

R.M.M. GEIJER, E.E.M. VAN ESSEN-ZANDVLIET, S. FLIKWEERT, G. BRINKHORST, M. DE HAAN, R.J. ROORDA,
G. DE KONING, W.J. DIRKSEN, L.J.A. VAN SUIJLEKOM-SMIT, B.G.M. KOLNAAR

Landelijke Transmurale Afspraak: Astma bij Kinderen

INLEIDING

De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Astma bij kinderen is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De LTA geeft – in het kort – de afspraken weer die huisartsen en kinderartsen hebben gemaakt aangaande doelmatige zorg bij kinderen met (vermoeden op) astma.

De LTA gaat met name in op de raakvlakken van de eerste- en tweedelijnszorg. De LTA is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en – indien wetenschappelijke gegevens ontbreken – op consensusafspraken van de werkgroep.

De LTA sluit aan op de NHG-Standaard Astma bij kinderen (herziening 1998)¹ en de nieuwe consensus Astma van de Sectie Kinderlongziekten van de NVK (herziening 1997).² Voor de bespreking van het wetenschappelijk onderzoek en verantwoording van de gemaakte keuzes wordt verwezen naar de standaard en de consensus.

De LTA is bedoeld als raamwerk op basis waarvan op lokaal niveau meer gedetailleerde werkafspraken gemaakt kunnen worden tussen huisartsen en kinderartsen. Voor nadere informatie kunt u terecht bij één van de coördinatoren.

In de afspraak worden achtereenvolgens de achtergronden, de belangrijkste uitgangspunten en de aanbevelingen voor samenwerking besproken.

Achtergronden

Astma is de meest voorkomende chronische aandoening bij kinderen. Op grond van diagnostische overwegingen worden twee leeftijdscategorieën onderscheiden: tot 4 jaar en 4 jaar en ouder.

0 tot 4 jaar. Het stellen van de diagnose in deze leeftijdscategorie wordt bemoeilijkt omdat het periodiek optreden van dyspnoe vaak afwezig is en hanteerbare, valide testen ontbreken. Ook is daardoor goed wetenschappelijk onderzoek moeilijk uitvoerbaar. Derhalve berust het beleid bij deze leeftijdscategorie voornamelijk op empirie en consensus. Vaak zal volstaan moeten worden met het stellen van een symptoomdiagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' waarbij in een beperkt aantal meer uitgesproken ge-

Geijer RMM, Van Essen-Zandvliet EEM, Flikweert S, Brinkhorst G, De Haan M, Roorda RJ, De Koning G, Dirksen WJ, Van Suijlekom-Smit LJA, Kolnaar BGM. Landelijke Transmurale Afspraak: Astma bij Kinderen. Huisarts Wet 1998;41(3):144-6.

Samenvatting

- Verslag van landelijk overleg tussen huisartsen en kinderartsen over medische zorg bij (vermoeden op) astma.
- Bij kinderen tot 4 jaar is meestal slechts een symptoomdiagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' mogelijk.
- Bij 0-1 jarigen met aanwijzingen voor een andere oorzaak voor hoesten, piepen of volzitten dan astma of virale luchtweginfecties is verwijzing (naar kinderarts) gewenst. Terugverwijzing (naar huisarts) wordt aanbevolen bij uiteindelijke diagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' of (een vermoeden op) astma bij afwezigheid van ernstige klachten. Gedeelde zorg is gewenst bij blijvend ernstige klachten.
- Bij kinderen met 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' of (vermoeden op) astma, die onvoldoende verbeteren op therapie, is verwijzing gewenst. Verantwoordelijkheid voor zorg tijdens instelfase ligt bij kinderarts. Na instelfase gaat voorkeur uit naar gedeelde zorg. Duidelijke afspraken tussen huisarts en kinderarts over verantwoordelijkheid bij exacerbaties zijn gewenst. Terugverwijzing wordt aanbevolen bij bereiken behandeldoel gedurende 3 tot 12 maanden.

vallen de diagnose astma met een grotere mate van waarschijnlijkheid gesteld kan worden.

Onder 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' wordt in dit kader verstaan:

- perioden met hoesten en/of volzitten die – arbitrair – ten minste 5 maal per jaar optreden en langer dan 10 dagen aanhouden of
- periodiek piepen tijdens of in aansluiting op virale luchtweginfecties.

Bij kinderen met deze symptoomdiagnose wordt astma waarschijnlijker bij één of meer van de volgende kenmerken:

- constitutioneel eczeem bij het kind;
- astma, allergische rhinitis of constitutioneel eczeem bij een eerstegraads-familieid;
- verbetering van de klachten op een bronchusverwijder;
- het meer op de voorgrond komen staan van piepen en/of dyspnoe bij het ouder worden;
- aanwijzingen dat allergische prikkels luchtwegklachten bij het kind uitlokken. 4 jaar en ouder. Bij kinderen van 4 jaar en ouder kan, naarmate de leeftijd toeneemt, de diagnose astma met meer zekerheid gesteld worden omdat het patroon van aanvalsgewijs optredende dyspnoe meer op de voorgrond komt te staan en longfunctie-onderzoek (piekstroommeting, spirometrie) vanaf 6 jaar mogelijk wordt. Ook in deze leeftijdscategorie zal de diagnose astma grotendeels op basis van de anamnese gesteld worden. Het beleid bij oudere kinderen is – mede door de meer objectificeerbare diagnose – beter wetenschappelijk onderbouwd. Bij kinderen van 4 jaar en ouder is astma waarschijnlijk bij:
 - periodiek optreden van dyspnoe en expiratoir piepen, al dan niet na inspanning waarbij de klachten verminderen op een bronchusverwijder, of
 - perioden met hoesten die – arbitrair – ten minste 5 maal per jaar optreden en langer dan 10 dagen aanhouden waarbij de klachten verminderen na inhalatie van een bronchusverwijder of een inhalatiecorticosteroïd, of
 - dyspnoe, piepen of hoesten gepaard gaande met een reversibele bronchusobstructie al dan niet geobjectiveerd met piekstroommeting of FEV1-meting.

Uitgangspunten van het beleid

- Doel van de behandeling van astma is een leefpatroon met een normaal inspanningsvermogen zonder of met zo weinig mogelijk klachten al dan niet met medicatie in een zo laag mogelijke dosering en toedieningsfrequentie en zo weinig mogelijk bijwerkingen.
- Bij het beleid is voorlichting, begeleiding en advisering over het vermijden van uitlokkende prikkels van groot belang naast voorlichting over inhalatietherapie en behandeling van aanvallen.



- Bij alle kinderen met (vermoeden op) astma gaat de voorkeur uit naar inhalatietherapie. Slechts als dit (nog) niet haalbaar is, kan – tijdelijk – orale therapie (met β_2 -sympathicomimetica) gegeven worden.
- Bij ernstige dyspnoe of bij coördinatieproblemen gaat de voorkeur uit naar een dosisaërosol met een inhalatiekamer of eventueel een elektrische jet-vernevelaar.
- De meeste kinderen met de symptoomdiagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' of (vermoedelijk) astma kan de huisarts zelf begeleiden. Bij diagnostische problemen en bij een ernstig beloop is verwijzing naar en samenwerking met een kinderarts gewenst.

Kinderen tot 4 jaar

- Bij hen wordt gebruik gemaakt van een dosisaërosol met een inhalatiekamer met een neus-mond masker (metalen Nebuhaler, Babyhaler, Aerochamber) of een elektrische vernevelaar.
- De behandeling berust op empirie; bij een eerste episode of bij kort bestaande klachten wordt een kortwerkende bronchusverwijder (op 'zo nodig' basis) gegeven en bij meer ernstige klachten en/of één of meer aanwijzingen voor astma (zie eerder) een inhalatiecorticosteroid gedurende 2 tot 4 weken. Cromoglicinezuur toegediend met een Aerochamber lijkt in deze leeftijdscategorie niet werkzaam. Debutopine en ketotifen worden niet meer geadviseerd.

Kinderen van 4 jaar en ouder

- Bij hen wordt gebruik gemaakt van een dosisaërosol met een inhalatiekamer met bij voorkeur een mondstuk. Als een kind voldoende inspiratoire flow heeft (meestal vanaf 7 jaar) kan een poederinhalator gebruikt worden.
- Bij de behandeling wordt een stappen-schema gehanteerd. Bij intermitterende symptomen (≤ 1 maal per week) wordt op 'zo nodig' basis een kortwerkend β_2 -sympathicomimeticum gegeven en bij meer frequente symptomen (> 1 maal per week) een inhalatiecorticosteroid volgens een 'step-down' schema.
- Starten met een langwerkend β_2 -sympathicomimeticum wordt niet aanbevolen in de huisartspraktijk omdat daarmee nog onvoldoende ervaring is

opgedaan en het middel alleen geïndiceerd is bij (matig) ernstig astma toegevoegd aan een inhalatiecorticosteroid. Indien het voorschrijven van een langwerkend β_2 -sympathicomimeticum overwogen wordt, is medebehandeling door een kinderarts gewenst.

- Bij bijwerkingen van een inhalatiecorticosteroid die persisteren na controle van de inhalatietechniek en eventueel overstappen op dosisaërosol-inhalatiekamer, kan gekozen worden voor het deels vervangen van het inhalatiecorticosteroid door een langwerkend β_2 -sympathicomimeticum.

Verwijzing

• Diagnostische problemen

Differentiaal diagnostische problemen spelen met name bij kinderen tot 1 jaar. Virale luchtweginfecties zijn ook in deze leeftijdscategorie de meest voorkomende oorzaak van recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten. Minder frequente oorzaken bij 0 tot 1 jarigen zijn aandoeningen als gastro-oesofageale reflux, aangeboren afwijkingen van hart of grote vaten, cystic fibrosis of bronchopulmonale dysplasie. Een deel van deze kinderen zal vanwege de medische voorgeschiedenis zoals het lage geboortegewicht al bij een kinderarts bekend zijn. Bij aanwijzingen voor bovengenoemde aandoeningen is er een reden om het kind te verwijzen voor nadere diagnostiek en/of een behandeladvies. Aanwijzingen om aan een an-

dere aandoening dan virale luchtweginfecties of astma te denken zijn:

- afbuigen van de lengte en/of gewichtscurve (verontrustender naarmate de afbuiging op een jongere leeftijd optreedt);
- achterblijven in de psychomotorische ontwikkeling;
- een souffle of cyanose;
- onvoldoende verbetering op de op astma gerichte therapie.
- **Geen of onvoldoende verbetering op therapie**
 - Bij kinderen tot 4 jaar met een symptoomdiagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' die onvoldoende verbeteren met het gevoerde beleid (adviezen en medicamenteuze therapie) na 6 weken, of eerder afhankelijk van de leeftijd en de aard en de ernst van de klachten, is er een reden voor verwijzing met als vraagstelling nadere diagnostiek en een behandeladvies.
 - Bij oudere kinderen met astma wordt medebehandeling door een kinderarts aanbevolen als met een matige dosis inhalatiecorticosteroiden (400 mcg budesonide/beclometason of 250 mcg fluticason per dag) ondanks adequate zorg het behandeldoel niet gehaald wordt (zie ook 'Belangrijkste discussiepunten').
 - Medebehandeling door een kinderarts wordt aanbevolen bij zodanig instabiel astma dat meer dan één ziekenhuisopname of prednis(ol)onkuur wegens astma in de voorafgaande 12 maanden noodzakelijk was.
- **Overige redenen om te overleggen of te verwijzen**
 - Kinderen met de symptoomdiagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' of met astma bij wie de behandeling gecompliceerd wordt door een andere chronische aandoening waarbij steroïden geïndiceerd zijn zoals bijvoorbeeld bij (ernstig) eczeem.
 - Afbuigen van de lengtegroei-curve op 2 opeenvolgende metingen in 3 tot 6 maanden of bij symptomen van het Cushing-syndroom.
- **Acuut ernstig astma**
Zie het kader 'Verwijsindicaties bij acuut ernstig astma'.

Verwijsindicaties bij acuut ernstig astma

- uitblijven van voldoende verbetering binnen een half uur bij adequate behandeling
- (met spoed) bij alarmsymptomen (uitputting, cyanose, bewustzijnsdaling)
- onvoldoende zorgmogelijkheden in de eerstvolgende 12 tot 24 uur
- een exacerbatie die de volgende dag onvoldoende verbeterd is
- in de voorafgaande 12 maanden een of meer zeer ernstig verlopen exacerbaties of een of meer ziekenhuisopnames wegens astma



Terugverwijzing en gedeelde zorg

Kinderen die om *differentiaal diagnostische problemen* verwezen waren, worden terugverwezen als de diagnose 'recidiverend hoesten, piepen en/of volzitten' of (een vermoeden op) astma gesteld wordt en er geen ernstige klachten bestaan. Als er een andere oorzaak van de klachten gevonden wordt, laat de kinderarts dit binnen korte tijd weten en draagt hij/zij zorg voor de follow-up waarover binnen 3 maanden bericht wordt.

Bij kinderen die verwezen zijn wegens *onvoldoende verbetering op therapie* draagt de kinderarts zorg voor de behandeling en follow-up in de periode aansluitend aan de verwijzing. In de fase daarna gaat de voorkeur uit naar gedeelde zorg dat wil zeggen voortgezette medebehandeling door een kinderarts. Aanbevolen wordt in overleg met de ouders af te spreken met wie zij contact dienen op te nemen bij een exacerbatie of voor tussentijds overleg. Bij gedeelde zorg zijn zowel de kinderarts als de huisarts verantwoordelijk voor de zorg. Aanbevolen wordt om over de praktische uitwerking van de gedeelde zorg lokaal afspraken te maken. Een model voor gedeelde zorg is bijvoorbeeld een controle eenmaal per kwartaal, afwisselend door huisarts en kinderarts. Voorwaarde voor een dergelijke afspraak is een wederzijdse actuele schriftelijke overdracht. Als het behandeldoel gehaald is gedurende 3 tot 12 maanden (afhankelijk van de tijd die de kinderarts nodig heeft om een goed beeld te krijgen) wordt besloten tot terugverwijzing naar de huisarts als een goede overdracht en follow-up gegarandeerd is. Ook bij de *overige verwijfsredenen* zijn dergelijke afspraken over gedeelde zorg gewenst.

Controles

Kinderen die inhalatiecorticosteroiden gebruiken, worden ten minste eenmaal per 3 maanden gecontroleerd tot duidelijk is wat de laagst mogelijke dosering is waarbij het behandeldoel gehaald wordt. Controle kan daarna eenmaal per 3 tot 6 maanden plaatsvinden.

Er wordt aandacht besteed aan:

- klachten, invloed op het dagelijks leven en beperkingen;
- het naleven van niet-medicamenteuze adviezen en het effect daarvan;
- inhalatietechniek en therapietrouw;
- bij twijfel aan een goede instelling, bijhouden van een piekstroomdagboek.

Daarnaast wordt bij kinderen die een inhalatiecorticosteroid gebruiken de lengtegroei gecontroleerd.

Belangrijkste discussiepunten

Het belangrijkste discussiepunt betrof de verantwoordelijkheid voor het controlebeleid bij kinderen met matig ernstig astma dat wil zeggen kinderen bij wie pas met een matige dosis inhalatiecorticosteroiden (budesonide/beclometason 400 mcg of fluticason 250 mcg per dag) het behandeldoel gehaald wordt. Er werd consensus bereikt over de noodzaak van een adequaat controlebeleid om voldoende zicht te houden op het bereiken van het behandeldoel met zo weinig mogelijk interventies en om tijdig bijwerkingen zoals vertraging van de lengtegroei te onderkennen. Wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor het controlebeleid bij kinderen met matig ernstig astma, is mede afhankelijk van de competentie en de taakopvatting van de betrokken huisarts. Aanbevolen wordt hierover lokaal afspraken te maken.

TOTSTANDKOMING

In februari 1997 startte een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde met het transmurale overleg. De coördinatie was in handen van S. Flikweert, R.M.M. Geijer, huisartsen en dr. E.E.M. van Essen-Zandvliet, kinderarts. Namens het NHG namen deel W.J. Dirksen, prof.dr. M. de Haan, dr. B.G.M. Kolnaar en G. de Koning en namens de NVK G. Brinkhorst, dr. R.J. Rooda en dr. L.W.A. van Suijlekom-Smit. Na jaar 1997 was een conceptversie gereed. Deze is ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen en aan de 120 kinderartsen, die lid zijn van de sectie kinderlongziekten van de NVK. Op basis van reacties uit de commentaaronder werd de tekst heroverwogen en herzien. In januari 1998 werd de concepttekst voorgelegd aan respectievelijk de Autorisatiecommissie van het NHG en het bestuur van de NVK. Na het aanbrengen van enkele wijzigingen werd de LTA geautoriseerd door het NHG en goedgekeurd door de NVK.

- 1 Dirksen WJ, Geijer RMM, De haan M, De Koning G, Flikweert S, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Astma bij Kinderen. Huisarts Wet 1998;41(3):130-43.
- 2 Hoekstra MO, namens de Sectie Kinderlongziekten van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Behandeling van astma bij kinderen; herziene richtlijnen van kinderlongartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141:2223-9. ■