

Nederlandse huisarts weet weinig over voedselallergie

Dr. N.J. Goossens, arts en Prof.Dr. A.E.J. Dubois, afdeling Kinderallergologie, UMC Groningen

Sinds 2005 wordt in het UMC Groningen onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven bij patiënten met een voedselallergie. Nicole Goossens heeft zich tijdens haar promotieonderzoek verdiept in factoren die kwaliteit van leven beïnvloeden en in Nederland mogelijk te verbeteren zijn. Een van deze factoren is de kwaliteit van zorg die patiënten in de eerste lijn treffen, en dit is afhankelijk van de voedselallergologische kennis van huisartsen.

Aanleiding voor dit onderzoek

Een veelgehoorde frustratie van patiënten is de slechte kennis van huisartsen over voedselallergie en daarbij de teleurstelling om onvoldoende geïnformeerd (en zonder verwijzing) weer naar huis te worden gestuurd. Het lijkt of er onder- en overdiagnose van voedselallergie is in Nederland. Patiënten diagnosticeren zichzelf vaak onterecht of lopen juist slecht geïnformeerd en zonder noodmedicatie rond met ernstige vormen van voedselallergie. Ondertussen nemen de prevalentie van voedselallergie en de incidentie van (levensbedreigende) anafylaxie toe. Dat zorgt voor verwarring, onduidelijkheid over de ernst van voedselallergie en zelfs levensbedreigende situaties. Tegelijkertijd krijgen huisartsen in Nederland steeds meer verantwoordelijkheden. Genoeg reden om de kennis van de Nederlandse huisartsen over voedselallergie eens onder de loep te nemen.

Risicopatiënten

Opvallend was dat geen van de Nederlandse huisartsen op de hoogte was van twee belangrijke risicogroepen binnen de voedselallergische patiënten: patiënten met astma en patiënten in de tienerleeftijd (12-18 jaar). Deze eerste categorie patiënten vormt voornamelijk een risico vanwege de ernst van hun reacties. Voedselallergische reacties bij deze groep patiënten zijn soms lastig te onderscheiden van een astmaaanval, maar kunnen in korte tijd toch fulminant verlopen. Het is daarom belangrijk om daar alert op te zijn. De tweede genoemde groep patiënten, de tieners, vormen ook een belangrijke groep binnen de voedselallergische patiënten. Tieners kunnen ernstige voedselallergische reacties onderkennen bij inname van relatief kleine hoeveelheden allergeen. Bovendien blijken ze, in lijn met hun leeftijdsfase, weinig aandacht te hebben voor risicovermijding, grenzen op te zoeken en slecht voorbereid te zijn op ernstige voedselallergische reacties. Ook dit is een belangrijk gegeven voor huisartsen om alert te zijn bij de zorg voor deze groep patiënten.

Herkennen en behandelen van anafylaxie

Slechts 9 (15%) van de deelnemende huisartsen gaf aan

een beschreven casus van anafylaxie ten eerste te behandelen met epinephrine intramusculair. Het ging om een kind met een bekende pinda-allergie, welke enkele minuten geleden pinda's had gegeten en zich presenteerde met diffuse urticariële laesies op zijn torso, periorbitale zwelling, braken en persisterende hoest. Huisartsen behoren te weten dat deze verschijnselen duiden op anafylaxie. Bovendien gaat het om een kind met een bekende pinda-allergie die zich presenteert na inname van pinda's. In deze casus zou onmiddellijk na de eerste klachten epinephrine gegeven moeten worden. Geen enkele deelnemende huisarts wist de aanbevolen dosering epinephrine voor patiënten met een lichaamsgewicht van 25 kilogram.

De NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid adviseert een dosering van 0,01 mg/kg lichaamsgewicht voor kinderen. Echter, indien gebruik wordt gemaakt van een auto-injector, moet een keuze worden gemaakt tussen een standaard dosering van 0,15 mg en 0,30 mg. Internationale richtlijnen adviseren in dit geval om kinderen met een lichaamsgewicht vanaf 25 kg te behandelen met een dosering van 0,30 mg epinephrine.

Wat vindt de huisarts zelf?

Van de deelnemende huisartsen gaven slechts 22 huisartsen (39%) aan zich vertrouwd te voelen bij het diagnosticeren en 20 huisartsen (35%) bij het behandelen van voedselallergie. Slechts 10 huisartsen (19%) vonden dat de medische opleiding hem of haar adequaat had voorbereid op de zorg voor voedselallergische patiënten.

Conclusie en aanbevelingen

- Nederlandse huisartsen hebben moeite met het stellen van de diagnose voedselallergie en het herkennen en behandelen van anafylaxie.
- De dosering epinephrine voor kinderen vanaf 25 kg (0,30 mg), toegediend middels een auto-injector, zou duidelijker vermeld kunnen worden in de NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

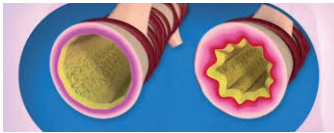
Het nut van provocatietesten bij de diagnostiek van astma

G. van Roekel, huisarts & kaderarts astma/COPD en Prof.Dr. T. van der Molen, hoogleraar Huisartsgeneeskunde UMC Groningen

De diagnose van astma is niet altijd eenvoudig te stellen. Vragenlijsten kunnen bij de anamnese ondersteunend zijn. Het lichamelijk onderzoek kan een vermoeden versterken. Als vervolgens een spirometrie wordt uitgevoerd en obstructie met reversibiliteit van de FEV₁ met 12% wordt vastgesteld, is waarschijnlijk de diagnose gesteld. Regelmatig

komt voor dat bij een vermoeden van astma het lichamenlijk onderzoek en aanvullende spirometrie dit niet bevestigd. In een dergelijke situatie wordt een proefbehandeling met een bètamimeticum overwogen om een vermeende diagnose vast te stellen. Deze proefbehandeling leidt soms tot onterechte diagnoses van astma in de huisartsenpraktijk, die kunnen oplopen tot 20-30%. Patiënten met een onterechte diagnose van astma, die inhalatiocorticosteroiden (ICS) en langwerkende bèta-2-sympathicomimetica (LABA) gebruiken, dienen nader onderzocht te worden, om eventueel geleidelijk te stoppen met hun medicatie. Dit is mede van belang, indien de DBC Astma door verzekeraars wordt ingekocht. Patiënten met (terecht) persisterend astma en ICS-gebruik kunnen geïncorporeerd worden, hierbij dient op een valide wijze de diagnose te zijn gesteld.

Patiënten met twijfels over astma en mogelijke bronchiale hyperreactiviteit, waarbij het aanvullende onderzoek in de huisartsenpraktijk de diagnose niet heeft bevestigd kan men verwijzen voor een bronchiale provocatietest (BPT). Bronchiale hyperreactiviteit is een verhoogde gevoeligheid van de luchtwegen voor allergische (IgE-gemedieerde) en niet-allergische prikkels (inspanning, rook, fijnstof, mist, kou, virale infecties), met als pathologisch substraat een



chronische ontstekingsreactie. In dit artikel wordt nader ingegaan op deze BPT-test en wanneer deze is te gebruiken.

Bronchusprovocatietesten

Provocatietesten zijn onder te verdelen in directe en indirecte testen:

- *directe testen*: de stof die wordt ingeademd activeert direct de acetylcholinereceptor en laat daarmee de gladde spieren van de bronchus contraheren. Voorbeelden zijn de methacholinetest en histaminetest.
- *indirecte testen*: een toegediende prikkel leidt tot een cascade van reacties, die uiteindelijk een bronchusconstrictie veroorzaakt. Voorbeelden van indirecte testen zijn een inspanningstest, inhalatie van mannitol, zoutoplossingen, adenosine. Deze stoffen/testen veranderen de concentratie van de vloeistoffilm (een vloeistoflaagje over de luchtweg) in de kleinere luchtwegen. De concentratie in deze vloeistoffilm stijgt en daarmee de osmotische druk op de vasoactieve cellen, inflammatoire cellen. Dit leidt tot afgifte van allerlei stoffen, zoals histamine, leukotriënen, prostaglandines, die vervolgens een effect hebben op de gladde spieren rond de bronchi, oedeem van de luchtwegen en slijmproductie. Dit alles leidt tot een bronchusvernauwing.

In veel ziekenhuizen worden nog histamine provocatietesten uitgevoerd. De bijwerkingen van histamine inhalaties kunnen vervelend zijn, zoals hoofdpijn, erythemateuze reactie, heesheid.

Methacholine provocatietesten zijn beter te verdragen. Bij provocatietesten dient de patiënt een stof te inhaleren, die

bij een bepaalde concentratie een bronchusobstructie veroorzaakt. Patiënten met een bronchiale hyperreactiviteit reageren bij aanzienlijk lagere concentratie met bronchusobstructie dan patiënten zonder bronchiale hyperreactiviteit. Voor elke test bestaat een bepaald afkappunt. Bij elke dosisverhoging tijdens de test wordt een FEV₁ gemeten. Indien de patiënt een daling van de FEV₁ heeft van 20% (dit geldt voor histamine en methacholine provocatietesten) is de test als positief aan te merken en dan kan sprake zijn van astma!

De kwaliteit van de diverse provocatietesten

De sensitiviteit en specificiteit bij de provocatietesten zijn verschillend. De methacholinetest heeft een hoge specificiteit. Als de test negatief is, dan is astma nagenoeg uitgesloten. De sensitiviteit van de methacholinetest is redelijk hoog, maar afhankelijk van de dosis, die gehaleerd wordt. Als de dosis < 1mg/ml is en er treedt een FEV₁-daling van 20% op, is de diagnose astma zeer waarschijnlijk. Treedt er geen reactie op bij een dosis >16 mg/ml dan is astma zeer onwaarschijnlijk. Hoe hoger de dosis hoe groter de sensitiviteit, maar ook een aanzienlijke toename van fout-positieve uitslagen. Een positieve test betekent niet dat het absoluut astma heeft aangetoond. Een fout-positieve methacholinetest kan optreden bij patiënten die roken, een recente bovenste luchtweginfectie hebben gehad, bij COPD of een gastro-oesofageale reflux. De sensitiviteit in diverse studies van methacholinetest varieert tussen 70-90%. De specificiteit zit rond de 95%. Dit wijst op een aantal onterecht vastgestelde astmapatiënten (fout-positieven). De histamine provocatietest heeft een gelijkwaardige sensitiviteit en specificiteit.

De mannitoltest is een indirecte test, waarbij door inhalatie van mannitol een reactie van de mestcel optreedt, die vasoactieve stoffen afstoot. Een positieve test vertoont een daling van de FEV₁ met 15% (PD₁₅ = de provocatieve dosis). Een positieve test heeft een hoge voorspellende waarde t.a.v. actief astma, door de aanwezigheid van inflammatoire cellen. Dus een confirmatietest voor astma. Een negatieve mannitoltest kan betekenen, dat de patiënt goed gecontroleerd astma heeft (indien de diagnose ooit eens is gesteld). Een patiënt zonder medicatie, geen klachten en een negatieve mannitoltest betekent, dat de patiënt geen astma heeft. Een inspanningstest is in de praktijk vaak wat lastig uit te voeren, omdat de uitslag van een inspanningstest afhankelijk is van de weersomstandigheden, zoals temperatuur, vochtigheid en wind. Bij forse inspanning kan bij een hoog ademminuutvolume uitdroging van de kleinere luchtwegen optreden, die een release veroorzaakt van vasoactieve stoffen.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Werk bij het stellen van de diagnose trapsgewijs, allereerst anamnese (klachten; welke, ernst en wanneer optredend), lichamenlijk onderzoek, aanvullende onderzoeken, zoals phadiatop en spirometrie.
- Overweeg bij twijfel over de diagnose astma en frequent symptomen van benauwdheid een BPT.
- Stel de BPT 6 weken uit, als patiënt een bovenste lucht-

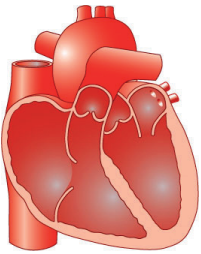
weginfectie heeft, ter vermindering van fout-positieve uitslag.

- Bedenk bij een positieve histamine/methacholinetest, dat de diagnose astma waarschijnlijker is, maar niet 100% bewijzend.
- Een negatieve histamine/methacholinetest sluit astma nagenoeg uit.
- Indien twijfel blijft bestaan bij een positieve test, overweeg een mannitoltest bij actief astma. Indien positief, dan is astma aangetoond.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

COPD en hartfalen

M.J.M. Valk, huisarts Amersfoort & onderzoeker Julius Centrum Utrecht



COPD en hartfalen zijn aandoeningen die veel voorkomen, vaak gezamenlijk. Beide hebben roken als oorzaak en staan lichaamsbeweging vaak in de weg. Voor de behandeling van hartfalen zijn bètablokkers belangrijk en voor COPD bèta-2-sympathicomimetica. Van patiënten met COPD weten we dat bijna dertig procent ook hartfalen heeft,

twee derde daarvan is onbekend bij de behandelend huisarts. Van hartfalen is bekend dat ongeveer een zelfde percentage naast deze aandoening ook COPD heeft, deels ook nog niet bekend bij de huisarts. Heeft een arts een van beide aandoeningen gediagnosticeerd, dan stopt meestal verdere diagnostiek. De andere aandoening blijft dan gemaskeerd. Iedere exacerbatie wordt dan geduid als uiting van de reeds bekende aandoening en daar wordt de behandeling dan op geïntensiveerd met mogelijk gevolg voor de niet ontdekte comorbiditeit. De behandelingen van beide aandoeningen staan echter diametraal tegenover elkaar; bètablokkers vs. bèta-2-sympathicomimetica. Kan het behandelen van de ene aandoening de andere nadelig beïnvloeden? Zijn er ook voordelen? Hoe veilig zijn inhalatie bèta-2-sympathicomimetica bij patiënten met hartfalen en bètablokkers bij patiënten met COPD?

Bètablokkers bij COPD

Bètablokkers verminderen de mortaliteit en hospitalisatie van patiënten met hartfalen, maar voor wat de longen betreft verminderen zij de FEV₁ en verhogen zij de hyperreactiviteit. Vandaar dat er sprake is geweest van terughoudendheid in het voorschrijven van bètablokkers bij patiënten met hartfalen en tevens COPD. De vraag is of dat terecht was. Er zijn wel observationele studies naar gedaan, hoewel deze van beperkte duur (enkele weken) en omvang waren (lage aantallen patiënten), wezen zij consequent op een betere overleving. Indien, zoals in richtlijnen beschreven, er met een lage dosis cardioselectieve bètablokkers wordt gestart en de dosis langzaam tweewekelijks wordt opgehoogd leidt dit niet tot een toegenomen risico op res-

piratoire complicaties. Hoewel er nog geen lange termijn prospectieve studies zijn gedaan naar de veiligheid van bètablokkers bij COPD tot op heden, lijken de voordelen op te wegen tegen de nadelen. In 80 trials bleek dat een behandeling van 3-28 dagen geen verandering veroorzaakte in FEV₁, symptomen of bèta-2-sympathicomimetica-gebruik. Bij patiënten met COPD die een vaatoperatie ondergingen bleek dat bèta-blokker-gebruik veilig was en de overleving verlengde. Bij gebruik van bèta-2-sympathicomimetica door patiënten met COPD bestaat een hoge tolerantie voor bètablokkers, omdat de receptoren in de longen al bezet zijn door de bèta-2-sympathicomimetica. De zorgen rond bèta-2-sympathicomimetica en longen berusten op beschrijvingen van acuut bronchospasme bij patiënten met astma die niet cardioselectieve bètablokkers kregen voorgeschreven. De European Society of Cardiology (ESC) stelt echter duidelijk dat COPD geen contra-indicatie is voor cardioselectieve bètablokkers. Patiënten die naast hartfalen ook COPD hebben moeten we de gunstige werking met betrekking tot overleving van de cardioselectieve bètablokkers niet onthouden.

Bèta-2-mimetica bij hartfalen

Inhalatie bèta-2-sympathicomimetica behoren tot de belangrijkste middelen bij klachten en exacerbaties van COPD. Hoewel deze middelen op korte termijn ook het hart kunnen aanzetten tot een betere prestatie zijn zij op de langere duur schadelijk. Zij kunnen hartfalen nadelig beïnvloeden door een toegenomen risico op decompensatie en mortaliteit. Beschreven is dat sommige patiënten met COPD risico lopen op cardiovasculaire mortaliteit, omdat de bèta-2-sympathicomimetica een cardiovasculair event kunnen uitlokken. Hypoxie, acidose, tachycardie en verlengde QT-tijd kunnen een ventriculair ritmestoornis uitlokken.

Samenvattend komen we tot de volgende overwegingen voor de praktijk: patiënten die hartfalen hebben en ook - al dan niet vastgesteld - COPD lopen geen risico op pulmonale complicaties door behandeling met een cardioselectieve bètablokker. Patiënten die COPD hebben en die een exacerbatie hebben die in wezen een uiting zou kunnen zijn van nog niet ontdekt hartfalen lopen de kans op een nadelig effect bij behandeling met een bèta-2-sympathicomimeticum. Reden genoeg om bij ouderen met of hartfalen of COPD aanvullend onderzoek te doen naar de comorbiditeit die ook dyspneu en een verminderde inspanningstolerantie kan geven.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Wees bedacht op het samengaan van hartfalen bij COPD en vice versa.
- Er is géén contra-indicatie voor cardioselectieve bètablokker bij een patiënt met hartfalen en COPD.
- Bèta-2-sympathicomimetica kunnen negatieve gevolgen hebben voor patiënten die naast COPD hartfalen als comorbiditeit hebben.

Literatuurverwijzingen zie www.cahag.nl/bulletin

CAHAG-zaken

CAHAG-conferentie donderdag 15 januari 2015

Op deze 8^e CAHAG-conferentie wordt u bijgepraat over actuele ontwikkelingen rondom astma en COPD in de eerste lijn. Voor opgave of wilt u een abstract indienen? Zie www.cahagconferentie.nl

Adembenemend

Donderdag 29 en vrijdag 30 januari 2015

Tweedaagse nascholing voor huisarts en praktijkverpleegkundige-praktijkondersteuner te Papendal. In de dagelijkse praktijk zien we steeds meer patiënten met astma en/of COPD. Het zijn belangrijke chronische ziekten waarbij de huisarts met de POH/PVK moet zorgen voor optimale diagnostiek, behandeling en follow-up. Deze jaarlijkse tweedaagse cursus biedt u adembenemend veel praktische informatie en vaardigheden om de astma/COPD-zorg in uw praktijk te bevorderen en aan te passen aan de nieuwe inzichten.

Meer info op: www.cahag.nl

Cursus COPD/Astma

voor praktijkverpleegkundigen/praktijkondersteuners en huisartsen, 24 maart in Amsterdam en 16 april 2015 in Zwolle

In deze cursus ligt de focus op het gericht verbeteren van de geboden zorg bij COPD en astma in de huisartsenpraktijk. Door deze cursus als samenwerkend koppel huisarts en PVK/POH te volgen wordt gezamenlijk besproken waar verbeterstappen te zetten zijn. Er is aandacht voor actuele en toekomstige ontwikkelingen en er worden praktische handvatten aangereikt om de zorg te optimaliseren.

Meer info op: www.cahag.nl

CASPIR (COPD en Astma Spirometrie) (doorlopend)

De CAHAG heeft de cursus CASPIR ontwikkeld. Deze richt zich op het leren uitvoeren en interpreteren van spirometrie in de eerste lijn. Inmiddels hebben ruim 5.000 huisartsen en praktijkondersteuners deze cursus met succes doorlopen.

Meer info op: www.cahag.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 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.

KASPIR (Kinderen met Astma Spirometrie)

Het longfunctieonderzoek bij kinderen vraagt om speciale vaardigheden én andere criteria bij de interpretatie. Daarom heeft de CAHAG ook een KASPIR bij kinderen ontwikkeld.

Meer info op: www.cahag.nl

Start nieuwe kaderopleiding astma/COPD

Op **11 maart 2015** start de vijfde lichting van de kaderopleiding astma/COPD. De kaderopleiding astma/COPD wordt verzorgd door de Voortgezette Opleiding tot Huisarts (VOHA) van het Radboud UMC in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de COPD en Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG). De kaderhuisarts astma/COPD draagt bij aan het traject van praktijkaccreditering en de implementatie van richtlijnen. Ook geeft de kaderhuisarts een regionale impuls aan de kwaliteit van zorg en de samenwerking in de ketenzorg. Tenslotte draagt de kaderhuisarts bij aan het maken van goede regionale bekostigingsafspraken voor astma en COPD-zorg. NHG en LHV streven naar een landelijk dekkend netwerk van kaderhuisartsen. Het netwerk astma/COPD is georganiseerd rondom de COPD en Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG). Als kaderhuisarts neemt u hieraan vanzelfsprekend deel. Meer info: cahagcoordinator@nhg.org

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 CAHAG informatiebulletin 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, Almirall en de hoofdsponsors:

AstraZeneca 

 GlaxoSmithKline

 **Boehringer
Ingelheim**