

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
 Dr. N.P. van Duijn
 M. Hugenholtz, arts
 Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
 Dr. J.W.M. Muris
 Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
 Nieuwe Prinsengracht 39
 1018 EG Amsterdam
 Telefoon (020) 4232131
 Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
 Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
 Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen**Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6395763
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
 Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu
 Van Loghum
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6385700
 Fax (030) 6385839
 E-mail: klantenservice@bsl.nl
 Binnenland NLG 174,50 per jaar.
 België BEF 3.951 per jaar. Overig buitenland NLG 261,75 per jaar.
 Studenten NLG 99,50 per jaar.
 Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt 13x per jaar. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Klantenservice Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
 Overige abonnees aan
 Klantenservice Bohn Stafleu
 Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht



Lid van de
 Nederlandse
 Organisatie van
 Tijdschrift-
 Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

Meten is weten?**Cara-standaarden herzien**

De vernieuwde NHG-standaarden over astma en COPD bij volwassenen zullen de Nederlandse huisartsen voor intensief lees- en denkwerk plaatsen: het zijn uitgebreide teksten over een ingewikkeld onderwerp, waarin bovendien nieuwe uitgangspunten en inzichten zijn verwerkt; de teksten zijn geheel herschreven. Het meest in het oog springend – al in de titels – zijn daarbij het loslaten van het carabegrip en, in aansluiting op de internationale opvattingen, het onderscheid tussen astma en chronische obstructieve longziekten (COPD). Argumenten voor dit onderscheid worden gevonden in de uitkomsten van recent onderzoek naar de pathofysiologie van deze aandoeningen en de effecten van bronchusverwijders en inhalatiecorticosteroïden. Daarnaast is (secundaire) preventie veel sterker op de voortgrond komen te staan. Beoogd wordt de versnelde achteruitgang van de longfunctie, zoals die soms voorkomt bij (rokende) COPD-patiënten en patiënten met ernstige astma, terug te dringen.

Deze verschillen komen direct al tot uiting in de definiëring van de begrippen: waar in de oude standaarden astma en chronische bronchitis nog puur anamnestische begrippen waren, is nu voor de diagnosen astma en COPD longfunctie-onderzoek nodig: respectievelijk peakflowmeting (PF) en bepaling van de één-secondewaarde (FEV1). Spirometrie neemt, met name bij COPD, ook een veel prominentere plaats in: bij de diagnostiek en bij evaluatie van wijzigingen in de therapie. Spirometrie in de eigen praktijk wordt in de nieuwe standaard (dan ook) als mogelijkheid geopperd, mits apparaatuur, training en ervaring in uitvoering en interpretatie in orde zijn. De diagnostiek is in de nieuwe standaard ook over wat langere tijd uitgespreid en mede afhankelijk gesteld van een proefbehandeling, voornamelijk om onderscheid te kunnen maken tussen astma en COPD. Het hanteren van de in de vorige standaard afgedrukte 'normaalwaarden' voor de PF-meting wordt nu ontraden. Allergologisch onderzoek blijft beperkt tot de huisstofmijt en eventueel (huis)dieren.

Wat behandeling betreft zijn, naast alle 'oude' geneesmiddelen en adviezen, nog de langwerkende β_2 -mimetica opgenomen voor de ernstiger vormen van astma en COPD.

Van grotere praktische betekenis lijkt echter de preventieve doelstelling bij de medicamenteuze behandeling van COPD: bij de controles van COPD-patiënten moeten degenen met een snelle achteruitgang van de longfunctie (daling $FEV1 >100 \text{ ml/jr}$) worden opgespoord en één

jaar worden behandeld met inhalatiecorticosteroïden, en vervolgens, bij stabilisatie van de FEV1, levenslang. Bij patiënten met drie of meer exacerbaties in het voorgaande jaar wordt geadviseerd acetyl cysteïne te geven (en deze therapie te staken als na 6-12 maanden geen verbetering optreedt).

De controlefrequentie bij stabiele situatie is wat teruggebracht (van vier tot één à twee keer per jaar), maar behelst nu ook halfjaarlijkse FEV1-metingen gedurende drie jaar voor COPD-patiënten ter evaluatie van de longfunctiedaling. Voor astmapatiënten is er wat dit betreft nog onvoldoende kennis om tot een richtlijn te komen.

De aanpak van exacerbaties/astma-aanvalen is niet essentieel gewijzigd; in de nieuwe standaarden wordt altijd een 'stoottuur' (orale corticosteroïden) gegeven, en deze behoeft niet meer geleidelijk te worden verminderd. Bij koorts, algemeen ziek-zijn en een zeer slechte longfunctie of onvoldoende herstel na vier dagen wordt bij COPD-exacerbaties een antibioticum geadviseerd.

Ondanks of dankzij de toename van diagnostisch en therapeutisch instrumentarium, zullen meer (COPD-)patiënten worden verwezen: bij een lage FEV1 of bij een versnelde afname van de FEV1 ondanks inhalatiecorticosteroïden, bij frequente exacerbaties ondanks acetyl cysteïne, en bij COPD op jonge leeftijd (<50 jaar) wordt nu ook verwezen, naast de ook in de vorige standaard genoemde criteria.

Commentaar

De tweedeling astma-COPD moge pathofysiologisch van groot belang zijn, goed hanteerbaar voor de dagelijkse patiëntenzorg lijkt zij niet altijd: een grote groep oudere patiënten zal kenmerken hebben van beide ziektebeelden. Ook de werkgroepen erkennen dat beide aandoeningen gecombineerd kunnen voorkomen. Desondanks is gekozen voor twee verschillende standaarden over de behandeling, waarbij het opvallendste verschil lijkt te liggen in de indicatiestelling voor inhalatiecorticosteroïden: bij astma symptoomgericht, bij COPD als preventie in geselecteerde gevallen.

Het inmiddels verlaten begrip cara (chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen) heeft echter nog wel zijn invloed gehad op het beeld dat van astma wordt gehanteerd: men spreekt van schade aan de longen, preventie van longfunctiedaling en (minimaal) jaarlijkse controles; geen criteria worden gegeven voor wanneer we astma van de 'probleemlijst' mogen schrappen en bij de 'vroegere ziekten' kun-

nen rubriceren. Uit de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (CMR) blijkt echter dat bijna 50 procent van de astmatics na één jaar niet meer als zodanig bij de huisarts bekend is; na 10 jaar loopt dat op naar 80 procent.¹ Dit kan ten dele worden toegeschreven aan aanvankelijke overdiagnostiek en latere onderrapportage, maar aannemelijk is toch dat astma lang niet altijd een diagnose voor het leven is.

De wat ambivalente aanbevelingen in de oude standaard rond het diagnostisch gebruik van de PF-meting zijn duidelijker geworden; helaas is weinig aandacht besteed aan de beperkingen die kleven aan PF-meting en spirometrie: meetfouten van respectievelijk 10 en 5 procent zijn waarschijnlijk het best haalbare. Aanschaf, onderhoud en instructie spelen hierbij een grote rol. Wellicht kan de Commissie Praktijkvoering van het NHG hier een goede bouwsteen aandragen.

De grote nadruk die in deze standaarden wordt gelegd op spirometrie en PF-meting, lijkt het belang van de anamnese wat naar de achtergrond te drukken. De discrepantie met de huidige, meer klachtgerichte praktijk – al gesigneerd in een commentaar op de oude carastandaarden² – wordt daarmee wel erg groot, zonder dat aangetoond is dat patiënten hier baat bij zullen hebben in termen van kwaliteit van leven, klachten of mortaliteit.

Preventieve behandeling: nuttig en haalbaar?

Bij COPD en ernstig astma is een van de doelstellingen van behandeling het voorkomen van eventueel versnelde achteruitgang van longfunctie en in het geval van COPD zijn daar heel gerichte adviezen voor gegeven. De waarde van deze adviezen moet mijns inziens nog worden bewezen: FEV1-daling kan in onderzoekssetting bij bepaalde groepen patiënten weliswaar gunstig worden beïnvloed, maar of dit ook haalbaar is in de dagelijkse patiëntenzorg, en wat dit betekent voor mortaliteit, klachten en kwaliteit van leven, is nog volstrekt onduidelijk. Wel duidelijk aangetoond is, dat het verband tussen klachten en FEV1(-daling) zwak is. Ook zijn er aanwijzingen dat kwaliteit van leven en FEV1 geen duidelijk verband hebben.^{3,4} Er blijkt ook geen relatie te zijn tussen de ernst van de bronchusobstructie en de functionele toestand (een maat voor fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden).¹

Daarnaast kan ook ernstig worden getwijfeld aan de haalbaarheid van het vaststellen van longfunctiedaling bij individuele patiënten: de meting is te onnauwkeurig – het kritisch verschil is te groot⁵ – om dit altijd binnen enkele jaren vast te kunnen stellen. Voor evaluatie van het effect van de behandeling met corticosteroïden speelt daarna weer dezelfde onzekerheid... Vele longfunctiemetingen en langdurige proefbehandelingen zullen dus vaak nodig zijn voordat een ‘definitief’ beleid kan worden uitgezet als alleen meting van versnelde daling van de FEV1 hiervoor bepalend is.

Voordat de Nederlandse huisartsen zichzelf en hun patiënten met deze aanpak belasten zou het nut hiervan goed onderbouwd moeten worden. Dit geldt des te sterker daar de

beoogde preventieve therapie toch al (klachtgericht) zal worden gegeven aan de COPD-patiënten met astmatische kenmerken, en de huisarts zijn COPD-patiënten met permanent veel klachten liever te veel dan te weinig zal willen behandelen, dat wil zeggen al gauw ‘toch maar’ inhalatiecorticosteroïden zal geven, zeker zolang er ook nog wetenschappelijke twijfel is of dit niet toch een heilzame strategie is.⁶

Hoe nu verder?

Nader onderzoek naar de haalbaarheid van nauwkeurige FEV1- en PF-meting in de huisartspraktijk of het huisartsenlaboratorium en naar de implicaties hiervan voor de behandeling van COPD in de huisartspraktijk is dus een eerste vereiste voor een algemene invoering van deze standaard. Ook zou in de huisartspraktijk, waar soms zeer lange follow-up mogelijk is, gezocht kunnen worden naar beïnvloedbare factoren die de ontwikkeling van astma tot COPD bevorderen. Nader onderzoek naar factoren die bepalend zijn voor (een toename van) klachten bij astma- en/of COPD-patiënten in plaats van voor de FEV1, kan misschien belangrijke implicaties voor behandeling hebben.

Astma en COPD staan volop in de wetenschappelijke belangstelling. De grote stroom publicaties zal waarschijnlijk al snel tot aanpassingen van de standaarden moeten leiden. De eerste resultaten van het EUROSOP-onderzoek (een groot-schalig Europees onderzoek naar de effecten van inhalatiecorticosteroïden bij COPD-patiënten) zijn deze herfst al te verwachten.

Ferdinand Schreuder,
huisarts te Delft

- 1 Bottema BJAM. Diagnostiek van CARA in de huisartsenpraktijk [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 2 Hugenholtz M, Smulders M. Drie Cara-standaarden nader bekeken: wat hebben zij de huisarts te bieden? Huisarts Wet 1994; 37: 7-9.
- 3 Dompling E. Diagnosis and treatment of patients with progressive airflow obstruction. Lelystad: Meditekst, 1993.
- 4 Schrier AC, Dekker FW, Kaptein AA, Dijkman JH. Quality of life in elderly patients with chronic non-specific lung diseases seen in family practice. Chest 1990; 98: 894-9.
- 5 Dinant GJ, Van Wijk MAM, Janssens HJEM, et al. NHG-Standaard Bloedonderzoek. Algemene principes en uitvoering in eigen beheer. Huisarts Wet 1994; 37: 202-11.
- 6 Pauwels RA, Lofdahl CG, Pride NB, et al. European Respiratory Society on chronic obstructive pulmonary disease (EUROSOP): hypothesis and design. Eur Respir J 1992; 5: 1254-61. ■