

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 3. 2011

Inspanningsgeïnduceerde luchtwegvernaauwing en het onderscheid met inspanningsastma

Gerrit van Roekel, kaderhuisarts astma/COPD, Den Bosch

Inspanningsgeïnduceerde luchtwegvernaauwing (Exercise Induced Bronchoconstriction; EIB) en inspanningsastma (Exercise Induced Asthma; EIA) worden helaas vaak door elkaar gebruikt.^{1,2} Men spreekt van inspanningsgeïnduceerde luchtwegvernaauwing als de FEV₁ met 10% zakt. Bij 90% van de (allergische) astmatici komt hyperreactiviteit (luchtwegvernaauwing/astma-aanval) voor bij inspanning. Echter ook bij gezonde personen, die geen astma of atopie hebben, komt een inspanningsgeïnduceerde luchtwegvernaauwing voor, met name bij patiënten die actief (top)sport bedrijven.³ De luchtwegvernaauwing treedt tijdens en aansluitend aan de excessieve inspanning op. In een onderzoek zagen Britse huisartsen ongeveer 15 patiënten per jaar met dergelijke klachten.

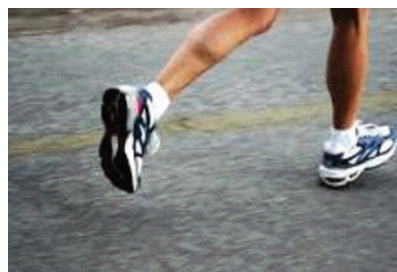
Pathogenese

De pathogenese van inspanningsgeïnduceerde bronchoconstrictie, althans in theorie, is dat droge lucht bij excessieve sportuitoefening de kleinere luchtwegen uitdroogt. Dit leidt tot afgifte van mediators die bronchoconstrictie veroorzaken zoals histamine, prostaglandine en leukotrienen.⁴ Een andere gangbare theorie stelt dat bij excessieve inspanningen bij koude lucht een reactieve hyperaemie van de luchtwegen ontstaat. De verhoogde hydrostatische druk in de luchtwegcapillairen leidt tot oedeem en bronchoconstrictie.⁵ De rol van inflammatie in deze groep patiënten zonder atopie en/of astma is onduidelijk. Bronchiale biopsies van skiërs, niet bekend met astma of atopie, bleken in vergelijking met biopsies bij astma een andere, meer neutrofiele, infiltratie van granulocyten te hebben.

Diagnostiek

De diagnose van *inspanningsgeïnduceerde luchtwegvernaauwing* is ten dele vast te stellen door anamnese en onderzoek na inspanning. Klachten zijn hoesten, piepen en gevoel van kortademigheid, naast drukkende sensatie op de borst. Echter de specificiteit hiervan is niet groot. Tal van andere diagnoses op pulmonaal en cardiaal terrein kunnen deze klachten veroorzaken.⁶ Bronchospasme ontstaat meestal 6-8 minuten na het begin van de sportactiviteit en/of 10 minuten na beëindiging van de inspanning. Provocatietesten met inspanning worden uitgevoerd, maar standaardisatie van de testen is lastig, er is bijvoorbeeld de vraag bij welke inspanning de test uitvoerbaar is. Tegenwoordig test men deze patiënten met eucapnic hyperventilatie-provocatie testen, waarbij een constante flow van 5% CO₂ en 21% zuurstof bij 85% van het maximaal haalbare ademminuutvolume gedurende 6 minuten wordt aangeboden. Een daling

van de FEV₁ met 10% heeft een hoge specificiteit (96%) voor deze vorm van bronchoconstrictie.⁷ Patiënten met een voorgeschiedenis van astma en/of atopie worden gediagnosticeerd middels metacholine provocatietesten als regulier onderzoek en



spirometrie met bronchodilatatie geen uitkomst bieden.

Sporten met een verhoogd risico zijn vooral sporten, waarbij een hoog ademminuutvolume noodzakelijk is en dan gedurende een lan-

gere periode, waarbij koude en droge lucht predisponerende factoren zijn. Bijvoorbeeld voetbal (met name in de winter), skiën, wielrennen, duurloop en schaatsen. Het stellen van de diagnose inspanningsgerelateerde bronchoconstrictie, zonder astma of atopie in de voorgeschiedenis, is met name bij topsporters die regelmatige dopingcontroles ondergaan belangrijk. Sinds januari 2009 heeft de WADA (World Anti-Doping Agency) een zogenaamde therapeutische exceptie (TUE, Therapeutic Use Exemption) afgekondigd. Daardoor is het sporters toegestaan het gebruik van betamimetica in competitieverband voort te zetten, mits is aangetoond dat ze lijden aan bronchoconstrictie tijdens en na inspanning (EIB).⁸

Therapie

Bij inspanningsastma, waarbij patiënten bekend zijn met astma en/of atopie, wordt gehandeld conform de NHG-Standaard. Bij meer dan 2x betamimetica inhalaties per week is het aangewezen om inhalatiecorticosteroiden (ICS) toe te voegen, als niet-medicamenteuze interventies ter verlichting van het aantal astma-aanvallen niet succesvol zijn gebleken.

Bij inspanningsgeïnduceerde bronchoconstrictie (topsporters en actieve recreatieve sporters die zich fors inspannen) zou het gebruik van betamimetica 10-15 minuten voor aanvang van de sport kunnen volstaan, ook indien hier dagelijks gebruik van wordt gemaakt. Nadeel is dat bij frequent gebruik van betamimetica tachyphylaxie optreedt (ze worden steeds minder werkzaam en bronchospasmen kunnen zelfs erger worden). Het gebruik van cromoglicinezuur of nedocromil beschermt tegen deze vorm van bronchospasmen, die onder andere door mestceldegranulatie en vrijkomen van histamine en andere vaso-actieve stoffen worden veroorzaakt. Deze middelen worden 15 minuten voor het begin van de inspanning geïnhaleerd.⁹ De zin van het toevoegen van ICS bij dergelijk frequent gebruik van betamimetica is nog niet bewezen. Vooralsnog biedt men sporters, die ondanks het gebruik van betamimetica nog last hebben een inhalatiecorticosteroid aan. Niet-medicamenteuze interventies bij bronchoconstrictie tijdens inspanning, zonder astma of atopie in de voorgeschiedenis, zijn

een goede warming-up, ademen door de neus en het gebruik van een masker om de koude lucht als het ware voor te verwarmen. De warming-up is proefondervindelijk vastgesteld. Sporters met bronchoconstrictie gaven aan dat bij een warming-up hun dyspnoe aanzienlijk minder tot zelfs afwezig was. De (theoretische) verklaring zou zijn dat de prikkeling van de luchtwegen tijdens de warming-up een refractaire periode veroorzaakt ten gevolge van release van catecholamines tijdens de warming-up. Hierdoor heeft de koude en droge lucht tijdens de wedstrijd geen effect op de luchtwegen.

Conclusie voor de praktijk

1. Denk bij sporters, zonder astma of atopie, met klachten van piepen en benauwdheid tijdens inspanning en suboptimaal presteren aan *inspanningsgeïnduceerde bronchoconstrictie* (EIB).
2. Verwijs bij topsporters die regelmatig voor doping worden gecontroleerd naar ziekenhuis/centrum waar men specifieke provocatietesten uitvoert (zoals eucapnische vrijwillige hyperventilatie).
3. Niet-medicamenteuze adviezen zijn warming-up, neusademhaling en eventueel dragen van een masker bij droge- en koude lucht.
4. Adviseer kortwerkende betamimetica 10-15 minuten voor het begin van de inspanning.
5. Voeg bij aanhoudende klachten een ICS of nedocromil toe.

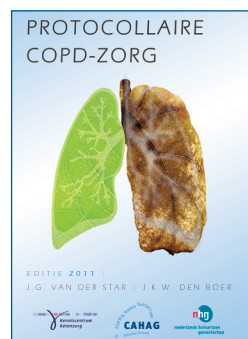
Literatuur: zie www.cahag.nl/richtlijnen en bulletin

Psychosociale problematiek bij COPD; hoe op te sporen?

Thei Steenkamer, kaderhuisarts astma/COPD, Almere

COPD kan een zichtbare ziekte zijn en zo impact hebben op de sociale situatie. Andere COPD-patiënten ervaren meer een subjectief en verborgen lijden, de ervaren lijdensdruk hangt dan niet direct samen met de ernst van de klachten en verschijnselen. Gezien het vaak voorkomen van psychosociale problematiek, tot wel 15-25% van de patiënten met astma en COPD, is het noodzaak om actief psychosociale factoren op te sporen en bespreekbaar te maken. De NHG-Standaard adviseert om aandacht te geven aan:

- angst voor dyspnoe;
- klachten die passen bij depressie of angststoornis;
- de sociale situatie.



In Hoofdstuk 17 van PROTOCOLLAIRE COPD-zorg 2011 en in de bijlagen 13, 14, 24 en 25 vindt de POH handvatten om psychosociale problematiek op te sporen waar “iets” mee moet gebeuren. Het gebruik van een gevalideerde vragenlijst zoals de RIQ-MON 10 of de CCQ bij het controleconsult is nu gemeengoed geworden. De POH wordt geattendeerd op een mogelijk probleem in het psychosociale bereik als de vraag

RIQ-4: *piekeren over mijn ademhalingsklachten*, en/of de vraag RIQ-5: *ongeduldig, prikkelbaar tegenover anderen* met een getal van 3 of hoger wordt gescoord. Voor de CCQ gaat het om vraag CCQ-3: *angst/bezorgd voor een benauwdheidsaanval* en de CCQ-4: *neerslachtig vanwege ademhalingsproblemen* ook hier weer een score van 3 of hoger. Een participatie probleem is waarschijnlijk bij een score van 3 of hoger in het domein van functionele beperking.

Als de POH bij de routinematig afgenomen vragenlijst bovenstaande scores vindt is een verder onderzoek zinvol.

Recent is gebleken dat dan een mini-vraag-instrument heel nuttig kan zijn. Het is de *Distress-Screener*. Dit zijn 3 korte en simpele vragen en een 3-puntschaal.

1. Had u de afgelopen week last van piekeren?
2. Had u de afgelopen week last van lusteloosheid?
3. Voelde u zich de afgelopen week gespannen?

Score: nee=0, soms=1, regelmatig/(heel)vaak=2. Bij een score van 4 of hoger is matige distress waarschijnlijk.

De patiënten die we zo trapsgewijs kunnen vinden (via de RIQ-MON 10 of de CCQ en vervolgens de Distress-Screener) zijn mensen aan wie meer aandacht moet worden geschonken. De volgende stap voor de POH zou dan het laten invullen van de *4DKL-TEST* (bijlage 26) kunnen zijn. Bij een matig-sterk verhoogde score wordt een dubbelconsult-afpraak gemaakt bij de huisarts of POH-GGZ. De huisarts zal verdere diagnostiek en behandeling bepalen.

Conclusie voor de praktijk

1. Met invoeren van de distress-screener en het toepassen van de 4DKL-methode in een stappenplan is een gemakkelijk toepasbare en efficiënte methode om systematisch aandacht te schenken aan psychosociale problematiek.
2. Gebruik van deze instrumenten zijn niet plaatsvervangend voor een goed gesprek.

Literatuur: *PROTOCOLLAIRE COPD-ZORG 2011, een uitgave van het NHG, de CAHAG en kenniscentrum ketenzorg.*

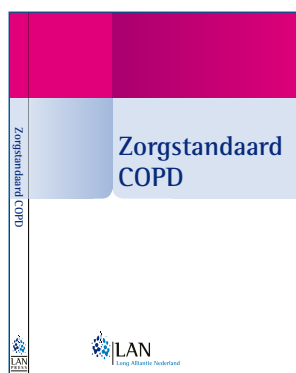
<http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/Artikel-Kenniscentrum/COPDzorg.htm>

Ziektelast bij COPD, hoe voorlopig te operationaliseren in het HIS?

dr. Ivo Smeele, kaderhuisarts astma/COPD, Eindhoven, en dr. Roeland Geijer, huisarts, NHG, Utrecht

In de zorgstandaard COPD 2010 is een nieuwe indeling geïntroduceerd voor het bepalen van de ernst van COPD, namelijk de ervaren ziektelast door de patiënt. De ernst van de ziektelast (licht, matig en ernstig) wordt bepaald door de integrale gezondheidstoestand en niet alleen door de mate van bijvoorbeeld luchtwegobstructie. Ziektelast is een nieuw concept dat nog onvoldoende handen en voeten heeft voor gebruik in de dagelijkse praktijk. Hoe de door de patiënt ervaren ziektelast kan

worden vastgesteld in de dagelijkse praktijk wordt op dit moment onderzocht in een project onder auspiciën van de Long Alliantie Nederland door een kleine werkgroep inhoudelijke experts. De uitkomst van dit project zal op zijn vroegst in 2013 verwacht worden. Omdat veel praktijken en zorggroepen toch een start willen maken met werken volgens de ziektelast indeling en zorgverzekers hiernaar vragen is door het NHG een meetwaarde ziektelast gemaakt. De meetwaarde is in versie 16 van de NHG-tabel diagnostische bepalingen (uitgekomen in juni 2011) opgenomen. De omschrijving is: “ziektelast volgens zorgstandaard COPD”. De code is: ZLCP RA met als antwoordmogelijkheden licht/matig/ernstig. In de toelichting staat: “het betreft hier het begrip 'ziektelast' zoals dat is geïntroduceerd in de zorgstandaard COPD”. Dit is het resultaat van een 'assessment'-procedure die in de zorgstandaard is omschreven”.



Hoe is deze waarde nu in de dagelijkse praktijk te gebruiken? De CAHAG heeft met een groep inhoudelijke experts voor de basale assessment (d.w.z. vaststelling van de gezondheidstoestand) een voorlopig (totdat de uitkomsten van het boven beschreven project bekend zijn) voorstel geformuleerd. Om de ziektelast te beoordelen aan de hand van in het HIS eenvoudig

vast te stellen parameters. Deze parameters sluiten aan bij de werkwijze in de dagelijkse praktijk en bij de NHG-Standaard COPD. Daarbij komen de criteria of afkapwaarden om te spreken van een matige ziektelast voor een belangrijk deel overeen met de criteria voor nadere analyse/verwijsindicaties naar de longarts in de NHG-Standaard COPD (zie tabel 1).

Tabel 1. Criteria voor nadere analyse bij COPD/verwijsindicaties.

Parameter	Afkapwaarde
Klachten/hinder/beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2 of MON-RIQ ≥ 3 (gemiddeld)
Exacerbaties	≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroiden
Longfunctie	FEV ₁ $< 50\%$ pred of $< 1,5l$ absoluut of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld \downarrow FEV ₁ > 150 ml/jaar) over meerdere jaren
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies $> 5\%/1$ mnd, $> 10\%/6$ mnd, of BMI < 21 , of VVMI < 16 (♂), < 15 (♀), zonder andere verklaring
Leeftijd	COPD op relatief jonge leeftijd (arbitrair < 50 jaar)

Bij aanwezigheid van één criterium voor nadere analyse/verwijsindicatie ondanks adequate behandeling in de eerste lijn is sprake van een matige ziektelast. Het begrip ziektelast is echter een dynamisch begrip, de ernst van de ziektelast bij een patiënt kan in de loop van de tijd variëren, bijvoorbeeld van

licht naar matig en vice versa. Bij een jaarcontrole van COPD-patiënten is het dus zaak dit opnieuw te bekijken.

Naast de bovengenoemde criteria zijn er nog enkele, niet eenvoudig vanuit de HIS vast te stellen criteria voor nadere analyse/verwijsindicaties zoals ook beschreven in de NHG-Standaard. Bij aanwezigheid van een van deze criteria (zie tabel 2) voldoet de patiënt ook aan de criteria voor matige (of ernstige) ziektelast.

Tabel 2. Overige indicaties voor nadere analyse/verwijsindicaties.

Discrepancie tussen de ernst van de klachten en de objectieve (o.a. spirometrische) bevindingen.
Blijvende twijfel of het verminderde inspanningsvermogen het gevolg is van COPD dan wel van hartfalen.
Nooit gerookt en geen onderbehandeld astma.
Snel progressief beloop (toename dyspnoe, afname inspanningsvermogen), ondanks maximale behandeling, ook bij een FEV ₁ $> 50\%$ van de voorspelde waarde.
Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling of longrevalidatie.
Matig tot ernstige adaptatieproblemen.
Verdenking hypoxemie: bijvoorbeeld perifere zuurstofsaturatie $< 92\%$, desaturatie bij inspanning $> 3\%$ of $< 90\%$ absoluut.

Let wel, dit betreft een voorlopige werkwijze totdat er een definitieve operationalisatie is van het begrip ziektelast. Het begrip ziektelast is dynamisch, hoe het vorm te geven in de dagelijkse praktijk zal ook een dynamisch proces zijn. Het lijkt dan ook te vroeg hier financiering van de zorg aan te koppelen. Vragen hierover? Stel ze op het CAHAG-forum (www.astmaCOPDzorg.nl).

Conclusie voor de praktijk

1. Voor ziektelast COPD is nu een meetwaarde beschikbaar in het HIS.
2. Criteria (voorlopig) om te spreken van een matige ziektelast komen voor een belangrijk deel overeen met de criteria voor nadere analyse/verwijsindicaties naar de longarts in de NHG-Standaard COPD.
3. Aan een definitieve operationalisatie van het begrip ziektelast wordt gewerkt.

Exacerbaties bij COPD, hoe te operationaliseren in het HIS?

dr. Ivo Smeele, kaderhuisarts astma/COPD, Eindhoven

Preventie, tijdige herkenning en adequate behandeling van exacerbaties, zijn belangrijke behandeldoelen bij COPD. Het registreren van een exacerbatie in het HIS was tot nu toe lastig aangezien hier geen aparte ICPC-code voor is. Tot nu toe kon alleen bij de meetwaarde “aard van het consult” de reden “exacerbatie” ingevuld worden, maar dat gaf weer verwarring met controles. Per juni 2011 is het nu mogelijk in de nieuwe tabel diagnostische bepalingen versie 16 een exacerbatie te registreren als meetwaarde. Daarmee is het aantal exacerbaties goed te registreren wat belangrijk is gezien de consequenties voor het beleid. Bij de

definitie is aangesloten bij de NHG-Standaard COPD en wordt uitgegaan van een matig ernstige exacerbatie.

Exacerbatie COPD-tabel diagnostische bepalingen versie 16:

Omschrijving: nieuwe exacerbatie COPD.

Code: COEX RQ.

Toelichting: Registreer een nieuwe exacerbatie indien de patiënt zich voor de eerste keer meldt met de huidige exacerbatie. Onder een exacerbatie wordt verstaan een verergering van de klachten (dyspnoe, hoesten, sputum) waarvoor een orale corticosteroidkuur (al dan niet gecombineerd met antibiotica) wordt gegeven.

Versie 16 van tabel diagnostische bepalingen is nu gepubliceerd en beschikbaar via http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_implementatie/k_automatisering.htm.

Rectificaties CAHAGbulletin nummer 2, 2011

Artikel over Indacaterol: Helaas is niet de laatste versie van het artikel over de meerwaarde van Indacaterol geplaatst. Onze excuses hiervoor. Op de CAHAG-website onder Bulletin is de laatste versie geplaatst, waarin de meest recente literatuur is verwerkt. Met geel staat aangegeven wat de wijzigingen zijn ten opzichte van de gepubliceerde versie.

Hercertificering CASPIR

In de hercertificeringseisen is een fout geslopen, nogmaals de voorwaarden op een rij:

1. Module 6 minimaal 2 x per 3 jaar volgen, waarbij een longarts, een longfunctieanalist en een kaderhuisarts astma/COPD aanwezig zijn.

en

2. 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

3. Jaarlijks minimaal 80 longfunctieonderzoeken verrichten (uitvoerder) en te beoordelen (beoordelaar).

CAHAG-activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij

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

Onderwijs aan zorggroepen

De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkun-

digen/ondersteuners, eventueel praktijkassistenten en samenwerkingpartners (bv. fysiotherapeuten). Het aanbod is gericht op de zorg zoals die wordt verleend in de huisartsenpraktijken. 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 bruikbaar bij de opstart (bv. diagnostiek, controlebeleid, bewegen, medicatie, self management, etc.) als verdiepingmodules (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 CAHAGbulletin verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartsenpraktijk 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 sponsoren Chiesi, MSD, Tevapharma, Nycomed en de hoofdsponsoren:

AstraZeneca
RESPIRATOIR

**Boehringer
Ingelheim**

gsk
GlaxoSmithKline