

Astma en COPD: overzicht van de belangrijkste wijzigingen

In dit nummer vindt u drie herziene standaarden over astma en COPD (voorheen Cara). De oorspronkelijke standaarden Cara bij Volwassenen: Diagnostiek (Huisarts Wet 1992; 35: 430-6) en Cara bij Volwassenen: Behandeling (Huisarts Wet 1992; 35: 437-43) zijn geheel herschreven en voorzien van een geactualiseerd notenapparaat. De belangrijkste reden voor deze herziening is dat het Caraconcept wordt vervangen door de driedeling astma, COPD en een mengvorm 'astma met persisterende bronchusobstructie'. Deze verandering is wenselijk vanwege de verschillen in diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen en het feit dat het internationaal gebruikelijk is om van astma en COPD te spreken.

De belangrijkste structurele wijziging is de vervanging van de standaard Cara bij Volwassenen: Behandeling door twee standaarden: 'Astma bij Volwassenen: Behandeling' en 'COPD: Behandeling'. De richtlijnen voor de medicamenteuze therapie van astma zijn in het algemeen goed onderbouwd. Voor de behandeling van COPD is veel minder goed wetenschappelijk onderzoek beschikbaar; de behandeling berust dan ook voor een belangrijk deel op consensus en empirie.

Bij de actualisering is uitgebreider dan gebruikelijk overleg geweest met de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT).

Gevolgen voor de dagelijkse praktijk

De belangrijkste vraag voor de praktijk is of deze wijziging moet leiden tot het implementeren van drie geheel nieuwe standaarden. Het antwoord hierop is gelukkig: nee.

Het beleid bij astma is in essentie slechts op twee punten gewijzigd:

- bij het stappenplan wordt onderscheid gemaakt tussen *intermitterend* astma (symptomen ≤ 1 maal per week, behandeling met bronchusverwijders) en *persisterend* astma (symptomen > 1 maal per week, behandeling primair met ontstekingsremmers);
- bij ernstiger astma is er, naast inhalatiecorticosteroiden, een plaats voor langwerkende β_2 -sympathomimetica.

Het beleid bij COPD is ten opzichte van de vorige standaarden nader uitgewerkt, met als belangrijkste wijziging dat spirome-

trie noodzakelijk is voor het stellen van de diagnose en bij het vervolgen van de aandoening.

Voor de invoering van de richtlijnen in de praktijk zijn twee DKB-pakketten ontwikkeld en een Bouwsteen Piekstroommeten. In de nabije toekomst zal een Bouwsteen Spirometrie volgen.

De veranderingen op een rijtje

De belangrijkste nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen worden hier kort samengevat:

- Astma onderscheidt zich van COPD door de aanwezigheid van reversibiliteit; het begrip reversibiliteit betreft uitsluitend de vermindering van de bronchusobstructie na een standaardtest met een bronchusverwijder.
- Voor de diagnose COPD is spirometrie en een diagnostische steroidtest noodzakelijk.
- Met de NVALT is de afspraak gemaakt dat spirometrie in een longfunctielaboratorium op verzoek van de huisarts mogelijk is; waar die mogelijkheid (nog) niet bestaat, kan de patiënt met vermoeden op COPD worden verwezen voor een diagnostische consult.
- De therapie bij astma is gebaseerd op een internationaal gebruikelijk Stappenplan.
- β_2 -sympathomimetica worden bij astma gereserveerd voor incidenteel gebruik, zoals bij exacerbaties of intermitterend astma.
- Bij matig ernstig astma kan worden gekozen voor een hoge dosis inhalatiecorticosteroiden of een combinatie van een matige dosis inhalatiecorticosteroid plus een langwerkend β_2 -sympathomimeticum.
- Bij COPD wordt geadviseerd de longfunctie (FEV1) te vervolgen, in ieder geval gedurende de eerste drie jaar na het stellen van de diagnose COPD.
- Bij snelle achteruitgang van de longfunctie in die periode is proefbehandeling met inhalatiecorticosteroiden geïndiceerd; het effect daarvan wordt na 12 maanden beoordeeld.

C.F.H. Rosmalen
R.M.M. Geijer