

De helft van de astmapatiënten heeft onvoldoende ziektecontrole

Hanneke Wijnhoven, Didi Kriegsman, Arlette Hesselink, Daniëlle van der Windt, Marten de Haan, Wim Stalman

Inleiding

Het doel bij de behandeling van astmapatiënten is de ziekte voldoende onder controle te krijgen – dat wil zeggen de frequentie en ernst van luchtwegklachten te reduceren, exacerbaties te voorkomen en longfunctie te optimaliseren – met zo min mogelijk medicatie.¹ Ondanks dit streven is de ziektecontrole bij veel astmapatiënten in West-Europa suboptimaal.^{2,3} Wij voerden een onderzoek uit naar de mate van ziektecontrole bij een groep astmapatiënten uit diverse Nederlandse huisartsenpraktijken. Wij relateerden de mate van ziektecontrole vervolgens aan het medicatiegebruik van deze patiënten om een inschatting te maken van het aantal patiënten dat voordeel zou kunnen hebben van het aanpassen van medicatie. Tot slot onderzochten wij welke patiëntkenmerken samenhangen met een suboptimale ziektecontrole.

Samenvatting

Wijnhoven HAH, Kriegsman DMW, Hesselink AE, Van der Windt DAWM, De Haan M, Stalman WAB. De helft van de astmapatiënten heeft onvoldoende ziektecontrole. *Huisarts Wet* 2006;49(8):398-403.

Doel In dit onderzoek gingen wij de ziektecontrole van astmapatiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken na. Wij vergeleken de ziektecontrole met het niveau van de medicamenteuze behandeling om een indruk te krijgen van het percentage patiënten met een suboptimale ziektecontrole bij wie wellicht een betere controle behaald zou kunnen worden. Daarnaast onderzochten wij welke kenmerken van astmapatiënten samenhangen met een suboptimale ziektecontrole.

Methoden Wij onderzochten 661 volwassen astmapatiënten uit 25 Nederlandse huisartsenpraktijken en definieerden ziektecontrole aan de hand van de frequentie van luchtwegklachten, het FEV₁-voorspeld, piekstromvariabiliteit en het gebruik van luchtwegverwijders. Wij gebruikten richtlijnen voor de stapsgewijze behandeling van astmapatiënten van de NHG-Standaard uit 1997 om het niveau van de medicamenteuze behandeling in te delen.

Resultaten De ziektecontrole bleek suboptimaal bij de helft van de astmapatiënten. Bij een groot deel van de patiënten (41% van totale populatie) zou aanpassing van het niveau van medicamenteuze behandeling wellicht kunnen leiden tot een beter resultaat. Slechts 1% werd al maximaal behandeld. Een suboptimale ziektecontrole bleek samen te hangen met hogere leeftijd,

Methode

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een cross-sectionele, observationele gegevensverzameling waarvan wij de details eerder uitgebreid hebben beschreven.⁴ Wij geven hier alleen een korte beschrijving van de onderzoekspopulatie en de verzamelde gegevens.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit astmapatiënten uit 25 Nederlandse huisartsenpraktijken in 3 regio's (Twente, Amsterdam en West-Friesland). Eenendertig huisartsen selecteerden tussen 1995 en 1998 alle patiënten die in hun praktijk geregistreerd waren met een diagnose astma of COPD. Voor ons onderzoek selecteerden wij patiënten met een diagnose astma conform de longfunctiecriteria uit de NHG-Standaard van 1997.⁵ De definitie

lagere opleiding, sputumproductie, jongere leeftijd bij begin van de luchtwegklachten, ernstiger dyspnoe en een lagere kwaliteit van leven.

Conclusie De helft van de astmapatiënten uit de Nederlandse huisartsenpraktijk heeft een suboptimale ziektecontrole. Aangezien niet al deze patiënten maximaal behandeld worden, lijkt een aanpassing van de medicamenteuze behandeling bij een deel van deze patiënten noodzakelijk om een betere ziektecontrole te bereiken.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en het EMGO Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. H.A.H. Wijnhoven, onderzoeker; dr. D.A.W.M. van der Windt, universitair hoofddocent; prof.dr. M. de Haan, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. W.A.B. Stalman, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; Kennis- en behandelcentrum Ouderen Zonnehuisgroep, Amstelveen: dr. D.M.W. Kriegsman, verpleeghuisarts; GG&GD Amsterdam, afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering: dr. A.E. Hesselink, onderzoeker.

Correspondentie: dawm.vanderwindt@vumc.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, de Haan M. Disease control in general practice with asthma (*Prim Care Respir J* 2004;13:89-98). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- ▶ Het streven bij de behandeling van astma is de ziekte voldoende onder controle te krijgen – dat wil zeggen klachten te reduceren, exacerbaties te voorkomen en de longfunctie te optimaliseren – met zo min mogelijk medicatie.
- ▶ Ondanks dit streven is de ziektecontrole bij veel astmapatiënten in West-Europa suboptimaal.

Wat is nieuw?

- ▶ Een substantieel deel van de astmapatiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken (50%) heeft een suboptimale ziektecontrole. Ongeveer 80% van de astmapatiënten met een suboptimale ziektecontrole kan wellicht een goede ziektecontrole behalen door aanpassing van het niveau van de medicamenteuze behandeling.
- ▶ Patiëntkenmerken die samenhangen met een suboptimale ziektecontrole zijn: hogere leeftijd, lagere opleiding, sputumproductie, jongere leeftijd bij begin van de luchtwegklachten, ernstiger dyspnoe en een lagere kwaliteit van leven.

van astma is hierbij als volgt: patiënten met een FEV₁%-voorspeld $\geq 80\%$ vóór gebruik van luchtwegverwijders; of een combinatie van een pre-FEV₁%-voorspeld $< 80\%$, een reversibele obstructie ($\geq 9\%$ van de voorspelde waarde), en een post-FEV₁%-voorspeld $\geq 80\%$ na gebruik van luchtwegverwijders.

Gegevensverzameling

Wij riepen alle patiënten op voor een meting van de longfunctie door middel van spirometrie waarbij het geforceerde uitademingsvolume in één seconde (FEV₁) volgens de ATS-criteria werd gemeten voor én na toediening van een luchtwegverwijder.⁶ FEV₁ werd uitgedrukt als percentage van de voorspelde waarde op basis van normaalwaarden voor volwassenen.⁷ Ook vroegen wij de deelnemers gedurende twee weken een dagkaart in te vullen en de piekstroom te bepalen. De deelnemers maten hun piekstroom elke morgen en avond staand met eenzelfde type piekstroommeter. Hierbij noteerden zij steeds de beste van drie metingen. Wij berekenden de dagelijkse piekstroomvariabiliteit volgens de formule: (hoogste piekstroom - laagste piekstroom) / gemiddelde piekstroom x 100 en dat gemiddeld over 14 dagen. Op de dagkaarten noteerden de deelnemers of zij de afgelopen nacht wakker waren geworden als gevolg van luchtwegklachten (ja of nee). Bij de avondmeting noteerden zij of ze gedurende de

dag belemmerd waren in hun dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld school of werk) als gevolg van luchtwegklachten (ja of nee). Verder vroegen wij de deelnemers bij te houden hoe vaak zij in de afgelopen 24 uur luchtwegverwijders gebruikten. Voor alle vragen gold dat van ten minste 10 dagen volledige gegevens beschikbaar moesten zijn om een eindscore te kunnen berekenen. Wij gebruikten de Quality Of Life in Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ)⁸ voor het meten van de aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven. Deze vragenlijst bestaat uit 55 vragen, waarbij telkens wordt gevraagd in hoeverre patiënten belemmerd worden door luchtwegklachten (1: niet belemmerd, tot 7: heel erg belemmerd). Wij verzamelden verder informatie over leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, comorbiditeit, rookgedrag (sigaretten), een piepende ademhaling (nooit, soms, meeste dagen en nachten), de aanwezigheid van een chronische hoest en de aanwezigheid van sputumproductie. De mate van dyspnoe (geen dyspnoe; dyspnoe bij forse inspanning; dyspnoe bij lopen samen met anderen op een vlakke ondergrond; dyspnoe bij alleen lopen op vlakke ondergrond of in rust) bepaalden wij met de Nederlandstalige versie van de Medical Research Council (MRC)-vragenlijst.⁹ Ten slotte voerden we een allergietest uit (Phadiatop®).¹⁰

Medicatiegebruik

Na de longfunctiemeting bepaalde de longfunctieassistent het medicatiegebruik met behulp van een vragenlijst. De assistent gebruikte daarnaast een korte vragenlijst om therapietrouw aan het gebruik van ontstekingsremmende middelen te meten. Wij classificeerden patiënten als therapieontrouw als zij in de afgelopen drie maanden ooit hun medicatie vergaten in te nemen, bewust stopten met het gebruik van onderhoudsmedicatie omdat ze zich beter voelden, of bewust minder onderhoudsmedicatie gebruikten omdat ze zich beter voelden. Tot slot bepaalde de assistent de inhalatietechniek (goed of niet goed) met behulp van een korte driekeuzevragenlijst afgeleid van de gevalideerde, inhalerspecifieke vragenlijst van het Astma Fonds.¹¹

Ziektecontrole

Wij bepaalden de mate van ziektecontrole volgens een gestandaardiseerde methode waarin de ziektecontrole van astmapatiënten wordt vastgesteld aan de hand van luchtwegklachten overdag en 's nachts, het FEV₁-percentage van de voorspelde waarde en de piekstroomvariabiliteit.¹² Naast deze drie criteria verdisconteerden wij ook het gebruik van luchtwegverwijders bij de indeling

Tabel 1 De indeling van ziektecontrole aan de hand van vijf criteria

	Luchtwegklachten*		FEV ₁ %-voorspeld	Piekstroomvariabiliteit*	Gebruik van luchtwegverwijders*
Goede ziektecontrole	Overdag ≤4 dagen	's Nachts ≤1 nacht	≥80%	<20%	<2 maal op (1 van de) 14 dagen
Licht verminderde ziektecontrole	5-13 dagen	2 nachten	≥80%	20-30%	≥2 maal op elk van de 14 dagen
Matige ziektecontrole	alle dagen	3-7 nachten	60-80%	>30%	≥2 maal op elk van de 14 dagen
Slechte ziektecontrole	alle dagen	≥8 nachten	≤60%	>30%	≥2 maal op elk van de 14 dagen

* per 2 weken

van ziektecontrole (tabel 1).^{1,13} Wij stelden het niveau van ziektecontrole vast aan de hand van elk criterium apart, maar ook voor alle criteria tezamen waarbij wij uitgingen van het laagst scorende criterium.¹³ Wanneer een patiënt bijvoorbeeld een goede ziektecontrole had volgens het FEV₁%-voorspeld, de piekstroomvariabiliteit en luchtwegklachten, maar wel elke dag twee keer luchtwegverwijders gebruikte, classificeerden we de ziektecontrole toch als suboptimaal.

Niveau van medicamenteuze behandeling en ziektecontrole

Wij gebruikten het stappenplan voor medicamenteuze behandeling uit de NHG-Standaard van 1997 om het niveau van medicamenteuze behandeling (op basis van gegevens uit de vragenlijst) vast te stellen.¹⁴ De ziektecontrole (totaalscore) hebben wij vervolgens afgezet tegen het niveau van de medicamenteuze behandeling. We konden zo de patiënten indelen in vier groepen:

- patiënten met een goede ziektecontrole;
- patiënten met een suboptimale ziektecontrole bij wie door intensievere medicamenteuze behandeling mogelijk een goede ziektecontrole bereikt kan worden;
- patiënten met een suboptimale ziektecontrole bij wie een intensievere medicamenteuze behandeling mogelijk niet meer leidt tot een goede ziektecontrole;
- patiënten met een suboptimale ziektecontrole ondanks maximale medicamenteuze behandeling (tabel 2).

Analyse

Wij gebruikten descriptieve statistiek om de mate van ziektecontrole en het niveau van medicamenteuze behandeling te beschrijven. Determinanten van een suboptimale ziektecontrole stelden we vast met behulp van multivariate logistische regressieanalyse. Hiervoor relateerden we diverse patiëntkenmerken aan de mate van ziektecontrole.

Resultaten

De huisartsen selecteerden in totaal 2047 patiënten met astma of COPD, van wie 722 weigerden deel te nemen. Deze 722 patiënten waren gemiddeld iets jonger en vaker man dan de deelnemende patiënten.⁴ Onder de deelnemende patiënten waren 963 astmapatiënten. We beschikten over voldoende gegevens van 661 van hen om de analyses uit te kunnen voeren. Patiënten die we moesten uitsluiten wegens onvoldoende gegevens bleken gemiddeld iets jonger dan de 661 deelnemers en gebruikten minder medicatie. We vonden geen verschillen in geslacht of longfunctie (tabel 3).

Ziektecontrole

Wanneer we de ziektecontrole bepaalden aan de hand van het criterium met de laagste score bleek dat 49,9% een goede ziektecontrole had, 15,6% een licht verminderde ziektecontrole, 27,7% een matige ziektecontrole en 6,8% een slechte ziektecontrole (tabel 4). De criteria die vaak leidden tot een suboptimale ziektecontrole

Tabel 2 Niveau van de ziektecontrole versus het niveau van medicamenteuze behandeling.

Ziektecontrole	Medicamenteuze behandeling volgens stappenplan voor behandeling van astma				
	Stap 0	Stap 1	Stap 2*	Stap 3*	Stap 4*
Goed †					
Licht verminderd	Onderbehandeling (1 stap)				Goede ziektecontrole niet haalbaar
Matig	Onderbehandeling (2 stappen)			Onderbehandeling, goede controle mogelijk niet haalbaar	Goede ziektecontrole niet haalbaar
Slecht	Onderbehandeling (3 stappen)		Onderbehandeling, goede controle mogelijk niet haalbaar		Goede ziektecontrole niet haalbaar

Stap 0: Geen medicamenteuze behandeling.

Stap 1: kortwerkende β_2 -agonisten (bij mild intermitterend astma)

Stap 2: lage dosis inhalatiecorticosteroiden of cromoglicaat (bij mild persisterend astma)

Stap 3: hoge dosis inhalatiecorticosteroiden of matige dosis inhalatiecorticosteroiden en langwerkende β_2 -agonisten (bij matig persisterend astma)

Stap 4: hoge dosis inhalatiecorticosteroiden plus langwerkende β_2 -agonisten of ipratropiumbromide, of orale steroiden (bij ernstig persisterend astma)

* Inclusief kortwerkende β_2 -agonisten indien nodig.

† Bij goede ziektecontrole is het niveau van medische behandeling een indicatie voor de ernst van de ziekte (als er geen sprake is van overbehandeling).

Tabel 3 Kenmerken van de ingesloten patiënten (n=661) en patiënten uitgesloten vanwege ontbrekende gegevens (n=302), in procenten tenzij anders aangegeven

Kenmerken	Ingesloten patiënten (n=661)	Uitgesloten patiënten (n=302)	p-waarde
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	45 (15)	41 (15)	0,002
Mannen	38	42	0,37
FEV ₁ %-voorspeld vóór medicatie	95,9 (14,9)	96,3 (13,9)	0,66
Medicamenteuze behandeling			0,04
– stap 0	21,1	24,6	
– stap 1	18,2	19,6	
– stap 2*	49,6	45,2	
– stap 3	9,7	9,6	
– stap 4	1,4	1,0	

* Van deze patiënten gebruiken 134 inhalatiecorticosteroiden 'indien nodig' en 4 alleen langwerkende β_2 -agonisten 'indien nodig'.

Tabel 4 Niveau van ziektecontrole volgens elk van de criteria en wanneer ziektecontrole wordt vastgesteld aan de hand van de laagste score (percentages patiënten)

Ziektecontrole	Luchtwegklachten		FEV ₁ -%-voorspeld	Piekstroom-variabiliteit	Gebruik van luchtwegverwijders	Volgens laagste score
	Overdag	's Nachts				
Goed	92,0	66,3	87,2	97,4	80,6	49,9
Licht verminderd	6,5	7,9		2,0	19,4	15,6
Matig	1,5	19,1	12,3	0,6		27,7
Slecht		6,7	0,5			6,8

Tabel 5 Niveau van de ziektecontrole (vastgesteld aan de hand van de laagste score) versus het niveau van medicamenteuze behandeling (aantallen patiënten)

Ziektecontrole	Medicamenteuze behandeling				
	Stap 0	Stap 1	Stap 2*	Stap 3	Stap 4
Goed	100	61	151	16	2
Licht verminderd	3	22	55	20	3
Matig	28	32	94	25	4
Slecht	9	5	28	3	0

* Van deze patiënten gebruikten er 80 inhalatiecorticosteroiden 'indien nodig' en 3 alleen langwerkende β_2 -agonisten 'indien nodig'.

n=330 Goede ziektecontrole

n=268 Suboptimale ziektecontrole waarbij goede ziektecontrole mogelijk is door verhoging medicatiestap

n=56 Suboptimale ziektecontrole waarbij mogelijk geen goede ziektecontrole bereikt kan worden

n=7 Suboptimale ziektecontrole ondanks maximale behandeling

waren: suboptimaal gebruik van luchtwegverwijders of een te hoge frequentie van luchtwegklachten 's nachts. Van de 331 patiënten (50,1%) met een niet-optimale ziektecontrole gebruikten er 268 (41%) nog niet alle – theoretisch – mogelijke geneesmiddelen. Bij 56 patiënten (9%) zou een intensievere medicamenteuze behandeling mogelijk niet meer leiden tot een goede ziektecontrole. Slechts 7 patiënten (1%) hadden een minder goede ziektecontrole ondanks maximale medicamenteuze behandeling (tabel 5).

Determinanten van suboptimale ziektecontrole

Wij onderzochten de determinanten van een suboptimale ziektecontrole bij medicamenteus behandelde patiënten. De patiëntkenmerken van deelnemers die geen astmamedicatie gebruikten en een goede ziektecontrole hadden, verschilden niet van deelnemers met een goede ziektecontrole die wel astmamedicatie gebruikten, met uitzondering van een hogere proportie mannen in de eerstgenoemde groep (gegevens niet weergegeven). Patiënten met een suboptimale ziektecontrole waren gemiddeld ouder, lager opgeleid, jonger bij het begin van de luchtwegklachten en zij rapporteerden vaker sputumproductie en ernstiger dyspnoe. Bovendien hadden patiënten met een suboptimale ziektecontrole een lagere score voor kwaliteit van leven ten opzichte van patiënten met een goede ziektecontrole (tabel 6).

Discussie

Ons onderzoek laat zien dat de helft van de astmapatiënten een suboptimale ziektecontrole heeft. Bij een groot deel (41% van totaal) kan wellicht een goede ziektecontrole worden behaald door het niveau van medicamenteuze behandeling aan te passen. Daarnaast bleek dat een suboptimale ziektecontrole gerelateerd is aan

een hogere leeftijd, lagere opleiding, meer sputumproductie, jongere leeftijd bij begin van de luchtwegklachten, ernstiger dyspnoe en een lagere kwaliteit van leven.

Tabel 6 Determinanten van suboptimale ziektecontrole; de odds-ratio (OR) beschrijft het verband tussen de patiëntkenmerken* en een suboptimale ziektecontrole (ten opzichte van een goede ziektecontrole)[†]

	OR	95%-BI
Leeftijd:		
- < 45 jaar	1,0	
- ≥ 45 jaar	2,0	1,3-3,2
Opleidingsniveau:		
- Hoog	1,0	
- Middel	1,4	0,9-2,0
- Laag	3,9	1,8-8,5
Sputumproductie:		
- Nee	1,0	
- Ja	2,1	1,4-3,1
Dyspnoe:		
- Graad 0	1,0	
- Graad 1	1,6	1,0-2,5
- Graad 2	1,9	0,9-3,9
- Graad 3	3,4	2,0-5,8
Leeftijd eerste luchtwegklachten:		
- ≥ 26 jaar	1,0	
- < 26 jaar	2,1	1,3-3,2
Ziektespecifieke kwaliteit van leven:[‡]		
- Goed, score < 13	1,0	
- Slecht, score ≥ 13	4,1	2,9-6,0
- Ontbrekende gegevens	2,8	1,5-5,1

* We vonden geen significant verband voor geslacht, comorbiditeit, chronische hoest, piepen, rookgedrag, allergie, therapietrouw, inhalatietechniek.

[†] De analyse is gebaseerd op patiënten die medicatie gebruiken voor astma.

[‡] Een hogere score betekent een slechtere kwaliteit van leven, dit verband is bivaariaat geanalyseerd en niet meegenomen in het multivariate model.

Beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek kent enkele beperkingen.

We rapporteren gegevens over de periode 1995-1998. Natuurlijk kan er sindsdien veel verbeterd zijn (nieuwe standaard, inzet van POH'ers), maar cijfers daarover zijn ons niet bekend, zodat we geloven dat onze gegevens nog steeds relevant zijn.

Ten tweede bestaat er geen consensus over de definitie van ziektecontrole. Wij maakten gebruik van de bekende en veel toegepaste classificatiecriteria van het Expert Panel Report II,¹² die we aanvulden met het gebruik van luchtwegverwijders.^{1,13} Ook andere onderzoekers beschouwen het gebruik van luchtwegverwijders als een belangrijke marker voor ziektecontrole.^{15,16} De herziene NHG-Standaard uit 2001 beveelt aan om over te stappen op inhalatiecorticosteroiden,¹ wanneer bekende patiënten met intermitterend astma gedurende twee tot vier weken twee of meer inhalaties van een luchtwegverwijder per dag nodig hebben. Verder is overmatig gebruik van luchtwegverwijders in combinatie met ondergebruik van corticosteroiden geassocieerd met meer aan astma gerelateerde morbiditeit.^{16,17}

Ten derde bleek 15% van onze onderzoekspopulatie een goede ziektecontrole te hebben, zonder dat zij astmamedicatie gebruikte. Het is mogelijk dat deze deelnemers geen astma (meer) hadden. Echter, aangezien astma zich kenmerkt door variabele perioden met klachten, is het waarschijnlijker dat deze groep deelnemers wel astma, maar geen luchtwegklachten had op het moment dat we hen onderzochten. Onder de patiënten met een goede ziektecontrole die wel medicatie gebruikten (met name stap 2, 3 of 4) zou eventueel sprake kunnen zijn van overgebruik van medicatie. Dit konden wij in ons onderzoek echter niet vaststellen.

Ten vierde bleek een aanzienlijk deel van de patiënten niet mee te willen werken aan het onderzoek, of moest worden uitgesloten vanwege ontbrekende gegevens. Deze patiënten waren gemiddeld iets jonger dan de deelnemers en bleken minder medicatie te gebruiken. Het is mogelijk dat onze deelnemers iets minder gezond waren, wat kan hebben geleid tot een overschatting van het aantal patiënten met een suboptimale ziektecontrole. Het is echter ook mogelijk dat de deelnemers juist beter behandeld werden dan de gemiddelde astmapatiënt, als gevolg van deelname aan ons onderzoek, of doordat de deelnemende huisartsen meer gericht waren op optimale behandeling van hun astmapatiënten. Ondanks al deze beperkingen worden de belangrijkste resultaten van ons onderzoek – een substantieel deel van de astmapatiënten heeft een suboptimale ziektecontrole – onderstreept door onderzoek in diverse landen.^{2,15,18-21}

Determinanten van suboptimale ziektecontrole

Therapietrouw, inhalatietechniek en het vermijden van uitlokkende factoren kunnen een belangrijke rol spelen bij de ziektecontrole van astmapatiënten. De herziene NHG-Standaard adviseert dan ook om deze factoren te controleren alvorens de medicatie op te hogen of uit te breiden.¹ Wij vonden geen verband tussen ziektecontrole en terapietrouw of inhalatietechniek, maar gebruikten zelfrapportage om terapietrouw vast te stellen, het-

geen waarschijnlijk een overschatting geeft.²²

Suboptimale ziektecontrole kan ook het gevolg zijn van onder-rapportage van luchtwegklachten door astmapatiënten aan de behandelend arts. Uit een groot Europees onderzoek bleek dat circa 50% van de astmapatiënten die tijdens een interview ernstige luchtwegklachten rapporteerden, aangaf dat hun ziekte prima onder controle was.² De huisarts kan wellicht een actievere rol spelen bij het vaststellen van luchtwegklachten.²³ NHG-Standaard uit 2001 adviseert ook een actief controlebeleid door de huisarts.¹ Sommige patiënten accepteren wellicht liever een zekere mate van luchtwegklachten dan dat zij meer medicatie gebruiken. Onderzoek laat zien dat ontevredenheid van patiënten over de behandeling van hun astma samenhangt met slechte ziektecontrole, maar ook met het geloof van patiënten in de werkzaamheid van medicatie. Meer persoonlijke aandacht voor patiënten en betere voorlichting zouden een positief effect kunnen hebben op de mate van ziektecontrole.²⁴

Dat patiënten met een lagere opleiding vaker een onvoldoende ziektecontrole hebben, is niet nieuw.²⁵ Minder begrip van de ziekte, minder goede leefomstandigheden of minder mogelijkheden voor zelfmanagement kunnen leiden tot suboptimaal gebruik van medicatie. De bevinding dat oudere leeftijd samenhangt met een onvoldoende ziektecontrole kan wellicht worden verklaard door een minder goede perceptie van de mate van luchtwegobstructie.²⁶⁻²⁸ Bovendien rapporteren met name oudere patiënten die al lange tijd astma hebben, minder luchtwegklachten onafhankelijk van hun longfunctie.²⁸ Daarnaast zouden sommige van deze patiënten (een mengbeeld met) COPD kunnen hebben, ondanks onze opzet om deze patiënten uit te sluiten.

Onze resultaten geven aan dat een suboptimale ziektecontrole gepaard gaat met meer luchtwegklachten (dyspnoe en sputumproductie) en een minder goede kwaliteit van leven. Het verband tussen ziektecontrole en kwaliteit van leven is ook door andere onderzoekers aangetoond.²⁹ Een verbetering van ziektecontrole kan wellicht leiden tot een verbetering van deze – voor astmapatiënten relevante – uitkomstmaten.

Conclusie

De helft van de astmapatiënten had eind jaren negentig een suboptimale ziektecontrole. Aangezien niet al deze patiënten maximaal behandeld werden, lijkt een aanpassing van de medicamenteuze behandeling bij een deel van deze patiënten noodzakelijk om een goede ziektecontrole te bereiken. De huisarts zou met name alert moeten zijn bij oudere patiënten, patiënten met een lagere opleiding, patiënten die al op jonge leeftijd luchtwegklachten kregen en patiënten met sputumproductie en/of ernstig dyspnoe. Vooral bij deze patiënten is een actief beleid met regelmatige controle en goede voorlichting is gewenst.

Literatuur

- 1 Geijer RM, Van Hensbergen W, Bottema BJ, Van Schayck CP, Sachs AP, Smelee JJ, et al. NHG-Standaard Astma bij volwassenen: Behandeling. Huisarts Wet 2001;44:153-64.
- 2 Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management

- of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000;16:802-7.
- 3 Vermeire PA, Rabe KF, Soriano JB, Maier WC. Asthma control and differences in management practices across seven European countries. *Respir Med* 2002;96:142-9.
 - 4 Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, De Haan M. Determinants of different dimensions of disease severity in asthma and COPD: pulmonary function and health-related quality of life. *Chest* 2001;119:1034-42.
 - 5 Geijer RM, Thiadens HA, Smelee IJ, Van der Zwan AA, Sachs AP, Bottema BJ, et al. NHG-Standaard COPD en astma bij volwassenen: Diagnostiek. *Huisarts Wet* 1997;40:416-29.
 - 6 Standardization of spirometry – 1987 update. Statement of the American Thoracic Society. *Am Rev Respir Dis* 1987;136:1285-98.
 - 7 Quanjer PH, Tammeling GJ, Cotes JE, Pedersen OF, Peslin R, Yernault JC. Lung volumes and forced ventilatory flows. Report Working Party Standardization of Lung Function Tests, European Community for Steel and Coal. Official Statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J Suppl* 1993;16:5-40.
 - 8 Maille AR, Koning CJ, Zwinderman AH, Willems LN, Dijkman JH, Kaptein AA. The development of the 'Quality-of-life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ)': a disease-specific quality-of-life questionnaire for patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease. *Respir Med* 1997;91:297-309.
 - 9 Van der Lende R, Orië NG. The MRC-ECCS questionnaire on respiratory symptoms (use in epidemiology). *Scand J Respir Dis* 1972;53:218-26.
 - 10 Matricardi PM, Nisini R, Pizzolo JG, D'Amelio R. The use of Phadiatop in mass-screening programmes of inhalant allergies: advantages and limitations. *Clin Exp Allergy* 1990;20:151-5.
 - 11 Hesselink AE, Penninx BW, Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Van Eijk JT. Determinants of an incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:255-60.
 - 12 National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert Panel Report II: guidelines for the diagnosis and management of asthma, 1997. National Institutes of Health pub. no. 97-4051, 1997.
 - 13 Colice GL, Burgt JV, Song J, Stampone P, Thompson PJ. Categorizing asthma severity. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1962-7.
 - 14 Geijer RM, Van Hensbergen W, Bottema BJ, Van Schayck CP, Sachs AP, Smelee IJ, et al. NHG-Standaard Astma bij volwassenen: Behandeling. *Huisarts Wet* 1997;40:443-54.
 - 15 Walsh LJ, Wong CA, Cooper S, Guhan AR, Pringle M, Tattersfield AE. Morbidity from asthma in relation to regular treatment: a community based study. *Thorax* 1999;54:296-300.
 - 16 Anis AH, Lynd LD, Wang XH, King G, Spinelli JJ, Fitzgerald M, et al. Double trouble: impact of inappropriate use of asthma medication on the use of health care resources. *CMAJ* 2001;164:625-31.
 - 17 Shelley M, Croft P, Chapman S, Pantin C. Is the quality of asthma prescribing, as measured by the general practice ratio of corticosteroid to bronchodilator, associated with asthma morbidity? *J Clin Epidemiol* 2000;53:1217-21.
 - 18 Kaptein AA, Dekker FW, Gill K, Van der Waart MA. Undertreatment of asthma in Dutch general practice. *Fam Pract* 1987;4:219-25.
 - 19 Bousquet J, Knani J, Henry C, Liard R, Richard A, Michel FB, et al. Undertreatment in a nonselected population of adult patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:514-21.
 - 20 Cerveri I, Zoia MC, Bugiani M, Corsico A, Carosso A, Piccioni P, et al. Inadequate antiasthma drug use in the north of Italy. *Eur Respir J* 1997;10:2761-5.
 - 21 Ciprandi G, Vizzaccaro A, Cirillo I, Tosca M, Passalacqua G, Canonica GW. Underdiagnosis and undertreatment of asthma: a 9-year study of Italian conscripts. *Int Arch Allergy Immunol* 2001;125:211-5.
 - 22 Cochrane GM, Horne R, Chanez P. Compliance in asthma. *Respir Med* 1999;93:763-9.
 - 23 Kips JC, Pauwels RA. Asthma control: where do we fail? *Eur Respir J* 2000;16:797-8.
 - 24 Markson LE, Vollmer WM, Fitterman L, O'Connor E, Narayanan S, Berger M, et al. Insight into patient dissatisfaction with asthma treatment. *Arch Intern Med* 2001;161:379-84.
 - 25 Watts RW, McLennan G, Bassham I, el Saadi O. Do patients with asthma fill their prescriptions? A primary compliance study. *Aust Fam Physician* 1997;26 Suppl 1:S4-S6.
 - 26 Connolly MJ, Crowley JJ, Charan NB, Nielson CP, Vestal RE. Reduced subjective awareness of bronchoconstriction provoked by methacholine in elderly asthmatic and normal subjects as measured on a simple awareness scale. *Thorax* 1992;47:410-3.
 - 27 Bellia V, Cuttitta G, Cibella F, Vignola AM, Crescimanno G, D'accardi P, et al. Effect of ageing on peak expiratory flow variability and nocturnal exacerbations in bronchial asthma. *Eur Respir J* 1997;10:1803-8.
 - 28 Weiner P, Magadle R, Waizman J, Weiner M, Rabner M, Zamir D. Characteristics of asthma in the elderly. *Eur Respir J* 1998;12:564-8.
 - 29 Vollmer WM, Markson LE, O'Connor E, Sanocki LL, Fitterman L, Berger M, et al. Association of asthma control with health care utilization and quality of life. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1647-52.

Abuis

In het abstract *Antibioticaresistentie van uropathogenen bij vrouwen vanaf 70 jaar* (H&W 2006;49:319) is helaas een storende fout geslopen in de laatste zin. Deze zin moet luiden: 'Aangezien de gevoeligheid voor trimethoprim slechts ongeveer 75% was, zou dit middel niet de eerste keuze moeten zijn in de Nederlandse huisartsenpraktijk bij deze groep.' Helaas is er een 5 weggevallen zodat er nu 7% staat waar 75% zou moeten staan. Onze excuses voor de fout.