

Vijftien jaar Cara-onderzoek in de huisartspraktijk

Ruim vijftien jaar geleden publiceerden *Huygen et al.* een drietal artikelen over het vóórkomen van Cara in een huisartspraktijk.¹⁻³ Een scherpe controverse met een aantal toonaangevende longartsen volgde, minder over het hoe en waarom van de bevindingen dan over de vraag wie nu eigenlijk gerechtigd was de criteria voor Cara te bepalen en vervolgens de diagnose te stellen.⁴ Sindsdien is in *Huisarts en Wetenschap* een aanzienlijk aantal oorspronkelijke bijdragen over Cara gepubliceerd. Deze artikelen gaven vaak aanleiding tot wetenschappelijke discussies, maar een vergelijkbare controverse, waarbij de klinische competentie van de huisartsgeneeskunde in het geding was, heeft zich niet meer voorgedaan. Opvallend is daarnaast, dat sinds kort in toenemende mate – ook in de artikelen in dit nummer – weer wordt gesproken van astma.

Welke ontwikkelingen hebben zich in de afgelopen vijftien jaar voorgedaan op het gebied van het Cara-onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk?

Medisch-maatschappelijke veranderingen

De wereld van 1994 is niet die van 1977. Er hebben zich veranderingen voorgedaan in tal van aspecten van de geneeskunde en de gezondheidszorg, die indirect het wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk over Cara hebben beïnvloed. De ontwikkeling van consensus, richtlijnen en standaarden beoogt een rationalisering van de zorg, en roept de vraag op naar de ratio van tal van medische routines. Daarnaast hebben zich aanzienlijke verbeteringen in de behandeling van Cara aangediend. De farmacotherapie via inhalatie stond ruim vijftien jaar geleden nog in de kinderschoenen, maar is thans gemeengoed. De bevolking staat in toenemende mate negatief tegenover het roken van sigaretten. En niets stimuleert zozeer de belangstelling van huisartsen om aan wetenschappelijk onderzoek mee te werken, als het beschikbaar komen van een effectieve behandeling van aandoeningen waarmee men frequent wordt geconfronteerd.

Stimulering onderzoek

Achteraf gezien lijkt het stimuleren van patiëntgebonden of klinisch onderzoek in de huisartspraktijk een essentiële impuls aan het Cara-onderzoek te hebben gegeven. Deze stimulans kwam van overheidswege, maar had daarnaast zijn wortels in ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde: door de verschuiving van een overwegend gedragswetenschappelijke naar een meer ziektegebonden thematiek,⁵⁻⁷ kwamen ziektebeelden als Cara nadrukkelijker in beeld. Inmiddels is Cara voorwerp van onderzoek bij zes van de acht vakgroepen huisartsgeneeskunde,⁸ waarvan in het bijzonder de VU, Leiden en Nijmegen moeten worden genoemd. Het Cara-onderzoek aan deze vakgroepen vertoont qua onderwerpskeuze een duidelijke functio-

Van Weel C. Vijftien jaar Cara-onderzoek in de huisartspraktijk [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37(1): 3-6.

nele divergentie, maar heeft tevens een tweetal overeenkomsten: gebaseerd op empirische gegevens van patiënten uit de huisartspraktijk, en uitgevoerd in nauwe samenwerking met longartsen en kinderpulmonologen.⁹⁻¹⁵

Daarnaast dient de rol van het Astmafonds en van het Stimuleringsprogramma Gezondheids Onderzoek (SGO) te worden vermeld. Mede hierdoor konden de onderzoekers in de huisartsgeneeskunde zich aansluiten bij een landelijk verband van onderzoekers uit andere disciplines.¹⁶ De bijdrage vanuit de huisartsgeneeskunde aan het SGO was gebaseerd op een analyse van de twee grote Nederlandse morbiditeitsbestanden uit de huisartspraktijk (Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie en Transitieproject).¹⁷

Thematiek

In eerste instantie werd de thematiek van het onderzoek ontleend aan praktische vragen vanuit de huisartspraktijk: diagnostisch proces en herkennen van Cara, analyseren van onderdiagnostiek en compliantie, en farmacotherapeutisch beleid. De samenwerking met andere medici en de inbedding in een multidisciplinaire groep onderzoekers heeft hieraan echter een extra element toegevoegd. Huisartsgeneeskundig onderzoek droeg aldus bij aan twee belangrijke recente inzichten: het onderkennen van het belang van inflammatie van de luchtwegen voor de pathofysiologie van Cara en de noodzaak van gerichte aanvullende longfunctiemeting bij diagnostiek en het vervolgen van het ziektebeloop. Het eerste bepaalde de huidige visie op de behandeling die zich primair dient te richten op preventie of bestrijding van de inflammatie, zo nodig ondersteund met symptomatische verlichting. Het tweede leerde dat spirometrie een essentieel aanvullend element is van de diagnostiek en behandeling.

De resultaten van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde laten zich als volgt samenvatten:

- Ten aanzien van de therapie werd vastgesteld dat bij een (substantieel) deel van de patiënten met Cara sprake is van een versneld verlies van longfunctie.^{13, 18} Ongeclausuleerd gebruik van bronchusverwijders en het bestaan van bronchiale hyperreactiviteit bleken hierbij in belangrijke mate van invloed, terwijl een op de bronchiale inflammatie gerichte interventie het verlies van longfunctie bleek tegen te gaan.^{14, 19-20}
- Met de nadruk op de rol van bronchiale hyperreactiviteit kwam de betekenis van infecties in een ander licht te staan. Van virale infecties is duidelijk dat deze (tijdelijk) de bron-

chiale reactiviteit doen toenemen; van bacteriële infecties is dat minder duidelijk. Verschillen in bacteriële keelflora tussen patiënten met Cara en gezonde mensen bleken geen verband te houden met de bij exacerbaties geïsoleerde verwekkers.²¹ De traditionele plaats van antibiotica in de behandeling van exacerbaties werd in het licht van deze bevinding verder ondergraven.

- Ten aanzien van de diagnostiek kwam de nadruk te liggen op het herkennen van het inflammatoire proces. Analyse van de symptomen en klachten die patiënten met Cara aan de huisarts presenteren, maakte duidelijk hoe weinig kenmerkend de 'typische' Cara-symptomatologie in feite is.^{9 15 17 22} Een verbetering van de diagnostiek was vooral mogelijk door het beter onderkennen van het chronisch-recidiverend karakter van de klachten. Naast een beperkte bijdrage van fysische diagnostiek bleken meting van de piekstroom en spirometrie waardevolle (aanvullende) informatie op te leveren. Vooral als gevolg van de hierdoor verbeterde herkenning van de symptomen lijkt een toename van de prevalentie te verwachten.^{17 23-27}

- Tevens werd duidelijker welke rol de patiënt speelt bij het herkennen van Cara door de huisarts: een aanzienlijk deel van degenen bij wie de huisarts nooit Cara had gediagnosticeerd, bleek nooit het spreekuur wegens klachten van de luchtwegen te hebben bezocht.^{15 17} Dit hangt waarschijnlijk samen met aspecten als beleving en perceptie van de symptomen.²⁸ Objectief vastgestelde bronchusobstructie bleek maar zeer ten dele weerspiegeld te worden door de aard, ernst en frequentie van de ervaren klachten.²⁹⁻³¹ Dat het onder die omstandigheden niet geheel lukt om patiënten met Cara duurzaam in een behandelingsgareel te krijgen, behoeft nauwelijks nader beoog.^{11 14 17 32}

Met deze klinisch-huisartsgeneeskundige empirie werd het mogelijk de achtergronden van onderdiagnostiek en onderbehandeling zakelijk en zonder waardeoordelen te analyseren. Dat heeft geleid tot een drietal evenwichtige Cara-standaarden.³³⁻³⁵

Cara in Huisarts en Wetenschap

In hoeverre werden deze ontwikkelingen weerspiegeld in de kolommen van *Huisarts en Wetenschap*?

Na de geruchtmakende artikelenserie uit 1977¹⁻³ was het, wat de oorspronkelijke bijdragen over Cara betreft, lange tijd stil; alleen het onderwerp astma gaf nadien aanleiding tot een aantal psychosociaal getinte beschouwingen. Het supplement *Huisarts & Praktijk* uit 1982 bracht wel enige Cara-informatie, maar bood geen oorspronkelijk onderzoek.

Pas in 1987 werd de draad weer opgepakt, en vanaf die tijd leidt het onderwerp Cara tot een groeiende stroom klinische empirie uit de huisartspraktijk.²³ Wat daarbij opvalt, is dat de thematiek in de loop van de tijd niet echt is

veranderd: de specificiteit van het klinische beeld, de bijdrage van fysische diagnostiek, en de complexiteit van de behandeling. Wél anders zijn de toonzetting en de basis van waaruit wordt gerapporteerd: die van klinisch onderzoekers, ingebed in een interdisciplinair research-netwerk.

Overigens is een deel van het hier besproken patiëntgebonden Cara-onderzoek niet in eerste instantie in *Huisarts en Wetenschap* gepubliceerd. Dezelfde ontwikkeling die leidde tot een hoge vlucht van het wetenschappelijk onderzoek, gaf ook de aanzet tot het publiceren in internationale tijdschriften. De prominente plaats die het Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek internationaal inneemt,^{36 37} is mede hieraan te danken, en te verwachten valt dat deze ontwikkeling zich versterkt zal voortzetten. Internationaal is huisartsgeneeskundig onderzoek op het terrein van astma/COPD schaars, en nagenoeg beperkt tot het Verenigd Koninkrijk.³⁸⁻⁴⁰ Nederland lijkt dan ook de positie van koploper in te nemen. Als gevolg daarvan ontbreekt het (voorlopig) aan een internationaal huisartsgeneeskundig referentiekader. Dit benadrukt nog eens te meer de noodzaak om binnen het Nederlandse onderzoek voor een goede multidisciplinaire inbedding te zorgen.

Hoe verder?

Het succes van het Cara-onderzoek in de huisartspraktijk van de afgelopen jaren valt toe te schrijven aan het patiëntgebonden karakter ervan en de samenwerking met andere klinici. Dat werd versterkt door de grote zorg waarmee de implicaties voor de praktijk werden uitgewerkt: gemeenschappelijke scholing voor assistenten in opleiding en opleiders, nascholingscursussen, consensus en standaarden voor de praktijk.^{33-35 41} Deze context voor het verrichten van onderzoek dient de komende jaren gekoesterd te worden.

Intussen moet vastgesteld worden dat de term Cara nooit helemaal heeft voldaan. Het lijkt mij dan ook een goed moment om, in overeenstemming met het internationale gebruik, de ziekte-entiteiten astma en chronische bronchitis (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) te gaan onderscheiden.⁴² De Cara-standaarden hebben betrekking op de diagnostiek en behandeling van met name astma;⁴³ chronische bronchitis/COPD heeft tot nu toe veel minder aandacht gekregen. Gelet op het aandeel van deze ziekten in het morbiditeitspectrum in de huisartspraktijk, is gerichte aandacht voor de behandeling van deze groep dringend gewenst.

Voor de komende jaren zou onderzoek naar astma en chronische bronchitis/COPD vanuit de huisartsgeneeskunde zich vooral moeten richten op de lange-termijnsaspecten van de ziekte, het minimaliseren van bijwerkingen en onnodige medicalisering, en het bereiken van een zo groot mogelijk therapeutisch effect met een zo gering mogelijke inzet van middelen.

Nu inflammatie de hoeksteen van preventie en therapie is, wordt het met name van belang om de mogelijkheden van niet-farmacotherapeutische interventie nader te exploreren: stoppen met roken, sanering en prikkelvermijding, en een strategie om hier duurzame effecten te bereiken. Wat de farmacotherapie betreft, verdienen met name de lange-termijneffecten van inhalatiesteroïden en de effectiviteit op termijn van alternatieven ('cromonen') nadere studie.^{10,19} In dit verband valt ook te denken aan het gericht op termijn onderbreken van onderhoudstherapie. Over de duur waarmee anti-inflammatoire therapie moet worden volgehouden, is nog nauwelijks iets bekend. Ten aanzien van de diagnostiek lijkt een verbetering van de anamnese voor het onderkennen van hyperreactiviteit een thema, evenals het analyseren van de plaats die spirometrie en piekstroommeting daarbij innemen. In het verlengde daarvan verdient symptoomperceptie en het daarop inspelen bij een (zelf)managementplan nadere aandacht.

Verwacht mag worden dat huisarts-onderzoekers hierover niet alleen internationaal, maar ook in *Huisarts en Wetenschap* met regelmaat zullen blijven rapporteren; een boeiende toekomst ligt voor ons.

C. van Weel

Prof.dr. C. van Weel,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, KU Nijmegen,
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

- 1 Huygen FJA, Van Eyk JThM, Van den Hoogen HJM, et al. Een praktijk doorgelicht op CARA I. *Huisarts Wet* 1977; 20: 383-6.
- 2 Huygen FJA, Van Eyk JThM, Van den Hoogen HJM, et al. Een praktijk doorgelicht op CARA II. *Huisarts Wet* 1977; 20: 435-7.
- 3 Huygen FJA, Van Eyk JThM, Van den Hoogen HJM, et al. Gevolgen van doorlichting op CARA III. *Huisarts Wet* 1977; 20: 438-44.
- 4 Van der Lende R, Orië NGM, Sluiter HJ, De Vries K. Een praktijk doorgelicht op CARA [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1978; 21: 151-2.
- 5 Lamberts H. Het huis van de huisarts, nu en straks. *Huisarts Wet* 1985; 28: 82-91.
- 6 Van Weel C. Gewone ziekten en een gezond verstand. *Huisarts Wet* 1986; 29: 132-6.
- 7 Knottnerus JA. Dialectiek van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1988; 31: 318-26.
- 8 Anoniem. Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen. Amsterdam: KNAW, 1991.
- 9 De Haan M. Indicators of chronic respiratory disease in primary care of children [Dissertatie]. Amsterdam, Vrije Universiteit, 1988.

- 10 Van Hensbergen W. Effects of nedocromil sodium in patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease [Dissertatie]. Amsterdam, Vrije Universiteit, 1991.
- 11 Kaptein AA, Dekker FW, Gill K, Van der Waard MAC. Under-treatment of asthma in Dutch general practice. *Fam Pract* 1987; 4: 219-25.
- 12 Dekker FW. Asthma and COPD in general practice [Dissertatie]. Leiden: RU Leiden, 1993.
- 13 Van Schayck CP. The treatment of asthma and chronic bronchitis in patients from general practice [Dissertatie]. Nijmegen: KU Nijmegen, 1990.
- 14 Dompeling E. Diagnosis and treatment of patients with progressive airflow obstruction. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 15 Kolnaar BGM. Asthma, respiratory symptoms and bronchial hyperresponsiveness in adolescents [Dissertatie]. Nijmegen: KU Nijmegen, 1994.
- 16 Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (SGO). Den Haag: Staatsuitgeverij, 1988.
- 17 Bottema BJAM. Diagnostiek van CARA in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 18 Van Schayck CP, Dompeling E, Van Herwaarden CLA, et al. Bronchodilator treatment in moderate asthma or chronic bronchitis: continuous or on demand? *Br Med J* 1991; 303: 1426-31.
- 19 Van Hensbergen W, De Haan M, Van Eijk JThM. Effecten van nedocromil bij patiënten met matig ernstige CARA. *Huisarts Wet* 1993; 36: 247-51.
- 20 Dompeling E, Van Schayck CP, Van Grunsven PM, et al. Slowing the deterioration of asthma and chronic obstructive pulmonary disease observed during bronchodilator therapy by adding inhaled corticosteroids. *Ann Intern Med* 1993; 118: 770-8.
- 21 Sachs APE, Van der Waay D, Groenier KH, et al. Indigenous oropharyngeal microorganisms in out-patients with asthma or COPD. *Am Rev Resp Dis*, in press.
- 22 De Haan M. Indicatoren voor CARA bij kinderen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 334-7.
- 23 Muris JWM, Vaessen MHJ, Sturmans F. De waarde van auscultatie bij de diagnostiek van bronchusobstructie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 272-4.
- 24 Muris JWM. Auscultatie van de longen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1990; 33: 258-62.
- 25 Dekker FW, Schrier AC, Sterk PJ, Dijkman JH. Validity of peak expiratory flow measurement in assessing reversibility of airflow obstruction. *Thorax* 1992; 47: 162-6.
- 26 Thoonen BPA, Knottnerus JA, Höppener P. Chronic airway disease in general practice. *Huisarts Wet* 1993; 36(suppl): 36-41.
- 27 Bottema BJAM, Van den Hoogen HJM, Nijhoff S, et al. CARA en acute bronchitis in de huisartspraktijk 1971-1989. *Huisarts Wet* 1992; 35: 305-10.
- 28 Rempt E, Ponsioen BP. Ouders van kinderen met CARA ondervraagd. *Huisarts Wet* 1988; 31: 165-6.
- 29 Schrier AC, Dekker FW, Kaptein AA, Dijkman JH. Quality of life in patients with chronic non-specific lung disease seen in family practice. *Chest* 1990; 89: 894-9.
- 30 Van Schayck CP, Folgering H, Den Otter JJ, et al. Does the

- continuous use of bronchodilators mask the progression of asthma or chronic bronchitis? *Fam Pract* 1992; 9: 397-404.
- 31 Van Schayck CP, Rutten-van Molken MPMH, Van Doorslaer EKA, et al. Two-year bronchodilator treatment with mild airflow obstruction: contradictory effects on lung function and quality of life. *Chest* 1992; 102: 1384-91.
- 32 Deleman FE, Dekker FW, Kaptein AA. Compliantie bij astma-medicatie. *Huisarts Wet* 1989; 32: 43-7.
- 33 Dirksen WJ, Geyer RMM, De Haan M, et al. NHG-Standaard astma bij kinderen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 355-62.
- 34 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsven PM, et al. NHG-Standaard CARA bij volwassenen: diagnostiek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 430-6.
- 35 Van der Waard MAC, Dekker FW, Nijhoff S, et al. NHG-Standaard CARA bij volwassenen: behandeling. *Huisarts Wet* 1992; 35: 437-43.
- 36 Van Weel C. Forty years of the RCGP: a view from outside the British Isles. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 166-7.
- 37 Njoo KH. A Medline search for publications generated by Dutch family medicine. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 42-8.
- 38 Jones KP. Asthma care in general practice – time for a revolution? *Br J Gen Pract* 1991; 41: 224-6.
- 39 Jones KP, Mullee M. Measuring peak expiratory flow in general practice: comparison of mini Wright peak flow meter and turbine spirometer. *Br Med J* 1990; 301: 1355-9.
- 40 Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Audit of the effect of a nurse run asthma clinic on workload and patient morbidity in a general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 227-31.
- 41 Kerrebijn K. Consensus astma bij kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1239-46.
- 42 American Thoracic Society. Standards for diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. *Am Rev Resp Dis* 1987; 136: 225-43.
- 43 Anonymous. International consensus report on diagnosis and management of asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-41. ■