

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 1. 2013

Spirometrie bij astma en COPD: wanneer alleen postmeting en wanneer pre- en postmeting?

Thei Steenkamer, Kaderhuisarts astma/COPD te Almere.

In de dagelijkse praktijk zijn rond spirometrie veel vragen zoals:

- Reversibiliteitstest altijd doen?
- Pre- en posttest?
- Reversibiliteitstesten na ophogen van ICS?

In dit artikel wordt hier m.b.v. de NHG-Standaard en de Zorgstandaard beknopt antwoord op gegeven. De leidraad is de indeling van het zorgproces zoals beschreven in boek protocolaire COPD-zorg.

DIAGNOSTISCHE FASE astma en COPD → steeds pre- en postmeting.

De diagnose COPD wordt gesteld op basis van de postbronchodilatoire FEV_1 /FVC-ratio en de ernstindeling is op basis van de postbronchodilatoire FEV_1 .

De diagnose astma wordt spirometrisch onderbouwd indien een verbetering optreedt van $\geq 12\%$ en ≥ 200 ml ten opzichte van de prebronchodilatoire FEV_1 .

INTENSIEVE BEHANDELFASE voor COPD → steeds pre- en postmeting.

Het is mogelijk dat, wanneer de patiënt de juiste inhalatiemedicatie gebruikt, de gemeten bronchusobstructie vermindert. Indien de FEV_1 dan stijgt tot in het normale gebied ($FEV_1 > 80\%$ en de $FEV_1/FVC > 0,7$) dan is er geen sprake meer van COPD. Als er obstructie is vastgesteld (FEV_1/FVC -ratio $< 0,7$) en de reversibiliteit is $< 12\%$ (ten opzichte van de pre- FEV_1) dan blijft de diagnose COPD overeind.

Wat betreft de frequentie van de spirometrie-controles in deze fase stelt de Zorgstandaard dat – direct na een initiële diagnose COPD - de controlefrequentie aangepast moet worden aan het beloop van de ervaren klachten en het behalen van de gestelde doelen.

INTENSIEVE BEHANDELFASE voor PERSISTEREND ASTMA → steeds pre- en postmeting.

In deze fase van de behandeling gebruikt de patiënt een inhalatiecorticosteroïd (ICS). De behandeldoelen zijn:

- Vrijwel geen symptomen overdag.
- Geen functionele beperkingen.
- Geen nachtelijke symptomen.
- Vrijwel geen kortwerkende luchtwegverwijders.
- Normale FEV_1 .

Dit betekent voor de spirometrie dat er een zo klein mogelijk verschil moet zijn voor de FEV_1 tussen de pre- en de postmeting (stabiliteit) en dat de FEV_1 in het normale gebied ligt. Gedurende deze intensieve behandel fase zoekt de huisarts naar het laagste behandelniveau met het hoogste effect. Veelal behandelt men gedurende 3-6 maanden en de evaluatie vindt plaats op grond van klachtinventarisatie en pre- en postmeting spirometrie. Op het eind van de intensieve behandel fase is de persoonlijk-best-waarde FEV_1 van de astmapatiënt bekend. Normale longfunctie is een van de behandel doelen, de praktijk leert echter dat dit niet altijd gehaald wordt.

NIET INTENSIEVE BEHANDELFASE voor PERSISTEREND ASTMA → steeds pre- en postmeting.

De aanbeveling in de richtlijnen is: eenmaal per jaar spirometrie bij patiënten die continu ICS gebruiken en eenmaal per jaar bij patiënten met astma die blijven roken. De arts stelt vast of de persoonlijk-best-waarde FEV_1 (als percentage van voorspeld) gehaald blijft en zij stelt vast of er stabiliteit is (weinig verschil tussen pre- en postmeting).

NIET INTENSIEVE BEHANDELFASE voor COPD → alleen postmeting.

Er is overeenstemming dat wanneer de toestand van de COPD-patiënt geoptimaliseerd is in de intensieve behandel fase en de patiënt stabiel blijft dat minimaal eenmaal per jaar een evaluatie/controle moet plaatsvinden in de vorm van een gestructureerde anamnese (o.a. met kwaliteit van levensvragen zoals CCQ). Voorts moet eenmaal per jaar de comorbiditeit beoordeeld worden. De landelijke richtlijn diagnostiek en behandeling COPD is van mening dat tijdens een stabiele fase van licht-COPD slechts eens per 3 jaar spirometrie uitgevoerd hoeft worden. Indien patiënt nog rookt is dit eenmaal per jaar.

Andere redenen voor spirometrie

De praktijken die zich meer verdiept hebben in het interpreteren van spirometrie zullen om ook andere redenen spirometrie uitvoeren zoals bijvoorbeeld zichtbaar maken van hyperinflatie en het beoordelen van medicamenteuze interventies.

Conclusie voor de praktijk

Spirometrie in de huisartsgeneeskundige setting is bij stabiele COPD-patiënten in de niet intensieve behandel fase alleen een postbronchodilatoire meting. In alle andere gevallen wordt bij astma en COPD een pre- en postmeting uitgevoerd.

Literatuur www.cahag.nl/bulletin

Zorgstandaard astma Volwassenen

dr. Jean Muris, hoofd huisartsopleiding Maastricht University
en dr. Bert Roldaan, longarts Den Haag.

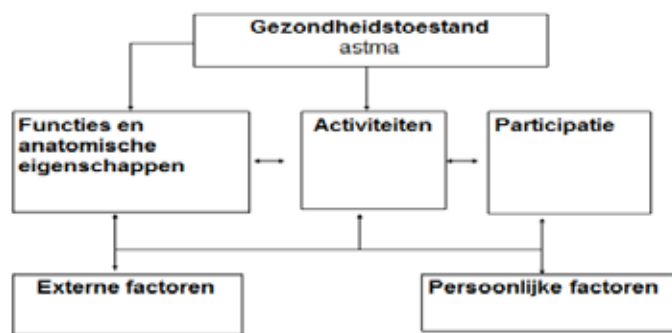


Op 28 september 2012 werden door de leden van de Long Alliantie Nederland (LAN) de Zorgstandaarden “astma Volwassenen” en “astma Kinderen” geautoriseerd. In combinatie met de Zorgstandaard “COPD”, die in 2010 verscheen, is hiermee de beschrijving van de normering van zorg voor patiënten met chronische obstructieve longaandoeningen in Nederland vooralsnog voltooid.

De Zorgstandaard astma Volwassenen is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en beschrijft het multidisciplinair zorgproces voor mensen met astma vanaf de leeftijd van 16 jaar. Het gaat hierbij om een functionele beschrijving wat aan zorg geleverd dient te worden, niet waar of door wie die zorgactiviteiten worden uitgevoerd. Een aantal uitgangspunten vormt het fundament, waarop de Zorgstandaard astma Volwassenen vorm is gegeven. Deze worden hieronder kort besproken.

Visie op Zorg

Ten grondslag aan de visie op zorg ligt de integrale gezondheidstoestand van de mens met astma. Hierbij wordt benadrukt dat, naast de fysieke stoornis, per se aandacht dient te worden geschonken aan de mate waarin de aandoening aanleiding geeft tot eventuele beperkingen bij het uitvoeren van (dagelijkse) activiteiten en deelname aan het maatschappelijk leven (participatie). Hiertoe is gebruik gemaakt van het ICF-systeem (International Classification of Functioning, Disability and Health³), zoals weergegeven in figuur 1.



Figuur 1: Wisselwerking tussen de diverse aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren.

In het ICF-systeem wordt het menselijk functioneren gezien als een complexe relatie tussen het astma enerzijds en de externe en persoonlijke factoren anderzijds. Elk van de in figuur 1 aangegeven aspecten en factoren bestaat uit meerdere concrete subdomeinen, die op de ervaren gezondheidstoestand en kwaliteit van leven van invloed kunnen zijn. Dit

impliceert onder meer dat diagnostiek, uitsluitend gericht op de fysieke stoornis, slechts beperkte informatie oplevert over eventuele problemen binnen de andere domeinen van de integrale gezondheidstoestand. Het volgende uitgangspunt, de integrale beoordeling, is hiervan een uitvloeisel.

Getrapte integrale beoordeling

Voor het inventariseren van alle aspecten van de gezondheidstoestand, zoals boven omschreven, is een integrale beoordeling van iedere patiënt met astma van belang. Deze beoordeling wordt voorafgegaan door het stellen van de juiste diagnose. De diagnose astma wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, in combinatie met (herhaald) longfunctieonderzoek en eventueel een provocatietest met histamine of metacholine. Het is daarom van belang dat degene die de diagnose stelt toegang heeft tot spirometrisch onderzoek en, indien noodzakelijk, de mogelijkheid om bronchiale hyperreactiviteit aan te tonen. Nadat de diagnose op goede gronden is gesteld volgt de integrale beoordeling die, uiteraard voor zover nodig, trapsgewijs plaatsvindt.

Trap 1: Basale integrale beoordeling

Anamnese, fysieke parameters, ervaren klachten en beperkingen, kwaliteit van leven, aanwezigheid van allergie. Bepaling van de zorgvraag. Deze basale beoordeling zal veelal in de eerste lijn kunnen plaatsvinden.

Trap 2: Gespecialiseerde integrale beoordeling

Een gespecialiseerde beoordeling, meestal door de longarts, wordt geadviseerd bij:

- diagnostische problemen;
- het onvoldoende bereiken van behandeldoelen bij adequate therapie;
- het onvoldoende kunnen beantwoorden van de zorgvraag.

Trap 3: Intensieve integrale beoordeling

Deze multidisciplinaire beoordeling vindt plaats bij de aanwezigheid van complexe, veelal meervoudige problematiek en zal name worden verricht door zorgverleners met kennis van en ervaring met moeilijk behandelbaar astma.

Classificatie op basis van astmacontrole

Nadat integrale beoordeling heeft plaatsgevonden wordt een individueel zorgplan opgesteld. Daarbij is het van belang patiënten te classificeren. Omdat bij mensen met astma de mate waarin de ziekte onder controle is van groot belang is voor de integrale gezondheidstoestand, is in de Zorgstandaarden astma ervoor gekozen om astmacontrole als uitgangspunt voor classificatie (en monitoring) te hanteren. Gevalideerde vragenlijsten voor de mate van astmacontrole, zoals de ACQ-5, zijn beschikbaar en in de praktijk goed bruikbaar. De Zorgstandaard handelt de volgende classificatie:

- Patiënten die (conform de GINA-richtlijn) hun astma volledig onder controle hebben (ACQ van $\leq 0,75$).
- Patiënten die hun astma gedeeltelijk onder controle hebben (ACQ tussen 0,75 en 1,5).

- Patiënten die hun astma niet of onvoldoende onder controle hebben ($ACQ \geq 1,5$).

Conclusies voor de praktijk

- Start met integrale beoordeling voor het inventariseren van alle aspecten van de gezondheidstoestand.
- De integrale beoordeling heeft een getrappt model.
- Neem de mate van controle conform GINA als uitgangspunt.

De waarde van de CRP-sneltest bij exacerbaties van COPD

dr. Rogier Hopstaken, huisarts Eindhoven, tevens Salto diagnostisch centrum, Utrecht en Sandra Schipper, student geneeskunde, Universiteit van Maastricht.

Bepaling van de acute inflammatiemarker C-reactief proteïne (CRP) in de huisartsenpraktijk helpt ernstige (pneumonie) van niet-ernstige onderste luchtweginfecties (acute bronchitis) te onderscheiden. Als CRP met een point-of-care test (POCT) wordt verricht leidt dat bovendien tot een daling van het aantal onnodige antibioticumvoorschriften. De CRP-test heeft een plaats gekregen in de NHG-Standaard Acuut hoesten. Steeds meer huisartsen krijgen nu de mogelijkheid om, ondersteund door een lokaal laboratorium, de CRP-sneltest in de praktijk te gebruiken. Het lijkt logisch te veronderstellen dat CRP ook van waarde kan zijn voor de patiënt met een exacerbatie COPD.

Helpt CRP infectieuze van niet-infectieuze exacerbaties COPD te onderscheiden en de juiste patiënt te selecteren voor behandeling met antibiotica?

Volgens de NHG-Standaard COPD is een exacerbatie een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van dyspnoe en hoesten, al of niet met slijm opgeven, die groter is dan de normale dag-tot-dag-variabiliteit.

Antibiotica zijn geïndiceerd bij een exacerbatie én klinische infectieverschijnselen (temperatuur $> 38^\circ$, algemeen ziekzijn) in combinatie met: een bekende zeer slechte FEV_1 ($< 30\%$ van de voorspelde waarde) of onvoldoende verbetering na vier dagen. De bewijsvoering voor de meerwaarde van antibiotica bij exacerbaties in de eerste lijn is echter beperkt. Dit past bij de constatering dat veel exacerbaties veroorzaakt worden door niet-bacteriële pathogenen (luchtvervuiling, virus, onbekende origine). Ook COPD-patiënten worden geconfronteerd met acute onderste luchtweginfecties, vermoedelijk zelfs vaker dan andere patiënten. Een CRP-testuitslag < 20 mg/l helpt sterk om pneumonie uit te sluiten, CRP > 100 mg/l duidt op een ernstige infectie, mogelijk pneumonie. Bij grofweg 30% van de patiënten met CRP-waarde $20-99$ mg/l zal het klinische beeld doorslaggevend blijven, eventueel aangevuld met andere diagnostiek. Er is geen reden om aan te nemen dat dit voor COPD-patiënten anders is, zo blijkt ook uit analyse van subgroepen in een nog niet gepubliceerd onderzoek in 12 Europese landen. CRP lijkt in eerstelijns popula-

ties echter - in tegenstelling tot de overtuigende testkwaliteiten om pneumonie van niet-pneumonie te onderscheiden - niet van grote waarde om bacteriële van niet-bacteriële infecties te onderscheiden, zoals ook een infiltraat op de longfoto niets zegt over de verwekker. Meer studies zijn nodig om de definitieve plaats voor CRP bij exacerbaties te bepalen.

Is CRP een prognostische factor voor ernst van COPD, ziektebeloop, hospitalisatie en sterfte?

CRP is bij stabiele COPD-patiënten gemiddeld licht verhoogd door laaggradige inflammatie. Er zijn voldoende aanwijzingen dat een verhoogd (basis) CRP > 3 mg/l bij patiënten met COPD voorspellend is voor hospitalisatie en hogere all-cause mortaliteit op de (middel-)lange termijn, onafhankelijk van roken en longfunctie. Verhoogde CRP-waarden zijn ook geassocieerd met afname van de FEV_1 . Verhoogde CRP-waarden 14 dagen na een exacerbatie blijken tevens een voorspeller voor een hogere kans op een volgende exacerbatie binnen 50 dagen, onafhankelijk van de ernst van de COPD. In veel studies was de meerwaarde van CRP gelegen in (over het algemeen) licht verhoogde CRP-waarden (CRP $0-3$ of > 3 mg/l) die middels high sensitivity CRP-testen zouden moeten worden bepaald. Met de reguliere CRP-sneltesten in de huisartsenpraktijk is dit vooralsnog niet mogelijk.

Conclusies voor de praktijk

- Bepaling van het C-reactief proteïne middels een point-of-care test is voor de huisarts vooral van aanvullende waarde om bij een exacerbatie van COPD onderscheid te kunnen maken tussen pneumonie en geen pneumonie.
- Voor verder diagnostisch onderscheid in type exacerbatie (bacterieel-viraal-anderszins) zijn op dit moment onvoldoende argumenten om CRP routinematig bij COPD-patiënten te bepalen.

Literatuur www.cahag.nl/bulletin

Interview met webmaster www.astmacopdzorg.nl

Frank Oldenhof, kaderhuisarts astma/COPD te Zwolle.



Frank, kan je beginnen om iets over jezelf te vertellen?

Ik ben 9 jaar werkzaam in het Gezondheids-huis Stadshagen te Zwolle. We proberen in het centrum een geïntegreerde en gestructureerde eerstelijnszorg te leveren middels een multidisciplinaire benadering. Twee jaar geleden heb ik de kaderopleiding astma en COPD afgerond. Het was erg leuk om met een groep huisartsen die enthousiast zijn over astma en COPD na te denken hoe je tot kwaliteitsverbetering van de zorg kan komen. Je ziet ook dat regionale verschillen bestaan en daarmee kan je van elkaar leren hoe bepaalde zaken elders georganiseerd zijn.

Wat doe je voor de CAHAG?

Ik wist niet dat de CAHAG zo'n actieve groep was met een hoog professioneel karakter. Ik maak nu deel uit van de redactiecommissie van het CAHAGbulletin. Verder neem ik deel aan de kerngroep vergaderingen waar actuele zaken zoals Zorg-standaarden worden besproken. Zoals veel kaderhuisartsen verzorg ik ook workshops op Adembenemend en op de POH-dagen. Uiteraard geef ik ook de CASPIR-nascholingen. Vanuit de websitecommissie beheer ik het forum op www.astmacopdzorg.nl.

Waarom is er naast de CAHAG-website nog een site?

Op de CAHAG-website www.CAHAG.nl is allerlei informatie over astma en COPD te vinden voor huisartsen en praktijkondersteuners. De informatie op de CAHAG-website betreft zowel medisch inhoudelijke als organisatorische en politieke zaken. De website bestaat een flink aantal jaren, maar er ontbrak een vraag- en antwoordforum. Daarom is 2 jaar geleden een forum gestart. Vanwege ICT-beperkingen kon het forum niet op de CAHAG-website komen en is gekozen om de website www.astmacopdzorg.nl te gebruiken, die net opgestart was in relatie met het uitgekomen boek *Protocollaire COPD-zorg*

Op de [astmacopdzorg-website](http://www.astmacopdzorg.nl) staat de digitale versie van het boek "Protocollaire COPD-zorg". Alle bijlagen uit het boek om het COPD-consult te organiseren zijn hier te downloaden. Verder kan men een vraag stellen over astma en COPD-zorg of een casus inbrengen. Op de website staat beschreven hoe een discussie-item toegevoegd kan worden. Hierbij is het verstandig om een mailnotificatie aan te maken, zodat een melding per mail volgt zodra een reactie op het forum is verschenen. Het aanmaken van een gebruikersnaam wordt in twee korte stappen beschreven. Het grote voordeel van een vraag- en antwoordforum is dat verschillende mensen kunnen reageren op een discussie-item.

Wie zit achter het forum?

Iedereen kan een reactie op een discussie-item op het forum plaatsen. Het forum wordt indien nodig gemodereerd. Vragen en casuïstiek worden voorzien van een antwoord en commentaar door een panel van deskundigen. Het vaste panel bestaat uit (kader)huisartsen, longartsen en een longfunctie-laborante. De forumbeheerder roept op indicatie de expertise in van deskundigen uit het CAHAG-netwerk. De bedoeling is om de vragensteller zo snel mogelijk een antwoord op maat te geven.

Wat zijn de toekomstplannen met de website?

Door de twee websites is het aanbod versnipperd geraakt. Voor de toekomst willen we graag één website waarbij het voor de gebruiker eenvoudig is om van het medisch inhoudelijke gedeelte naar het forum, vraag en antwoord, gedeelte te klikken. Momenteel vindt een reorganisatie plaats van de gehele NHG-website. De CAHAG wil een herkenbare site blijven waar hulpverleners makkelijk terecht kunnen voor allerlei zaken met betrekking tot de astma en COPD-zorg. Het doel van de CAHAG-website is het ondersteunen van hulpverleners. We hopen dat we daarin slagen en nodigen mensen uit om vragen en opmerkingen te plaatsen op met forum van www.astmacopdzorg.nl.

Agenda

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelij

Voor meer informatie zie www.cahag.nl/scholing en CASPIR.

POH-cursus (ook voor huisartsen!) 19 maart Amsterdam en 25 april 2013 Zwolle

In deze dagcursussen is aandacht voor nieuwe ontwikkelingen en actuele discussiepunten rond de zorg bij astma en COPD. Naast plenaire lezingen zijn er een groot aantal keuzeworkshops waarin problemen uit de dagelijkse praktijk centraal staan. De kwaliteit wordt gegarandeerd door het inzetten van zeer ervaren docenten (kaderhuisartsen of praktijkpraktijkverpleegkundigen) die ook in de praktijk werkzaam zijn, zodat ze weten wat daar speelt. www.cahag.nl

Onderwijs aan zorggroepen

De CAHAG biedt een scholingsaanbod speciaal gericht op zorggroepen. Deze scholing is voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen/ondersteuners, eventueel praktijkassistentes en samenwerkingspartners (bv. fysiotherapeuten). In overleg zijn modules op maat naar behoefte van de zorggroep mogelijk. De scholingen zijn onafhankelijk, actueel en toegesneden op de werkwijze en mogelijkheden van zorggroepen. De scholingen zullen worden geaccrediteerd voor huisartsen en POH-ers. Voor een overzicht van de scholingen:

www.cahag.nl of via onderwijs@secretariaatcahag.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 over de CAHAG. Het CAHAGbulletin verschijnt 3x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang 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, dr. Ivo Smeele, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, Frank Oldenhof, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur - Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica Postbus 3231 3502 GE Utrecht, E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

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

AstraZeneca 

 **Boehringer
Ingelheim**

 **gsk**
GlaxoSmithKline