

# Preventie van CARA in de huisartspraktijk

D. S. LADEMACHER, M. DE HAAN EN  
DR. C. SPREEUWENBERG

De laatste jaren wordt gepleit voor een verschuiving van de curatieve naar de preventieve geneeskunde, met als doel een verder terugdringen van de mortaliteit en morbiditeit. De huisarts heeft goede mogelijkheden om op deze ontwikkeling in te spelen. In dit artikel wordt ingegaan op de mogelijkheden tot CARA-preventie in de huisartspraktijk. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan het specifiek belang van preventie bij deze groep aandoeningen, aan de signalering van patiënten met een verhoogd risico op CARA, en aan de mogelijkheden tot preventie die de huisarts tot zijn beschikking heeft.

## Inleiding

Onder de verzamelnaam CARA wordt gevat: astma, chronische bronchitis en emfyseem. CARA is een belangrijke doodsoorzaak in West-Europa: zo staan in Groot-Brittannië chronisch obstructieve longaandoeningen met 4,7 procent op de vijfde plaats van de lijst met de meest voorkomende doodsoorzaken.<sup>1</sup>

Chronische luchtwegaandoeningen vergen bovendien veel medische zorg en vormen een belangrijke bron van werken schoolverzuim; acute en chronische luchtwegaandoeningen nemen 13 procent van de gevallen van ziekteverzuim voor hun rekening.<sup>2</sup> Van Veen schat dat 11 procent van de huisarts-patiënt contacten betrekking heeft op klachten van de ademhalingsorganen.<sup>3</sup> Uit tabel 1 blijkt echter dat de frequentie van luchtwegaandoeningen in de huisartspraktijk sterk kan variëren.

Ook al wisselen de opgaven van de morbiditeit die aan CARA kan worden toegeschreven, duidelijk is dat deze aandoeningen zowel maatschappelijk als individueel een groot probleem vormen. Alle mogelijkheden tot preventie moeten daarom op hun waarde worden onderzocht. Dit geldt zowel voor de primaire preventie – het voorkomen van CARA – als voor de secundaire preventie – de vroegtijdige behandeling om eventuele progressie van de aandoening te voorkomen.

## Oorzakelijk verband?

Wanneer men de criteria van *Levy en Bull* hanteert, zou in het onderzoek van *Hart* bij 25 procent van de kinderen tussen 5 en 16 jaar de diagnose astma gesteld kunnen worden; bij bijna de helft van die kinderen was dat bovendien al het geval vóór het vijfde jaar.<sup>5 6</sup>

Verskillende auteurs hebben de relatie tussen luchtwegaandoeningen bij kinderen en chronische luchtwegobstructie bij volwassenen onderzocht. *Samet et al.* gaven in 1983 een kritische beschouwing van de tot dan beschikbare literatuur. Ze concludeerden dat er een statistisch verband bestaat tussen het optreden van lagere luchtweginfecties op jonge leeftijd en het ontstaan van 'chronic air flow obstruction' op latere leeftijd.<sup>7</sup>

Over het wel of niet oorzakelijke karakter van dit verband valt echter geen uitspraak te doen. Endogene factoren (zoals atopie) en exogene factoren (zoals roken en luchtvervuiling) zijn mogelijk onderliggende factoren, die zowel de aandoeningen in de jeugd als die op volwassen leeftijd kunnen veroorzaken. Toch concludeert *Taylor* dat onbehandelde astma predisponeert tot irreversibele schade aan de longen, speciaal als er ook wordt gerookt.<sup>8</sup>

In de praktijk lijkt het erop dat een groot aantal kinderen met CARA 'er overheen groeit', meestal tijdens de puberteit. *Martin et al.* tonen echter aan dat 45 procent van de patiënten die 'er overheen gegroeid' leken, nog wel af en toe lichte verschijnselen hadden in de vorm van 'wheezing'.<sup>9</sup> *Blair* vervolgde gedurende 20 jaar kinderen met astma en vond dat slechts 28 procent op 21-jarige leeftijd geheel vrij van symptomen was.<sup>10</sup> *Cropp* vond dat niet de leeftijd waarop CARA zich voor het eerst manifesteert, maar de ernst van de aandoening voor een deel bepalend is voor de prognose betreffende het ontstaan van een chronische obstructieve longziekte.<sup>11</sup> Erfelijkheid, tegelijk optredende ziekten en omgevingsfactoren spelen, naast bronchiale hyperreactiviteit, ook een rol.

## High risk

Helaas staat nog niet volledig vast dat preventieve maatregelen, gericht op het voorkomen van progressie van CARA, ook effectief zijn. Langdurige prospectieve onderzoeken zijn nodig om dit te bewijzen.

Gezien deze onzekerheden verdient het aanbeveling dat de huisarts zich vooral richt op high-risk groepen.<sup>12</sup> Criteria voor het signaleren van een verhoogd risico op CARA kunnen zijn:

- aard van de klachten (bijvoorbeeld astma-aanval);
- abnormale duur van de klachten (bijvoorbeeld hoest die onverwacht lang aanhoudt);
- abnormale frequentie van de klachten (bijvoorbeeld vaker dan drie keer per jaar 'griep' of bronchitis);
- belaste familie-anamnese (astma, hooikoorts, allergie, eczeem);
- niet respiratoire afwijkingen die een verhoogd risico voor respiratoire problemen met zich mee brengen (bijvoorbeeld mucoviscidose, cardiale afwijkingen);
- langdurige blootstelling aan bepaalde noxen en toxenen (bijvoorbeeld roken, asbest, stof);
- aangetoonde bronchusobstructie.<sup>13</sup>

Een combinatie van verschillende factoren verhoogt het risico (zie tabel 2).

Voor het opsporen van high-risk groepen staan vragenlijsten en longfunctietests ter beschikking. Het is de vraag in hoeverre deze toepasbaar zijn in de huisartspraktijk. Er is met betrekking tot CARA een gevalideerde vragenlijst beschikbaar,<sup>14</sup> maar deze is door zijn lengte en de aanbevolen wijze van afnemen ongeschikt voor de huisartspraktijk. Er zijn ook korte door de betrokkene zelf in te vullen vragenlijsten beschikbaar, maar deze zijn onvoldoende gevalideerd.<sup>15</sup>

*Strachan* beschrijft in zijn onderzoek het probleem van de *preferential recall* van de ouders met betrekking tot luchtwegsymptomen bij hun kinderen. Of de ouders zich bepaalde symptomen herinneren, is afhankelijk van de ernst en het persisteren van deze symptomen. Dit kan leiden tot een onderrapportage van symptomen bij niet-CARA-patiënten en een overrapportage bij patiënten die frequent last hebben van luchtwegsymptomen.<sup>16</sup>

Longfunctietests zijn ontwikkeld in de klinische praktijk ter ondersteuning van de diagnostiek van longaandoeningen. Er bestaat onenigheid over de vraag in hoeverre de huisarts zelf derge-

lijk longfunctie-onderzoek zou moeten verrichten.<sup>17 18</sup>

Wellicht zouden subklinische of po-

tentiële CARA-gevallen ontdekt kunnen worden door middel van longfunctie-onderzoek. Dergelijke patiënten

**Tabel 1.** Prevalentie en incidentie per 1000 patiënten per jaar van chronische bronchitis en astma.

	CMR-NUHI		Monitoringproject	
	incidentie	prevalentie	incidentie	prevalentie
Chronische bronchitis	4	34	4,9	12,5
Astma	2	12	5,6	11,5

**Tabel 2.** Verschijnselen van CARA in verschillende leeftijdsgroepen.

Leeftijdsgroep	Hoofdverschijnselen
Zuigelingen	Hypersecretie met zagen en hoesten, meestal geen kortademigheid
Peuters/kleuters	Nachtelijke hoestbuien
Lagere-schoolleeftijd	Kortademigheid (vooral bij inspanning)
Volwassenen	Hoestperioden langer dan 3 maanden per jaar en/of Piepen en/of benauwdheid in aanvallen, minstens 2× per jaar, niet te wijten aan non-respiratoire afwijkingen.

**Tabel 3.** Effect van CARA-preventie door de huisarts.

Maatregelen	Effect
Interveniëren roken	Zeer zinvol, ten aanzien van zowel actief als passief roken <sup>23</sup> (ouders jonge kinderen).
Saneren woonomgeving	Zeer zinvol.
Signaleren en behandelen van luchtwegaandoeningen	Zinvol ten aanzien van voorkomen van progressie.
Advies beroepskeuze	Zinvol (geen werk zoeken in tuinderij of stoffige omgeving).
Advies werkomgeving	Zinvol in overleg met bedrijfsarts.
Stimuleren borstvoeding	Zinvol bij een belaste familie-anamnese (atopische constitutie <sup>24</sup> ).
Griepvaccinatie	Twijfelachtig; de samenstelling van het vaccin is deels een gok (lange productietijd; snelle wijziging antigene eigenschappen van de epidemische virussen). De vaccinatie helpt zonder meer niet tegen rhinovirussen e.d., die de meeste 'griepjes' veroorzaken.
Onderhoudsdosering met antibiotica	Twijfelachtig. <sup>25 26</sup>
Longfunctie-onderzoek	Nog onduidelijk of dit zinvol is in de huisartspraktijk.
Adviseren ademhalingsoefeningen in samenwerking met fysiotherapeut	Effect is afhankelijk van de motivatie van de patiënt. <sup>27</sup>

zullen doorgaans aan de aandacht van de huisarts ontsnappen, omdat deze niet over voldoende geavanceerde longfunctie-apparatuur beschikt om subtiele afwijkingen op te kunnen sporen. Het is in principe mogelijk om iedereen met CARA op te sporen; het is echter niet aan te bevelen en ook onmogelijk om bij iedereen zonder klachten longfunctie-onderzoek te doen.

Van de huisarts die zich met preventie van CARA wil bezighouden, eist dit enige investering van tijd en energie, terwijl nog onzeker is was het effect op langere termijn is.

### Mogelijkheden

Preventie van CARA moet gebaseerd zijn op inzichten betreffende etiologie en pathogenese. Het lijkt hierbij te gaan om een wisselwerking tussen endogene factoren en exogene milieu-invloeden.<sup>19</sup> Als endogene factoren zijn te noemen bronchiale hyperreactiviteit en de atopische constitutie; deze zijn voor een belangrijk deel genetisch bepaald. Er zijn veel allergenen bekend die een acute benauwheidsaanval kunnen uitlokken; voorbeelden zijn: huisstof, huidschilfers van mens en dier (ook vogels), schimmelsporen, pollen en andere plantaardige producten. Andere exogene factoren zijn: tabaksrook, luchtvervuiling, weersveranderingen en infecties.

Primaire preventie van CARA behoort tot het takenpakket van de huisarts, maar de mogelijkheden zijn beperkt. *Zielhuis* geeft in het 'structuurrapport preventie' van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg een overzicht van de mogelijkheden voor CARA-preventie. Hieruit blijkt dat verschillende disciplines hierbij een rol spelen: naast de huisarts, de schoolarts, longarts, bedrijfsarts, fysiotherapeut, leerkracht, gezondheidsvoorlichter, enz.<sup>19</sup>

Vrijwel alle onderzoekers zijn het eens over de invloed van roken, zowel passief als actief, op het ontstaan van chronische obstructieve longaandoeningen.<sup>20-22</sup> Kinderen met rokende ouders hebben vaker last van hoesten, opgeven van sputum en piepen dan kinderen wier ouders niet roken. Is er al sprake van CARA, dan treden de klachten frequenter op, wanneer de ouders roken.

De huisarts kan zich actief opstellen ten aanzien van de rookgewoonten van zijn patiënten. Bij iedere patiënt die rookt (zeker wanneer het ouders van kleine kinderen betreft), zou advisering

en stimulering om te stoppen op zijn plaats zijn. Er zou zelfs te denken zijn aan actieve opsporing van rokers in de praktijk, analoog aan *case-finding* van hypertensiepatiënten.

Ter ondersteuning van het advies om met roken te stoppen kan voorlichtingsmateriaal dienen in de vorm van folders. De stichting Volksgezondheid en Roken heeft brochures samengesteld ten behoeve van speciale groepen. In Tilburg zijn stop-met-roken-groepen door risicopatiënten opgericht onder begeleiding van een medewerker van de afdeling gezondheidspsychologie van de Hogeschool. Huisartsen zouden de oprichting van dergelijke zelfhulpgroepen kunnen stimuleren. Voor sommigen is nicotinehoudende kauwgom een hulpmiddel; anderen zweren bij hypnose of acupunctuur (tabel 3).

### Signaleren en behandelen

De meest specifieke taak van de huisarts in het kader van CARA-preventie bestaat uit het signaleren en behandelen van luchtwegaandoeningen, voornamelijk in het beginstadium, om progressie zoveel mogelijk te voorkomen. Juist gekozen medicamenteuze therapie, eventueel ondersteund door fysiotherapie, is noodzakelijk om schade ten gevolge van recidiverende luchtweginfecties of -obstructie te voorkomen.

In dit verband willen we *Hart* citeren: 'If general practitioners were to treat minor wheezing with bronchodilators and severe wheezing and reduction in peak expiratory flow rate by short courses of steroids, which can be initiated by parents if the attacks are frequent, bronchial reactivity might be reduced, fewer children may develop asthma and fewer might carry their asthma with them into adult life'.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Van Veen WA. Het respiratoire morbiditeitspectrum. Huisarts en Wetenschap 1982; 25(suppl H&P 6): 12-9.

<sup>2</sup> Anderson HR, Bailey PA, Cooper JS, Palmer JC, West S. Morbidity and school absence caused by asthma and wheezing illness. Arch Dis Child 1983; 58: 777-84.

<sup>3</sup> CIBA Foundation Symposium 110: The value of preventive medicine. London: Pitman, 1985.

<sup>4</sup> Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

<sup>5</sup> Levy M, Bell L. General practice audit of asthma. Br Med J 1984; 289: 1115-6.

<sup>6</sup> Hart JT. Wheezing in young children; problems of measurement and management. J R Coll Gen Pract 1986; 36: 78-81.

<sup>7</sup> Samet JM, Tager IB, Speizer FE. State of the art: the relationship between respirato-

ry illness in childhood and chronic air-flow reduction in adulthood. Am Rev Respir Dis 1983; 123: 508-23.

<sup>8</sup> Taylor RG, Gross E, Joyce H et al. Bronchial reactivity and rate of decline in FEV1 in smokers and non-smokers. Communication to British Thoracic Society. Cambridge, 1983.

<sup>9</sup> Martin AJ, McLemon LA, Landau LI, Phelan PD. The natural history of childhood asthma to adult life. Br Med J 1980; 280: 1397-400.

<sup>10</sup> Blair H. Natural history of childhood asthma - a 20 year follow-up. Arch Dis Child 1977; 52: 613-9.

<sup>11</sup> Cropp GJ. Special features of asthma in children. Chest 1985; 87(suppl 1): 55s-62s.

<sup>12</sup> Willems H, Rocchi P. De pro's en con's van screening op CARA. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1983; 61: 966-72.

<sup>13</sup> Peto R, Speizer FE, Cochrane AL et al. The relevance in adults of air-flow obstruction, but not of mucus hypersecretion, to mortality from chronic lung-diseases. Am Rev Respir Dis 1983; 128: 491-500.

<sup>14</sup> Van der Lende R, Jansen-Koster EJ, Knijpstra S, Meinesz AF, Wever AMJ, Orië NGM. Definitie van CARA in epidemiologie en preventie. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1975-87.

<sup>15</sup> Lebowitz MD, Burrows B. Comparison of questionnaires: the BMRC and NHLI respiratory questionnaires and a new self-completion questionnaire. Am Rev Respir Dis 1976; 113: 627-35.

<sup>16</sup> Strachan DP. The prevalence and natural history of wheezing in early childhood. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 182-4.

<sup>17</sup> Van Veen WA. De bruikbaarheid van de piekstroombepaling voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1982; 25(suppl H&P 6): 69-75.

<sup>18</sup> Van Hensbergen W, De Haan M, Spreeuwenberg C. Het meten van luchtwegobstructie bij kinderen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 209-13.

<sup>19</sup> Zielhuis GA. Structuurrapport preventie. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1985; 63: 1047-53.

<sup>20</sup> Lebowitz MD, Burrows B. Respiratory symptoms related to smoking habits of family adults. Chest 1976; 69: 48-50.

<sup>21</sup> Leeder SR, Corkhill R, Irving LM, Holland WW. Influence of family factors on the incidence of lower respiratory tract illness during the first year of life. Br J Prev Soc Med 1976; 30: 203-12.

<sup>22</sup> Colley JRT, Holland WW, Corkhill RT. Influence of passive smoking and parental phlegm on pneumonia and bronchitis in early childhood. Lancet 1974; ii: 1031-4.

<sup>23</sup> Schenker MB, Samet JM, Speizer FE. Risk factors for childhood disease. Am Rev Respir Dis 1983; 128: 1038-43.

<sup>24</sup> Matthew DJ, Norman AP, Taylor B, Turner MW, Soothill JF. Prevention of eczema. Lancet 1977; i: 321-4.

<sup>25</sup> Colley JRT, Douglas JWB, Reid DD. Respiratory disease in young adults: influence of early childhood lower respiratory tract illness, social class, air pollution and smoking. Br Med J 1973; iii: 195-8.

<sup>26</sup> College Committee on Thoracic Medicine. Disabling chest disease: prevention and care. J R Coll Physicians Lond 1981; 15: 69-87.

<sup>27</sup> Charbon GA, Van Giffen H. Behandeling van chronische obstructieve longafwijkingen. Rijswijk: Astra, 1976.

### Vervolg pag. 32

<sup>11</sup> Bailar III JC. When research results are in conflict. N Engl J Med 1985; 313: 1080-1.

<sup>12</sup> Voorn ThB. In: Buma JT, e.a. Huisartsgeneeskunde voor en na 1984. Doetinchem: Stichting Rapportage, 1984.

<sup>13</sup> Hormans A, Jones M, Francis R, et al. The effect of estrogen dose on postmenopausal bone loss. N Engl J Med 1983; 309: 1405-7.

<sup>14</sup> Peck WA. Chairman consensus development panel osteoporosis. National Institutes of Health Consensus Development 1984; 5(3).

<sup>15</sup> Nelemans FA, red. Farmaceutisch kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1986.

<sup>16</sup> Shapiro S, et al. Risk of localized and widespread endometrial cancer in relation to recent and discontinued use of conjugated estrogens. N Engl J Med 1985; 313: 969-72.

<sup>17</sup> Vandenbroucke JP. Epidemiologie. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 70-71.

<sup>18</sup> Bush TL, Barrett-Connor E. Noncontraceptive estrogen use and cardiovascular disease. Epidemiol Rev 1985; 7: 80-104.

### Nota bene

Een van de onderdelen van het Trojaanse paard, dat naar mijn mening op dit moment buiten de muren van onze stad dient te blijven, is de hypertensie-screening.

Lamberts H. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 11-14.