

Astma en COPD zorg in coronatijd

De CAHAG schrijft continu standpunten en richtlijnen om de reguliere zorg in de eerste lijn te ondersteunen en te adviseren in deze coronatijd. Dit doen we samen met andere organisaties, zoals het NHG, de LHV en de NVALT. U kunt de laatste richtlijnen vinden op:

www.cahag.nl//kennisbank/standpunten

Op Thuisarts.nl is een online corona-vragentest beschikbaar waarmee patiënten zelf kunnen zien wanneer een bezoek aan de huisarts nodig is:

www.thuisarts.nl/vragentest/corona

Nieuwe NHG-Standaard Astma bij volwassenen, een overzicht van de wijzigingen

Dr. Esther Metting, hoofdredacteur CAHAG Bulletin

De NHG-Standaard Astma bij volwassenen is na 5 jaar herzien. De NHG-Standaard Astma bij volwassenen geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en monitoring van astma bij patiënten vanaf 18 jaar. In dit artikel worden de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige standaard gepresenteerd.

Diagnostiek

De diagnostische criteria zijn aangescherpt. Een spirometrisch aangetoonde reversibiliteit is nodig om de diagnose te kunnen stellen. Bij twijfel is bepaling van de histamine- of metacholinedrempel geïndiceerd. Start niet met onderhoudsmedicatie voordat de diagnose astma voldoende zeker is gesteld. Deze histamine- of metacholineprovocatietest kan in eigen beheer of via diagnostische consultatie van de longarts worden uitgevoerd. Een normale histamine- of metacholineprovocatietest sluit astma vrijwel uit.

Goede en onvoldoende astmacontrole

Astmacontrole kan nog steeds bepaald worden door middel van de ACQ6-s of de ACT. Dat is in deze richtlijnen hetzelfde gebleven maar tot nu toe werd onderscheid gemaakt tussen 'gecontroleerd', 'deels gecontroleerd' en 'ongetrouwe' astma. In de nieuwe richtlijn wordt deze driedeling vervangen door de tweedeling 'goede' en 'onvoldoende' astmacontrole. Een ACQ6-score $\geq 0,75$ of een ACT-score < 20 betekent dat de astma onvoldoende gecontroleerd is.

Medicatie

De dosering inhalatiemedicatie wordt nu weergegeven als lage, intermediaire en hoge dosering.

Verschillende adviezen rondom het voorschrijven van kortwerkende β_2 -mimetica (SABA) zijn aangepast. Uitgangspunt is dat bij een goede astmacontrole SABA-gebruik vrijwel niet nodig is. Zo is het indicatiegebied voor gebruik van

SABA's beperkt en is er meer aandacht voor overmatig SABA-gebruik. Bij het medicamenteuze stappenplan is het mogelijk om stap 1 (SABA of zo nodig ICS/formoterol) over te slaan. Inhalatiecorticosteroiden zijn de hoeksteen van de medicamenteuze behandeling van astma. Als de patiënt vaker dan twee keer per week SABA inneemt is er sprake van overmatig gebruik. Dit is een teken van onvoldoende astmacontrole. Bij vermoeden van overmatig gebruik is het te adviseren om gebruik te maken van de gegevens van de apotheek om na te gaan hoe vaak de patiënt een SABA gebruikt. De mogelijkheid om bij stap 2 'ICS/formoterol zo nodig' te geven is aan het stappenplan toegevoegd. Dit advies is met name geschikt voor patiënten met mogelijk beperkte therapietrouw of beperkt ziekte-inzicht.

Medicatie bij zwangerschap en borstvoeding

Over zwangerschap en borstvoeding is nieuwe informatie toegevoegd. Uitgangspunt is dat goede astmacontrole met medicamenteuze behandeling tijdens de zwangerschap veiliger is en minder complicaties geeft dan het staken van de medicatie vanwege zorgen om het ongeboren kind omdat de kans op astmaklachten en longaanval toenemen. Salbutamol, terbutaline, salmeterol, formoterol, fluticason, beclometason en budesonide kunnen in de gebruikelijke dosering zonder problemen worden gegeven; dit geldt ook voor combinatiepreparaten van deze middelen. Een longaanval tijdens de zwangerschap moet op dezelfde manier behandeld worden als buiten de zwangerschap. Salbutamol, terbutaline, beclometason, budesonide, fluticason en ciclesonide kunnen zonder problemen bij borstvoeding gegeven worden.

Longaanval

De term exacerbaties is vervangen door longaanval. Het beleid bij longaanval is geactualiseerd en opgenomen in de nieuwe NHG-Behandelrichtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties (mei 2020). Hierdoor zijn er kleine wijzigingen doorgevoerd in de afkapwaarden. Zo is bijvoorbeeld het hartfrequentie criterium voor een ernstige exacerbatie is gewijzigd van 120 naar 100 keer per minuut.

Veel onduidelijkheid over de juiste toediening van neussprays

Corine Rollema, apotheker, Eric van Roon, klinisch farmacoloog-ziekenhuisapotheker Medisch Centrum Leeuwarden en Tjalling de Vries, kinderarts Medisch Centrum Leeuwarden

Intranasale corticosteroiden zijn u bekend als medicatie voor de behandeling van onder andere allergische rhinitis (AR). AR is een veelvoorkomende aandoening met een geschatte prevalentie van 4,9% in de eerste lijn.¹ Het werkelijke percentage zal naar alle waarschijnlijkheid hoger liggen, want de prevalentiecijfers zijn gebaseerd op het aantal patiënten dat met deze klachten naar de huisarts is

gegaan. AR kan grote invloed op de kwaliteit van leven hebben door slaapproblemen, belemmering van dagelijkse activiteiten en school- of werkverzuim.¹

Adequate behandeling is daarom gewenst. Volgens de NHG-Standaard M48 kan AR, afhankelijk van de ernst en frequentie van de klachten, behandeld worden met een oraal en nasaal antihistaminicum en/of een corticosteroidneusspray. Laatstgenoemde neussprays lijken geschikter voor de preventie of langdurige behandeling van AR.¹



Ondanks de hoge prevalentie van AR en daarmee de prescriptie van corticosteroidneussprays door huisartsen, krijgt de toedienteknik en therapietrouw van deze neussprays op dit moment, naar onze mening, onvoldoende aandacht in zowel wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk. Daarom zijn wij vanuit het Medisch Centrum Leeuwarden in 2017 gestart met een onderzoek naar het gebruik van deze neussprays. Uit ons onderzoek komen enigszins verontrustende resultaten voort. Zo is gebleken dat Nederlandse en Engelse bijsluiters niet uniform en zelfs incompleet zijn.^{2,3} Daarnaast blijkt dat patiënten de neusspray niet gebruiken zoals in de bijsluiters staat omschreven.⁴ Ook wijst een nog ongepubliceerd onderzoek uit dat de toedieninstructies van zorgverleners uiteenlopen. Bij zowel patiënt als zorgverlener bestaat onduidelijkheid over zaken als het snuiten van de neus voor de toediening, de richting van de neusspray en de houding van het hoofd tijdens de toediening.⁴

Veel onduidelijkheid dus, terwijl het aannemelijk is dat een juiste toedienteknik van corticosteroidneussprays effectiever is, minder bijwerkingen veroorzaakt en een hogere therapietrouw oplevert. Helaas merken we dat er momenteel weinig aandacht is voor deze toedieninstructie aan patiënten: het is niet duidelijk wie de instructie geeft en de huisarts denkt er bij onvoldoende effectiviteit van deze neussprays vaak niet aan om de toedienteknik te evalueren.

Samen met Long Alliantie Nederland hebben we twee instructieprotocollen ontwikkeld voor het gebruik van corticosteroidneussprays, die onlangs zijn gepubliceerd. Het gaat om een protocol voor de reguliere corticosteroidneusspray en een protocol voor de Avamis corticosteroidneusspray. Deze laatste spray heeft een andere vorm en wijkt in gebruik iets af van het reguliere neussprayflesje. De protocollen kunt u vinden op www.inhalatorgebruik.nl. Daarnaast zijn hier ook de patiëntenkaarten beschikbaar. In het protocol is aandacht voor het voorbereiden van de neusspray, de juiste toedienteknik en de schoonmaakstappen. Het is belangrijk dat dit protocol onder de aandacht wordt gebracht binnen uw praktijk, bij uw ondersteunende zorgverleners en bij de patiënt. Daarnaast zouden samenwer-

kingsafspraken gemaakt moeten worden over wie de toedieninstructie geeft, aannemelijk is de apotheker, en wie het gebruik van deze neussprays evalueert, aannemelijk is de huisarts. Op deze manier kunnen we samenwerken aan een effectievere behandeling van patiënten met AR.

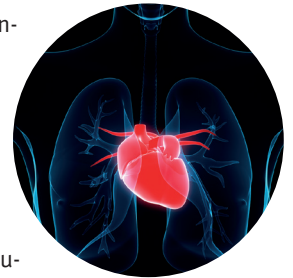
Conclusie voor de praktijk

- De protocollen voor een goed gebruik van corticosteroidneusspray zijn te vinden op www.inhalatorgebruik.nl.
- Gebruik de protocollen bij iedere patiënt en evalueer ook het gebruik van de neusspray.
- Maak samenwerkingsafspraken met de apotheker wie de toedieninstructie geeft (apotheker) en wie de evaluatie doet, aannemelijk is de huisarts.

Structureel CVRM bij COPD

Dr. Bram van den Borst, longarts, Radboudumc, Nijmegen

De richtlijn cardiovasculair risicomanagement (CVRM) doet de aanbeveling om het risico op harten vaatziekten (HVZ) in te schatten bij personen met vermoedelijk een verhoogd risico op basis van familiale belasting, klassieke risicofactoren en risicoverhogende comorbiditeiten. Aandoeningen zoals reumatoïde artritis en hiv vallen al langer



in deze laatste groep. In de herziening van de NHG-Standaard CVRM (mei 2019) is voor het eerst ook COPD toegevoegd als risicoverhogende comorbiditeit. De aanbeveling luidt: 'Stel bij personen met COPD een risicoprofiel voor HVZ op. Overweeg bij twijfel over de behandelindicatie eerder over te gaan tot behandeling van het risico op HVZ bij personen met COPD.'¹

Het klinisch belang van comorbiditeiten bij patiënten met COPD is in de laatste jaren steeds evidentier geworden. Studies naar de prevalentie van verschillende comorbiditeiten bij patiënten met COPD rapporteren vrijwel zonder uitzondering dat HVZ het vaakst voorkomen. Een meta-analyse toonde dat het HVZ risico bij COPD met een factor 2,5 verhoogd is.² Patiënten met zowel COPD als HVZ hebben over het algemeen meer kortademigheid, frequentere exacerbaties en meer ziekenhuisopnames. Daardoor ervaren zij een slechtere kwaliteit van leven en maken zij noodgedwongen aanzienlijk hogere zorgkosten.

Gezamenlijke risicofactoren voor het ontwikkelen van COPD en HVZ, vooral langdurige blootstelling aan tabak maar ook andere leefstijlfactoren, zijn uiteraard van belang en dienen onverminderd geadresseerd te worden. Verschillende risicofactoren voor type 2 diabetes en HVZ komen vaker voor bij COPD, waarvan vooral hypertensie (56%), hyperglycemie (44%) en abdominale obesitas (39%) relevant zijn.³

Echter, ook diverse andere mechanismen worden in verband gebracht met een verhoogd risico op HVZ bij COPD. Hierbij kan gedacht worden aan invloeden van chronische laaggradige inflammatie, hyperinflatie van de longen, (intermitterende) hypoxemie, exacerbaties en metabole veranderingen in skeletspieren.⁴

De associatie tussen COPD en HVZ vraagt om alertheid met betrekking tot het herkennen van HVZ bij COPD, maar ook vice versa; het herkennen van COPD bij patiënten met HVZ. Met de herziene CVRM-richtlijn is er nu grondslag gekomen voor structurele opsporing van risicofactoren voor HVZ bij COPD, met aldus het advies om hierin laagdrempelig over te gaan tot preventieve behandeling. In theorie zou een groot deel van de COPD-patiënten ook al in de vorige versies van de CVRM-richtlijn in aanmerking komen voor CVRM op basis van leeftijd > 50 jaar en rookgedrag. De ervaring leert echter dat dit zeker niet altijd het geval is, al ontbreken precieze cijfers hierover. Als zodanig zal een inhaalslag te maken zijn, maar het ligt voor de hand om CVRM zo vroeg mogelijk te initiëren, bij voorkeur proactief bij diagnosestelling van de COPD.

Conclusies voor de praktijk

- De toevoeging van COPD aan de CVRM-richtlijn kadert in een grotere context van een groeiende erkenning van het belang van multimorbiditeit bij COPD.
- De nieuwste CVRM-richtlijn adviseert bij elke COPD-patiënt een HVZ-risicoprofiel op te stellen.
- Implementatie van structureel en vroegtijdig CVRM bij COPD vraagt om een organisatorische koppeling van de betreffende chronische zorgketens.
- Voor wat betreft COPD-patiënten in de tweede lijn zijn, analoog aan de uitvoering van CVRM bij andere chronische ziekten, longartsen gevraagd om in COPD briefcorrespondentie de huisarts te verzoeken de betreffende patiënt op te nemen in CVRM.

Meningen van patiënten en professionals over stoppen van inhalatiecorticosteroiden bij patiënten met COPD

Dr. Corina de Jong en dr. Job van Boven, UMCG. Prof. dr. Janwillem Kocks, General Practitioners Research Institute, Groningen en UMCG.

Inhalatiecorticosteroiden (ICS) zijn geïndiceerd als hoeksteenbehandeling voor astma, maar slechts in beperkte gevallen (dat wil zeggen alleen voor degenen met frequente exacerbaties en/of astma comorbiditeit) voor de behandeling van COPD. Dit staat al een aantal jaren in de behandelrichtlijnen. Echter, het blijkt dat nog steeds 30% van de Nederlandse ICS-voorschriften voor patiënten met COPD zonder duidelijke indicatie is. En dit is niet zonder risico's. Overmatig ICS-gebruik leidt tot onnodige bijwerkingen^{1,2} en onnodige kosten.³

Het doel van deze kwalitatieve studie was om redenen te achterhalen voor het voorschrijven van ICS aan COPD-

patiënten in de eerste lijn. Daarnaast is met patiënten en professionals besproken hoe niet-geïndiceerd ICS-gebruik het beste gestopt kan worden.

Er werden zes focusgroepen georganiseerd. Drie met in totaal 18 professionals (6 huisartsen, 2 POH'ers en 1 longarts en 9 apothekers) en 3 met in totaal 16 patiënten (gemiddeld 67 jaar oud en 8 man). De focusgroepen waren semigestructureerd en werden geleid door een getrainde gespreksleider.

Patiënten waren positief over het stoppen met ICS. Met name het vooruitzicht op minder bijwerkingen en reductie van het aantal inhalatoren sprak zeer aan: *'Ja ik zou direct stoppen, het heeft toch invloed op je lichaam zo gezegd'*. Duidelijk werd dat er vertrouwen was in de huisarts. Meerdere deelnemers gaven aan dat: *'als mijn huisarts zegt dat dit beter is voor mij dan wil ik het wel proberen'*. Er waren ook zorgen. Sommige patiënten waren bang dat kostenbesparing reden was voor het verminderen van ICS-gebruik bij COPD. En een klein deel gaf aan bang te zijn voor verergering van klachten na het stoppen. Patiënten hebben suggesties gegeven over het stopproces. Patiënten willen begeleid worden bij het stoppen, bijvoorbeeld door telefonisch contact 3 weken na stoppen. Ze willen actief benaderd worden en graag wat reservemedicatie achter de hand houden *'zodat ik het weer kan gaan gebruiken als het mis gaat'*. De POH'er zou een belangrijke rol moeten spelen bij het stoppen: *'mijn doktersassistente [hiermee wordt de praktijkondersteuner bedoeld, red.] is goed bereikbaar en kent me precies'*. Ook werd genoemd dat ze graag geleidelijk willen afbouwen.

De professionals gaven aan bekend te zijn met overmatig ICS-gebruik bij COPD en erkennen het probleem. Maar ze realiseerden zich tegelijkertijd dat het nog niet goed op de agenda staat: *'Het is bijzonder dat als we een nieuwe patiënt krijgen.. de oude medicatie gaat gewoon door.. je denkt er niet zo goed bij na'*. Hoewel de zorgverleners bekend waren met over-prescriptie van ICS bij COPD had niemand nog geprobeerd om een patiënt te laten stoppen. Het is een lastig onderwerp, het is niet eenvoudig om astma uit te sluiten. Bovendien is dit onderwerp met sommige patiënten lastig te bespreken omdat het communiceren moeizaam gaat. Daarbij speelt de beperkte consultatie tijd ook een grote rol.

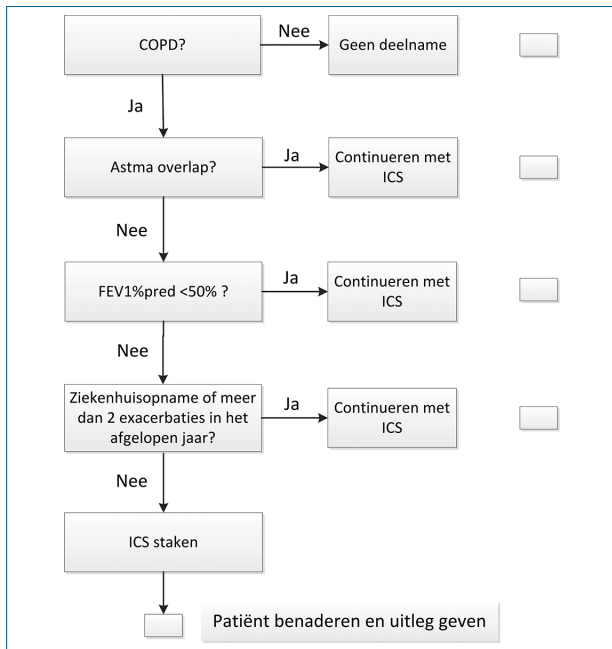
Professionals kwamen met verschillende suggesties om het stopproces te optimaliseren. Er kan bijvoorbeeld een voorselectie worden gemaakt van oudere patiënten die ICS gebruiken en geen corticosteroidkuren hadden in het afgelopen jaar. Deze patiënten komen potentieel in aanmerking om te stoppen met ICS. Zo'n lijst kan worden gemaakt aan de hand van afleverdata van de apotheker. Deze lijst kan worden besproken op het FTO en/of worden nagelopen door de huisarts of POH'ers. Net als bij patiënten gaven de professionals aan dat POH'ers een belangrijke rol kunnen spelen in het stopproces, zij hebben de meeste tijd. Maak het bespreken van potentieel stoppen met ICS onderdeel

van de jaarlijkse controle. Wanneer er gestopt gaat worden, zorg ervoor dat je de patiënt goed begeleidt en plan regelmatig contact. Wees eerlijk over de redenen voor het stoppen. Op basis van dit onderzoek is een stopschema ontwikkeld voor de eerste lijn, die de huisarts kan ondersteunen bij het stoppen van onnodig ICS-gebruik bij COPD, zie figuur 1.

Conclusies voor de praktijk

- Wees u bewust van de ICS-voorschriften bij COPD-patiënten. Vaak worden recepten herhaald zonder evaluatiemoment.
- Veel patiënten hebben vertrouwen in hun huisarts en POH'er en staan open voor het bespreken van het stoppen met medicatie.
- Vraag jaarlijks een lijst op bij de apotheek van patiënten die mogelijk kunnen stoppen met ICS en bespreek dit thema op een FTO.
- Als in samenspraak besloten wordt om te stoppen begeleid de patiënt dan goed en intensief. Het is belangrijk dat de patiënt zich veilig voelt in dit proces. De POH'er kan hierin een belangrijke rol spelen.
- Overweeg om geleidelijk te stoppen (tapering), ook als dit medisch niet noodzakelijk is. Dit kan voor de patiënt veiliger voelen.

Deze studie werd gesubsidieerd door ZonMW en Boehringer Ingelheim.



Kaderopleiding Astma en COPD start in september 2020

Zoekt u verdieping én verbreding? Heeft longzorg uw interesse? Dan is de kaderopleiding iets voor u.

De opleiding biedt u verdieping in de diagnostiek en de behandeling van astma en COPD. Met deze kennis levert u

niet alleen de beste zorg in uw eigen praktijk, maar helpt u ook uw collega's in uw regio. Maar door de opleiding verbreedt u zich ook. U leert vaardigheden die uw werk als huisarts nog leuker maken. Bijvoorbeeld presenteren, onderhandelen, adviseren, project- en timemanagement, of snel opzoeken en begrijpen van wetenschappelijke literatuur.

Interesse? Kijk voor meer informatie op www.cahag.nl

CAHAG-zaken

CAHAG-dagen 2020

De CAHAG-dagen 2020 voor huisartsen en praktijkondersteuners zijn verplaatst naar donderdag 3 september in Zwolle en dinsdag 27 oktober in Nieuwegein. Het programma vindt u op de CAHAG-website www.cahag.nl

CAHAG-conferentie

De CAHAG-conferentie vindt donderdag 14 januari 2021 plaats bij FIGI in Zeist. Het thema is 'Astma- & COPD-zorg ten tijde van de coronacrisis'. Het programma staat op: www.cahagconferentie.nl

CAHAG Adembenemend

Donderdag 4 en vrijdag 5 februari 2021 wordt door de CAHAG voor de 16e keer Adembenemend georganiseerd in Hotel Papendal te Arnhem. Twee dagen vol met leerzame workshops, sport en beweging, lekker gezond eten en gezelligheid. Het programma is nu nog niet bekend maar komt binnenkort op de CAHAG-website 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. Het CAHAG-bulletin verschijnt 3x per jaar met als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis in de huisartspraktijk. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur (tenzij anders vermeld) en niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Esther Metting (hoofdredacteur), Frank Oldenhof, Roel Wennekes, Irene van der Weerd, allen (kader)huisarts, Cynthia Hallensleben, praktijkverpleegkundige/researcher en Marjan Veltman, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres: CAHAG secretariaat Domus Medica, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht cahagsecretariaat@nhg.org

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van de subspansoren Chiesi, Astra Zeneca en de hoofdspansoren: