

Herziene NHG-Standaard COPD: een overzicht van de wijzigingen

Irene van der Weerd-Bakker, kaderhuisarts astma/COPD

De NHG-Standaard COPD is na 6 jaar herzien. De standaard geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en monitoring van COPD. In dit artikel worden de belangrijkste wijzigingen besproken.

Spirometrie: aanpak en beleid bij mogelijke restrictie gewijzigd

In de herziene standaard is meer aandacht voor kwaliteits-evaluatie van de spirometrie. Bij een aanwijzing voor een mogelijke restrictie (FVC (forced vital capacity) < -1,64) is in de eerste lijn namelijk meestal sprake van een technisch onvoldoende uitgevoerde spirometrie.

Dit is dan ook de eerste stap die moet worden nagegaan. Een technische onvolkomenheid is onder meer te herkennen aan het ontbreken van een lange uitademing (≥ 6 sec.) of aan het ontbreken van een duidelijk plateau in het volumetijd-diagram. Het fenomeen obstructie met hyperinflatie, dat regelmatig bij COPD voorkomt, leidt gemakkelijk tot een onvolledige expiratie, waarbij de FVC lager uitvalt en dus doet vermoeden dat er sprake is van een restrictie. Het is daarom van belang de patiënt goed te instrueren en aan te moedigen tijdens de spirometrie, omdat het voor patiënten heel moeilijk is om goed te blazen. Bij het vermoeden van een technische onvolkomenheid kunt u een luchtwegverwijder voorschrijven en de spirometrie na 1 of enkele weken herhalen met speciale aandacht voor de technische uitvoering. Let daarbij met name op een volledige uitademing. U kunt ook overwegen de spirometrie in een diagnostisch centrum te laten uitvoeren.

Bij het vermoeden van een restrictieve aandoening (longfibrose, 'stoflongen', (osteoporotische) wervelinzakkingen, ernstige kyfoscoliose) moet de anamnese gericht uitgediept worden. Ga daarbij na of eerder aanwijzingen voor restrictie zijn vastgesteld en welke conclusie de long- of huisarts er toen aan verbonden heeft. Wees vooral bij duidelijke aanwijzingen voor restrictie zonder obstructie bedacht op een daadwerkelijke restrictieve aandoening. Bij herhaalde aanwijzingen voor een restrictieve aandoening zonder eerder vastgestelde verklaring is verwijzing naar een longarts of consultatie van een kaderarts aangewezen.

Beoordeling ziektelast: van 3 naar 2 niveaus

Ziektelast wordt nog steeds bepaald door de 4 subdomeinen 'klachten en beperkingen', 'frequentie van longaanvallen', 'voedingstoestand' en 'mate van luchtwegobstructie'. Dat is hetzelfde gebleven, maar tot nu toe werd onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige ziektelast. In de herziening wordt deze driedeling vervangen door

de tweedeling lichte en verhoogde ziektelast. De afkapwaardes zijn hetzelfde gebleven, waarbij matige en ernstige ziektelast zijn samengevoegd tot verhoogde ziektelast. De ziektelast is verhoogd als ≥ 1 subdomein afwijkend is. Het beleid bij COPD richt zich op het terugdringen van de ziektelast en het verbeteren van de prognose. Begeleiding bieden bij stoppen met roken heeft hoge prioriteit. Ook het advies om voldoende te bewegen (≥ 150 minuten per week matig-intensieve inspanning) is duidelijker en uitgebreider in de herziene versie beschreven. Men kan laagdrempeliger overwegen om naar een COPD-fysiotherapeut te verwijzen om de fysieke activiteit en/of capaciteit te verbeteren. Zorg er wel voor dat de volgende informatie wordt meegegeven bij verwijzing: FEV₁, MRC-scores, CCQ-scores en aantal doorgemaakte longaanvallen en/of ziekenhuisopnames in de afgelopen 12 maanden.

Duidelijk stappenplan voor inhalatiemedicatie

Medicamenteuze behandeling van COPD richt zich op symptoombestrijding en is als zodanig een aanvulling op de niet-medicamenteuze behandeling. Nieuw in de standaard is het stappenplan voor inhalatiemedicatie: de combinatie LAMA + LABA heeft daarin een prominentere rol gekregen.

Stappenplan inhalatiemedicatie bij COPD			
	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatige dyspneuklachten, hinder of beperkingen	Persisterende dyspneuklachten, hinder of beperkingen
Dyspneuklachten, hinder of beperkingen	SABA of SAMA, zo nodig	LAMA of LABA, onderhoud	LAMA + LABA, onderhoud
Longaanvallen, ≥ 2 per jaar	Niet van toepassing	Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtwegverwijder (overweeg de andere te staken) Overweeg verwijzing

SAMA = kortwerkende muscarineantagonist (parasympatholyticum); SABA = kortwerkende bèta-2-agonist. LAMA = langwerkende muscarineantagonist (parasympatholyticum); LABA = langwerkende bèta-2-agonist. ICS = inhalatiecorticosteroïd.

* Als de patiënt verder weinig klachten heeft, volstaat een LAMA.

Verder is een duidelijke aanpak voor het staken van ICS toegevoegd. Wanneer er geen indicatie is om ICS te continueren, kan ICS in 1 keer gestaakt worden.

Van exacerbatie naar longaanval

De term exacerbatie is in de nieuwe standaard vervangen door longaanval. Daarnaast is nieuwe informatie toegevoegd over controle en follow-upbeleid na een longaanval. Hierbij is onder andere aandacht voor therapietrouw, inhalatietechniek, het longaanval actieplan en voor het registreren van de doorgemaakte longaanval in het HIS.

Astma/COPD-consult tijdens COVID-19

Yvonne Woudenberg, MSc, praktijkondersteuner somatiek huisartsenpraktijk Achter de Kerk, Abcoude en huisartsenpraktijk Kappeyne van de Coppello, Amsterdam

Begin februari 2021 heeft de CAHAG haar standpunt van oktober 2020 over het uitvoeren van een spirometrie in de huisartsenpraktijk tijdens de pandemie bekrachtigd: voorlopig niet doen. Dat lijkt voor sommige praktijken reden om astma- en COPD-patiënten niet meer op te roepen. Bovendien durven sommige patiënten niet naar de praktijk te komen uit vrees voor coronabesmetting. Ondanks deze complicaties blijft het essentieel om in contact te blijven met uw astma-/COPD-populatie en in dit artikel leest u hoe u dit kunt doen.

Ook zonder spirometrie is het voeren van een consult van groot belang. Vanzelfsprekend worden klachten en de bekende symptoomvragenlijsten (ACQ of CCQ en MRC) doorgenomen om de ziektelast te evalueren. Houd er rekening mee dat de patiënt minder actief kan zijn in deze periode uit zorg of uit angst voor coronabesmetting. Hierdoor kan sprake zijn van onderschatting van de totaalscore. Maak bij de COPD-patiënt gebruik van de ziektelastmeter.

Voor de patiënt die niet naar de praktijk kan of wil komen biedt een telefonisch consult uitkomst. De symptoomvragenlijsten kunnen via e-mail of per post verstuurd worden. Videobellen is ideaal voor consulten op afstand, maar niet voor iedereen beschikbaar. Inhalatietechniek kan eveneens op afstand worden geëvalueerd: 93% van de Nederlanders beschikt over een smartphone. Als videobellen voor de patiënt lastig is, is er meestal wel een partner, mantelzorger of wijkverpleegkundige bereid om een filmpje van de inhalatie te maken en te mailen naar de POH-S of huisarts. Dit inhalatiefilmpje (en profiel) is ook educatief voor de patiënt zelf. Op afstand kunt u feedback geven en zo nodig verwijzen naar www.inhalatorgebruik.nl.

Een kuch in het openbaar vervoer of in de winkel levert tegenwoordig al een boze blik op, dus het is voorstelbaar dat de chronisch hoestende patiënt hoestangst ontwikkelt. Het is belangrijk om hier oog voor te hebben. Maak het bespreekbaar: soms kan het helpen patiënten te adviseren een extra puf luchtwegverwijder te nemen, voordat ze de trein of de supermarkt binnenstappen.

De hoest die optreedt bij astma/COPD tijdens een coronainfectie verdient uw bijzondere aandacht. De patiënt zal niet snel contact opnemen, enerzijds omdat hij of zij vaak bekend is met een hoest en anderzijds omdat het een bekende klacht is bij corona. 'Iedereen is nu verkouden' is een veelgehoorde opmerking van astma-/COPD-patiënten op de rand van een longaanval in het snotneuzenseizoen, en de coronahoest wordt op dezelfde wijze door hen beoordeeld. Het nabellen van iedere astma-/COPD-patiënt met een positieve coronatest is essentieel, want het valt in de praktijk soms op dat het inhaleren van de medicatie suboptimaal verloopt tijdens de infectie door de geprikkelde

luchtwegen. Schenk aandacht aan de inhalatietechniek en pas desnoods het device aan.

Patiënten gaan ook zelf op zoek naar informatie en passen bijvoorbeeld hun medicatie aan zonder overleg met hun behandelaar. Uit berichten op sociale media bleek dat een deel van de astmapatiënten gestopt was met hun inhalatiecorticosteroiden omdat het idee was geopperd dat deze medicatie hen vatbaarder zou maken voor een coronainfectie. Het is daarom belangrijk om de patiënt van betrouwbare informatie te voorzien, zoals te vinden op [Home | Coronaplein](#) of [Thuisarts | Betrouwbare informatie over ziekte en gezondheid](#). Voor de beperkt gezondheidsvaardigen: [Steffie helpt je verder!](#) of [Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen - Pharos](#).

De astma-/COPD-patiënt staat er niet om bekend snel de huisarts of POH-S te bellen bij (toenemende) klachten. De gedachte om de huisartsenpraktijk niet te willen belasten in deze drukke tijd zal deze terughoudendheid alleen maar versterken. Bespreek aan de hand van een longaanval actieplan wanneer patiënten moeten bellen en benadruk dat men niet hoeft te aarzelen om te bellen. Zorg dat uw doktersassistente bekend is met het longaanval actieplan, zodat de patiënt niet strandt bij een dappere belpoging. Ongerustheid en stress hebben een negatieve invloed op de leefstijl. U kent vast een patiënt die al maanden niet van zijn bank af is geweest of juist meer is gaan roken in deze COVID-19-periode. Informeer ernaar met een open blik en stimuleer de patiënt tot een korte wandeling op een rustig moment van de dag of pols de motivatie om te stoppen met roken.

Het is een roerige tijd vol onzekerheden en niet in de laatste plaats voor degenen met luchtwegklachten. Met deze tips kunt u op afstand patiënten toch monitoren.

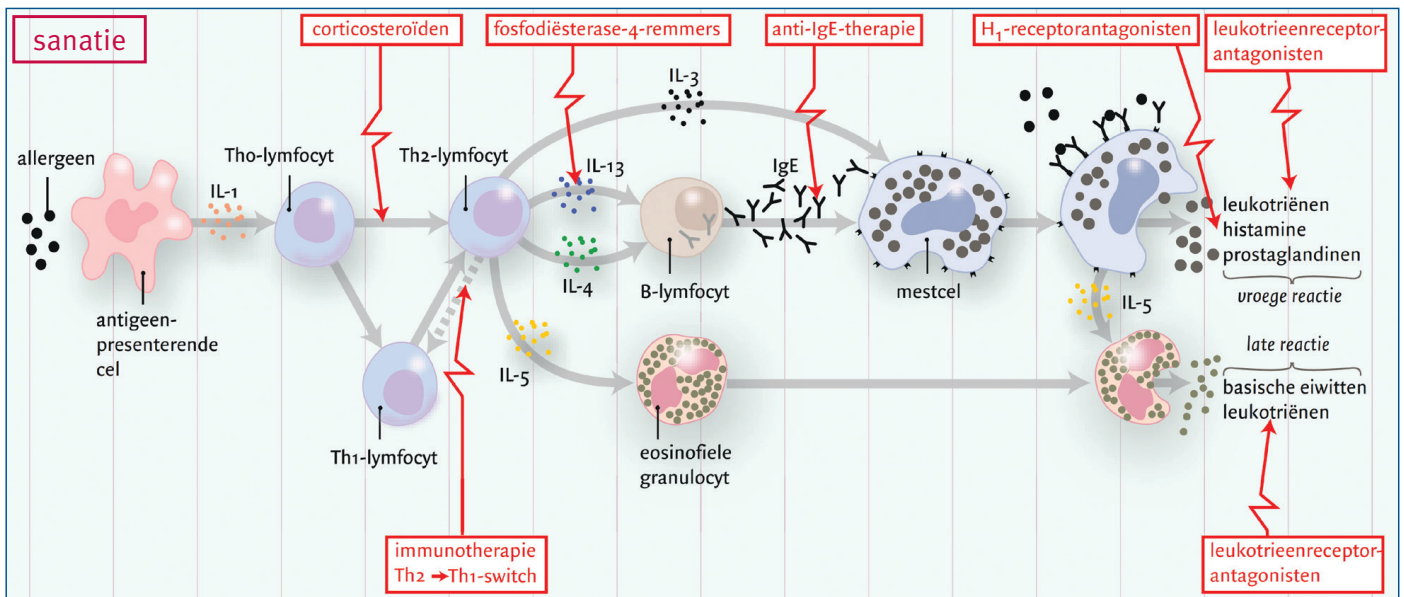
Conclusies voor de praktijk

- Continueer reguliere astma-/COPD-controles tijdens de COVID-19-periode.
- Maak gebruik van telefoon, videobellen en e-mail.
- Evalueer inhalatietechniek door middel van een video-opname.
- Bel iedere astma-/COPD-patiënt met een positieve coronatest na.
- Check bij iedere astma-/COPD-patiënt of er een up-to-date longaanval actieplan is.

Immunotherapie bij allergische rinitis en allergisch astma

Gerrit van Roekel, kaderhuisarts astma/COPD

Allergische rinitis (AR) is een IgE-gemedieerde ontsteking van het neusslijmvlies door een overgevoeligheid voor allergenen, die gepaard kan gaan met veel klachten en een grote invloed kan hebben op de kwaliteit van leven. Dit komt door slaapproblemen, belemmering van dagelijkse activiteiten en/of sport, en school- of werkverzuim. De mate



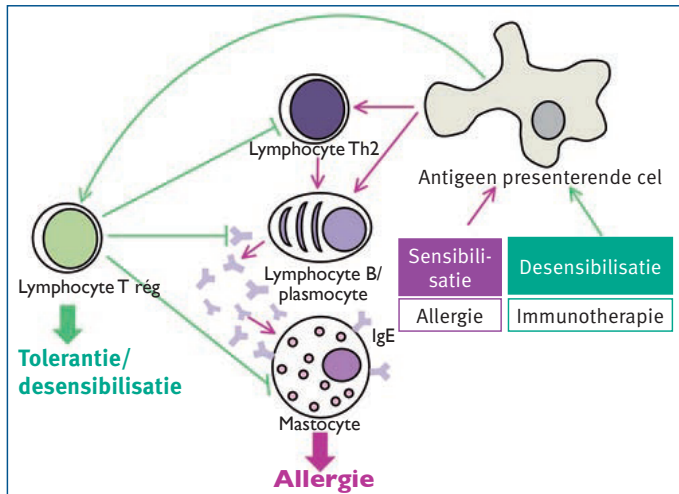
van invloed op de kwaliteit van leven is vergelijkbaar met astma. De incidentie- en prevalentiecijfers van patiënten met AR zijn gebaseerd op ICPC-code R97 Hooikoorts/allergische rinitis. De aandoening komt iets meer bij vrouwen dan bij mannen voor: de incidentie in Nederland is respectievelijk 24,7 versus 20,9 per 1000 patiënten per jaar, de prevalentie is respectievelijk 53,1 en 44,1 per 1000 patiënten. De incidentie neemt toe tot de leeftijd van 19 tot 24 jaar en is in die leeftijdscategorie 37,7 per 1000 patiënten. Daarna neemt de incidentie langzaam af. Waarschijnlijk is in de huisartsenpraktijk een onderrapportage van klachten veroorzaakt door AR omdat veel patiënten vrij verkrijgbare medicatie aanschaffen en geen huisarts bezoeken bij klachten.

AR gaat vaak samen met allergisch astma (AA). Bij AA krijgt de patiënt longklachten als hij een allergeen inademt waar hij/zij allergisch voor is. Denk aan huidschilfers van huisdieren, huisstofmijt, pollen, kattenepitheel of stuifmeel. Van alle astmapatiënten heeft 80% AR. AR kan ervoor zorgen dat de astma niet onder controle komt. Een slechtere astmacontrole doet allergieklachten weer toenemen. Vraag bij een vermoeden van astma daarom ook altijd naar klachten van AR (niezen, verstopte neus, chronisch verkouden) en andersom. Het slijmvlies van de bovenste (neus) en onderste (longen) luchtwegen is hetzelfde. Dit maakt dat wanneer de bovenste luchtwegen (neusslijmvliezen) hyperreactief zijn, dit ook zorgt voor hyperreactiviteit in de longen. De symptomatische behandeling voor AR en AA bestaat uit decongestiva, antihistaminica, bètamimetica en causaal gericht op de immunreactie de corticosteroiden. De behandeling wordt trapsgewijs ingezet. Hiermee zijn de meeste patiënten, mits de medicatie adequaat wordt gebruikt, goed te behandelen. Een kleine groep houdt ondanks de ingezette bovenvermelde behandeling in meer of mindere mate klachten en wordt beperkt in het dagelijks functioneren. Huisstofmijt en pollen zijn veelal de boosdoeners. De allergische basis van AR en AA kan ook op een andere

manier behandeld worden. De achterliggende gedachte is de allergische reactie te mitigeren of uit te doven. De methode die succesvol kan zijn is de desensibilisatiestrategie (= allergische immunotherapie bij een IgE-gemedieerde allergie). Dit bestaat uit het toedienen van kleine hoeveelheden gemodificeerde allergenen. Dit zijn zuivere vormen van het allergeen, die via subcutane dan wel sublinguale toediening worden ingebracht. Deze allergenen kunnen in principe een allergische reactie of zelfs een anafylactische reactie veroorzaken. Dit is met name bij de subcutane toediening vastgesteld (ongeveer 5 reacties op 1000 injecties). Een effectieve desensibilisatie is de enige behandeling die een genezend effect op de allergie kan hebben. Meestal lukt het niet om 100% genezing te bewerkstelligen, maar veelal is men tevreden als de klachten aanzienlijk verminderen en daarmee het gebruik van de bovenvermelde geneesmiddelen.

Het werkingsprincipe van desensibilisatie

In de **figuur** op pagina 3 is de plaats waar de immunotherapie ingrijpt zichtbaar (sanatie). Dit is vroeg in de fase van de sensibilisatie. Ook is te zien waar de andere geneesmiddelen tegen AR en AA ingrijpen in de keten van de sensibilisatie. De systematiek van sensibiliseren staat in de **figuur** op pagina 4. Een allergeen wordt door een antigeen presenterende cel (APC = een dendritische cel) opgenomen en vervolgens aan een lymfocyt (Th2-cel) aangeboden. Deze activeert vervolgens een plasmacel, die IgE produceert, dat aan een mestcel wordt gekoppeld. De mestcel degranuleert bij een tweede en volgend(e) contact(en) met allergeen, waarbij diverse vasoactieve stoffen loslaten (o.a. histamine), die de allergische reactie veroorzaken. Bij een desensibilisatie strategie wordt gezuiverd allergeen via subcutane injectie, dan wel via een sublinguale methode verstrekt, waarbij een bepaald type lymfocyt (Treg) een antilichaam maakt (IgG4), die blokkerend optreedt in de keten van de sensibilisatie. Bij een succesvolle desensibilisatie vindt er geen degranulatie van de mestcel meer plaats. Hiermee wordt de allergische cascade een halt toegeroepen.



De effectiviteit van de desensibilisatie

Over de allergische immunotherapie bestaat controverse. Toch zijn inmiddels diverse studies uitgevoerd waarbij de effectiviteit is aangetoond. Met name over de subcutane immunotherapie (SCIT) bestaat inmiddels consensus over de bewezen effectiviteit. Over de effectiviteit van de sublinguale immunotherapie (SLIT) is meer onzekerheid. De vorige cochrane review uit 2015 was minder gunstig voor de toepassing van SLIT bij patiënten met AA. Recent (2020) is een tweede cochrane meta-analyse verricht op de SLIT-toepassing bij AA. De meeste studies geven een positief effect ten gunste van de SLIT ten opzichte van de controlegroep. Toch wordt niet geadviseerd om dit bij goed gecontroleerd astma toe te passen. De GINA 2019 heeft de SCIT en SLIT meegenomen in de medicatieaanbevelingen. Zij raadt aan SLIT te overwegen, indien astma niet goed gecontroleerd is en er sprake is van een huisstofmijtallergie, mits de $FEV_1 > 70\%$ van voorspeld. De NHG-Standaard geeft aan dat de plaats van sublinguale immunotherapie (SLIT) in de eerste lijn beperkt is, en de subcutane immunotherapie (SCIT) alleen kan worden overwogen bij patiënten met ernstige klachten en/of die onvoldoende reageren op medicamenteuze behandeling. Vanwege het risico op een anafylactische reactie start de behandeling bij voorkeur in een ziekenhuissetting.

Conclusies voor de praktijk

- AR is een IgE-gemedieerde ontsteking van het neusslijmvlies door een overgevoeligheid voor allergenen, die gepaard kan gaan met veel klachten en een grote invloed kan hebben op de kwaliteit van leven.
- Voor een kleine groep patiënten die geen baat heeft bij de reguliere behandeling kan desensibilisatie een succesvolle methode zijn.
- Verwijs de patiënt voor de SCIT of SLIT naar de tweede lijn als er sprake is van AR en AA, als alleen sprake is van AR zou de SLIT ook in de eerste lijn uitgevoerd kunnen worden als voldoende kennis en vaardigheden aanwezig zijn.

Meer info:

www.henw.org/artikelen/immunotherapie-voor-de-huisarts

Literatuurlijst en meer info:

www.cahag.nl/kennisbank/cahag-bulletin

CAHAG-zaken

Nieuwe e-learning REDUX

REducing Delay through edUcation in copd-eXacerbations (REDUX) kan helpen bij het optimaliseren van het management van longaanvallen bij COPD in de eerste lijn. Uit eerder onderzoek blijkt dat REDUX de tijd tussen het ontstaan van klachten, voorafgaand aan een longaanval, en het zoeken van hulp door de patiënt met 70% kan verkorten. Het sneller herkennen van vroege symptomen en daarmee sneller behandelen kan zorgen voor een vermindering van de achteruitgang van kwaliteit van leven. Daarnaast kan het inzetten van REDUX ook een positief effect hebben op het zelfmanagement en de eigen regie van de patiënten. Met deze e-learning kunt u REDUX in uw patiëntenzorg en praktijk implementeren.

Meer informatie en opgave: www.cahag.nl

CAHAG ONLINE NASCHOLING

Net als voor de herziene NHG-Standaard Astma organiseert de CAHAG ook weer een online nascholing over de nieuwe NHG-Standaard COPD (meerdere data).

Meer informatie en opgave: 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 onafhankelijke praktisch toepasbare kennis te verspreiden onder huisartspraktijken. De beschreven standpunten in de artikelen vallen onder de verantwoordelijkheid van de auteur (tenzij anders vermeld) en betreffen niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie: Roel Wennekes, Irene van der Weerd, beiden (kader)huisarts, Esther Metting (hoofdredacteur), Cynthia Hallensleben, Yvonne Woudenberg, beiden 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 subsponsor GSK en de hoofdsponsors:

