

## Reversibiliteit als maat bij COPD

In het MedMet Magazine las ik dat er gereageerd kon worden op de nieuwe NHG-Standaard COPD. Bij deze wil ik graag een opmerking plaatsen. Ik ben werkzaam als longarts in Enschede en binnen mijn maatschap aanspreekpunt voor huisartsen omtrent COPD. Bij het lezen van de NHG-Standaard viel mij op dat de criteria voor het aanwezig zijn van reversibiliteit zijn veranderd. Voorheen definieerden de huisartsen reversibiliteit als een toename van de FEV<sub>1</sub> als percentage van voorspeld met 9% of meer ten opzichte van de FEV<sub>1</sub> als percentage van voorspeld voor bronchodilatatie. Dit percentage kwam niet overeen met de 12% of meer toename die Nederlandse longartsen hanteren (conform ERS-criteria). Nu is er sprake van reversibiliteit als de absolute FEV<sub>1</sub> met 12% of meer toeneemt ten opzichte van de absolute FEV<sub>1</sub> voor bronchodilatatie (conform ATS-criteria). In de stukken miste ik een toelichting hierop en ik begrijp eerlijk gezegd niet waarom er nu voor een andere waarde is gekozen en waarom deze criteria opnieuw verschillen van de criteria voor longartsen. Zo veroorzaak je naar mijn mening alleen maar onduidelijkheid bij zowel longartsen als huisartsen. Om een voorbeeld te noemen, tijdens bijscholingen door longartsen voor huisartsen is er nog steeds geen uniformiteit en ontstaat er discussie over welke waarden nu moeten worden

gehanteerd. Wanneer longartsen voor huisartsen longfunctie moeten verslaan dan moeten ze daarbij andere criteria hanteren dan wanneer ze deze verslaan voor henzelf of collega specialisten uit het ziekenhuis. Misschien zou het helpen een en ander nader toegelicht te krijgen.

N. Hekelaar

## Antwoord

Hartelijk dank voor uw reactie op de oproep om feedback te leveren op de CBO-richtlijnen en de NHG-Standaard over COPD. De motivering om de ERS-criteria voor reversibiliteit ( $\geq 9\%$  uitgedrukt als percentage van de voorspelde waarde) te vervangen door de criteria van de internationale GINA-richtlijn (FEV<sub>1</sub>-toename  $\geq 12\%$  of – bij een kleiner longvolume –  $\geq 200$  ml ten opzichte van de prebronchodilatatoire waarde) is te vinden in de NHG-Standaard Astma bij volwassenen (noot 13). Om van een betekenisvolle reversibiliteit te spreken dient de toename ten minste 200 ml te zijn. Dit 200 ml-criterium is vooral relevant bij kleinere volumina (FEV<sub>1</sub>  $< 1,67$  l) omdat in dat geval een toename met 12% minder is dan 200 ml (12% van 1,67 l is 200 ml). Bij grotere volumina (FEV<sub>1</sub>  $\geq 1,67$  l) – is een toename met 12% of meer altijd groter dan 200 ml.

De internationale GINA-richtlijn baseert zich op een consensustekst van een ATS/ERS-werkgroep van de American Thoracic

Society (ATS) en de European Respiratory Society (ERS).<sup>1</sup> Deze werkgroep baseert zich op een drietal onderzoeken in de algemene populatie en een viertal onderzoeken bij patiënten. De conclusie van de ATS/ERS werkgroep is aldus: 'There is no clear consensus about what constitutes reversibility in subjects with airflow obstruction. In part, this is because there is no consensus on how a bronchodilator response should be expressed, the variables to be used, and, finally, the kind, dose and inhalation mode of bronchodilator agent [...] The current authors recommend using the percent change from baseline and absolute changes in FEV<sub>1</sub> and/or FVC in an individual subject to identify a positive bronchodilator response. Values  $>12\%$  and 200 mL compared with baseline during a single testing session suggest a "significant" bronchodilatation.' Uit dit citaat blijkt dat er de nodige voetangels en klemmen zijn aan het meten en interpreteren van reversibiliteit. Om niet te veel uit de pas te lopen heeft de werkgroep die de NHG-Standaard Astma bij volwassenen heeft opgesteld, besloten de aanbevelingen van de ATS/ERS-werkgroep op te volgen.

Roeland Geijer

1 Pellegrino G, Viegi V, Brusasco RO, Crapo F, Burgos R, Casaburi A, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J* 2005;26:948-68.

## Cochrane-review

### Psychotherapeutische behandelingen voor depressieve ouderen

Wilson KCM, Mottram PG, Vassilas CA. *Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008. CD004853. DOI: 10.1002/14651858.CD004853.pub2.

**Achtergrond** Ondanks een aantal systema-

tische literatuuroverzichten die voor psychotherapie pleiten bij de behandeling van depressie, is er betrekkelijk weinig bewijsmateriaal uit gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek dat specifiek de doeltreffendheid bij oudere mensen laat zien.

**Doel** Het effect van psychotherapeutische behandelingen voor depressie bij oudere mensen schatten.

**Methode** De reviewers zochten in het Cochrane Collaboration Depression An-

xiety and Neurosis Controlled Trials Register (CCDANCTR)-Studies en CCDANCTR-References naar relevante studies. Het International Journal of Geriatric Psychiatry en het Irish Journal of Psychiatry doorzochten zij met de hand. Bovendien bestudeerden nog zij referentielijsten van eerder gepubliceerde systematische overzichten, met in- of uitgesloten trialartikelen en de bibliografieën in detail. De auteurs namen ook contact op met

deskundigen op dit gebied.

Twaalf van de geïdentificeerde 82 studies met oudere volwassenen, gediagnosticeerd met depressie (ICD- of DSM- criteria), voldeden aan inclusiecriteria voor opname in de review. Negen studies droegen gegevens bij aan de meta-analyse. Alle soorten psychotherapeutische interventies werden meegenomen en gecategoriseerd in cognitieve gedragstherapie (CBT), psychodynamische therapie, interpersoonlijke therapie en steunende therapieën.

Primaire uitkomst was vermindering van de ernst van de depressie, meestal gemeten door behandelaars met classificatieschalen. Secundaire uitkomsten omvatten uitval en levenstevredenheid. Een meta-analyse kon worden uitgevoerd, met odds ratio's voor dichotome resultaten en gewogen gemiddelde verschillen (WMD) voor continue resultaten, met 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI).

**Resultaten** De search leidde tot negen trials met cognitieve, gedrags- en psychodynamische therapeutische interventies, samen met een kleine groep actieve controle-interventies. De reviewers vonden geen trials met betrekking tot andere psychotherapeutische benaderingen en technieken. In totaal zeven trials hadden voldoende gegevens voor de vergelijking tussen CBT en controles. In geen enkele trial werd psychodynamische psychotherapie met controles vergeleken.

Cognitieve gedragstherapie was, gebaseerd op 5 onderzoeken met in totaal 153 deelnemers, effectiever dan wachtlijstcontroles (WMD -9,85, 95% BI -11,97 tot -7,73). Slechts 3 kleine onderzoeken vergeleken psychodynamische therapie met CBT, zonder significant verschil in behandelingseffect tussen de 2 soorten psychotherapeutische behandelingen. Gebaseerd op 3 onderzoeken met bruikbare gegevens, was CBT superieur aan actieve controle-interventies bij het gebruiken van de Hamilton Depression Rating Scale (WMD -5,69, 95% BI -11,04 tot -0,35), maar equivalent bij het gebruiken van een zelfinvullijst, de Geriatric Depression Scale (WMD -2,00, 95% BI -5,31 tot 1,32).

**Conclusies van de auteurs** Deze meta-analyse omvat slechts een klein aantal

studies en patiënten. Iedere studie op zich geeft maar beperkte steun aan het nut van psychotherapeutische behandelingen bij de zorg voor depressie bij oudere mensen. Nochtans wijzen de bevindingen in dezelfde richting als die van een grotere meta-analyse met patiënten met bredere leeftijdsgroepen, dat CBT potentieel van voordeel kan zijn.

### Commentaar

Deze review heeft de kwaliteit die we van de Cochrane Collaboration kennen. De staat van wetenschap op dit terrein valt zoals vaker wat tegen: het overzicht betreft slechts een gering aantal, kleine trials. Een punt van zorg is dat ook hier veel uitval is, zoals in veel andere psychotherapiestudies. Dat roept de voor de huisarts zeer relevante vraag op of de psychotherapeutische confrontatie met depressieve klachten niet te confronterend is voor veel mensen. Of is dat een onderzoeksartefact?

De review heeft een aantal beperkingen. Bij depressieve ouderen gaat het in de eerste lijn primair om een zorgprobleem. In deze review komt vooral het behandelperspectief aan bod, of een bepaalde interventie 'helpt'. Daarnaast is de vraag voor de huisarts vooral hoe je de zorg organiseert.<sup>1</sup> Het punt is meer wát je depressieve ouderen aanbiedt dan óf je ze iets aanbiedt, zeker als er bijvoorbeeld sprake is van suïcidaleiteit.<sup>2,3</sup> Een tweede beperking van deze review is dat vergelijkingen met effectieve activerende, al dan niet stapsgewijze ketenzorgsystemen, relevanter zijn voor de eerstelijnszorg dan vergelijkingen tussen psychologische interventies op zich.<sup>4</sup> Zeker in het licht van het ontwikkelen van competenties van de nieuwe praktijkondersteuner GGZ of de praktijkondersteuner ouderen is de vraag vooral wat zij voor zinvols zouden kunnen doen voor depressieve ouderen. Een derde beperking is dat dit soort interventies niet in deze review zit. Veel depressieve ouderen willen bovendien aanvankelijk geen antidepressiva, het meest voor de hand liggende alternatief. Een vierde beperking is dus dat er geen vergelijking met antidepressiva in de review zit. Een vijfde beperking is dat depressieve ouderen verwijzen voor

psychotherapie voor de huisarts praktisch gezien vaak onoverzichtelijk is, met vaak ingewikkelde en steeds wisselende aanmeldingsprocedures.

De meest relevante bevinding is dat psychotherapie bij ouderen net zo goed kan als bij jongere volwassenen. Therapeutisch nihilisme hoeft dus niet. De klinische of maatschappelijke betekenis van de uitkomsten is dat in het licht van de vergrijzing en het gebrek aan perspectief van veel ouderen, experimenten met bijvoorbeeld meer generaliseerbare sociale interventies dringend noodzakelijk zijn, vooral bij eenzame, geïsoleerde ouderen.

De resultaten zijn in overeenstemming met de huidige professionele richtlijnen ([www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)): afhankelijk van de voorkeur van de patiënt en de beschikbaarheid van verschillende vormen van behandeling maken huisarts en patiënt een weloverwogen keuze. De huisarts voert een actief volgend beleid.

Ik ben het met de reviewers eens dat het erop lijkt dat bij mobiele, matig depressieve ouderen vormen van CBT (zoals bibliotherapie) de meest aangewezen behandeling zijn. Dat kan een eerstelijnspsycholoog doen, maar getrainde praktijkondersteuners GGZ of ouderen kunnen dat ook. Bij de wat ernstiger vormen van depressiviteit is spoedige verwijzing naar de regionale GGZ-instelling de meest voor de hand liggende weg.

Harm van Marwijk

### Literatuur

- 1 Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.* Science 1977;196:129-36.
- 2 Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, III, Katz IL, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. *Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial.* JAMA 2004;291:1081-91.
- 3 Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Lin JY, Bruce ML. *The effect of a primary care practice-based depression intervention on mortality in older adults: a randomized trial.* Ann Intern Med 2007;146:689-98.
- 4 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. *Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial.* JAMA 2002;288:2836-45.