

*Bijlage aan de "Folia Pharmacotherapeutica"*  
September 2002  
Volume 29  
Nummer 9

## **CONSENSUSVERGADERING**

**27 maart 2001**

# **Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij astma**

**Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering**  
Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen

**Promotor:**

De heer F. VANDENBROUCKE, Minister van Sociale Zaken

en

Het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake  
Geneesmiddelen

*Voorzitter:* M. VERMEYLEN

*Secretaris:* H. BEYERS

*Leden:* P. BAEYENS, M. BAUVAL, M. BOUTSEN, D. BROECKX, P. CHEVALIER, M.-H. CORNELY, J. CREPLET, C. de GALOCSY, J. DE HOON, M. DETIEGE, A. DUFOUR, M. DUYCK, B. GEORGES, J. GERARD, H. HAERENS, F. JACOBS, P. LACOR, A. LECROART, J.-M. MELIS, H. PROESMANS, G. PUTZEYS, R. REGA, J.-Y. REGINSTER, H. SCHAUTTEET, G. SCHRAEPEN, N. SCHUHMANN, C. SMETS, F. SUMKAY, P. VAN DURME, P. VAN HOORDE, L. VAN BORTEL, O. VAN DE VLOED, R. VANSTECHELMAN, G. VERPOOTEN, J. VOISEY, I. WIDERA

**Organisatiecomité:**

*Voorzitter:* G. VERPOOTEN

*Deskundigen:* E. BODART en R. PAUWELS

*Leden:* H. BEYERS, M. BOGAERT, M. DE FALLEUR, A. DE SWAEF, T. MICHIELS, H. PROESMANS, F. SUMKAY, K. VAN DEN BULCK, O. VAN DE VLOED, J. VOISEY

**Bibliografiegroep:**

Projekt Farmaka, Gent.

**Praktische voorbereiding:**

H. BEYERS en D. VAN DEN BERGH, Beheerseenheid van Farmanet, dienst voor Geneeskundige Verzorging, RIZIV

Verantwoordelijke uitgever: J. DE COCK, RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering  
Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen

CONSENSUSVERGADERING

**HET DOELMATIG GEBRUIK  
VAN GENEESMIDDELEN  
BIJ ASTMA**

**JURYRAPPORT**

Brussel, 27 MAART 2001

## 1) INLEIDING

Op dinsdag 27 maart 2001 werd door het Belgische Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een consensusvergadering over het gebruik van geneesmiddelen georganiseerd. Het onderwerp was "Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij astma". Het behoort tot de opdracht van het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen om dergelijke vergaderingen tweemaal per jaar te organiseren. De consensusvergaderingen zijn bedoeld om de medische praktijk inzake geneesmiddelen in een bepaalde sector te evalueren en om aanbevelingen te formuleren ten behoeve van alle voorschrijvende artsen. Deze consensusvergadering is de vijfde van een reeks.

Het RIZIV organiseert deze consensusvergaderingen volgens een bepaalde methodologie. Een multidisciplinaire jury stelt de richtlijnen op als antwoord op gestelde vragen. Hierbij baseert de jury enerzijds op een uitgebreid literatuuroverzicht gemaakt door de onafhankelijke bibliografiegroep. Alle relevante systematische reviews en meta-analyses werden getoetst op methodologische kwaliteit in twee stappen. Minimale criteria, zoals systematische zoekstrategie, vermelding van bronnen en gebruik van gerandomiseerde studies, fungeerden als filter. De weerhouden studies werden gescoord op methodologische kwaliteit op basis van bestaande criteria.

Anderzijds was er een openbare voorstelling van rapporten van deskundigen, die de beschikbare kennis samenvatte, gevolgd door een democratisch debat waarin elke deelnemer (jury en publiek) de gelegenheid had zijn standpunt samen te vatten.

De hiernavolgende tekst is de weergave van de besluiten van een multidisciplinaire onafhankelijke jury (**korte tekst**). Deze tekst geeft dus niet noodzakelijk het standpunt weer van de inrichter van de consensusconferentie, in casu het RIZIV of het Ministerie van Sociale Zaken.

<p>De <b>volledige (lange) tekst</b> van de besluiten kan worden aangevraagd bij Herman Beyers, RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel (faxnr. (02)739 77 11, e-mail <a href="mailto:herman.beyers@riziv.fgov.be">herman.beyers@riziv.fgov.be</a>) of kan worden geconsulteerd op de RIZIV-website (<a href="http://www.riziv.fgov.be">www.riziv.fgov.be</a>: "Zorgverleners – geneesheren – Farmanet-gegevens algemeen - Consensusvergaderingen").</p>
--

## **2) SAMENSTELLING VAN DE JURY**

De jury was als volgt samengesteld:

*Vertegenwoordigers huisartsen*

Robert Gérard  
Jaak Lannoy  
Karin Van den Bulck (Voorzitter)

*Vertegenwoordigers pneumologen / pediaters*

Thierry Michiels (Ondervoorzitter)  
Christian Mossay  
Marc Raes

*Vertegenwoordigers verzekeringsinstellingen*

Valéry Fabri  
Heidi Goethals

*Vertegenwoordigers apothekers*

Marleen Haems  
Ann Adriaensen

*Vertegenwoordigers verpleegkundigen*

Anita Gancwajch  
Isabelle Deckers

*Vertegenwoordiger patiëntenorganisaties*

Herman Van Der Stukken

Om tot richtlijnen te komen hanteerde de jury de volgende wetenschappelijke bewijsniveaus:

- Niveau Ia: - één of meerdere meta-analyses van voldoende kwaliteit
  - meerdere randomized clinical trials (RCT) van voldoende kwaliteit
- Niveau Ib: - één RCT van voldoende kwaliteit
- Niveau II: - meta-analyses of RCT van onvoldoende resultaten of onvoldoende kwaliteit
  - andere studies dan RCT's op basis van een kwaliteitsanalyse door experts of jury
- Niveau III: - opinie van experts op basis van klinische ervaring

### **3) BESLUITEN**

De jury komt, na het aanhoren van de uiteenzettingen van de deskundigen op de consensusvergadering van 27 maart 2001 en na beraadslaging, tot de volgende besluiten:

#### **I. DIAGNOSE EN INDELING VAN ASTMA**

##### **a) berust op anamnese, fysisch onderzoek en aanvullende onderzoeken**

De anamnese zal naast de familiale en persoonlijke antecedenten, vooral de symptomen van kortademigheid, hoesten en piepen nagaan. De ernst van astma kan vastgesteld worden door de frequentie van de nachtelijke aanvallen, verstoring van de leefgewoonten en het spontaan gebruik van medicatie.

Het fysisch onderzoek bestaat uit auscultatie en opsporen van afwijkingen van de thorax.

De aanvullende onderzoeken (piekstroømmeting, spirometrie, testen van bronchiale reactiviteit, allergietesten) kunnen de diagnose van astma bevestigen en andere aandoeningen uitsluiten. De piekstroømmeting is een belangrijk instrument voor de diagnose en de opvolging van astma en lijkt nog steeds te weinig gebruikt in België.

**b) de ernst van astma, zowel bij kinderen als volwassenen, wordt in deze richtlijnen ingedeeld volgens de GINA richtlijnen in 4 stadia**

astma	dag-symptomen	nacht-symptomen	% normaal PEF*	PEF variatie**
1. intermitterend	< 1x per week	< 2 x per maand	> 80%	< 20%
2. licht chronisch	< 1x per dag	> 2 x per maand	> 80%	20%-30%
3. matig chronisch	> 1x per dag	> 1 x per week	60%-80%	> 30%
4. ernstig	aanhoudend	frequent	< 60%	> 30%

\* % van de normale peak expiratory flow (PEF)

\*\* % variabiliteit van de peak expiratory flow (PEF)

## **II. BEHANDELING VAN CHRONISCH ASTMA**

**a) De behandeling wordt ingesteld volgens het initiële stadium van astma**

### 1. Intermitterend astma

De behandeling bestaat uit het symptomatisch gebruik van inhalatie beta-2-mimetica. Bij inspanningsastma wordt voor de inspanning beta-2-mimetica of chromoglycaten toegediend.

### 2. Licht chronisch astma

Laag gedoseerde inhalatiecorticoiden (200-400 µg budesonide of beclomethasone of 100-200 µg fluticasone) is de standaardtherapie. Alternatieven zijn chromoglycaten of langwerkende theofyllinepreparaten. De doelmatigheid van leukotriënen-antagonisten is nog niet aangetoond.

### 3. Matig chronisch astma

Hoger gedoseerde inhalaticorticoïden (>500 µg budesonide of beclomethasone of >250 µg fluticasone) worden zonedig geassocieerd aan langwerkende beta-2-mimetica of langwerkende theofyllinepreparaten. Het nut van leukotriënen-antagonisten is aangetoond bij aspirine-overgevoeligheid en inspanningsastma.

### 4. Ernstig astma

Hoog gedoseerde inhalaticorticoïden (800-2000 µg budesonide of beclomethasone of 400-1000 µg fluticasone) worden geassocieerd aan langwerkende beta-2-mimetica. Langwerkende theofyllinepreparaten, perorale beta-2-mimetica of perorale corticoïden kunnen beta-2-mimetica vervangen of kunnen aan de therapie toegevoegd worden.

#### **b) De behandeling wordt bijgesteld volgens de “step up – step down” methode**

Na herevaluatie na 3 tot 6 maanden wordt de behandeling afgebouwd bij gunstige klinische controle of versterkt bij onvoldoende controle van de symptomen, na verificatie van de risicofactoren en de therapietrouw.

#### **c) De plaats van de geneesmiddelenklassen in de behandeling**

##### **Inhalaticorticoïden**

De inhalaticorticoïden vormen de basis van de behandeling van chronisch astma zowel bij de volwassenen als bij het kind (*bewijsniveau Ia*) vanaf GINA stadium 2.

Dosisaërosolen met voorzetskamer of droogpoederinhalatoren zijn de voorkeursmethoden van inhalatie. Het gebruik van de vernevelaar moet vermeden worden wegens de slechte pulmonale depositie en de kostprijs.

##### **Langwerkende beta-2-mimetica**

De doeltreffendheid van langwerkende beta-2-mimetica is een vaste waarde vanaf stadium 3 (*bewijsniveau Ib*).



### **Leukotriënen-antagonisten**

Meerdere studies tonen aan dat zij beter zijn dan placebo en laaggedoseerde inhalatiecorticoïden kunnen vervangen. Verdere opvolging is noodzakelijk om hun juiste plaats in de behandeling te kunnen bepalen.

### **Cromoglycaten**

In de pediatrie werden zij veel gebruikt wegens hun goede tolerantie vanaf stadium 2. Een recente meta-analyse betwist hun doeltreffendheid bij kinderen.

### **Vaste combinaties van beta-2-mimetica en inhalatiecorticoïden**

Er bestaat nog geen evidentie over de doeltreffendheid van deze combinaties. Zij beletten wel de "step down" naar de laagste efficiënte dosis corticoïden.

## **III. DE BEHANDELING VAN ACUUT ASTMA**

### **a) Het inschatten van de ernst van acuut astma**

De ernst van acuut astma kan bij de volwassene en het kind ingeschat worden op klinische grond. De bloedgasmeting en de longfunctie laat toe deze indeling te verfijnen.

### **b) De beslissing tot hospitalisatie**

De beslissing tot hospitalisatie bij het kind berust op objectieve criteria (matig tot ernstige aanval, PEF < 50% na bronchodilator, saturatie <90 % na bronchodilator) en subjectieve redenen zoals de ongerustheid van de ouders en het tijdstip (nacht).

### **c) De behandeling van acuut astma**

De basis van de behandeling van acuut astma zijn bronchodilatoren en corticoïden.

Het meest gebruikt is salbutamol toegediend als dosisaërosol met voorzetskamer. De dosis bedraagt 400 µg om de 10-20 min het eerste uur, gevolgd door 200-400 µg om de 1-4 uur. In principe moet deze behandeling gepaard gaan met zuurstoftherapie om hypoxie te vermijden.

Ipratropium kan aan de beta-2-mimetica geassocieerd worden.

Intraveneus toegediende theofylline dient gereserveerd te worden voor de afdeling intensieve zorgen.

Corticoïden worden oraal toegediend in een dosis van 30-60 mg prednisone per dag bij volwassenen en bij kinderen in een dosis van 1-2 mg/kg/dag.

## **CONCLUSIE**

Naargelang de ernst van de aandoening wordt astma ingedeeld in 4 stadia: 1. Intermittent astma, 2. Licht chronisch astma, 3. Matig chronisch astma en 4. Ernstig astma. Vanaf stadium 2 zijn inhalatiecorticoïden toegediend met een droogpoederinhalator of via dosisaërosol met een voorzetkamer de basisbehandeling. Bij ernstigere vormen worden bronchodilatoren toegevoegd zoals langwerkende beta-2-mimetica.

Acuut astma wordt behandeld met orale corticoïden en beta-2-mimetica.