

Astma bij kinderen: een praktijkverbeterplan waardig

De huisarts stelt bij kinderen niet vaak een chronische ziekte vast. Maar als het gebeurt, is het meestal astma. Inhalatiemedicatie voor de luchtwegen staat al jaren in de top van de medicijnuitgaven in Nederland, waarbij de dure combinatiepreparaten de ranglijst aanvoeren. Maar liefst 10% van de kinderen van 10 jaar en jonger heeft in 2014 astmamedicatie gebruikt. Salbutamol is het meest voorgeschreven bij kinderen.

Astma als meestvoorkomende chronische aandoening bij kinderen en luchtwegmedicatie als belangrijke uitgavepost rechtvaardigen meer aandacht. Uit de wetenschappelijke literatuur, en ook uit het artikel van Pouwelse in dit nummer, blijkt dat nog niet alles even goed loopt als het om kinderen met astma gaat. De problemen liggen vooral bij het stellen van de diagnose, overdiagnostiek en overbehandeling, en bij de dossierregistratie van de diagnose astma.

KLINISCHE DIAGNOSE

Het vaststellen van de diagnose astma kan voor de huisarts een uitdaging zijn. De NHG-Standaard Astma bij kinderen biedt de huisarts handvatten.¹ Bij kinderen onder de 6 jaar moeten we het doen met een klinische diagnose, gebaseerd op recidiverende luchtwegklachten, waarbij piepende uitademing een kernsymptoom is. Als het piepen ook buiten een luchtweginfectieperiode optreedt, neemt de kans op astma toe. Geen astma zonder piepen.

Andersom geldt dit niet. Slechts een klein deel van de kinderen die op jonge leeftijd klachten van een piepende ademhaling hebben, ontwikkelt astma. Het overgrote deel heeft slechts tijdelijk klachten van piepen en dit is dan veelal gerelateerd aan luchtweginfecties. Echter, de (werk)diagnose astma en de ICPC-code R96 worden bij jonge kinderen vaker toegekend dan op basis van de aanwezige klachten of risicofactoren verwacht mag worden. Het feit dat het gaat om een klinische diagnose zonder objectieve maat draagt hier zeker aan bij. Boven de leeftijd van 6 jaar wordt het klinisch beeld in de regel meer uitgesproken door het aanvalsgewijs optreden van dyspneu en piepen, zeker bij blootstelling aan allergenen. De klinische diagnose is dan beter te stellen. Daarbij komt dat spirometrie, het vaststellen van reversibiliteit, de diagnose bij oudere kinderen kan ondersteunen.

OVERBEHANDELING

De eerste presentatie tijdens het spreekuur van kinderen met tijdelijke klachten en kinderen met uiteindelijk persistentere klachten (astma) is veelal gelijk en het in te stellen

beleid eveneens. De behandeling is gericht op het verminderen van de luchtwegsymptomen en daarmee op verbetering van de kwaliteit van leven. Een vroege start van luchtwegmedicatie heeft geen positieve invloed op de prognose van astma of op de longfunctie op latere leeftijd. Afhankelijk van de ernst van de klachten kan gestart worden met alleen een luchtwegverwijder. Bij herhaling of persistente klachten is een combinatie met een inhalatiecorticosteroid (ICS) een optie.

Maar hier gaan we als huisartsen toch met regelmaat de fout in. Wat een proefbehandeling zou moeten zijn en dus om een controle van het effect vraagt, eindigt te vaak in verkeerd of te langdurig gebruik van medicatie. Uit onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen bij kinderen (2-12 jaar) met luchtwegklachten bleek dat te vaak direct met ICS gestart werd en het gebruik gecontinueerd werd, zonder dat de diagnose astma waarschijnlijk was. Kortdurende voorschriften van ICS zonder adequate follow-up vormden de dagelijkse praktijk.² Ook in het PIAMA-onderzoek, een groot Nederlands geboortecohort, bleek maar liefst 36% van de kinderen (2-8 jaar) die ICS gebruikten in de afgelopen 2 jaar geen astmagerelateerde klachten te hebben gehad. Bij meer dan de helft van de kinderen was nooit een diagnose astma gesteld, ondanks frequent ICS-gebruik.³ Beide Nederlandse onderzoeken maken duidelijk dat er werk aan de winkel is als het gaat om het voorschrijven en monitoren van inhalatiemedicatie bij kinderen.

OVERDIAGNOSTIEK EN OVERREGISTRATIE

In het onderzoek van Pouwelse is in zeven Brabantse huisartspraktijken onderzocht wat de betrouwbaarheid is van de geregistreerde diagnose astma (R96) bij kinderen tussen de 6 en 16 jaar.⁴ Bij 9% van de onderzochte kinderen was een astma-code in het HIS geregistreerd. Slechts bij 92 (42%) van de 218 kinderen met een compleet medisch dossier waren aanwijzingen voor astma in het dossier te vinden. Bij 28 (13%) kinderen was de diagnose astma onwaarschijnlijk en bij 98 (45%) kinderen kon geen uitspraak gedaan worden over de validiteit van de diagnose astma. De conclusie is dat de diagnose astma niet bevestigd kon worden bij een meerderheid van de kinderen met code R96. Bij jonge kinderen of kinderen bij wie op jongere leeftijd R96 was vastgelegd bleek het vaker onmogelijk de diagnose te verifiëren. De onderzoekers concluderen terecht dat de diagnostiek van astma bij kinderen en de registratie hiervan in de huisartsenpraktijk meer aandacht verdienen.

Een vergelijkbaar onderzoek in Utrechtse praktijken liet eveneens zien dat de diagnose astma bij meer dan de helft van de kinderen (6-18 jaar) met astmamedicatie en/of code R96 onwaarschijnlijk was.⁵ Overregistratie en overdiagnostiek van astma bij kinderen vormen een serieus probleem in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, kamer Na 1824, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: p.bindels@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

WAT KUNNEN WE ERMEE IN DE PRAKTIJK?

De diagnose astma en overdiagnostiek

De NHG-Standaard Astma bij kinderen geeft, zeker voor kinderen vanaf 6 jaar, duidelijke bouwstenen voor de diagnose astma. De in Nederland ontwikkelde klinische astma-voorspellende score CAPS kan helpen bij het stellen van de diagnose bij kinderen jonger dan 6 jaar.⁶ Op basis van vijf klinische symptomen is de diagnose astma bij een belangrijk deel van deze jonge kinderen uit te sluiten dan wel aan te tonen. Een CAPS-score < 3 heeft een negatief voorspellende waarde van 78,4%, een CAPS-score > 7 een positief voorspellende waarde van 74,3%. Het gebruik van een diagnostische index bevordert het terecht stellen van de diagnose astma en verkleint de kans op overdiagnostiek. De wetenschap dat een piepende ademhaling bij het merendeel van de jonge kinderen van voorbijgaande aard is, rechtvaardigt enige terughoudendheid van de huisarts bij het stellen van de diagnose astma. Zeker bij een eerste episode van piepen. De mogelijkheid van het verlichten van symptomen met inhalatiemedicatie blijft bestaan.

Overbehandeling

Elke start van inhalatiemedicatie bij kinderen, onafhankelijk van de leeftijd, is een proefbehandeling. Dat vraagt om monitoring van het effect van de ingestelde behandeling. De standaard is expliciet over deze aanbeveling. Moet het kind ermee doorgaan of is stoppen met een expectatief beleid beter? Het gericht terug laten komen van kinderen na de start van inhalatiemedicatie is zeker nog geen gemeengoed in de huisartsenpraktijk. Onduidelijkheid bij kinderen en ouders over het verdere gebruik van de medicatie, het zelf indiceren van hernieuwd gebruik en onnodig aanvragen van herhaalmedicatie zijn het gevolg. Ook kinderen met continu ICS-gebruik verdienen een jaarlijkse afspraak om de mate van astmacontrole te beoordelen en medicatie aan te kunnen passen.

Registratie optimaliseren

Het onderzoek van Pouwelse laat zien dat zeker op jonge leeftijd (< 6 jaar) te vaak code R96 gegeven wordt. Tevens blijkt deze code te weinig ingetrokken te worden op latere leeftijd, wan-

neer er geen astmagerelateerde luchtwegklachten meer zijn. De initiële codes R03 (piepen), hoesten (R02) of hyperreactiviteit (R96.01) na een luchtweginfectie zouden in eerste instantie vaker overwogen moeten worden. Wanneer er sprake is van recidiverende episodes zijn deze altijd nog te converteren naar astma (R96).

Praktijkverbeterplan

Achterstallig onderhoud lijkt een probleem in veel praktijken als het gaat om astma bij kinderen. Het aantal kinderen dat inhalatiemedicatie gebruikt of code R96 heeft, is in de meeste praktijken overzichtelijk. Een uitdraai uit het HIS van deze gevallen en verificatie van de diagnose, de-activatie van onterechte codes dan wel evaluatie van de indicatie voor medicatie zou een prachtig en behapbaar verbeterplan zijn voor veel praktijken. Ook kinderen met onderbehandeld astma komen zo mogelijk in beeld.

CONCLUSIE

Nog te veel kinderen gebruiken (langdurig) inhalatiemedicatie voor astmagerelateerde klachten zonder dat de indicatie duidelijk is. Een aanzienlijk aantal kinderen lijkt een astmacode te hebben zonder harde aanwijzingen hiervoor. Er is met andere woorden werk aan de winkel voor de Nederlandse huisarts: op naar een praktijkverbeterplan! ■

LITERATUUR

- 1 Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol M, Van Hensbergen W, Steenkamer T, Uijen H, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (derde herziening) Huisarts en Wetenschap 2014;2:70-80.
- 2 Klok T, Kaptein AA, Duijverman E, Oldenhof FS, Brand PLP. General Practitioners' prescribing behaviour as a determinant of poor persistence with inhaled corticosteroids in children with respiratory symptoms: mixed methods study. *BMJ Open* 2013;3:e002310.
- 3 Caudri D, Wijga AH, Smit HA, Koppelman GH, Kerkhof M, Hoekstra MO, et al. Asthma symptoms and medication in the PIAMA birth cohort: evidence for under and overtreatment. *Pediatr Allergy Immunol* 2011;22:652-9.
- 4 Pouwelse M, Van der Meer V, Van den Boomgaard M, Hugen C, Merkus P, Van den Bemt L. Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose? *Huisarts Wet* 2015;58:402-5.
- 5 Looijmans-Van de Akker I, Van Luijn K, Verheij T, De Wit NJ. Overdiagnosis of asthma in children in primary care. CAHAG conferentie 2015.
- 6 Van der Mark LB, Van Wonderen KE, Mohrs J, Van Aalderen WMC, Ter Riet G, Bindels P. Astma voorspellen bij peuters en kleuters. *Huisarts Wet* 2014;57:622-5.