door een werkgroep lid (IW) samengevat en beoordeeld. Vervolgens werd in samenwerking met een inhoudelijk deskundig werkgroep lid een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken, vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Het verantwoordelijke werkgroep lid deed daarvoor een voorzet, die tijdens de werkgroepvergadering werd besproken. Op basis van discussies binnen de werkgroep werden vervolgens aanpassingen gemaakt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep.

3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In juli 2016 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar een aantal referenten gestuurd. Er werden twintig commentaarformulieren retour ontvangen, namens de volgende verenigingen:

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

Patiëntenfederatie Nederland

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

Nederlands Kenniscentrum Farmacotherapie bij Kinderen (NKFK)

Zorginstituut Nederland (ZiNL)

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

Hidradenitis Patiënten Vereniging (HPV)

Pharos

Federatie Medisch Coördinerende centra (FMCC)

Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB)

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)

¹ Een klinisch relevant verschil wordt in de internationale literatuur ook wel aangeduid als *Minimal (clinically) Important Difference (MID)*.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Freerk Edskes en Anja de Vries, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarroude beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 7 december 2016 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.3 Procedure voor herziening

Deze standaard zal periodiek worden herzien. Uiterlijk in 2022 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

4 Zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag

In dit hoofdstuk wordt per uitgangsvraag een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak voor de beantwoording gegeven, waaronder een beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag. De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in bijlage 2. Voor sommige uitgangsvragen zijn de resultaten van de selectie van de literatuur samengevat in een tabel (zie bijlage 3).

4.1 Kweek op dragerschap (meticilline-resistente) *Staphylococcus aureus* (noot 13)

Er is een systematische search uitgevoerd naar testeigenschappen van kweken op dragerschap van *Staphylococcus aureus* in de huisartsenpraktijk (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.2 Kweek bij risicopatiënten (noot 12)

Er is een systematische search uitgevoerd naar de diagnostische waarde van kweken bij risicopatiënten met een bacteriële huidinfectie (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.3 Antibioticaprofylaxe bij incisie van een abces (noot 11)

Er is een systematische search uitgevoerd naar antibioticaprofylaxe bij incisie van een abces (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.4 Baden (noot 18)

Er is een systematische search uitgevoerd naar baden van een bacteriële huidinfectie (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.5 Nat verbinden (noot 19)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij Multidisciplinaire richtlijn 'Wondzorg' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde [NVvH 2013]. In de richtlijn van de NVvH werd naar literatuur gezocht tot januari 2012. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekactie, selectie van de literatuur en evidencetabellen wordt verwezen naar deze richtlijn.

4.6 Verdoving bij incisie abces (noot 21)

Er is een systematische search uitgevoerd naar verschillende methoden van anesthesie voorafgaand aan incisie van een abces (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.7 Behandeling erythrasma (noot 24)

Er is een systematische search uitgevoerd naar behandeling van erythrasma (zie bijlage 2). Van de vijf onderzoeken werden er drie geëxcludeerd door een zeer hoge uitval (> 10%) [Dodge 1968], gering aantal inclusies (n < 10) [Clayton 1973] of onvoldoende kwaliteit (Jadadscore < 3) [Pitcher 1979].

4.8 Behandeling folliculitis (noot 25)

Er is een systematische search uitgevoerd naar de behandeling van folliculitis (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.9 Behandeling impetigo (noot 27)

Bij de beantwoording van deze uitgangsvraag is gebruikgemaakt van een SR van Koning [Koning 2012] van goede kwaliteit.

De auteurs van deze review zochten in de databases register, MEDLINE, EMBASE, Cochrane library, LILACS (Latin American and Caribbean Health Science Information database, from 1982 to the present) tot augustus 2011. In tabel 2 zijn de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd. Op 31-05-2016 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR. Hierbij is gezocht naar SR's en RCT's in MEDLINE en EMBASE.

Tabel 2 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Koning [Koning 2012]

Type onderzoeken	- RCT's
Type patiënten	- Patiënten met impetigo (vastgesteld door medisch getraind personeel)
Type interventies	- Lokale en systemische interventies
Type vergelijkingen	- Andere lokale en systemische interventies of placebo
Type uitkomstmaten	- Genezing (vermindering van korstjes, blaren en roodheid op basis van oordeel onderzoeker), vermindering van pijn en jeuk, recidief impetigo, bijwerkingen en resistentie
Type setting	- Alle settings (niet gespecificeerd)

4.10 Behandeling pitted keratolysis (noot 29)

Er is een systematische search uitgevoerd naar de behandeling van pitted keratolysis (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.11 Zwachtelen bij cellulitis (noot 30)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij Multidisciplinaire richtlijn "Cellulitis en erysipelas" van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie [NVDV 2013]. In de richtlijn van de NVDV werd naar literatuur gezocht tot januari 2012. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekactie, selectie van de literatuur en evidencetabellen wordt verwezen naar deze richtlijn.

In 31-05-2016 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR. Hierbij is gezocht naar SR's en RCT's in MEDLINE en EMBASE.

4.12 Medicamenteuze behandeling cellulitis (noot 31)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij Multidisciplinaire richtlijn "Cellulitis en erysipelas" van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie [NVDV 2013]. In de richtlijn van de NVDV werd naar literatuur gezocht tot januari 2012. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekactie, selectie van de literatuur en evidencetabellen wordt verwezen naar deze richtlijn.

Op 31 mei 2016 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR. Hierbij is gezocht naar SR's en RCT's in MEDLINE en EMBASE.

4.13 Duur antibiotica cellulitis (noot 32)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij Multidisciplinaire richtlijn "Cellulitis en erysipelas" van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie [NVDV 2013]. In de richtlijn van de NVDV werd naar literatuur gezocht tot januari 2012. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekactie, selectie van de literatuur en evidencetabellen wordt verwezen naar deze richtlijn. Op 31 mei 2016 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR. Hierbij is gezocht naar SR's en RCT's in MEDLINE en EMBASE.

4.14 Niet-medicamenteuze behandeling bij recidiverende cellulitis (noot 33)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is gebruikgemaakt van een SR van Oh [Oh 2015] van goede kwaliteit.

De auteurs van deze review zochten in de databases register, MEDLINE, EMBASE, Cochrane library tot januari 2015. In tabel 3 zijn de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd. Vanwege de recente zoekactie werd er door het NHG geen update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR.

Tabel 3 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Oh [Oh 2015]

Type onderzoeken	- RCT's
Type patiënten	- Patiënten met recidiverende cellulitis (16 jaar en ouder)
Type interventies	- Behandeling van predisponerende factoren (mycose, lymfoedeem, ulcera aan het been, traumatische wonden)
Type vergelijkingen	- Placebo
Type uitkomstmaten	- Recidief cellulitis (aantal patiënten en aantal episoden per patiënt), tijd tot recidief, kwaliteit van leven en bijwerkingen
Type setting	- Alle settings (niet gespecificeerd)

4.15 Preventieve medicamenteuze behandeling bij recidiverende cellulitis (noot 34)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is gebruikgemaakt van een SR van Oh [Oh 2014] van goede kwaliteit.

De auteurs van deze review zochten in de databases register, MEDLINE, EMBASE, Cochrane library, CINAHL, TRIP database, clinical practice guidelines websites en lopende onderzoeken databases tot september 2012. In tabel 4 zijn de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd. Op 31 mei 2016 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR. Hierbij is gezocht naar SR's en RCT's in MEDLINE en EMBASE.

Tabel 4 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Oh [Oh 2014]

Type onderzoeken	- RCT's
Type patiënten	- Patiënten met recidiverende cellulitis (16 jaar en ouder)
Type interventies	- Antibioticaprofylaxe
Type vergelijkingen	- Geen antibioticaprofylaxe
Type uitkomstmaten	- Recidief cellulitis (aantal patiënten en aantal episoden per patiënt), tijd tot recidief, kwaliteit van leven en bijwerkingen
Type setting	- Alle settings (niet gespecificeerd)

4.16 Behandeling ecthyma (noot 35)

Er is een systematische search uitgevoerd naar de behandeling van ecthyma in de huisartsenpraktijk (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.17 Behandeling erysipeloïd (noot 36)

Er is een systematische search uitgevoerd naar de behandeling van erysipeloïd in de huisartsenpraktijk (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.18 Preventieve medicamenteuze behandeling bij recidiverende furunculose (noot 37)

Er is een systematische search uitgevoerd naar de behandeling van furunculose in de huisartsenpraktijk (zie bijlage 2). Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.19 Behandeling chronisch paronychia (noot 40)

Er is een niet-systematische search uitgevoerd naar de behandeling van chronisch paronychia in de huisartsenpraktijk aangezien de verwachte literatuuropbrengst gering zou zijn. Er werden geen specifieke selectiecriteria gehanteerd vanwege de schaarse literatuuropbrengst.

4.20 Behandeling periaanaal abces (noot 41)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij de Richtlijn 'Proctologie' van de NVvH. De richtlijn baseert zich op de SR van Malik [Malik 2010] van goede kwaliteit.

De auteurs van deze review zochten in de databases register, MEDLINE, EMBASE, Cochrane library, Google Scholar en bibliografie van eerdere reviews en gepubliceerde RCT's tot oktober 2008. In tabel 5 zijn de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd. In mei 2016 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie in deze SR. Hierbij is gezocht naar SR's en RCT's in MEDLINE en EMBASE.

Tabel 5 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Malik [Malik 2010]

Type onderzoeken	- RCT's
Type patiënten	- Patiënten met een eerste periaanaal abces
Type interventies	- Drainage gevolgd door fistulotomie of fistulectomie
Type vergelijkingen	- Drainage
Type uitkomstmaten	- Recidief of persisterend abces, incontinentie, wondgenezing, post-operatieve pijn, opname duur, kwaliteit van leven
Type setting	- Alle settings (niet gespecificeerd)

4.21 Behandeling sinus pilonidalis (noot 42)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij de Richtlijn 'Pilonidal disease' van de American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) [Steele 2013]. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekactie, selectie van de literatuur en evidencetabellen wordt verwezen naar deze richtlijn.

4.22 Behandeling van dragerschap van *Staphylococcus aureus* (noot 28)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij de SR van Ammerlaan et al. [Ammerlaan 2009] (zie Tabel 6). Voor de behandeling van dragerschap van meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* wordt verwezen naar noot 23.

Tabel 6 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Ammerlaan [Ammerlaan 2009]

Type onderzoeken	- RCT's
Type patiënten	- Patiënten met MRSA* of MSSA#
Type interventies	- Orale antibiotica of lokale antibiotica, teatree-olie
Type vergelijkingen	- Andere interventie of placebo
Type uitkomstmaten	- MRSA en MSSA eradicatie
Type setting	- Alle settings (niet gespecificeerd)

* MRSA = meticilline-resistente *Staphylococcus aureus*, # MSSA = meticilline-gevoelige *Staphylococcus aureus*.

Referenties

Bij verwijzing naar NHG-producten: zie www.nhg.org.

Literatuur

Ammerlaan HS, Kluytmans JA, Wertheim HF, Nouwen JL, Bonten MJ. Eradication of methicillin-resistant staphylococcus aureus carriage: A systematic review. *Clin Infect Dis* 2009;48:922-30.

Clayton YM, Connor BL. Comparison of clotrimazole cream, whitfield's ointment and nystatin ointment for the topical treatment of ringworm infections, pityriasis versicolor, erythrasma and candidiasis. *Br J Dermatol* 1973;89:297-303.

Dodge BG, Knowles WR, McBride ME, Duncan WC, Knox JM. Treatment of erythrasma with an antibacterial soap. *Arch Dermatol* 1968;97:548-52.

Koning S, Van der Sande R, Verhagen AP, Van Suijlekom-Smit LW, Morris AD, Butler CC, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1:CD003261.

Malik AI, Nelson RL, Tou S. Incision and drainage of perianal abscess with or without treatment of anal fistula. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006827.

NVDV. Richtlijn cellulitis en erysipelas van de onderste extremiteiten (2013). <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/08/Richtlijn-erysipelas-en-cellulitis-2013.pdf>.

NVvH, ZonMw. Richtlijn 'wondzorg' (2013). <https://www.nhg.org/downloads/richtlijn-wondzorg-pdf>.

Oh CC, Ko HC, Lee HY, Safdar N, Maki DG, Chlebicki MP. Antibiotic prophylaxis for preventing recurrent cellulitis: A systematic review and meta-analysis. *J Infect* 2014;69:26-34.

Oh CC. Cellulitis and erysipelas: Prevention. *BMJ Clin Evid* 2015.

Pitcher DG, Noble WC, Seville RH. Treatment of erythrasma with miconazole. *Clin Exp Dermatol* 1979;4:453-6.

Steele SR, Perry WB, Mills S, Buie WD. Practice parameters for the management of pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 2013;56:1021-7.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Diagnostiek</i>		
1	(noot 13) Wat zijn de diagnostische testeigenschappen van een neus,- keel- of perineumkweek op dragerschap van <i>Staphylococcus aureus</i> (SA) of multiresistente staphylococcus aureus (MRSA) bij een patiënt met een bacteriële huidinfectie?	–
2	(noot 12) Wat is de diagnostische waarde van een huid- of wondkweek bij risicopatiënten met een diepe bacteriële huidinfectie?	– Genezing – Afwijkend beloop (sepsis, overlijden, amputatie) – Resistentie voor eerste en tweede keus antibiotica
<i>Beleid</i>		
3	(noot 11) Wat is de waarde van antibioticaprofylaxe ten opzichte van geen profylaxe in het voorkomen van complicaties bij incisie van een abces bij patiënten met een kunstgewricht?	– Complicaties (artritis, sepsis) – Bijwerkingen antibiotica
4	(noot 18) Wat is de waarde van weken in baden (soda/biotex) ten opzichte van geen baden voor de genezing van bacteriële huidinfecties?	– Genezing – Bijwerkingen van baden
5	(noot 19) Wat is de waarde van nat verbinden ten opzichte van droog verbinden voor de genezing van bacteriële huidinfecties?	–
6	(noot 21) Wat zijn de voor- en nadelen van verdoving in vergelijking met geen verdoving ter voorkoming van pijn bij incisie van een abces?	– Pijn – Bijwerkingen van anesthesie

7	(noot 24)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo op de genezing van erythrasma?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerkingen medicatie
8	(noot 25)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo op de genezing van folliculitis?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerkingen van medicatie
9	(noot 27)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo of andere medicamenteuze behandeling op de genezing van impetigo?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerkingen van medicatie
10	(noot 29)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo op de genezing van pitted keratolysis?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerkingen van medicatie
11	(noot 30)	Wat is het effect van zwachtelen ten opzichte van niet zwachtelen op de genezing en vermindering van oedeem en pijn bij patiënten met cellulitis?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Vermindering van pijn – Vermindering van oedeem
12	(noot 31)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van alternatieve medicamenteuze behandeling op de genezing van cellulitis in de huisartsenpraktijk?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Complicaties (sepsis, necrose) – Bijwerkingen medicatie
13	(noot 32)	Wat is de waarde van een lange kuurduur (10-14 dagen) ten opzichte van een korte kuurduur (5-7 dagen) van antibiotica op de genezing van cellulitis?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerking medicatie
14	(noot 33)	Wat is de waarde van niet-medicamenteuze behandeling van recidiverende cellulitis in het voorkomen van een recidief?	<ul style="list-style-type: none"> – Recidief cellulitis – Bijwerkingen
15	(noot 34)	Wat is de waarde van preventieve medicamenteuze behandeling voor recidiverende cellulitis ten opzichte van placebo in het voorkomen van een recidief?	<ul style="list-style-type: none"> – Recidief cellulitis – Bijwerkingen medicatie

16	(noot 35)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo op de genezing van ecthyma?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerkingen medicatie
17	(noot 36)	Wat is de waarde van medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo op de genezing van erysipeloïd?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Bijwerkingen medicatie
18	(noot 37)	Wat is de waarde van preventieve medicamenteuze behandeling ten opzichte van placebo op de voorkoming van een recidief furunkel of karbunkel?	<ul style="list-style-type: none"> – Recidief furunkel/karbunkel – Bijwerkingen medicatie
19	(noot 40)	Wat is de waarde van behandeling van een chronisch paronychia?	–
20	(noot 41)	Wat is de meest effectieve behandeling van een perianaal abces op genezing en voorkomen van complicaties?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Recidief abces – Complicaties
21	(noot 42)	Wat is de meest effectieve behandeling van een acute sinus pilonidalis op genezing en voorkomen van complicaties?	<ul style="list-style-type: none"> – Genezing – Recidief abces – Complicaties behandeling (nabloeding, infectie)
22	(noot 28)	Wat is de effectiviteit van behandeling van dragerschap voor <i>Staphylococcus aureus</i> ?	–

Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	Kweek dragerschap (MR)SA
Zoekdatum	Maart 2016
Database	PUBMED
Zoektermen	(methicillin-resistant staphylococcus aureus/isolation and purification[mh] OR staphylococcus aureus[tiab] OR MRSA[tiab]) AND (carriage[tiab] OR carrier*[tiab]) AND nasal[tiab] AND (predictive value[tiab] OR sensitivity and specificity[mh] OR colony count, microbial[mh]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh])
Uitgangsvraag 2	Kweek bij risicopatiënten
Zoekdatum	Maart 2016
Database	PUBMED
Zoektermen	(Skin Diseases, Bacterial[mh] OR skin infection*[tiab] OR staphylococcal skin infections[mh] OR SSTI*[tiab]) OR ((wound*[tiab] OR bite*[tiab]) AND (skin[mj] OR tissue[tiab] OR cutaneous[tiab])) AND (culture[all fields] OR cultur*[tiab] OR microbiology[sh] OR gram*[tiab]) AND (predictive value[tiab] OR sensitivity and specificity[mh]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh])
Uitgangsvraag 3	Antibioticoprofylaxe bij incisie abces
Zoekdatum	Oktober 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(skin[tiab] AND (abscess*[tiab] OR wound*[tiab])) AND incision*[tiab] AND (prophyla*[tiab] OR prevent*[tiab]) AND (antibacterial agents[mh] OR antibiotic*[tiab]) AND (value[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR comparison[tiab] OR comparative[tw] OR advantage[tiab] OR versus[tiab] OR infection[tw])
Uitgangsvraag 4	Baden
Zoekdatum	Juli 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(Skin Diseases, Bacterial[mh] OR bacterial skin infection*[tiab] OR staphylococcal skin infections[mh] OR staphylococcal infection*[tiab] OR SSTI*[tiab]) AND (soda[tiab] OR sodium[tiab] OR bicarbonate[tiab] OR sodium carbonate[<small>supplementary concept</small>] OR sodium bicarbonate/therapeutic use[mh] OR sodium hypochlorite/therapeutic use[mh] OR baths/therapeutic use[mh] OR baths/methods[mh] OR bleach baths[tiab]) NOT (animals[mh] NOT (animals[mh] AND humans[mh]))
Uitgangsvraag 6	Verdooving bij incisie abces
Zoekdatum	Oktober 2015
Database	PUBMED

Zoektermen	(skin[tiab] AND (abscess*[tiab] OR wound*[tiab])) AND incision*[tiab] AND (anesthetics, local[mh] OR anesthetic*[tiab] OR anaesthetic*[tiab] OR analgesi*[tiab] OR anesthesia[tiab] OR anaesthesia[tiab] OR ethyl chloride[tw] OR lidocaine[tw] OR prilocaine[tw]) AND (value[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR side effect*[tiab] OR adverse effect*[tiab] OR advantage*[tiab]) NOT (mouse[tiab] OR mice[tiab] OR rat[tiab] OR rats[tiab])
------------	--

Uitgangsvraag 7	Behandeling erythrasma
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(erythrasma*) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effective*[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR efficacy[tiab] OR treatment outcome[mh] OR treatment[tiab])

Uitgangsvraag 8	Behandeling folliculitis
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(folliculitis[all fields]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effective*[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR efficacy[tiab] OR treatment outcome[mh] OR treatment[tiab])

Uitgangsvraag 9	Behandeling impetigo
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(impetigo[all fields]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR review[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effective*[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR efficacy[tiab] OR treatment outcome[mh] OR treatment[tiab])

Uitgangsvraag 10	Behandeling pitted keratolysis
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	("pitted keratolysis"[all fields]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh] OR review[pt])

Uitgangsvraag 11	Zwachtelen cellulitis
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(erysipelas[mh] OR erysipelas[tiab]) AND (bandages[mh] OR bandag*[tiab] OR occlusive dressings[mh] OR dressing*[tiab] OR gauze[tiab])

Uitgangsvraag 12	Medicatie cellulitis
-------------------------	-----------------------------

Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(cellulitis/drug therapy[mh] OR erysipelas/drug therapy[mh] OR cellulitis[tiab] OR erysipelas[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effective*[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR efficacy[tiab] OR treatment outcome[mh] OR treatment[tiab])

Uitgangsvraag 13	Duur medicatie cellulitis
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(cellulitis[mh] OR erysipelas[mh] OR cellulitis[tiab] OR erysipelas[tiab]) AND (administration and dosage[sh] OR time factors[mh] OR duration[tiab] OR dosage[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effective*[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR efficacy[tiab] OR treatment outcome[mh] OR treatment[tiab])

Uitgangsvraag 15	Antibioticaprofylaxe recidiverende cellulitis
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(Skin Diseases, Bacterial[mh] OR bacterial skin infection*[tiab] OR staphylococcal skin infections[mh] OR staphylococcal infection*[tiab] OR SSTI*[tiab]) AND (prophylac*[tiab] OR prophylax*[tiab] OR prevention[tiab] OR preventive[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh])

Uitgangsvraag 16	Behandeling ecthyma
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	ecthyma/drug therapy[mh] OR (ectyma[tiab] AND (therapy[tiab] OR treatment[tiab]))

Uitgangsvraag 17	Behandeling erysipeloid
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(erysipeloid[tiab] AND (therapy[tiab] OR treatment[tiab])) NOT (animals[mh] NOT (animals[mh] AND humans[mh]))

Uitgangsvraag 18	Preventieve medicatie furunculose
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED

Zoektermen	(furunculosis[mh] OR furuncle*[tiab] OR carbuncle*[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR review[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh])
------------	--

Uitgangsvraag 20	Behandeling perianaal abces
Zoekdatum	Augustus 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(perianal abscess*[tiab] OR anorectal abscess*[tiab] OR anal abscess*[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effective*[tiab] OR effect[tiab] OR effects[tiab] OR efficacy[tiab] OR treatment outcome[mh] OR treatment[tiab])

Uitgangsvraag 21	Behandeling sinus pilonidalis
Zoekdatum	Oktober 2015
Database	PUBMED
Zoektermen	(pilonidal sinus/therapy[mh] OR pilonidal sinus*[tiab] OR pilonidal disease[tiab]) AND (therapy[tw] OR treatment[tw] OR surgery[tw] OR incision[tiab])

Bijlage 3 Selectie van de literatuur

Selectie van onderzoeken na het systematische literatuuronderzoek.

Tabel 7 Literatuuropbrengst van de uitgangsvragen gericht op diagnostiek bij bacteriële huidinfecties

Uitgangsvraag	Literatuuropbrengst		
	Abstracts Pubmed	Fulltext	Selectie
1. Kweek dragerschap (MR)SA	31	18	0
2. Kweek risicopatiënten	116	5	0

Tabel 8 Literatuuropbrengst van de uitgangsvragen gericht op beleid bij bacteriële huidinfecties, waarbij geen SR's werden gevonden

Uitgangsvraag	Literatuuropbrengst		
	Abstracts Pubmed	Fulltext	Selectie
3. Antibioticaprofylaxe bij incisie abces	78	1	0
4. Baden	25	0	0
6. Verdoving voor incisie abces	29	1	1
7. Behandeling erythrasma	13	5	2
8. Behandeling folliculitis	33	1	0
10. Behandeling pitted keratolysis	8	1	1
11. Zwachtelen bij cellulitis ¹	5	0	0
16. Behandeling ecthyma	1	1	1
17. Behandeling erysipeloïd	38	1	0
18. Behandeling furunculose	38	1	0
20. Behandeling periaanaal abces ²	33	0	0
21. Behandeling sinus pilonidalis ³	187	1	0

¹ Dit betreft de literatuuropbrengst in aansluiting op de zoekdatum van de NVDV-Richtlijn. ² Dit betreft de literatuuropbrengst in aansluiting op de zoekdatum van de NVvH-Richtlijn. ³ Dit betreft de literatuuropbrengst in aansluiting op de zoekdatum van de richtlijn van ASCRS.

Tabel 9 Literatuuropbrengst na verschijnen van de SR die gebruikt is voor de beantwoording van de uitgangsvragen gericht op beleid bij bacteriële huidinfecties

Uitgangsvraag	SR	Zoekdatum	Update literatuur		
			Abstracts Pubmed	Fulltext	Selectie
9. Medicatie impetigo	Koning 2012	Augustus 2011	33	5	0
12. Antibiotica cellulitis	Kilburn 2010	Mei 2010	102	9	0
13. Duur antibiotica cellulitis	Kilburn 2010	Mei 2010	41	1	0

14. Niet-medicamenteuze behandeling recidiverende cellulitis ¹	Oh 2015	Februari 2015	-	-	-
15. Antibiotica-profylaxe recidiverende cellulitis	Oh 2014	Augustus 2012	99	7	0

¹ Gezien de recente zoekdatum van de SR werd er geen aanvullend literatuuronderzoek verricht.

© Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Tel. 030 - 282 35 00
www.nhg.org

Totstandkoming en methoden