

## Bericht van de redactie

Frank Oldenhof

Het eerste exemplaar van het CAHAGbulletin verscheen in 2006. De oplage van het "tijdschrift" is enorm toegenomen en inmiddels wordt het bulletin verspreid onder ruim 15.000 huisartsen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen. Alle jaargangen zijn terug te vinden op de website van de CAHAG, onder het kopje "Nieuws & Bulletin" (<http://cahag.nhg.org/actueel/nieuws>).

Het bulletin verschijnt ongeveer drie keer per jaar en er staan niet alleen artikelen over astma en COPD in, ook andere respiratoire aandoeningen zoals bronchiëctasieën en allergie komen regelmatig aan bod.

De redactie wil de brede en praktische koers verder ontwikkelen. Het bulletin heeft een platformfunctie, waarbij zowel bijdragen van wetenschappelijke auteurs als van (kader)artsen en andere zorgverleners op het gebied van longzorg te vinden zijn. Promovendi kunnen een artikel schrijven over hun promotieonderzoek en de eventuele consequenties voor de praktijk van alledag. Om dit onderdeel te stroomlijnen hebben de leden van de redactie contact gelegd met de huisartsinstituten van de acht Nederlandse universiteiten. Zorgverleners en kaderartsen kunnen over regionale zorgonderwerpen en allerlei andere thema's naar keuze iets op papier zetten. Ook interviews met gezaghebbenden en andere deskundigen zijn welkom. Artikelen en andere bijdragen kunnen bij het secretariaat van de CAHAG worden aangeleverd. Als uw bijdrage geplaatst wordt, is een schrijversvergoeding beschikbaar. Met de uitbreiding aan schrijvers en onderwerpen kunnen huisartsen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen niet alleen kennis nemen van nieuwe ontwikkelingen, maar ook heel praktische zaken lezen over inhoudelijke en organisatorische aspecten. De praktische betekenis en consequenties voor "de mensen in het veld" blijven voorop staan. Met de nieuwe koers streven we naar betere aansluiting bij de lezers van het CAHAGbulletin.

U kunt uw bijdrage mailen naar de redactie via:  
[cahagsecretariaat@nhg.org](mailto:cahagsecretariaat@nhg.org)



## ASTMA BIJ KINDEREN: DE NIEUWE NHG-STANDAARD

Regien Kievits, kaderhuisarts astma/COPD Vught, voorzitter CAHAG.

In februari dit jaar is de nieuwe NHG-Standaard Astma bij Kinderen verschenen. Hieronder worden de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige standaard (2006) beschreven.

### Kinderen tot zes jaar

Bij jonge kinderen is het stellen van de diagnose astma vaak moeilijk. Het kenmerkende astmapatroon van aanvallen van kortademigheid met piepen is er vaak niet en spirometrie kan bij deze jonge kinderen nog niet worden uitgevoerd. Omdat piepen het kernsymptoom bij astma is, gebruiken we bij kinderen tot zes jaar de symptoomdiagnose "episodisch expiratoir piepen". Deze diagnose kan gesteld worden als sprake is van twee of meer periodes van een piepende ademhaling, wel of niet met hoesten. Het is van belang om bij de anamnese te vragen naar de aanleiding van het piepen: meestal zal dit een bovenste luchtweginfectie betreffen, soms is echter sprake van allergische (of specifieke) prikkels. Deze groep heeft mogelijk meer kans op astma. Screeningsonderzoek op inhalatieallergenen heeft in deze groep alleen zin als er anamnestiche aanwijzingen zijn voor een allergie en de uitslag directe gevolgen voor het beleid heeft.

Meer dan de helft van de kinderen met "episodisch expiratoir piepen" heeft op de leeftijd van zes jaar geen klachten meer. Indien er klachten zijn van piepen en kortademigheid kan de huisarts aan deze kinderen een proefbehandeling salbutamol met voorzetskamer geven. Het is belangrijk dat de huisarts het effect van deze behandeling evalueert (na 2-4 weken) omdat een positieve reactie op salbutamol het bestaan van astma waarschijnlijker maakt. Bij kinderen met een sterke verdenking op astma kan boven de leeftijd van één jaar met inhalatiecorticosteroiden begonnen worden. In alle gevallen blijft behandeling onder de zes jaar een PROEFbehandeling die geëvalueerd moet worden.

### Kinderen van zes jaar en ouder

Bij kinderen van zes jaar en ouder kan op basis van het klachtenpatroon, het lichamelijk onderzoek, screening op inhalatieallergenen en spirometrie met redelijke zekerheid de diagnose astma gesteld worden. Spirometrie is alleen zinvol bij twijfel over de diagnose astma; bij hoge waarschijnlijkheid op astma heeft het weinig toegevoegde waarde, evenals bij een beperkte waarschijnlijkheid.

## Behandeling

Het doel van de behandeling van kinderen met astma is het bereiken van volledige astmacontrole. Hierbij wordt het volgende schema aangehouden:

**Tabel 1 Mate van astmacontrole, analoog aan GINA-richtlijnen (Global Initiative for Asthma)**

Beoordeling actuele controle (bij voorkeur gedurende een periode van 4 weken)			
	Volledige controle (alle onderstaande items aanwezig)	Gedeeltelijke controle (1 of 2 van onderstaande items aanwezig in willekeurige week)	Onvoldoende controle (3 of meer van onderstaande items aanwezig in willekeurige week)*
Symptomen overdag	2 maal of minder/week	3 maal of meer/week	3 maal of meer/week
Beperking activiteiten	Geen	Ja	Ja
Nachtelijke symptomen	Geen	Ja	Ja
Gebruik noodmedicatie	2 maal of minder/week	3 maal of meer/week	3 maal of meer/week
Spirometrie	Normaal	Afwijkend	Afwijkend

\* Elke exacerbatie wordt gezien als onvoldoende controle.

Start bij kinderen met (intermitterende) klachten en bij kinderen met inspanningsastma met een kortwerkende beta-sympati-comimeticum (SABA) zo nodig. Indien hiermee niet volledige controle wordt bereikt, moet gestart worden met een inhalatiecorticosteroïd (ICS) gedurende minimaal zes weken. Evaluatie van de behandeling geschiedt aan de hand van de mate van astmacontrole. Vragenlijsten als de c-ACT (4-12 jaar) of de ACQ (> 12 jaar) kunnen hierbij behulpzaam zijn. Indien geen volledige astmacontrole bereikt wordt, moet eerst altijd stilgestaan worden bij de Therapietrouw, de Inhalatietechniek en de afwezigheid van Prikkels (TIP). De praktijkondersteuner kan hierbij een belangrijke rol vervullen. Indien bij goed gebruik van de medicatie en een normale dosis ICS géén volledige astmacontrole bereikt wordt (na 12 weken) is er een verwijfsindicatie naar de kinderarts. Het starten met LABA in combinatie met ICS wordt in de eerste lijn niet aanbevolen.

## Behandeling bij ernstige kortademigheid

Bij acute en ernstige benauwdheid dient het kind salbutamol 400-800 µg per dosis-aerosol met voorzetkamer te krijgen (1 inhalatie per keer, 5 maal inademen). Herhaal dit na een kwartier. Indien binnen een half uur geen verbetering optreedt, dient het kind verwezen te worden. Indien wel verbetering optreedt, schrijft de huisarts een orale prednis(ol)onkuur voor (1-2 mg/kg in 2 dosis, max. 40 mg, ged 3-5 dagen). Instructies voor het gebruik van salbutamol worden meegegeven. Het is bij ieder kind met astma van belang dat de ouders/verzorgers over een geschreven noodplan beschikken met goede instructies bij acute en ernstige kortademigheid.

## Conclusies voor de praktijk

- De anamnese is bij het jonge kind van groot belang, vraag bij “episodisch expiratoir piepen” wat de uitlokkende prikkels zijn.
- Onder zes jaar is behandeling met inhalatiemedicatie een proefbehandeling, evaluatie is noodzakelijk.
- Monitor het kind aan de hand van de mate van astmacontrole (volledig-gedeeltelijk-onvoldoende).
- Denk bij niet-volledige astmacontrole eerst aan de Therapietrouw, Inhalatietechniek en Prikkels (TIP).
- Het starten met langwerkende luchtwegverwijders in de eerste lijn wordt niet aanbevolen.

## Van piepen bij peuters naar astma bij kinderen. Bevindingen uit promotieonderzoek.

*Ester Klaassen, huisarts in opleiding en epidemioloog, afdeling kinderlongziekten MUMC+, Maastricht.*

Op 5 december 2013 promoveerde Ester Klaassen op het onderwerp “From infant wheeze to childhood asthma: Aetiological factors and early diagnostic techniques” aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Haar proefschrift behandelt innovatieve, niet-invasieve diagnostische technieken voor astma bij peuters (geselecteerd via het huisartsennetwerk en de GGD). Daarnaast worden veroorzakende factoren van astma in het proefschrift besproken.

## Klinische uitdagingen

Astma is de meest voorkomende chronische ziekte bij kinderen. Ongeveer 40% van de kinderen op peuterleeftijd heeft wel eens last van astmatische klachten zoals kortademigheid en piepen op de borst. Van deze kinderen met klachten op peuterleeftijd zal ongeveer één op de drie klachten blijven houden en astma hebben op de leeftijd van zes jaar. De rest van de kinderen zal over de klachten heen groeien. Er zijn grote problemen bij de diagnostiek van astma bij jonge kinderen. Omdat het lastig is een goede diagnose te stellen, is het bepalen van de juiste behandeling ook niet gemakkelijk. Daardoor worden kinderen met daadwerkelijk astma vaak onderbehandeld. Daarentegen worden kinderen met voorbijgaande klachten juist overbehandeld. Het stellen van een betrouwbare diagnose is onder andere moeilijk, omdat de onderliggende mechanismen van jonge kinderen met piepen op de borst grotendeels onbekend zijn.

## Meetinstrumenten

Om meer inzicht te krijgen in deze problemen en te kijken naar mogelijke oplossingen, is de Astma DEtectie en Monitoring (ADEM) studie gestart. In deze studie hebben 202 peuters met herhaald piepen op de borst en 50 peuters zonder luchtwegklachten deelgenomen. Tijdens de meting op peuterleeftijd zijn luchtwegklachten uitgevraagd en verschillende soorten lichaamsmateriaal verzameld. Allereerst is uitademingslucht verzameld. In de uitademingslucht kan de aanwezigheid van stoffen zoals stikstofmonoxide, een ontstekingsstof betrokken bij astma, en vluchtige organische componenten (middels gaschromatografie) worden gemeten.

matografie ‘time-of-flight’ massa spectrometrie) worden bepaald. Naast stoffen in uitademingslucht kunnen ontstekingsstoffen in het uitademingsluchtcondensaat worden gemeten zoals cytokines en chemokines. Ook is de luchtwegweerstand vastgesteld om een indruk te krijgen over de longfunctie. Tenslotte is expressie (mRNA) van ontstekingsgenen in bloed gemeten. Na de initiële meting zijn de kinderen gevolgd tot de leeftijd van zes jaar. Op zesjarige leeftijd is het mogelijk te bepalen of een kind astma heeft of niet. Vervolgens is beoordeeld of de markers op peuterleeftijd konden voorspellen wie op zesjarige leeftijd astma heeft ontwikkeld.

### **Veroorzakende factoren**

Het is bekend dat erfelijkheid een rol speelt bij het ontstaan van astma. Daarnaast spelen omgevingsfactoren, zoals bepaalde virusinfecties of roken, een rol bij de ontwikkeling van astma. Hoe deze ontwikkeling echter precies in elkaar zit, is nog niet goed bekend. Uit het proefschrift is gebleken dat variaties in twee ontstekingsgenen in frequentie verschillen tussen kinderen met en zonder astma. Daarnaast bleek dat de aanwezigheid van bacteriële kolonisatie van de luchtwegen op peuterleeftijd, in combinatie met erfelijke variaties in twee genen betrokken bij de verdediging van het lichaam tegen indringers zoals bacteriën, verschillen tussen kinderen met en zonder astma. Deze resultaten laten zien dat als we meer inzicht willen krijgen in de veroorzakende factoren van astma, het belangrijk is om onderzoek naar erfelijkheid en omgevingsfactoren te combineren.

### **Vroege diagnostische technieken**

We weten dat kinderen met astma goed reageren op inhalatiecorticosteroiden. Ook is bekend dat kinderen met een luchtwegontsteking niet veroorzaakt door astma minder voordeel hebben bij deze behandeling. Mogelijk dat het verschil in reactie op inhalatiecorticosteroiden op peuterleeftijd kan helpen bij het voorspellen van astma. Deze reactie is gemeten in ontstekingsstoffen in uitademingsluchtcondensaat, stikstofmonoxide, luchtwegweerstand en klachten. Uit de resultaten bleek dat kinderen met astma op zesjarige leeftijd meer klachten hadden op peuterleeftijd. Deze relatie was echter niet afhankelijk van de reactie op inhalatiecorticosteroiden. Ook de reactie op inhalatiecorticosteroiden van ontstekingsstoffen in uitademingsluchtcondensaat, stikstofmonoxide en luchtwegweerstand was niet voorspellend voor astma. Volgens deze studie is op jonge leeftijd de reactie op inhalatiecorticosteroiden géén goede voorspeller voor de ontwikkeling van astma.

Het is bekend dat de aanwezigheid van eczeem, hooikoorts, piepen op de borst, allergie en astma bij ouders, de kans op astma bij kinderen vergroot. Deze gegevens kunnen eenvoudig en zonder extra kosten worden nagevraagd bij de patiënt. Als men dus wil beoordelen of diagnostische technieken van nut zijn in de praktijk, moet de toegevoegde waarde naast de klinische gegevens worden bepaald. Uit de ADEM-studie is gebleken dat gegevens over vluchtige organische componenten en de genexpressie van drie ontstekingsstoffen (Toll-like receptor 4, catalase

en Tumour-Necrosis-Factor alfa) op peuterleeftijd de voorspelling van astma verbeteren. Gegevens over stikstofmonoxide en luchtwegweerstand op peuterleeftijd verbeteren de voorspelling naast de klinische gegevens niet. Als de gegevens over genexpressie met vluchtige organische componenten worden gecombineerd, in aanvulling op de klinische gegevens, was de voorspelling het beste met een oppervlakte onder de Receiver Operating Characteristics curve van 95% (optimale sensitiviteit van 89% en specificiteit van 90%).

### **Conclusies voor de praktijk**

- Erfelijke variaties in genen betrokken bij de verdediging van het lichaam tegen indringers in combinatie met bacteriële kolonisatie van de luchtwegen spelen een rol bij de ontwikkeling van astma bij kinderen.
- Ontstekingsstoffen in bloed en uitademingslucht zijn veelbelovende hulpmiddelen om al op peuterleeftijd astma betrouwbaar te diagnosticeren.
- De reactie op inhalatiecorticosteroiden is op jonge leeftijd géén goede voorspeller voor de ontwikkeling van astma.
- Deze resultaten kunnen leiden tot een betrouwbare diagnose van astma op jonge leeftijd, met als gevolg minder over- en onderbehandeling en een verbetering in de prognose en kwaliteit van leven van de grote groep jonge piepende kinderen.

### **Focusgroeponderzoek naar de wensen, behoeftes en emoties van astma- en COPD-patiënten met betrekking tot een online patiëntenportaal.**

*Esther Metting, Promovendus, Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling huisartsgeneeskunde.*

Door gebruik te maken van eHealth kunnen zorgverleners hun patiënten meer betrekken in het zorgproces (Rapport Gezondheid 2.0<sup>(1)</sup>) en dit zou het zelfmanagement en de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren<sup>(1)(2)</sup>. Sommige zorgcentra maken gebruik van een patiëntenportaal (o.a. UMC Utrecht, UMC St Radboud). Een patiëntenportaal is een speciale website waar patiënten inzage hebben in hun medische gegevens, kunnen communiceren met de zorgverlener of hun ziekteverloop kunnen bijhouden. Een patiëntenportaal kan de communicatie met de zorgverlener en zelfmanagement verbeteren<sup>(3)(4)</sup>. Om een patiëntenportaal te ontwikkelen dat aansluit bij de behoefte van de patiënt, is het belangrijk om de doelgroep te betrekken bij de opzet van een portaal<sup>(5)(6)</sup>. Daarom is de afdeling huisartsgeneeskunde van het UMCG eind 2013 gestart met een focusgroeponderzoek waarin dertig astma- en COPD-patiënten uit Groningen en Drenthe is gevraagd naar hun mening over een patiëntenportaal. We hebben drie groepen samengesteld op basis van woonplaats. Per groep zijn drie focusgroepbijeenkomsten georganiseerd. De volgende thema's zijn besproken: 1) internetgebruik, 2) online toegang tot het medisch dossier, 3) online communiceren met zorgverleners, 4) toepassingen in een patiëntenportaal en 5) zelfmanagement toepassingen.

Sommige deelnemers zijn online heel actief, terwijl anderen internet alleen gebruiken voor het versturen van e-mails. Er is duidelijk behoefte aan inzage in de eigen medische gegevens, ook bij mensen die weinig internet gebruiken. Deelnemers willen graag de ruwe uitslagen van onderzoeken (o.a. longfunctie curve) inzien, mits vergezeld van een voor de patiënt duidelijke uitleg. Wel zou men pas inzage willen hebben na consultatie van de arts om ongerustheid te voorkomen. Deelnemers vinden het fijn om na een bezoek aan de arts de uitslagen nog eens na te lezen. Bovendien willen ze graag inzage hebben in het verloop van hun ziekte. Patiënten denken dat de relatie met de zorgverlener gelijkwaardiger wordt als ze inzage krijgen in hun ziekteproces. Hoewel men zich weinig zorgen lijkt te maken over de veiligheid zouden de meeste deelnemers niet willen inloggen met DigiD, maar met een systeem dat losstaat van financiële- en overheidszaken. Astma- en COPD-patiënten hebben vaak met meerdere behandelaars te maken. Ze hebben ervaren dat de verschillende behandelaars soms niet van elkaar weten wat ze doen, waardoor misverstanden ontstaan. Deelnemers vinden dat een portaal het mogelijk zou moeten maken om zorgverleners via de patiënt inzage te geven in elkaars handelen om misverstanden te voorkomen. Wel zouden patiënten de mogelijkheid willen hebben om heel persoonlijke informatie, zoals relatieproblemen, niet zichtbaar te maken voor alle hulpverleners. Het communiceren met zorgverleners via internet lijkt de meeste mensen prettig, al moet het niet ten koste gaan van persoonlijk contact. Een groot deel van de deelnemers zou ook graag online contact willen hebben met lotgenoten om emoties, zorgen en praktische tips te kunnen delen. Verder is er behoefte aan een centraal punt met informatie over astma of COPD en over regelgeving of vergoedingen. Daarnaast zou een portaal informatie voor familie, collega's of kennissen moeten bieden om te proberen het onbegrip, waar veel astma- en COPD-patiënten mee te maken hebben, te verminderen.

#### Conclusies voor de praktijk

- De deelnemers staan positief tegenover een patiëntenportaal, maar geven aan dat een portaal het beste werkt als verschillende zorgverleners gebruikmaken van één portaal zodat geen versnippering van portalen ontstaat.
- De meest belangrijke applicatie in een patiëntenportaal vindt men het hebben van inzage in hun eigen medische gegevens, zodat patiënten betrokken worden bij de behandeling. Deelnemers uit dit onderzoek verwachten dat ze hierdoor een meer gelijkwaardige relatie met hun arts kunnen ontwikkelen.
- Astma- en COPD-patiënten kampen met onbegrip uit hun omgeving. Dit roept gevoelens van onmacht, boosheid en verdriet op en kan een negatieve invloed hebben op zelfmanagement. Deelnemers aan dit onderzoek gaven aan behoefte te hebben aan informatie voor hun omgeving over astma of COPD. De meeste deelnemers weten dit niet zelf te vinden. Door in een spreekuur dit thema bespreekbaar te maken kan de patiënt gewezen worden op informatiebronnen van bijvoorbeeld het Longfonds.

## CAHAG-zaken

### CAHAG-conferentie, donderdag 15 januari 2015

Op deze 8<sup>e</sup> CAHAG-conferentie wordt u bijgepraat over actuele ontwikkelingen rondom astma en COPD in de eerste lijn. Meer informatie en zin om iets te presenteren? Zie [www.cahag.nl/agenda](http://www.cahag.nl/agenda).

### Adembenemend

#### Donderdag 29 en vrijdag 30 januari 2015

Tweedaagse nascholing voor huisartsen en praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner te Papendal.

### 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 klaargezet 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](http://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](http://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](mailto:cahagsecretariaat@nhg.org)

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

AstraZeneca 

 GlaxoSmithKline

 **Boehringer  
Ingelheim**