

**COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE****Nr. 4. 2007****Varenicline: een nieuwe generatie stop-roken medicatie***Sander Hilberink, onderzoeker afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud*

Varenicline is een nieuw geneesmiddel om mensen te helpen bij het stoppen met roken. Dit artikel beschrijft de recente kennis over werking en effectiviteit van dit nieuwe middel.

**Hoe werkt varenicline?**

Het inhaleren van tabaksrook leidt tot een aantal ingewikkelde chemische reacties in het brein; nicotine grijpt op tal van receptoren aan. Het effect van nicotine op dopaminereceptoren in het mesolimbische systeem lijkt een belangrijke component van het verslavende karakter van het roken. De toename van dopamine in de nucleus accumbens veroorzaakt de zogenaamde craving: de zucht naar nicotine. De  $\alpha_4\beta_2$  nicotine acetylcholine receptoren spelen hierin een hoofdrol.<sup>(3)</sup>

Voor de farmacologische behandeling van rookverslaving zijn twee groepen middelen beschikbaar: nicotinevervangende middelen (waaronder oa kauwgum, pleisters) en bupropion. Het gebruik van deze hulpmiddelen verdubbelt de stopkans. Gelijktijdig gebruik van nicotinevervanging en bupropion levert geen beter effect<sup>(2)</sup>. Recent is een derde middel in opmars: varenicline. Dit middel is een gedeeltelijke  $\alpha_4\beta_2$  nicotine acetylcholine receptor agonist. Het vermindert zowel de craving naar nicotine als de ontweningsverschijnselen<sup>(1)</sup>. Het effect van nicotine op de  $\alpha_4\beta_2$  nicotine acetylcholine receptor is minder als de patiënt varenicline gebruikt. De begin dosis is 0,5 mg per dag.

**Effectiviteit varenicline**

In het meest recente Cochrane review (2007) zijn vijf studies opgenomen die de effectiviteit van varenicline ondersteunen<sup>(3)</sup>. De stopcijfers zijn goed te noemen: de gepoolde odds ratio bedraagt 3,2 in vergelijking met placebo na 1 jaar, wat neerkomt op een stoppercentage van 21,4% tegenover 8% in de controle groep. Ook in vergelijking met bupropion is varenicline effectief: gebruik van dit laatste middel vergroot de stopkans met 1,7 terwijl varenicline minder nadelige bijwerkingen veroorzaakt. In deze onderzoeken vond naast het gebruik van varenicline vaak ook enige vorm van counseling plaats. Zeer recente publicaties laten een zelfde beeld zien<sup>(4,5)</sup>.

**Interpretatie**

Varenicline lijkt een goed hulpmiddel om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. Varenicline sorteert een beter effect dan bupropion. De effectstudies zijn wel gebaseerd op "gezonde" rokers waardoor deze resultaten niet één op één naar patiënten met astma of COPD te vertalen zijn. Patiënten die

doorroken ondanks hun luchtwegklachten, en dan met name COPD'ers, blijken in de praktijk moeilijk van het roken af te komen. Daarom is het goed te beseffen dat rookverslaving naast een neurobiologische basis ook een psychosociale component heeft. Een stop-roken interventie dat ingrijpt op beide facetten (dus zowel de farmacologische als psychosociale) heeft de grootste kans op succes.

**Kernboodschappen**

- Effectiviteit van varenicline is aangetoond in sterk gecontroleerd onderzoek. Klinische trials zijn nodig om de waarde van varenicline voor de praktijk duidelijk te krijgen.
- Gebruik van varenicline heeft een begin dosis van 0,5 mg per dag. Onderzoek rapporteert ook hogere doses. Dosering zou idealiter aangepast moeten worden aan ontweningsverschijnselen en craving.
- Een gecombineerde aanpak van het stoppen met roken (farmacologisch en psychosociaal) heeft, zeker bij risicogroepen, het meest kans op succes.

**Literatuur:**

[www.CAHAG.nl](http://www.CAHAG.nl) ➔ Bulletin

**De praktijkwijzer Astma/COPD; wat is er nieuw?**

*Thei Steenkamer, huisarts gezondheidscentrum GEIN, Amsterdam, kaderhuisarts astma/COPD.*

Begin 2008 verschijnt de Praktijkwijzer Astma/COPD als opvolger van de Praktijkhandleiding Astma/COPD(2002). De aanleiding is de revisie van astma en COPD richtlijnen.

De Praktijkwijzer bestaat uit deelwijzers. Kort wordt per deelwijzer de vernieuwing toegelicht:

**Deelwijzer organisatie:** Deze bevat een productoverzicht van de in Nederland te verkrijgen diagnostische spirometers. Tevens is er een beslisboom van de Werkgroep Inhalatie Technologie welke een gemotiveerde keuze voor een toedieningsvorm inhalator mogelijk maakt.

**Deelwijzer uitvoering** met als onderdelen: a) preventie/opsporing/vroegdiagnostiek, b) diagnostiek, c) het scharnierconsult, d) intensieve behandelfase en e) minder intensieve zorg.

Het *scharnierconsult* is de verbinding tussen enerzijds de diagnostische fase waarin de patiënt wel klachten maar nog geen diagnose heeft en anderzijds de intensieve behandelfase waarin de diagnose is gesteld en in een compact programma de toestand van de patiënt wordt geoptimaliseerd. Het scharnierconsult markeert daarmee de overgang van klacht → diagnose

→ chronisch patiënt. Het is het beginpunt van educatie, van levensstijlzorg en van zelfmanagement.

De *intensieve fase* varieert in duur tussen 3 en 10 maanden. In deze periode vinden een reeks consulten plaats door huisarts en POH zodat op het eind van deze fase de spirometrisch Persoonlijk Beste Waarden bekend zijn. De patiënt heeft dan een zelfmanagement programma gevolgd en de medicatie is aangepast aan het stadium van de ziekte. Daarnaast is aandacht besteed aan sanering en zijn de consequenties voor vrije tijd en werk besproken/bekend. Indien nodig participeert de patiënt in het 'stoppen met roken' programma. Men streeft naar een goede balans tussen voeding en gewicht en er is aandacht voor bewegingsarmoede.

De zorg is strikt op maat en probleemgestuurd. Dit maakt het mogelijk dat de 'lichte astmatici' niet in een keurslijf van controles worden geduwd maar alleen die zorg krijgen die ze nodig hebben. De anamnese heeft een duidelijkere plaats gekregen mede door het prominente gebruik van een vragenlijst. De vragenlijst levert reproduceerbare cijfers die het beoordelen van klachten en beperkingen beter mogelijk maakt.

Educatie oftewel het leerproces dat gericht is op inzicht en attitudeverandering is prominent neergezet door de cursus astmazelfmanagement. De patiënt krijgt in 4 stappen de vaardigheid zelfmanagement aangeleerd. De uitvoering van voorlichting is volgens de methodiek 'patiënt-vraag gestuurd'. Het cluster leefstijl-beïnvloeding bestaat uit roken, bewegen, voeding en gewicht, saneren/allergie, hobby/werk. Middels een methodiek: doel, stadiering, middelen, voorlichting, taakverdeling, evaluatie en follow-up moet de patiënt zelf het voortouw nemen. De intensieve behandelingsfase wordt afgesloten als de patiënt gestabiliseerd, geëduceerd en toegerust is.

De minder intensieve zorg fase tenslotte is gericht op het behoud van de verworven toestand. De termen 'full-control' voor astmatici en 'leefstijl-optimalisatie' voor COPD nemen nu de plaats in van het woord 'controles'.

#### Deelwijzer verdieping:

Informatie over longrevalidatie, zuurstoftherapie en het werk van de fysiotherapeut.

#### Conclusie voor de praktijk

De praktijkwijzer astma/COPD is een gedetailleerde handleiding hoe, samen met de praktijkverpleegkundige, de zorg voor astma en COPD patiënten georganiseerd en uitgevoerd kan worden.

## Beweegprogramma's voor patiënten met licht tot matig COPD in de eerste lijn

Drs. Annemieke Fastenau, fysiotherapeut en bewegingswetenschapper, vakgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht

COPD-patiënten uit alle ernst stadia (volgens GOLD) bewegen veel minder dan hun gezonde leeftijdgenoten. Uit onderzoek blijkt echter dat patiënten met COPD die enige mate van fysieke activiteit (2 uur per week lopen of fietsen) vertonen een belangrijke afname hebben in het risico op hospitalisatie en mortaliteit. Verder heeft bewegen gunstige invloed op het kunnen uitvoeren van allerlei dagelijkse bezigheden en op voorkomen van sociaal isolement. In de NHG-standaard COPD 2007 en de LESA COPD wordt het belang van bewegen bij COPD ook onderkend.

Onderzoek van het NIVEL heeft aangetoond dat mensen met COPD behoefte hebben aan deskundige begeleiding bij sporten en bewegen. In 2005 is er door het KNGF (de beroepsgroep voor fysiotherapeuten) en het NPI (Nederlands Paramedisch Instituut) in samenwerking met de Katholieke Universiteit Leuven een beweegprogramma COPD ontwikkeld voor de 1<sup>e</sup> lijn. Dit programma is bedoeld voor de lichte en matige COPD-patiënt én voor de ernstigere COPD-patiënt die nog ondersteuning nodig heeft na een revalidatietraject in de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn.

Sommige fysiotherapeuten hebben de bijscholing COPD gevolgd (basiscursus COPD en Astma van het NPI en de cursus beweegprogramma COPD) en besteden uitgebreid aandacht aan beweegprogramma, mucusklaring en ademhalingsoefeningen. Ook is de samenwerking met huisartsenpraktijken in de omgeving ontzettend belangrijk. Er zullen onderling werkafspraken gemaakt moeten worden over o.a. verwijzingsbeleid. Momenteel is de meest belemmerende factor voor ketenzorg beweegprogramma's het complexe vergoedingensysteem.

Tabel 1.

Overzicht van vergoedingen *individuele* behandelingen fysiotherapie

	<i>Basisverzekering</i>	<i>Aanvullende verzekering</i>
niet-chronische patiënt	-	alle behandelingen
chronische patiënt	10 <sup>e</sup> behandeling en verder	behandeling 1 t/m 9

Tabel 2.

Overzicht van de gehanteerde indelingen bij COPD en mogelijkheid voor chronische indicatie fysiotherapie

	<i>Indeling lijst Borst</i>	<i>Indeling GOLD-criteria</i>
niet-chronische patiënt	FEV <sub>1</sub> / VC < 70% en FEV <sub>1</sub> ≥ 50%	GOLD I en deel (± 50%) GOLD II
chronische patiënt	FEV <sub>1</sub> / VC < 60%	deel (± 50%) GOLD II, GOLD III en GOLD IV

### Conclusie voor de praktijk:

- Breng de COPD-patiënt in beweging!
- Probeer samenwerking tussen huisartsenpraktijk en fysiotherapiepraktijk in de eigen omgeving op gang te brengen met een fysiotherapeut die de basiscursus COPD en Astma van het NPI en de cursus beweegprogramma COPD gevolgd heeft.
- Voor praktische hulpmiddelen (o.a. vb van bijeenkomsten, werkafspraken, uitleg over financieringsstructuur) bij het opstarten van samenwerking zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Reactivatie.

## Hoe kan kwaliteit van leven bij COPD- en astmapatiënten het best in kaart worden gebracht bij een controleconsult?

*Dr. Annelies Jacobs, staflid afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud.*

De NHG-Standaard COPD beveelt aan om bij (half)jaarlijkse controles de volgende parameters te vervolgen:

- de ernst van de klachten;
- het inspanningsvermogen;
- de kwaliteit van leven;
- de ervaren beperkingen;
- de FEV<sub>1</sub>.

Ook de NHG-standaard astma bij volwassenen beveelt aan dat patiënten met persisterend astma (half-)jaarlijks worden gecontroleerd, waarbij onder meer de klachten, nachtrust en ervaren beperkingen moeten worden geëvalueerd. Bij de controles kan de huisarts/praktijkverpleegkundige gebruik maken van diverse korte vragenlijsten, waarmee de ernst van de klachten en beperkingen op een betrouwbare en systematische wijze kan worden gevolgd.

Bij COPD kunnen de functionele beperkingen als gevolg van dyspneu worden gemeten met de Medical Research Council-lijst (MRC-score in vijf graden van ernst) [Bestall 1999]. Een andere vragenlijst is de Clinical COPD Questionnaire (CCQ), waarmee in tien vragen de ziektegerelateerde gezondheidstoestand (drie domeinen: symptomen, functionele en mentale status) wordt beoordeeld. De CCQ is gevalideerd voor het gebruik op groepsniveau en op individueel niveau [Van der Molen 2003, Kocks 2006]. Een ander kort instrument, de RIQ-MON<sub>10</sub>, werd ontworpen voor volwassen eerstelijnspatiënten met respiratoire aandoeningen en meet vooral de door de patiënt ervaren last van de aandoening (tien vragen over vier domeinen: fysieke en mentale klachten, fysieke en sociale beperkingen). Het instrument is gevalideerd op basis van drie follow-up onderzoeken [Jacobs 2004a, Jacobs 2004b]. Deze en andere vragenlijsten kunnen worden gedownload via de website van de CAHAG ([www.cahag.nl/praktijkondersteuning](http://www.cahag.nl/praktijkondersteuning)). Overige voor astma gevalideerde vragenlijsten die met name zijn bedoeld voor het voor het meten van de astma-instelling zijn: de Asthma Control

Test (ACT; vijf vragen) ([www.asthmacontrol.com](http://www.asthmacontrol.com)), de Asthma Control Questionnaire (ACQ; zeven vragen) ([www.qoltech.co.uk/Asthmal.htm](http://www.qoltech.co.uk/Asthmal.htm)) en de Asthma Assessment Therapy Questionnaire (ATAQ; vier vragen) ([www.ataqinstrument.com](http://www.ataqinstrument.com)). Verschillende vormen om de gegevens te verzamelen zijn mogelijk (bijv. tevoren invullen in de wachtkamer of via internet).

Het gebruik van korte vragenlijsten is relevant omdat bij astma en COPD de gezondheidsbeleving van patiënten of hun kwaliteit van leven niet rechtstreeks afgeleid kunnen worden van hun symptomen of longfunctie. Bovendien onderschatten artsen vaak de mate van beperkingen en het niveau van de klachten [Sprangers 1992]. Door de behandeling af te stemmen op de ervaren beperkingen en klachten en niet uitsluitend op de longfunctie, is het aannemelijk dat de tevredenheid van de patiënt en de dokter over de behandeling toeneemt [Jacobs 2001]. Patiënten die tevreden zijn over de behandeling zijn eerder geneigd adviezen op te volgen en medische hulp te zoeken bij een verergering van de klachten [Haddad 2000].

### Conclusie:

Op grond van het bovenstaande wordt geadviseerd bij controles niet alleen te focussen op de longfunctie, maar ook de mate van hinder en beperkingen vast te leggen met een van bovengenoemde vragenlijsten. De NHG-standaarden spreken geen voorkeur uit voor een bepaalde lijst. Het voordeel van de RIQ-MON<sub>10</sub> is dat deze geschikt is voor zowel COPD- als astmapatiënten. De andere genoemde lijsten zijn specifiek gericht op astma of COPD. Inbouw van de vragenlijsten in het HIS zou het volgen van de bovengenoemde controleparameters kunnen ondersteunen.

## CAHAG activiteiten: Astma & COPD voor en door huisartsen en praktijkverpleegkundigen, -ondersteuners.

**Adembenemend: 31 januari en 1 februari 2008**

2-Daagse nascholing voor huisarts en praktijkondersteuner samen. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? [www.cahag.nl/agenda](http://www.cahag.nl/agenda).

**Astma & COPD voor Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners 2008**

Op 20 maart, 24 april en 22 mei 2008 staan in Eindhoven, Amsterdam en Zwolle wederom cursussen gepland. Voor informatie: [www.cahag.nl/praktijkondersteuning](http://www.cahag.nl/praktijkondersteuning).

**CAHAG Netwerkdag: woensdag 5 maart 2008**

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 de verdieping. Programma en aanmelden: [www.cahag.nl/agenda](http://www.cahag.nl/agenda).

**IPCRG conferentie Sevilla Spanje**

Van woensdag 28 – 31 mei vindt de IPCRG conferentie plaats.  
Voor informatie: <http://ipcrgseville2008.unicongress.com>

**Nieuwe coördinator CAHAG**

Sinds 1 september jl. is drs. Marjan Verschuur de nieuwe coördinator van de CAHAG. Marjan is dr. Ivo Smeele opgevolgd die tot voorzitter is benoemd van de CAHAG. Marjan is tevens bestuurslid van de V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners.  
E-mail: [cahagcoordinator@nhg.org](mailto:cahagcoordinator@nhg.org).

**CD-ROM "Spirometry Fundamentals"**

Binnenkort zal via de CAHAG de in Amerika ontwikkelde CD-ROM "Spirometry Fundamentals" verkrijgbaar zijn. De inhoud van Spirometry Fundamentals is gebaseerd op de richtlijn voor spirometrie van de American Thoracic Society (ATS). De CD-ROM is door vertegenwoordigers van verschillende betrokken disciplines (huisartsen, praktijkondersteuners en -verpleegkundigen, longfunctielaboranten en longartsen) in Nederland beoordeeld op kwaliteit en bruikbaarheid. De afdeling Huisartsgeneeskunde van het UMC St. Radboud in Nijmegen heeft gezorgd voor de Nederlandse ondertiteling. Door de modulaire opbouw en het gebruik van heldere videofragmenten, animaties en tekstuele uitleg biedt de CD-ROM de theoretische basis die nodig is voor goede spirometrie in de huisartsenpraktijk. Meer informatie over de inhoud van de CD-ROM en hoe deze is te bestellen vindt u op [www.cahag.nl/spirometrie](http://www.cahag.nl/spirometrie). Hier vindt u ook informatie over CASPIR; een project waarbij bovengenoemde disciplines samenwerken om de kwaliteit van spirometrie in de eerstelijns te verbeteren.

**Colofon**

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma. Voor de doelstelling, activiteiten, samenwerking, structuur, leden en jaarplan zie [www.cahag.nl/Over](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, dr. Ivo Smeele, mevr. Ilonka Godschalk, Thei Steenkamer, allen (kader)huisarts.

Eindredactie: drs. Marjan Verschuur, cahagcoördinator.

Redactie-adres: mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat  
Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

E-mail: [cahagsecretariaat@nhg.org](mailto:cahagsecretariaat@nhg.org)

Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

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

AstraZeneca



life inspiring ideas



Boehringer  
Ingelheim

GlaxoWellcome