

## Is influenzavaccinatie bij kinderen met astma zinvol?

Dr. Herman Bueving, huisarts, Afdeling huisartsgeneeskunde Erasmus MC Rotterdam

Op basis van de aanname dat een influenza-infectie bij kinderen met astma leidt tot complicaties lijkt vaccinatie aangewezen. De meeste Westerse richtlijnen geven dit advies. Het bewijs voor het veronderstelde preventieve effect van vaccinatie bij astma is in prospectief onderzoek nooit aangetoond. Dat geldt zowel voor kinderen als voor volwassenen. Bij gezonde volwassenen en kinderen is aangetoond dat influenzavaccinatie slechts een bescherming van 25% tegen de klinische symptomen van "griep" biedt.

Influenzavaccinatie is wel veilig, ernstige bijwerkingen zijn zeldzaam.

De door het influenzavirus veroorzaakte ziekte "griep" gaat in de meeste gevallen vanzelf over. Complicaties komen zelden voor en zijn meestal niet ernstig van aard. Bij kinderen met astma is de gebruikelijke medicatie waarschijnlijk voldoende effectief om de ziekteverschijnselen van influenza in de hand te houden.

Het voorkomen van influenza wisselt sterk van seizoen tot seizoen. Het nut van influenzavaccinatie wisselt diensgevolge ook van seizoen tot seizoen. De gemiddelde incidentie (ziek en een positieve kweek) is bij kinderen tussen 5% en 9.5%. Uitgaande van deze gemiddelde cijfers en van een effectiviteit van 25% zal vaccinatie niet snel kosteneffectief zijn. Het aantal kinderen dat per seizoen gevaccineerd moet worden om één geval van klinisch ziek zijn te voorkomen (NNT), ligt waarschijnlijk ergens tussen de 50 en de 100. Het aantal te vaccineren kinderen om astma-exacerbaties of ziekenhuisopnames te voorkomen is echter nog veel hoger. Tot slot sluit het virale antigeen in het vaccin niet altijd goed aan bij de antigenen van het seizoensvirus, waardoor het gemiddelde NNT van vaccinatie per seizoen ook nog eens zal stijgen.

### Conclusie voor de praktijk

Er is alle reden om in de praktijk af te zien van influenzavaccinatie bij kinderen met astma en de richtlijnen voor influenzavaccinatie hierop aan te passen.

### Literatuur:

Herman Bueving. Influenza vaccination in children with asthma. Proefschrift. Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, 2005.

## Stoppen met steroïden bij mild tot matig COPD?

Dr. Niels Chavannes, huisarts te Rotterdam/Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht

In de NHG-Standaard COPD en meer recente internationale COPD-richtlijnen<sup>1-3</sup> worden inhalatiesteroïden slechts geadviseerd bij patiënten met ernstig COPD (FEV1<50%) en frequente exacerbaties. Langetermijns effecten van inhalatiesteroïden (ICS) op de kwaliteit van leven en exacerbaties zijn namelijk niet gevonden in de groep mild tot matig COPD (80 % van de patiënten) die voornamelijk in de huisartspraktijk wordt behandeld. Deze groep krijgt echter nog veelvuldig ICS voorgeschreven zonder dat er een duidelijke indicatie voor is. Kunnen de steroïden dan zomaar gestopt worden? Effecten van het consequent stoppen met ICS is daarom in een beperkt aantal (vooral Nederlandse) studies onderzocht.

In een observationele subgroepanalyse van de ISOLDE-studie<sup>4</sup> (ernstig COPD FEV1<50%) trad gedurende 7 weken bij 38% van patiënten die met ICS stopten een exacerbatie op, versus 6% bij patiënten die doorgingen. In de Nederlandse COPE-trial<sup>5</sup> kreeg 57% van de patiënten (matig COPD, FEV1 57% voorspeld) die gedurende 6 maanden stopten met ICS een exacerbatie, versus 47% van degenen die ICS continueerden. In een observationele (dus zonder controlegroep) voorstudie van de eveneens Nederlandse COOPT-studie<sup>6</sup> (matig COPD; FEV1 66% voorspeld) kreeg gedurende 3 maanden 37% van de patiënten die met ICS stopten een exacerbatie. In deze 'wash-out' periode van de eerstelijns COOPT-trial was geen groep die doorging met ICS. In de recente, tevens Nederlandse COSMIC-trial<sup>7</sup> (zowel ernstig als matig COPD, FEV1 circa 50% voorspeld; patiënten met minimaal 2 exacerbaties in het voorafgaande jaar) resulteerde het gedurende 12 maanden stoppen met ICS in een toename van vooral milde exacerbaties (1.3 versus 0.6) en luchtwegsymptomen vergeleken met patiënten die doorgingen met ICS.

### Conclusie voor de praktijk

- Exacerbaties bij mild tot matig COPD komen voor.
- Stoppen met ICS kan bij patiënten die weinig exacerbaties doormaken (2 of minder per jaar).
- De anamnese moet gericht zijn op het nagaan of er toch een astma component aanwezig is (geen rookhistorie, astma in of atopie in voorgeschiedenis) en op de ernst van de COPD (klachten en exacerbaties).

- Als er wordt besloten tot stoppen met ICS moet met de patiënt zorgvuldig worden afgesproken wat te doen bij toename van symptomen (starten met bronchusverwijder, contact met de praktijk opnemen).
- Stoppen wordt afgeraden bij patiënten met astma met persisterende obstructie, frequente exacerbaties (>2 per jaar), of ernstig COPD (FEV1 < 50 % voorspeld).

**Literatuur.**

Zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl)

## Vragenlijst voor case-finding van COPD

Prof. Dr. Onno van Schayck, Drs. Daniel Kotz, Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep HuisartsGeneeskunde. Dr. Ernst Lammers, longarts D4H, Zutphen.

Mits gekoppeld aan een stop roken advisering is het zinvol om COPD-ers tijdig op te sporen en te diagnosticeeren. Aanvankelijk werd gedacht dat dit detecteren goed mogelijk was door middel van screening, door klachten te meten en spirometrie te verrichten in de open populatie. In de jaren 90 werd daartoe een grootschalig screeningsonderzoek opgezet in Nijmegen, het zogenaamde DIMCA onderzoek<sup>1</sup>. Conclusies van dit onderzoek waren dat patiënten zich pas melden met klachten bij de huisarts als deze al vergevorderd zijn<sup>2</sup> en dat screening weliswaar effectief is maar slechts beperkt kosten-effectief is<sup>3</sup>.

Bovendien is screening niet echt eenvoudig te implementeren in de huisartspraktijk en is de gezondheidswinst beperkt<sup>4</sup>. Case-finding lijkt meer voor de hand te liggen en is eenvoudiger toe te passen in de dagelijkse huisartspraktijk. Case-finding gaat uit van de dagelijkse praktijksituatie: patiënten die bij de huisarts komen (mogelijk met klachten die niets te maken hebben met COPD) maar wel risicofactoren voor COPD blijken te hebben (bijvoorbeeld leeftijd boven de 40 jaar, roken, hoesten, etc.) worden gevraagd een korte vragenlijst in te vullen en spirometrie te ondergaan. In de praktijk blijkt deze methode bijzonder effectief en efficiënt te zijn<sup>5</sup>. In een korte tijd en voor relatief zeer weinig geld zijn op een eenvoudige en goed te implementeren wijze patiënten met COPD op te sporen in de huisartspraktijk<sup>5</sup>.

Voor de hierbij te gebruiken vragenlijst is het van belang of er klachten zijn die een hoog onderscheidend vermogen hebben en goed voorspellend zijn voor de aanwezigheid van COPD. Op basis van onderzoek bij ruim 800 willekeurig geselecteerde rokers en ex-rokers in Aberdeen (UK) en Denver (US) van 40 jaar en ouder (zonder de diagnose astma of COPD) waarbij klachten en longfunctie zijn gemeten, is een vragenlijst ontwikkeld die zich

speciaal richt op case-finding van COPD. Een lijst van 54 vragen (vooral gebaseerd op eerdere lijsten) werd in een validatie proces gereduceerd tot 8 vragen met de hoogst voorspellende waarde (zie tabel) waarbij er een sensitiviteit (juiste voorspelling van aanwezigheid van COPD) van 80.4% en een specificiteit (de lijst voorspeld juist afwezigheid van COPD) van 72.0% werd bereikt.<sup>6</sup> De vragenlijst is inmiddels in het Nederlands vertaald en wordt hieronder weergegeven. De eerste ervaringen in Nederland met deze vragenlijst zijn goed. Van 36 onderzochte rokers die na consultatie bij de longarts COPD bleken te hebben, hadden 20 rokers volgens de vragenlijst een hoog risico op COPD, en 16 een matig risico en 0 een laag risico. Vanzelfsprekend kan de diagnose COPD alleen maar bevestigd worden als vervolgens een bronchusobstructie is vastgesteld met behulp van spirometrie.

Items COPD Vragenlijst: berekening voor rokers zonder voorgeschiedenis van luchtwegaandoening(en). Voor de volledige vragenlijst zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl).

Item	Punten
<b>Hoe oud bent u?</b>	
40-49 jaar	0 punten
50-59 jaar	4 punten
60-69 jaar	8 punten
70 jaar of ouder	10 punten
<b>Pakjaren</b> ( pakjes 20 sig. per dag x jaren roken)	
0-14 pakjaren	0 punten
15-24 pakjaren	2 punten
25-49 pakjaren	3 punten
50+ pakjaren	7 punten
BMI < 25,4	5 punten
BMI 25,4 - 29,7	1 punt
BMI > 29,7	0 punten
<b>Is het weer van invloed op uw hoesten?</b>	
Ja	3 punten
Nee	0 punten
Ik hoest niet	0 punten
<b>Hoest u wel eens slijm (sputum) op als u niet verkouden bent?</b>	
Ja	3 punten
Nee	0 punten
<b>Hoest u gewoonlijk slijm (sputum) op zodra u 's morgens wakker wordt?</b>	
Ja	0 punten
Nee	3 punten
<b>Hoe vaak hebt u last van piepende ademhaling?</b>	
Nooit	0 punten
Af en toe of vaker	4 punten
<b>Hebt u last (gehad) van een of meer allergieën?</b>	
Ja	0 punten
Nee	3 punten
<b>Interpretatie COPD Case Finding Risicoscore</b>	
Kans op COPD hoog > 19.5 punt; intermediair 16.5-19.5 punt; laag < 16.5 punt	

**Conclusie voor de praktijk**

Wanneer een huisarts bij individuele patiënten de case-finding vragenlijst gebruikt en alleen bij patiënten met een verhoogd risico op COPD nader diagnostiek verricht (spirometrie) kan worden voorkomen dat door onjuist gebruik van spirometrie een groot aantal mensen gelabeld wordt met ziekte die geen luchtwegklachten hebben of die zich niet belemmerd voelen door hun klachten.

**Literatuur.**

Zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl)

## CAHAG activiteiten: Astma & COPD voor en door huisartsen en praktijkondersteuners

### Netwerkdag CAHAG: actuele ontwikkelingen (29-11-06, Utrecht)

De netwerkdag staat open voor CAHAG-leden en huisartsen met een meer dan gemiddelde betrokkenheid bij het onderwerp astma & COPD in de huisartspraktijk. Centraal staat verdieping. Zo zijn aan bod geweest hyperinflatie en betekenis voor de huisarts, zin en onzin griepvaccinatie, follow up bij astma & COPD, discussie punten uit de op dit moment in revisie zijnde NHG-Standaarden astma en COPD, etc. Het voorlopig programma van 29-11-06 is: Normaalwaarden bij ouderen en de consequenties voor de COPD diagnostiek; Matrashoezen zin en onzin; Combinatiepreparaten bij astma. Pro en con; Hulpmiddelen bij de interpretatie van spirometrie; DBC COPD, etc. Aanmelden via [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Agenda.

### Huisartsopleiders: Astma & COPD voor opleiders. "Nieuwe ontwikkelingen. Hoe leer ik het mijn haio?" (14-12-06, Amersfoort)

Om opleiders en hun POH-er snel en compact bij te praten over ontwikkelingen op het gebied van astma & COPD en aandacht te kunnen besteden aan hoe het de haio allemaal bij te brengen (waarbij de POH ook een rol zal spelen) is deze cursus opgezet. De cursus is uitsluitend toegankelijk voor haio's en hun POH die in een opleidingspraktijk astma & COPD spreken draaien. Na de cursus zijn de deelnemers op de hoogte van:

- De richtlijnen uit de nieuwe NHG-Standaarden en voor de huisarts relevante ontwikkelingen op het gebied van astma & COPD.
- Methoden voor onderwijs aan haio's rond astma & COPD in de eigen praktijk.

De cursus bestaat hoofdzakelijk uit workshops naar keuze, aangevuld met enkele lezingen (zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Agenda).

### Praktijkondersteunerscursus (22-3-2007, Eindhoven en 19-4-2007, Amsterdam)

In deze eendaagse cursus komen alle aspecten van astma-COPD zorg door de POH zoals beschreven in de NHG-Standaarden en de Praktijkwijzer astma & COPD van het NHG aan bod ("hoe voer ik het uit"). De cursus is gericht op alle praktijkondersteuners/verpleegkundigen die gaan starten of al gevorderd (= zelfstandig spreekuur doen) zijn met astma/COPD zorg. Het aanbod is daarop aangepast. Workshops en lezingen in 2006 waren o.a. opsporing en herkenning; verslaglegging, indicatoren, praktijkaccreditering; controlesbeleid; patiëntenvoorlichting & ZM; verfijning diagnostiek; spirometrie; rookstopinterventies; samenwerking binnen de praktijk; astma bij kinderen; verfijning therapie en therapie bij astma en bij COPD. In 2006 was de belangstelling groot (275 deelnemers over 2 dagen) en de tevredenheid (score 7.9) groot. Aangezien het niveau van functioneren van de POH-ers nog steeds aan het toenemen is, wordt in 2007 de cursus hieraan aangepast. Voor de syllabus en de workshops (zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Scholing en training).

### Wetenschappelijke conferentie Astma & COPD in de huisartsgeneeskunde (7-11-2007, Amsterdam)

Doelstelling van deze conferentie voor huisartsen en onderzoekers is het bieden van informatie over actuele ontwikkelingen en hoe deze aansluiten bij de praktijk. Tevens wordt gestreefd naar het bevorderen van uitwisseling van resultaten van lopend en recent afgerond (inter)nationaal onderzoek (state of art).

In januari 2006 was het thema Nieuwe inzichten in astma & COPD-zorg in de huisartsgeneeskunde. Het programma bestond uit plenaire lezingen over: Evidence voor de veranderingen in de NHG-Standaarden; Indicatoren; Hygiëne hypothese, fijn stof en toegenomen prevalentie astma en de positie van de Kaderhuisarts/regionale astma & COPD-zorg. Daarnaast parallelsessies met presentaties van lopende en afgeronde onderzoeken & projecten met als thema's; Astma en COPD onderzoek; Astma bij kinderen; Longfunctie; Praktijkondersteuning & Transmurale zorg; Richtlijnen discussiepunten (NHG/CBO); Stoppen met roken; Good practice & indicatoren; Informatie-overdracht; Diseasesmanagement. De abstracts en de powerpoints (PDF) zijn gepubliceerd op de CAHAG website. De volgende conferentie is op 7 november 2007 in Amsterdam (zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Agenda).

### CAHAG website ([www.cahag.nl](http://www.cahag.nl))

Meer (praktische) informatie en/of links over astma & COPD zorg in de huisartspraktijk treft u aan op onze website [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl).

**Colofon**

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting gevormd door huisarts-geneeskundige experts op het gebied van COPD en astma. Zij vertegenwoordigen diverse regio's en universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde. De CAHAG heeft tot doel het bevorderen van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg voor COPD- en astmapatiënten en het beïnvloeden van factoren die aan die kwaliteit bijdragen. De activiteiten zijn gericht op de deelgebieden onderzoek, deskundigheidsbevordering en implementatie. Voor de doelstelling, activiteiten, samenwerking, structuur, leden en jaarplan 2003-2006 zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Over de CAHAG. Het CAHAG bulletin is een uitgave van de CAHAG 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. Daartoe publiceert het bulletin artikelen, berichten, verslagen en aankondigingen. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Het CAHAG-bulletin verschijnt minimaal tweemaal per jaar.

**Redactie:**

dr. Bart Thoonen, huisarts  
dr. Ivo Smeele, huisarts, coördinator CAHAG  
Kaderhuisarts, vacature

Redactie-adres: mevr. M. Sijp  
p/a CAHAG secretariaat  
Domus Medica  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
E-mail: [cahagsecretariaat@nhg-nl.org](mailto:cahagsecretariaat@nhg-nl.org)  
Tel. 030-2881700  
Fax: 030-2870668

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door AstraZeneca, Boehringer Ingelheim en GlaxoWellcome (unrestricted grant).

**AstraZeneca**  
life inspiring ideas



**Boehringer  
Ingelheim**

**GlaxoWellcome**