

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 2. 2011

Osteoporose komt vaak voor bij COPD patiënten in de tweede lijn ongeacht GOLD stadium

Lidwien Graat-Verboom, arts-assistent longziekten Catharina Ziekenhuis Eindhoven en dr. Frank Smeenk, longarts Catharina Ziekenhuis Eindhoven.



Uit onderzoek is gebleken dat COPD een onafhankelijke risicofactor is voor het krijgen van osteoporose¹. Osteoporose is een systemische skelet aandoening gekenmerkt door een afname in bot minerale dichtheid (BMD) en/of een verstoring van de micro-architectuur². Hierdoor wordt het bot fragieler waardoor het makkelijker kan breken. De gouden standaard voor het diagnosticeren van osteoporose is een Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) scan waarmee de BMD wordt gemeten. Nadeel van de DEXA-scan is dat veranderingen in de micro-architectuur van het bot niet worden gemeten. Hiervoor zou een bot-biopt moeten worden verricht, maar dat is te invasief. Onderzoek heeft echter een sterke relatie tussen achteruitgang van de micro-architectuur (door middel van bot biopten vastgesteld) en de ernst van wervelfracturen gevonden³. Wervelfracturen zouden dus als surrogaat kunnen dienen voor een veranderende micro-architectuur. Zij kunnen eenvoudig gediagnosticeerd worden door wervelkolomfoto's te scoren volgens Genant⁴.

Wij hebben 255 COPD patiënten uit de tweede lijn onderzocht op osteoporose door de resultaten van de DEXA-scan te combineren met die van de wervelkolomfoto's⁵.

Op basis van de DEXA-scan had 24% van deze patiënten osteoporose. Op basis van wervelfracturen 37% en bij het combineren van deze twee meet methoden had 51% osteoporose. De prevalentie van osteoporose bleek niet gecorreleerd te zijn met de ernst van de COPD (naar GOLD classificatie). Regressie analyses lieten zien dat een hogere leeftijd, een hoger parathormoon en een lagere BMI onafhankelijke voorspellers waren voor het hebben van osteoporose.

Hoewel wij in ons onderzoek ook al een verhoogde prevalentie van osteoporose vonden onder GOLD I en II COPD patiënten (45%), is het de vraag of dit ook het geval is bij COPD patiënten uit de eerste lijn. Omdat ons onderzoek patiënten betrof die in de tweedelijnd onder behandeling waren, zou immers sprake kunnen zijn van een selectiebias. Toekomstig onderzoek zal dit

moeten uitwijzen. Momenteel heeft dit wel geleid tot opname van de volgende opmerking in de concept richtlijn osteoporose 2010: *bij twijfel of een patiënt gescreend moet worden op osteoporose is het hebben van COPD een extra argument om dat wel te doen.*

Conclusie voor de praktijk:

- Ruim de helft van alle COPD patiënten in de tweede lijn heeft osteoporose en dit komt voor in alle GOLD stadia.
- Onafhankelijke voorspellers voor het hebben van osteoporose bij COPD patiënten uit de tweede lijn zijn hogere leeftijd, een hoger parathormoon en een lagere BMI.
- Of de prevalentie van osteoporose in eerstelijns COPD patiënten ook zo hoog is, moet nog onderzocht worden. Vooralsnog wordt geadviseerd deze patiënten laagdrempelig te onderzoeken op osteoporose vooral bij hogere leeftijd en lage BMI.

Literatuur: www.cahag.nl/richtlijnen en bulletin

Multidisciplinaire COPD zorg in Maastricht/Heuvelland: Eerste ervaringen met de ketenpoli

Prof. Dr. Geertjan Wesseling, longarts MUMC+
g.wesseling@mumc.nl

In een aantal gevallen is in de huisartsenpraktijk twijfel over de diagnose bij COPD omdat het verwachte effect van de behandeling uit blijft of er een onverwacht snelle achteruitgang van de longfunctie is. Soms heeft de COPD-patiënt meer complexe problematiek of is er de wens van de patiënt om door een longarts gezien te worden. In Maastricht/Heuvelland kunnen, als onderdeel van de ketenzorg COPD en de bijbehorende ketenfinanciering, sedert oktober 2008 eenmalige consultaties en nadere analyse (conform de zorgstandaard COPD) bij de longarts/longverpleegkundige gedaan worden op de zogenaamde ketenpoli. Deze ketenpoli is ingericht in de huisartsenpost naast de SEH van het ziekenhuis AZM.

Deze eenmalige consultatie bestaat uit:

- een uitgebreid consult bij de longverpleegkundige en op indicatie uit een thoraxfoto
- aanvullend longfunctieonderzoek (body-box en/of diffusie)
- een afrondend consult bij de longarts.

Gebruik wordt gemaakt van een elektronisch patiëntendossier (MediX®), dat voor alle zorgverleners beschikbaar is en waarin alle bevindingen van de consultatie worden opgetekend, inclusief het advies aan de huisarts.

Voorlopige resultaten: in ruim 2 jaar zijn 376 patiënten van 64 huisartsen gezien, gemiddeld 6 per huisarts.

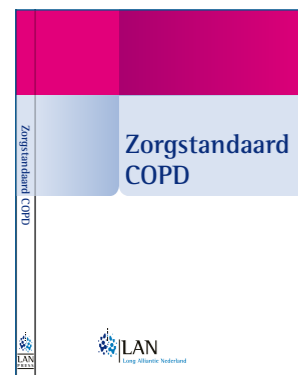
In de tabel zijn de belangrijkste patiëntkarakteristieken samengevat:

Aantal	148/228 (man/vrouw)
Gemiddelde leeftijd	49,8 (range 18 – 91)
Geen astma of COPD	79 (21 %)
Astma	66 (17,5 %)
GOLD 1 COPD	21 (5,6 %)
GOLD 2 COPD	139 (40 %)
GOLD 3 COPD	48 (12,8 %)
GOLD 4 COPD	13 (3,5 %)

Bij bijna 40 % van de patiënten bleek dus geen sprake te zijn van COPD. In ongeveer de helft van deze gevallen was eerder wel sprake van ogenschijnlijk irreversibele bronchusobstructie. Mogelijk had de ingestelde behandeling de longfunctie zodanig verbeterd dat de nu eenmaal arbitraire grenswaarden voor het stellen van de diagnose COPD (een post β_2 FEV₁/FVC ratio < 70%) werden overschreden. Consequentie daarvan is echter dat de COPD-DBC moest worden afgesloten. Zeventien patiënten werden vanuit de ketenpoli alsnog naar de longarts op de longpoli-kliniek verwezen, bijvoorbeeld in verband met het vinden van een tumor, de noodzaak van klinische revalidatie, aanwijzingen voor obstructief slaap apnoe syndroom of interstitiële longafwijkingen. Alle andere patiënten gingen met een advies terug naar de huisarts, ook in geval van stabiel ernstig COPD. Van belang is daarbij dat volstaan wordt met een advies aan de huisarts. Op de ketenpoli worden geen recepten of machtigingen uitgeschreven. In de meeste gevallen wordt de zorg vervolgens vooral door de POH geboden. Inmiddels worden consultaties op de ketenpoli niet meer separaat gedeclareerd maar vergoed vanuit de eerste lijns keten DBC.

Conclusie voor de praktijk:

- Conform de richtlijnen uit de NHG-Standaard en de zorgstandaard COPD dienen patiënten waarbij twijfel is aan de diagnose of de diagnose COPD is gesteld en waarbij behandeldoelen niet worden gehaald, verwezen te worden voor eenmalige diagnostiek in de tweede lijn. Dan blijkt bij bijna de helft van de patiënten geen sprake te zijn van COPD.
- Bij het functioneren van een eenmalig diagnostiepolikliniek zijn belangrijke randvoorwaarden dat:
 - verwijscriteria en terugverwijscriteria (in principe altijd tenzij) helder zijn.
 - de longarts gebruik kan maken van het gemeenschappelijke dossier van de verwezen patiënt.
 - er vertrouwen is over en weer.



Indacaterol geen meerwaarde boven bestaande langwerkende luchtwegverwijders.

Dr. Roeland Geijer, huisarts, NHG, Utrecht

Sinds kort is een nieuw eenmaal daags inhalatiemiddel voor de behandeling van COPD beschikbaar (indacaterol, een betasymphaticomimeticum uit dezelfde groep als salmeterol en formoterol).

Wat is er over bekend? Er zijn twee onderzoeken (gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften) bij een kleine 3000 patiënten met (matig)ernstig COPD (gemiddelde FEV₁ circa 50% van voorspeld) waarin eenmaal daags indacaterol (1 dd 150 mg in een onderzoek, 1 dd 300-600 mg in het andere onderzoek) vergeleken werd met formoterol of salmeterol en placebo [Dahl 2010, Kornmann 2010]. De primaire uitkomstmaat was het verschil in FEV₁ na 12 weken. In geen van beide onderzoeken werd een klinische relevant verschil van 120 ml bereikt in de indacaterolgroepen in vergelijking met formoterol of salmeterol. Ten opzichte van placebo werd dit klinisch relevant verschil wel bereikt. Bij de secundaire uitkomstmaten werd geen verschil tussen indacaterol en formoterol gevonden wat betreft tijd tot volgende exacerbatie of SGRQ en geringe verschillen tussen indacaterol en salmeterol ten aanzien van de SGRQ. Een hogere dosis was niet werkzamer dan een lagere dosis. Er waren geen statistisch significante verschillen in bijwerkingen tussen indacaterol en formoterol of salmeterol maar ook niet tussen de hogere en lagere dosis indacaterol.

Er is één onderzoek gepubliceerd (in een non-peer-reviewed tijdschrift) bij 153 patiënten met (matig) ernstig COPD (gemiddelde FEV₁ 57% van voorspeld, gemiddelde reversibiliteit 14,3%) die in een cross-over opzet achtereenvolgens 2 weken indacaterol 150 of 300 mg, tiotropium of placebo kregen met steeds 2 weken wash-out tussen de actieve interventies. [Vogelmeier 2010]. De primaire uitkomstmaat was de FEV₁ na 2 weken. Er was geen klinisch relevant verschil tussen indacaterol en tiotropium maar wel tussen indacaterol (en tiotropium) en placebo. Er was geen statistisch significant verschil in het optreden van bijwerkingen. De meest frequente bijwerking (EMA rapport 2009) van indacaterol is postinhalatie-hoest (17-20% bij indacaterol, 2% bij placebo, 1% bij formoterol). Een duidelijk verband van postinhalatie-hoest en COPD exacerbaties werd niet gevonden. Postinhalatie-hoest kwam vaker bij vrouwen dan bij mannen voor. Er werd geen verhoogde incidentie van cardiovasculaire gebeurtenissen gevonden in de indacaterol groepen vergeleken met andere actieve interventies.

Overwegingen

Hoewel eenmaal daagse inhalatie patiëntvriendelijker is, past terughoudendheid bij het voorschrijven van het nieuwe 24-uurs betasymphaticomimeticum indacaterol gezien de steeds terugkerende controverses over de cardiovasculaire veiligheid van luchtwegverwijders en het nog ontbreken van voldoende veiligheidsgegevens van postmarketing surveillance. Behalve de een-dagse toediening zijn geen duidelijke andere voordelen van

indacaterol in vergelijking met de bestaande langwerkende luchtwegverwijders. Zie ook het prikboardartikel in het Geneesmiddelenbulletin (<http://gebu.artsennet.nl/Archief/Tijdschriftartikel/Indacaterol.htm>).

Conclusie voor de praktijk:

- De werkzaamheid van indacaterol (FEV₁, QOL, exacerbaties) bij matig en ernstig COPD is vergelijkbaar met die van de andere langwerkende luchtwegverwijders, zoals het anticholinergicum tiotropium en de betasymphaticomimetica salmeterol en formoterol.
- Een definitieve plaatsbepaling kan pas volgen als meer gegevens bekend zijn over de veiligheid van het middel bij gebruik in de dagelijkse praktijk door grote groepen patiënten gedurende langere tijd.

Literatuur: www.cahag.nl/richtlijnen en bulletin

Sublinguale immunotherapie met huisstofmijtallergeen werkt niet bij kinderen in de huisartsenpraktijk

C.M.A. de Bot, H. Moed, J.C. van der Wouden, afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC Rotterdam



Sublinguale immunotherapie (SLIT) wordt gezien als een veelbelovende behandeling voor allergische rhinitis en kan de symptomen van allergische rhinitis voorkomen. SLIT is veiliger dan subcutane immunotherapie en gebruiksvriendelijker [1].

Dit zorgt ervoor dat het een geschikte therapie zou kunnen zijn voor kinderen in de huisartspraktijk. De effectiviteit van SLIT in tabletvorm bij kinderen met hooikoorts lijkt positief, werkzaamheid wordt in de afgelopen 4 jaar aangetoond [2-6]. In een studie van Bufer [3] werd een gemiddelde verbetering voor de rhinitis symptoomscore van 28% aangetoond in vergelijking met placebo. Durham [6] zag eenzelfde verbetering bij kinderen met graspollen allergie met betrekking tot medicatie en symptoomscore (verbetering van 26% en 29%). Ook zijn er aanwijzingen dat meerdere allergieën bij kinderen geen contra-indicatie is voor het behandelen met SLIT [6-9]. Echter voor huisstofmijtallergie zijn de conclusies over de werkzaamheid van SLIT minder duidelijk. Recent voerde de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC een gerandomiseerde dubbelblinde, placebogecontroleerde studie uit met SLIT met huisstofmijtallergeen bij kinderen met een huisstofmijtallergie.

Uit 226 praktijken uit Zuidwest Nederland werden 251 kinderen met de ICPC-code R97 (hooikoorts/allergische rhinitis) in de leeftijd van 6 tot 18 jaar gerandomiseerd. De kinderen kregen een

behandeling van 2 jaar met sublinguale druppeltjes met huisstofmijtallergeen (Oralgene® Mijten, Artu-Biologics, 2010 overname ALK/Abello) dan wel placebo. De primaire uitkomstmaat voor de effectiviteit van de therapie was de gemiddelde dagelijkse totale neus symptoomscore gedurende de maanden september tot en met december van het tweede behandelaar op basis van vier neussymptomen (loopneus, verstopte neus, niezen, jeukende neus, schaal: 0-12). Secundaire uitkomstmaten waren onder andere percentage symptoomvrije dagen, beoordeling behandelingseffect door deelnemer, ziektespecifieke kwaliteit van leven en veiligheid.

Van de 251 jongeren die werden gerandomiseerd (149 jongens/102 meisjes; gemiddelde leeftijd 12 jaar), konden er 226 worden geanalyseerd (116 SLIT, 110 placebo; intention-to-treat analyse). Er was geen verschil tussen SLIT en placebo wat betreft de gemiddelde neus symptoomscore na 2 jaar behandeling (symptoomscore 2,26 ± 1,84 SD versus placebo, 2,02 ± 1,67 SD, p = 0,08). Er waren geen significante verschillen in secundaire uitkomsten of in subgroepenanalyse tussen SLIT en placebo. Het aantal patiënten dat een bijwerking meldde was vergelijkbaar tussen beide groepen.

Conclusie voor de praktijk:

- SLIT met huisstofmijtallergeen met een lage dosis heeft in een eerstelijnsstudie geen effect in vergelijking met placebo op het verminderen van rhinitis symptomen bij huisstofmijtallergische kinderen.
- SLIT in tabelvorm voor boom- en graspollen lijkt een veilige en effectieve therapie voor volwassenen en kinderen, ook voor de eerste lijn.

(overige auteurs: M.Y. Berger, E. Röder, W.C.J. Hop, H. de Groot, J.C. de Jongste, R. Gerth van Wijk, P.J.E. Bindels)

Literatuur: www.cahag.nl/richtlijnen en bulletin

Hercertificatie CASPIR vastgesteld

Bijna 2000 mensen hebben ondertussen Module 1 t/m 5 van CASPIR gevolgd en een certificaat behaald. Het certificaat is drie jaar geldig en voor verlenging zijn de volgende spelregels vastgesteld:

- Module 6 minimaal 1x per jaar volgen, waarbij een longarts, een longfunctieanalist en een kaderhuisarts astma/COPD aanwezig zijn.
en
- Eenmalig een portfolio met de laatste 8 longfunctie-onderzoeken aanleveren (inclusief beoordelingsformulier ingevuld door zowel de beoordelaar als de uitvoerder) aan de regionale longfunctieanalist ter beoordeling van de kwaliteit en de interpretatie.
en
- Jaarlijks minimaal 80 longfunctieonderzoeken verrichten (uitvoerder) en te beoordelen (beoordelaar).

In Module 6 wordt veel casuïstiek besproken, en bij enkele onderwerpen uit de casussen wordt meer verdieping gegeven (bijvoorbeeld over airtrapping of dubbeldiagnose). Module 6 is voor 3 punten geaccrediteerd voor huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen. Vraag uw organisator van Module 1 t/m 5 voor meer informatie over locatie, kosten en data van Module 6.

Forum op www.astmacopdzorg.nl voorziet in een behoefte!!



Titel	Reacties	Auteur	Geplaatst
Protocollaire zorg	0	EV	5 dagen 21 uur
Spida 5	2	Linda, POH	1 week 1 dag
herhaalbaarheid criteria	1	bianca	1 week 1 dag
COPD af?	3	Julia	4 weken 6 dagen
reversibiliteit met atrovent	3	Vera	5 weken 15 uur
Astma indicatoren	1	Judith Vermeulen, kaderarts astma/COPD in opleiding	5 weken 2 dagen
FVc in post test 75	5	bianca	5 weken 6 dagen
Ventolin gebruik bij intensief sporten	1	Marleen, POH	7 weken 1 dag
onze zorgverzekeraar cz vraagt voor de dbc de ernst van de ziektelast aan te geven	4	hanneke de jong	7 weken 4 dagen
Metacholine test	3	Frank Oldenhof	8 weken 1 dag
longtest bij jongvolwassenen	7	b	12 weken 6 dagen

Sinds enkele maanden is op de website van astmacopdzorg.nl een forum opgenomen. Veel mensen hebben hun weg naar dit forum al gevonden. Hebt u vragen over uw astma/COPD zorg, dan kunt u gemakkelijk uw vraag plaatsen op het forum. Iedereen kan uw vraag beantwoorden, zodat kennis en ervaring direct gedeeld worden. Uit het grote aantal vragen van de laatste weken blijkt dat het forum in een behoefte voorziet. Vragen gaan bijvoorbeeld over spirometrie-uitslagen, indicatoren, medicatie, zorgverzekeraar en individuele zorgplannen. Ook nieuwsgierig geworden? U bent van harte uitgenodigd een vraag op het forum te beantwoorden, te plaatsen, mee te discussiëren of mee te lezen.

CAHAG activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij

Voor meer informatie zie www.cahag.nl/CASPIR.

Onderwijs aan zorggroepen

De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorg-

groepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/-ondersteuners, eventueel praktijkassistenten en samenwerkingspartners (bijvoorbeeld fysiotherapeuten). Het aanbod is gericht op de zorg zoals die wordt verleend in de huisartspraktijken.

De scholing speciaal voor zorggroepen bestaat uit inhoudelijke (verdiepings-)modules over onderwerpen van belang bij de introductie van astma en COPD ketenzorg/DBC's. Het betreft modules die bruikbaar zijn bij de opstart (bv. diagnostiek, controlebeleid, bewegen, medicatie, self management, etc.) als ook verdiepingsmodules (inhalatietechniek, effectief bevorderen therapietrouw, verfijning medicamenteuze therapie, begeleiden bij COPD, werken met vragenlijsten, angst en depressie, comorbiditeit bij COPD, etc.). CASPIR Spirometrie scholing kan een onderdeel zijn van het aanbod. In overleg zijn modules op maat naar behoefte van de zorggroep mogelijk. De scholingen zijn onafhankelijk, actueel en toegesneden op de werkwijze en mogelijkheden van zorggroepen. De scholingen zullen worden geaccrediteerd voor huisartsen en POH-ers. Voor een overzicht van de scholingen: www.cahag.nl/nieuws of via onderwijs@secretariaatcahag.nl

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma, zie www.cahag.nl over de CAHAG. Het CAHAG bulletin, verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartspraktijk op het gebied van astma en COPD.

De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: dr. Bart Thoonen, dr. Ivo Smeele, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica Postbus 3231 3502 GE Utrecht E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsors Chiesi, MSD, Tevapharma, Nycomed en de hoofdsponsors:

AstraZeneca
RESPIRATOIR

**Boehringer
Ingelheim**

gsk
GlaxoSmithKline