

CAHAG-CURSUSSEN 2016 een groot succes!



Ieder voorjaar organiseert de CAHAG cursussen voor praktijkverpleegkundigen/praktijkondersteuners en huisartsen in Amsterdam en Zwolle. Ook dit jaar hebben ruim 400 deelnemers deze dagen bezocht. In drie workshoprondes konden de deelnemers hun kennis en vaardigheden met betrekking tot astma en COPD bijspijkeren. Tijdens het plenaire gedeelte vertelde Regien Kievits, de voorzitter van de CAHAG, de actueelste ontwikkelingen rondom de longzorg in de huisartsenpraktijk. Annerika Slok stond stil bij de positieve uitkomsten van het onderzoek naar de meerwaarde van de ziektelastmeter en Marie-José Schrasser vertelde over de nadelen van het preferentiebeleid voor de patiënt. De nieuwe workshop 'begeleiden van migranten' werd mede door de inzet van een geweldige acteur zeer goed ontvangen! De workshops over medicatie, zelfmanagement, scharnierconsult en dubbeldiagnose werden met ruim een 8 beoordeeld! Wij ontvangen u graag bij de CAHAG-cursussen in 2017!

De bal(lon) ligt nu bij de patiënt

Annerika Slok, Promovendus; Onno van Schayck, Hoogleraar preventieve geneeskunde, Universiteit Maastricht, CAPHRI, Afdeling Huisartsgeneeskunde

Zoals eerder beschreven in een CAHAGbulletin in 2011 (De ontwikkeling van de Ziektelastmeter COPD) en in 2014 (Hoe houden we alle ballonnen in de lucht?), is recent de Ziektelastmeter COPD ontwikkeld.¹

De Ziektelastmeter COPD kan ingezet worden om de patiënt te activeren en te begeleiden in zelfmanagement. Door de patiënt inzicht te geven in de verschillende aspecten van de ziekte en de mogelijke behandelingen, verwachten we dat bij de patiënt het kwartje valt en dat hij/zij daarmee de verantwoordelijkheid niet alleen voelt, maar ook kan nemen in de behandeling. Tijdens het consult kan een persoonlijk behandelplan worden gemaakt, inclusief een streefdoel dat is verwoord door de patiënt.

De Ziektelastmeter COPD bestaat uit een vragenlijst van 14 vragen die ervaren ziektelast meet, plus een aantal andere

parameters zoals longfunctie, rookgedrag en beweeggedrag. Na het invoeren van alle variabelen in het computerprogramma verschijnt een visueel overzicht van de integrale gezondheidstoestand van die patiënt op dat moment: het ballonnenplaatje. Aangeraden wordt om te focussen op ballonnen die donker oranje of rood zijn, waar de patiënt ruimte voor verbetering ziet of ballonnen waar de patiënt ten opzichte van de vorige keer op achteruit is gegaan – weergegeven met een grijze ballon. (zie Figuur 1). Het programma bevat naast het visuele overzicht ook nog behandeladviezen die patiënt en zorgverlener samen kunnen bespreken om tot een behandelplan te komen.

Afgelopen jaren is onderzoek gedaan om het instrument te evalueren.² Als een vragenlijst de basis is van een gesprek met de patiënt is het belangrijk dat deze vragenlijst betrouwbaar en valide is. Dit is onderzocht en de vragenlijst van de Ziektelastmeter COPD meet wat het moet meten - ziektelast - en doet dit op een betrouwbare manier.³

Ook is onderzocht of het gebruik van de Ziektelastmeter in de dagelijkse praktijk bijdraagt aan de ervaren ziektespecifieke kwaliteit van leven van COPD-patiënten. Resultaten laten zien dat in de Ziektelastmeter COPD-groep (interventiegroep) statistisch significant meer patiënten een klinisch relevante verbeterde kwaliteit van leven ervaren dan in de controlegroep. Daarnaast wordt in de interventiegroep ook de ervaren kwaliteit van zorg beter geëvalueerd. De resultaten van dit onderzoek zijn aangeboden aan een internationaal tijdschrift en de verwachting is dat deze binnenkort worden gepubliceerd.

Naast deze kwantitatieve evaluatie hebben we ook een kwalitatieve evaluatie gedaan. Resultaten van diepte-interviews met patiënten en zorgverleners, die ervaring hadden met het werken met de Ziektelastmeter, laten zien dat het een zeer bruikbaar instrument is dat inzicht geeft en structuur biedt tijdens een consult. De tijdsinvestering, om met de ziektelastmeter te werken, blijkt nihil te zijn omdat de vragen niet nieuw zijn maar toch al binnen het huidige consult gevraagd worden. Als verbeterpunt wordt genoemd dat het geïntegreerd moet worden in de informatiesystemen van zorgverleners (HIS/KIS/ZIS).

Op basis van deze positieve resultaten heeft de Long Alliantie Nederland besloten dit instrument in Nederland te gaan implementeren en heeft daarvoor een implementatieplan gemaakt. Onderdeel hiervan is een ICT-oplossing, maar ook het verankeren van de Ziektelastmeter COPD in richtlijnen, scholing voor zorgverleners en patiënten, PR en zorginkoop. Verschillende partijen, zoals het Longfonds, CAHAG en NHG, zijn hier intensief bij betrokken.

Dit betekent dat hard aan de weg wordt getimmerd om de Ziektelastmeter COPD zo snel mogelijk beschikbaar te maken voor gebruik in de dagelijkse COPD-zorg.

Ook is in de afgelopen jaren door onderzoekers van de

Erasmus Universiteit Rotterdam onderzoek gedaan naar het berekenen van een totaalscore van de ervaren ziektelast. Dit onderzoek is verricht onder COPD-patiënten en personen uit de algemene populatie. Onderzocht is of bepaalde parameters misschien meer bijdragen aan de ervaren ziektelast dan andere parameters, en dus zwaarder wegen bij de berekening van een totaalscore. Het resultaat van dit onderzoek is de ziektelastindex. Door het berekenen van een totaal score kunnen patiënten ingedeeld worden in de categorieën milde, matige of ernstige ziektelast. Zo kan gemonitord worden of een patiënt overall stabiel is gebleven, of voor- of achteruit is gegaan. Daarnaast kan het gebruikt worden om op groepsniveau inzicht te krijgen in de frequentieverdeling van ziektelastcores, bijvoorbeeld binnen een zorggroep.

Conclusies voor de praktijk

1. Nu in de NHG-Standaard geadviseerd wordt minder frequent longfuncties af te nemen, is er binnen het consult meer tijd om andere onderwerpen te bespreken. De ziektelastmeter ondersteunt dit op een betrouwbare manier.
2. Verschillende partijen werken hard aan de voorwaarden om de ziektelastmeter z.s.m. te kunnen implementeren.



Figuur 1 Visuele weergave integrale gezondheidstoestand COPD-patiënt. Inclusief weergave voor- en achteruitgang ten opzichte van vorige meting m.b.v. grijze ballonnen.

Literatuurverwijzing zie www.cahag.nl/bulletin.

De optimale onderhoudsbehandeling van astma om exacerbaties te voorkomen¹

Rik Loymans, huisarts / promovendus, Academisch Medisch Centrum - Universiteit van Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde

Er zijn verschillende (combinaties van) onderhoudsbehandelingen voor astma bekend die het aantal exacerbaties verminderen.^{2,3} Hoewel deze vaak onderling zijn vergeleken in studies, is de behandeling die hier het beste in slaagt niet bekend. Dat komt omdat de huidige meta-analyses steeds maar twee behandelingen met elkaar vergelijken. Bovendien wordt een astma exacerbatie in de literatuur vaak verschillend gedefinieerd.

Met deze studie wilden we alle huidige onderhoudsbehandelingen voor astma tegelijk met elkaar vergelijken en een

rangorde aanbrenge in het preventieve effect op exacerbaties. Hiervoor verrichtten we een systematische review en vervolgens een netwerk meta-analyse.

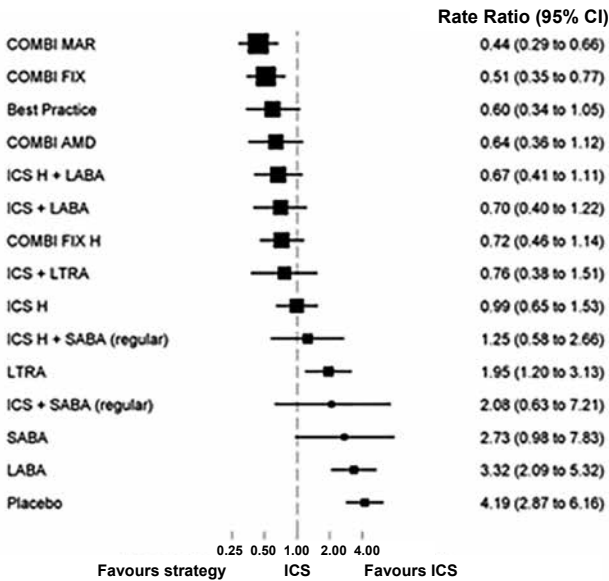
We zochten in Cochrane reviews naar relevante artikelen. We includeerden trials die volwassen patiënten met astma randomiseerden voor onderhoudsbehandelingen die ten minste een half jaar duurden. In de analyse namen we lage doses inhalatiecorticosteroiden (ICS) als referentie-behandeling. De primaire uitkomstmaat was het aantal ernstige exacerbaties (stootkuur prednison, SEH-bezoek of opname in een ziekenhuis) per patiënt per jaar. Secundaire uitkomstmaat was het totaal aantal ernstige en/of matig ernstige exacerbaties (longfunctieafname, toegenomen salbutalmolgebruik, nachtelijke symptomen of een ongepland doktersbezoek). Als veiligheidsmaat werd het aantal patiënten die tijdens het onderzoek uitvielen bestudeerd. In de praktijk zal dit ongeveer overeenkomen met het aantal patiënten dat de therapie niet verdraagt en daarom van therapie verandert.

We includeerden 64 trials (bijna 60.000 patiënt-jaren) die 15 strategieën en placebo met elkaar vergeleken. Voor de ernstige exacerbaties stonden gecombineerde preparaten met zowel inhalatiecorticosteroiden en langwerkende β -agonisten bovenaan, in 2 varianten. Als eerste stond COMBI MAR (maintenance and reliever) waarbij het combinatiepreparaat werd gebruikt als onderhoudsbehandeling en voor verlichting van eventuele klachten. Als tweede stond het combinatiepreparaat in een vaste dagelijkse dosis (COMBI FIX), waarbij eventuele klachten behandeld werden met salbutamol. Hierbij werd het aantal exacerbaties per patiënt per jaar grofweg gehalveerd ten opzichte van lage dosis inhalatiecorticosteroiden (rate ratio respectievelijk 0,44 (95%BI 0,29-0,66) en 0,51 (95%BI 0,35-0,77)). Met rate ratio wordt bedoeld de verhouding van het aantal exacerbaties per patiënt per jaar (de rate) van de behandeling met de referentiebehandeling (lage dosis inhalatiecorticosteroiden). Alle andere (combinatie)behandelingen waren niet significant beter dan de referentiebehandeling. Dit is te zien aan de overlap van het betrouwbaarheidsinterval met de verticale lijn. Zoals verwacht deed de referentiebehandeling het beter dan alle andere monotherapieën en placebo. De secundaire uitkomstmaat liet vergelijkbare resultaten zien. Ook in verschillende subgroep analyses (op basis van studiekwaliteit, studieduur, aantal- en ernst van de patiënten) bleven de resultaten grofweg gelijk. Uitval van patiënten tijdens de studie (de veiligheidsmaat) was het gunstigst in de “best practice” strategie (een niet geblindeerde controlebehandeling waarbij de arts wordt verzocht te behandelen volgens de huidige richtlijnen) en COMBI MAR.

Conclusie voor de praktijk

Gecombineerde preparaten met zowel inhalatiecorticosteroiden en langwerkende β -agonisten, zowel volgens onderhoud plus zo nodig principe als in een vaste dagelijkse

dosis, zijn de enige twee onderhoudsbehandelingen voor astma die er beter in slagen het aantal exacerbaties te verminderen dan lage dosis inhalatiecorticosteroiden. Deze twee behandelingen zouden de voorkeur genieten wanneer lage doses inhalatiecorticosteroiden alleen niet voldoende zijn (stap 3 van de NHG-Standaard Astma bij volwassenen³) bij patiënten waarbij exacerbaties een rol spelen bij de behandeling.



COMBI = gecombineerd ICS en LABA in single inhaler; COMBI MAR = COMBI onderhoud plus zo nodig; COMBI FIX = COMBI vaste dagelijkse dosis; COMBI AMD = COMBI flexibele dagelijkse dosis; ICS (H) = inhalatiecorticosteroid (hoge dosis); LABA = langwerkende β -agonist; LTRA = leukotriëen receptor antagonist; SABA = kortwerkende β -agonist

Literatuurverwijzing zie www.cahag.nl/bulletin.

Verklaring toename prevalentie van astma

In het vorige bulletin is de prevalentie toename aan de orde geweest. In deze uitgave komt de hygiëne hypothese aan de orde door Gerrit van Roekel, kaderhuisarts Astma & COPD.

De hygiëne hypothese



Het gedrag van mensen in de westerse wereld met betrekking tot de hygiëne is aanzienlijk veranderd/verbeterd.

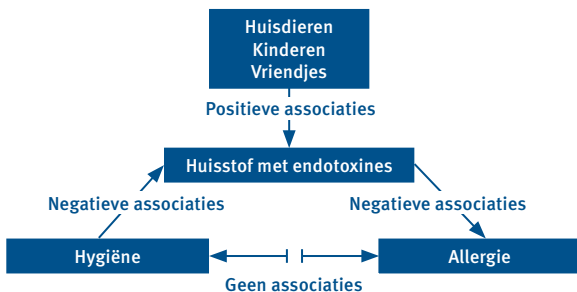
Mensen doen meer aan lijfelijke hygiëne, zoals douchen en handen wassen. Dit vermindert het contact met bacteriën aanzienlijk, waardoor de kans op astma zou kunnen toenemen. Een aanwijzing hiervoor vinden we in de resultaten van epidemiologische studies, die op het platteland hebben plaatsgevonden en specifiek bij boerderijen met vee. Het blijkt dat kinderen in deze gezinnen aanzienlijk minder kans hebben om astma te ontwikkelen. De prevalentie van astma bij kinderen van boerengezinnen zou 25% minder zijn in vergelijking met kinderen die niet uit een dergelijk gezin afkomstig zijn. Als de diversiteit van microben groot is, dan is de bescherming nog groter tegen het ontwikkelen van atopie en astma.

Kinderen uit deze boerengezinnen komen gedurende de eerste levensmaanden met een aanzienlijk aantal microben (bacteriën, schimmels) in aanraking. Hierdoor wordt hun verworven afweer geprikkeld en wordt de immuniteit verbeterd. Bij de verworven immuniteit zijn onder anderen de lymfocyten betrokken. Lymfocyten worden onderverdeeld in diverse categorieën; het gaat hierbij vooral om de T-helpercellen, die in twee typen worden verdeeld en wel Th1 en Th2. De Th1-groep is vooral betrokken bij de verdediging tegen bacteriën en virussen, terwijl de Th2-groep vooral actieve stoffen maakt die de atopie in gang zetten (de aanleg om allergisch te worden). Deze twee groepen Th-cellen zijn min of meer in balans; indien kinderen met veel microben in aanraking komen, dan onderdrukken de Th1-lymfocyten de Th2-groep en daardoor ontstaat minder kans om de keten tot het ontstaan van atopie in gang te zetten. Indien zuigelingen/baby's weinig met microben in aanmerking komen, dan gaat de Th2-type overheersen, waardoor de kans op het ontwikkelen van een atopie/allergie groter wordt. Deze theorie ligt ten grondslag aan de hygiëne hypothese.

De luchtwegen caudaal van de stembanden zijn niet steriel, zoals vroeger wel werd gedacht, maar er is een aanzienlijke bacteriële kolonie, die elkaar in evenwicht houdt. Deze kolonisatie beschermt indirect tegen het binnendringen van pathogene microben, zoals we dat bij astma zien. De aanwezigheid van lipopolysacchariden van de celwand in sommige gramnegatieve bacteriën blijken een beschermend effect te hebben tegen het ontwikkelen van astma. Een experimentele studie met een gemanipuleerde specifieke muizenstam, die in aanleg zeer snel allergisch reageerden, werd blootgesteld aan een bepaalde dosis LPS (lipopolysacchariden). De controlegroep werd slechts aan een NaCl gebufferde oplossing blootgesteld. Vervolgens werden deze muizenstammen met huisstofmijten in contact gebracht. Het bleek dat de groep met LPS-blootstelling geen astmaverschijnselen ontwikkelden, terwijl de controlegroep alle verschijnselen van astma kregen. Het doel van deze studie was om een causaal verband te leggen tussen contact met endotoxines en de bescherming tegen het ontwikkelen van astma. Het is natuurlijk een muizenstudie, maar toch.

Moeten we minder poetsen en ons minder goed verzorgen?

Een Duitse studie deed in geselecteerde gezinnen een onderzoek naar de mate van hygiëne met behulp van vragenlijsten en een onderzoek naar huisstof en de samenstelling hiervan. Deze vragenlijsten gaven een indruk van de wijze waarop persoonlijke hygiëne en schoonmaken van het huis werden gedaan. Op bepaalde tijden werd stof opgezogen van de matras van het kinderbedje en stof van de woonkamervloer. Hierop werd een analyse verricht waarbij de hoeveelheid stof en de bestanddelen hiervan werden onderzocht op celwanden van bacteriën. De gezinnen werden geïncludeerd op het moment van de geboorte van een kind. Deze gezinnen werden gevolgd gedurende de eerste 5 jaar van het betreffende kind en later nog eens op 8- en 11-jarige leeftijd. Op de leeftijd van 5 jaar onderging het kind een huidpriktest om te zien of een allergische reactie ontstond voor huisstofmijt, gras-en boompollen. Met confounding werd rekening gehouden, zoals allergie in de familie en roken in het gezin. De conclusie van deze complexe studie was dat de mate van het schoonmaakregime niet direct geassocieerd kon worden met het hebben van ziekte (astma, eczeem, allergische rhinitis), maar dat de onderdelen van de nog aanwezige stof, zoals de bacterie onderdelen wel geassocieerd konden worden met astma. Hoe minder contact/aanwezigheid van deze celwandbestanddelen in de aanwezige huisstof, des te meer kans op astma en eczeem. Zie figuur 1. Welke bacteriesoorten hierbij een rol spelen is niet opgehelderd in deze studie.



Een Nederlandse studie onder kinderen vanaf 3 maanden onderzocht de aanwezigheid van schimmelbestanddelen (polysacchariden) en endotoxines (lipopolysacchariden van celwand bestanddelen van bacteriën) in huisstof en de relatie tot het ontstaan van astma. Het bleek dat de aanwezigheid van schimmeldelen en endotoxines op de woonkamervloer een beschermend effect hadden op het ontstaan van astma.

Buiten deze factoren in het wel of niet ontstaan van astma zal zeker ook een genetische aanleg meespelen. De prevalentiestijging in een dermate snel tempo (enkele decennia), zoals in bovenstaande onderzoeken kan niet aan de mutaties van genen worden toegeschreven. Het tijdsbestek voor deze wijze van ontstaan duurt veel langer.

Samenvattend

De hygiëne hypothese kan een bijdrage leveren aan de verklaring van de toename van astma. Patiënten, die uitgesproken hygiënisch zijn, lopen niet direct meer risico op het

verkrijgen van astma. Het risico op astma zou door het contact met endotoxines, afkomstig van celwanden van bacteriën, mogelijk kunnen verminderen. Een bewezen causaal verband tussen een groot divers microbioom en minder risico is er nog niet. Wel zien we een associatief verband. In de toekomst zal verder onderzoek het bewijs van causaliteit moeten bevestigen.

Literatuurverwijzing zie www.cahag.nl/bulletin.

CAHAG zaken

CAHAG CONFERENTIE 2017

Op donderdag 19 januari 2017 organiseert de CAHAG weer haar 2-jaarlijkse CAHAG Conferentie in Utrecht. Een dag vol met interessante abstracts, posters, plenaire lezingen en workshops voor huisartsen, longartsen, longverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners, fysiotherapieën, zorggroep medewerkers, etc. In het najaar komt het programma online op www.cahagconferentie.nl maar noteer de datum nu alvast in uw agenda.

ADEMBENEMEND 2017

Op donderdag 16 en vrijdag 17 februari 2017 organiseert de CAHAG in samenwerking met de kaderopleiding "Lucht via lijnen" de tweedaagse scholing Adembenemend in Papendal te Arnhem voor huisartsen met zijn/haar praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner. Het programma wordt in het najaar bekend, maar schrijf nu alvast de data in uw agenda.

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 met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartsenpraktijk. 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, 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 sponsoren Chiesi, Novartis, TEVA Nederland en de hoofdsponsors:

