

Revisie NHG-Standaarden Astma en COPD 2015

Dr. Jiska Snoeck-Stroband en Prof.Dr. Niels Chavannes
 Leids Universitair Medisch Centrum



Astma en COPD zijn aandoeningen die veel voorkomen en waar de praktijkondersteuner (POH) en huisarts de komende jaren steeds meer mee te maken krijgen. Belangrijke wijzigingen sinds de NHG-Standaarden uit 2007 worden hieronder besproken.

Diagnostische spirometrie

Patiënten met anamnestiche aanwijzingen voor astma of COPD komen in aanmerking voor diagnostische spirometrie. Een spirometrie wordt 6 weken later herhaald indien de waarden afwijkend zijn, er een licht verlaagde FEV₁/FVC-ratio na bronchusverwijding wordt gevonden of om het effect van de behandeling te evalueren bij twijfel tussen astma en COPD. Bij astma kan het juist diagnostisch helderheid verschaffen door de longfunctie tijdens een periode van klachten te meten, aangezien deze in een klachtenvrije periode doorgaans niet-afwijkend zal zijn. De vaste afkappwaarde van 0,7 vervalt, o.a. omdat deze kan zorgen voor onderdiagnostiek bij jongeren en overdiagnostiek bij ouderen. In de nieuwe NHG-Standaarden wordt persisterende obstructie vastgesteld bij een waarde kleiner dan de 5^e percentiel van de referentiepopulatie. Door een aantal persoonskenmerken (ras, geslacht, leeftijd, lengte en (soms) gewicht) in te voeren wordt een referentiewaarde berekend, waartegen de gemeten waarde van die persoon kan worden afgezet. In de praktijk wordt aangegeven of een patiënt onder de 5^e percentiel zit door weergave van de bijpassende z-score < -1,64.

Belangrijk bij de diagnostische spirometrie is dat een normale longfunctie COPD uitsluit, maar astma niet; een persisterende obstructie geeft aanwijzing voor COPD, maar sluit astma niet uit; reversibiliteit is een aanwijzing voor astma, maar sluit COPD niet uit. Het advies om luchtwegmedicatie te staken voor het uitvoeren van spirometrie kan belastend zijn voor de patiënt en wordt alleen geadviseerd bij diagnostische onzekerheid. Om de diagnose astma of COPD goed te kunnen stellen is een meting voor en na bronchusverwijding altijd geïndiceerd en worden eigen luchtwegverwijders voor de test gestaakt. Tijdens de monitoringsfase (wanneer de diagnose vast staat) wordt van de spirometrie alleen de postbronchodilatatoire meting verricht onder gebruik van eigen medicatie. Gestandaardiseerde voor- en nameting is in die fase alleen geïndiceerd bij een discrepantie tussen klachten en longfunctie; een ten opzichte van eerdere metingen afwijkende FEV₁/FVC-ratio; omdat er twijfel is ontstaan aan de diagnose of; bij twijfel over gebruik van de eigen luchtwegmedicatie.

Astmacontrole en ziektelast bij COPD

Na het stellen van de diagnose wordt de patiënt verder in kaart gebracht door de mate van ziektecontrole bij astma dan wel de ziektelast bij COPD vast te stellen. Bij astma wordt een iets aangepaste versie van de internationale GINA guidelines gevolgd, waarbij met name het optreden van exacerbaties extra nadruk heeft gekregen. Het monitoren van de mate van astmacontrole met behulp van Asthma Control Questionnaire (ACQ) of Astma Controle Test (ACT) vragenlijst staat centraal, waarbij een gedeeltelijke of slechte astmacontrole wel weer noopt tot tenminste jaarlijkse controle van de longfunctie. Het is niet altijd eenvoudig om bij de patiënt met COPD die bij de huisarts of POH komt de ernst van de aandoening op een overzichtelijke wijze vast te stellen. De ziektelast in kaart brengen is een manier om dit gestructureerd te doen. De mate van longfunctie vermindering, gemeten met FEV₁ na bronchusverwijding, is een onderdeel hiervan. Echter, de afname van de longfunctie bij COPD is niet de enige belangrijke factor. De ziektelast wordt groter indien de patiënt meer luchtwegklachten heeft, gemeten met de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) of Medical Research Council dyspneu schaal (MRC). Tevens zijn het aantal doorgemaakte exacerbaties en de voedingstoestand van belang. De mate van ziektelast kan vervolgens worden gebruikt om vast te stellen hoe vaak een patiënt wordt gezien. Bij een lichte ziektelast volstaat een jaarlijks consult. Hierbij wordt alleen spirometrie verricht als de patiënt luchtwegklachten heeft of rookt. Patiënten met een matige ziektelast worden twee maal per jaar gezien met jaarlijks een longfunctie. Patiënten met een ernstige ziektelast ondanks optimale behandeling worden gezien in de tweede lijn.

Individueel Zorgplan

Een belangrijke trend van de laatste jaren die ook in de gereviseerde NHG-Standaarden Astma en COPD duidelijk naar voren komt, is de centrale positie die de patiënt inneemt. De patiënt heeft regie over zijn eigen aandoening en de huisarts en POH ondersteunen hem of haar hierin. Ondersteuning wordt gegeven door samen met de patiënt een Individueel Zorgplan (IZP) op te stellen. Vastgelegd wordt wie de contactpersoon is van de patiënt en de verschillende zorgverleners. De diverse medische en (psycho) sociale aspecten van de aandoening kunnen worden gebruikt om behandeldoelen op te stellen. Het is niet altijd eenvoudig om adequate doelen te stellen, de huisarts kan de patiënt coachen om de doelen concreet en haalbaar te maken. De laatste jaren wordt steeds meer bekend over de rol van een exacerbatie bij zowel astma als COPD. Bij astma betekent het optreden van een exacerbatie direct een slechte mate van astmacontrole, die actie van de zorgverlener behoeft. Bij COPD-patiënten die twee maal of vaker per jaar exacerberen valt veel winst te behalen door binnen drie

dagen na toename van de klachten te behandelen en niet onnodig lang af te wachten. Door de patiënt vroegtijdig een exacerbatie te laten melden, kan snel een behandeling worden gestart. Het vooraf opstellen van een geschreven of digitaal actieplan kan hierbij helpen en is dan ook een belangrijk onderdeel van het IZP.

Landelijke Transmurale Afspraken

De Landelijke Transmurale Afspraken Astma en COPD zijn opgenomen in de nieuwe NHG-Standaarden. De huisarts krijgt een toenemend belangrijke rol bij patiënten met astma of COPD. Patiënten worden in principe in de eerste lijn behandeld en alleen zo nodig in de tweede lijn. De huisarts en longarts informeren elkaar bij aanpassingen van beleid en maken afspraken over bijvoorbeeld gedeelde zorg. Spirometrie wordt zoveel mogelijk in de eerste lijn verricht in de huisartsenpraktijk of een eerstelijns diagnostisch centrum. Bij diagnostische problemen of het onvoldoende behalen van de behandeldoelen kan advies van de longarts worden gevraagd via (tele)consultatie of verwijzing. De longarts verwijst terug als de vraag is beantwoord, de diagnostiek rond is of de longarts niet bij kan dragen in het verminderen van de ziektelast. Met het implementeren van de nieuwe NHG-Standaarden in de dagelijkse praktijk wordt gestreefd de zorg van de patiënt met astma of COPD in de komende jaren te optimaliseren.

Implicaties voor de praktijk

- De patiënt staat centraal en heeft een individueel zorgplan.
- Persistentere obstructie wordt vastgesteld bij een post-bronchodilatatoire ratio FEV_1/FVC kleiner dan het 5^e percentiel van de referentiepopulatie met bijpassende z-score < -1,64.
- De mate van astmacontrole en ziektelast bij COPD zijn belangrijk om de patiënt in kaart te brengen.
- Patiënten worden in principe in de eerste lijn behandeld en alleen zo nodig in de tweede lijn.

Nieuwe referentiewaarden voor spirometrie: lust of last?

Dr. Tjard Schermer, Radboud UMC



Met het verschijnen van de herziene NHG-Standaarden Astma en COPD dit voorjaar wordt ook gebruik van nieuwe referentiewaarden voor longfunctiewaarden aanbe-

volven. In deze bijdrage wordt uitgelegd waarom het goed is dat wordt overstapt op de nieuwe referentiewaarden van het Global Lung Initiative (GLI) bij het beoordelen van de resultaten van spirometrie.[1]

Belang van referentiewaarden bij spirometrie

Referentiewaarden (ook wel 'voorspelde waarden' of 'normaalwaarden' genoemd) voor de FEV_1 , FVC, FEV_1/FVC en

andere longfunctiewaarden komen voort uit longfunctie-tests die zijn verricht bij een groep 'respiratoir gezonde' mensen. Op basis van ras, geslacht, leeftijd, lengte en (soms) gewicht en de gemeten longfunctiewaarden worden met statistische methoden 'referentieformules' opgesteld. Invullen van de genoemde persoonskenmerken van een individu in zo'n formule levert een referentiewaarde op, waartegen de bij diezelfde persoon gemeten waarde kan worden afgezet. Daaruit blijkt dan of de meetwaarde binnen het normale bereik valt of niet en kan een uitspraak worden gedaan over de aan- of afwezigheid van luchtwegobstructie of een restrictieve longfunctiestoornis. Het is de verantwoordelijkheid van degene die de spirometrietest verricht en/of interpreteert om te zorgen dat de juiste referentieformule wordt gekozen op de spirometer of in de spirometrie software.

Voordelen van de nieuwe GLI-referentieformules

Overstappen op de GLI-referentieformules kent een aantal voordelen.

- Referentieformules voor longfunctiewaarden kennen een bepaalde 'houdbaarheid'. Veranderingen in kenmerken van de bevolking (bijv. toename van de gemiddelde lichaamslengte of veranderde voedingstoestand in de loop der tijd, ontwikkeling van betere meetapparatuur en nieuwe, geavanceerdere statistische methoden om referentieformules te berekenen) kunnen het nodig maken de oude formules te vervangen. Experts adviseren daarom dat referentieformules voor longfunctie idealiter na 10 jaar geactualiseerd worden.[2] De formules die nu in Nederland vooral worden gebruikt (die van de Europese Gemeenschap voor Kolen en Staal (EGKS) voor volwassenen [3] en die van Zapletal voor kinderen en adolescenten [4]) zijn inmiddels 22 respectievelijk 38 jaar geleden gepubliceerd, waardoor hun geschiktheid om in de huidige tijd 'passende' referentiewaarden te berekenen is afgenomen. In de NHG-Standaard COPD (2007) [5] werden nog correctiefactoren op de EGKS referentiewaarden voor FEV_1 en FVC aanbevolen om dit te ondervangen, maar bij de overgang naar de GLI-formules is dit niet langer nodig.
- Tot nu toe gebruiken spirometers verschillende referentieformules voor opeenvolgende leeftijdsgroepen. Dat betekent bijvoorbeeld dat op het moment dat een adolescent de volwassen leeftijd bereikt, voor hem of haar van de ene op de andere dag een andere referentieformule gaat gelden. Interpretatie van nieuwe metingen in relatie tot metingen die op jongere leeftijd zijn verricht wordt daardoor lastig. Bij gebruik van de GLI-formules speelt dat niet meer, omdat deze het gehele leeftijdsbereik van 3 tot 95 jaar bestrijken. Het zou een groot goed zijn als Nederlandse huisartsen, kinderartsen en longartsen allen de GLI-formules gaan gebruiken; consensus hierover tussen deze beroepsgroepen lijkt inmiddels te zijn bereikt.
- De huidige referentieformules voor volwassenen [3] zijn bepaald in een populatie 18-70 jarigen en daarmee niet

per se representatief voor 70-plussers. En dat terwijl in deze leeftijdsgroep juist veel spirometrie wordt gedaan voor de diagnostiek en follow-up van COPD. Met het gebruik van de GLI-formules, die gelden tot een leeftijd van maar liefst 95 jaar, is dit probleem ondervangen.

- De eerder genoemde referentieformules van de EGKS gelden feitelijk alleen voor Kaukasiërs; voor personen van een ander ras wordt of een correctie op de berekende referentiewaarde toegepast [3], of moet een andere referentieformule worden gebruikt. Omdat de GLI-formules gelden voor Kaukasiërs, zwarte Amerikanen, Noordoost Aziaten en Zuidoost Aziaten zijn ze breed toepasbaar, waardoor in ieder geval voor deze rassen geen afzonderlijke referentieformules of correcties gebruikt hoeven te worden.

Nadelen van de nieuwe GLI-referentieformules

Nadelen zijn er ook:

- Toepassing van verschillende referentieformules levert voor een individu niet exact hetzelfde resultaat op: de referentiewaarden die met de verschillende formules berekend worden zullen niet identiek zijn. Gebleken is dat GLI-referentiewaarden voor zowel FEV₁ als FVC gemiddeld wat hoger uitvallen dan die van de EGKS en Zapletal. [6] Op groepsniveau heeft dit echter weinig consequenties: de prevalentie van luchtwegobstructie verandert nauwelijks als de nieuwe GLI-formules worden gebruikt in plaats van huidige formules.[6] Bij patiënten met COPD zal bij het classificeren van de ernst van luchtwegobstructie in licht, matig of ernstig wel enige verschuiving optreden. Als eerder de aanbevolen 1,08 correctiefactor op de EGKS-referentiewaarde voor de FEV₁ is gebruikt, zal bij de overgang naar de GLI-formules ongeveer 6% in een andere (meestal minder ernstige) obstructie categorie worden ingedeeld.[7] Als de correctiefactor niet is toegepast, zal dat percentage (door het grotere verschil tussen de ongecorrigeerde EGKS-waarde en de GLI-waarde) hoger uitvallen.
- De GLI-formules zijn weliswaar beschikbaar voor de spirometrieapparatuur die het meeste wordt gebruikt in de Nederlandse eerste lijn (CareFusion, Welch Allyn), maar dat geldt alleen voor de nieuwste softwareversies. Gebruikers die met oudere software werken zullen dus een upgrade moeten doen om de GLI-formules te kunnen gebruiken. Afhankelijk van de leverancier zullen hier enige kosten aan verbonden zijn.

Alles bij elkaar wegen de voordelen van overstappen op de GLI-referentieformules op tegen de nadelen, vooral omdat die laatste van voorbijgaande aard zijn: software upgrades horen er nu eenmaal bij en eenmalige herbeoordeling van de aanwezigheid en/of ernst van een afwijking bij nieuwe wetenschappelijke inzichten is soms onvermijdelijk. Dus overstappen op de GLI-referentieformules is in het begin misschien even een last, maar daarna toch vooral een lust, waarmee u vervolgens jaren vooruit kunt.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Aanbevolen wordt over te stappen naar de nieuwe GLI referenties.
- Software upgrade is hiervoor noodzakelijk.
- Betrouwbare en verbeterde diagnostiek tussen 3 en 95 jaar.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

Hoe houden we alle ballonnen in de lucht?

Annerika Slok, Promovendus, Universiteit Maastricht, CAPHRI, Afdeling Huisartsgeneeskunde

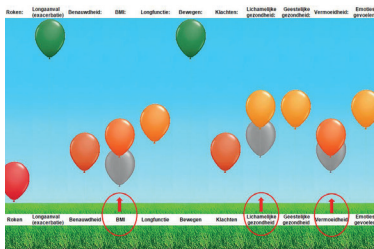
Omdat COPD meer is dan alleen de luchtwegobstructie is het belangrijk om integraal te kijken naar de patiënt waarbij geïnventariseerd wordt wat voor de patiënt belangrijk is. In 2012 is daarom de Ziektelastmeter COPD ontwikkeld [1], een instrument voor patiënt én zorgverlener. Maar de Ziektelastmeter COPD gaat zelfs een stap verder dan inventarisatie. Het biedt inzicht in de ziekte, geeft structuur aan een consult en biedt behandeladviezen. Het instrument is erop gericht de patiënt het verband te laten zien tussen de ervaren ziektelast en de behandeling.

De Ziektelastmeter COPD

De Ziektelastmeter COPD bestaat uit drie onderdelen. Als eerste een vragenlijst die de patiënt invult en die de ervaren ziektelast meet. Als tweede een aantal objectieve parameters die de zorgverlener noteert, zoals longfunctie, aantal exacerbaties en BMI. En als derde onderdeel een computerprogramma waarin alles ingevoerd kan worden. In het computerprogramma is een behandelalgoritme verwerkt. Dit algoritme zorgt ervoor dat de integrale gezondheidstoestand van de patiënt visueel wordt weergegeven in de vorm van ballonnen (zie figuur).

Wanneer een patiënt niet goed scoort op een bepaald domein, dan hangt de ballon laag en is deze rood. Wanneer de patiënt wel goed scoort op een bepaald domein, dan hangt de ballon hoog en is deze groen. Daartussen zijn meerdere tinten oranje. Met de visuele weergave van de ervaren ziektelast als onderdeel van de integrale gezondheidstoestand willen we de patiënt meer inzicht geven in zijn of haar eigen ziekte.

Het tweede onderdeel van het behandelalgoritme zijn de behandeladviezen die verwerkt zijn in het programma. Wanneer op een ballon wordt geklikt dan verschijnt een scherm met daarin een behandeladvies voor het betreffende domein. Deze behandeladviezen zijn gebaseerd op de NHG-Standaard en de Zorgstandaard COPD. De zorgverlener kan met de patiënt in gesprek gaan over de verschillende domeinen van COPD. In het geval van een groene ballon



kan de patiënt een compliment gegeven worden en kan de patiënt gemotiveerd worden om zo door te gaan. En vervolgens kan met de patiënt gekeken worden naar de ballonnen waar nog ruimte is voor verbetering. Tijdens het gesprek kan worden besproken wat de mogelijkheden van behandeling zijn om de ballon de lucht in te krijgen. Als uitgangspunt wordt daarbij een persoonlijk streefdoel van de patiënt genomen. Het is belangrijk dat dit persoonlijke streefdoel geformuleerd is in de eigen woorden van de patiënt. Het moet een concreet doel zijn, dat haalbaar is wanneer het behandelplan wordt opgevolgd. Tijdens ieder consult kan het instrument gebruikt worden. Het programma maakt het ook mogelijk om de verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt te monitoren. Bij ieder volgend consult wordt de score van vorig consult weergegeven met grijze ballonnen. Op die manier is het goed te zien als een patiënt op een bepaald domein vooruit of achteruit is gegaan (zie figuur).

Conclusie voor de praktijk

Op dit moment wordt de effectiviteit van de Ziektelastmeter COPD onderzocht in een landelijk onderzoek [2]. Gesprekken met zorgverleners hebben echter nu al uitgewezen dat de Ziektelastmeter COPD een instrument kan zijn dat het gesprek tussen zorgverlener en patiënt faciliteert. Het instrument kan structuur bieden tijdens een consult en het kan helpen bij het concreet maken van “shared care” en het maken van een Individueel Zorgplan. Het zal nog even duren voordat de Ziektelastmeter COPD geïmplementeerd is in de dagelijkse praktijk, maar er wordt hard aan deze weg getimmerd.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

CAHAG-zaken



REDUX is het project om door scholing van zorgverleners en educatie van patiënten exacerbaties in de eerste lijn eerder te herkennen en te behandelen.

REDUX bestaat uit:

1. een scholing van 3 modules die op één avond gegeven wordt; tijdens die scholing worden mappen uitgedeeld met
2. herken- en actieplannen om mee te gaan werken in de praktijk en vervolgens meedoen aan
3. een onderzoek dat gebeurt in het LUMC (door simpele registratie en opsturen geanonimiseerd formulier). Het onderzoek moet aantonen of het “werken volgens REDUX” inderdaad het aantal dagen dat patiënten wachten met een exacerbatie voordat ze hulp zoeken vermindert. REDUX staat dan ook niet voor verminderen van aantal exacerbaties maar voor het verkleinen van het delay tussen herkenning en actie.

De scholing wordt gegeven door een kaderhuisarts en een ervaren praktijk- of longverpleegkundige; het is

sterk aan te raden om daar de regionale longarts bij uit te nodigen, omdat het vaak gemeenschappelijke patiënten betreft (de frequente exacerbeerders).

Doelgroep:

Doelgroepen zijn: huisartsen in koppels met hun POH/PVK, liefst in zorggroep verband zodat afspraken over de samenwerking breed gedragen worden.

Aanvragen REDUX:

Informatie en aanvragen:
onderwijs@secretariaatcahag.nl

CASPIR Online

CASPIR Online is een nieuwe mogelijkheid voor het volgen van de CASPIR module 6. Gewoon thuis achter uw eigen computer, laptop of tablet. Maandelijks wordt een nieuwe casus klaar gezet op de NHG site. Per kalenderjaar dient u twaalf casussen te doorlopen, hiervoor ontvangt u drie accreditatiepunten. Tevens vervangt deelname aan CASPIR Online één Module 6 avond voor de herregistratie. U kunt zich aanmelden voor CASPIR Online via www.cahag.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. Het CAHAGbulletin verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis die van belang is 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. Jiska Snoeck - Stroband, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, Roel Wennekes, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur -Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subsponsors Chiesi, Takeda, Novartis, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

