

## > 6 jaar

### Anamnese en onderzoek

Van belang voor de anamnese zijn ondermeer:

- (Thuis)vragenlijst 'Luchtwegklachten bij kinderen';
- Groeigegevens uit (elektronisch) JGZ-kinddossier;
- Allergieonderzoek voor inhalatieallergenen;
- Longfunctie: flow-volumemeting van FVC, FEV1 en reversibiliteit, adequaat uitgevoerd volgens de geldende kwaliteitscriteria;
- Eventueel aanvullend onderzoek.

### Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

De volgende adviezen worden door de huisarts gegeven:

- Uitleg m.b.t. de diagnose astma: met vooral aandacht voor het doel van de (onderhouds)behandeling: adequate bestrijding en voorkomen van klachten en symptomen van astma door verminderen van de ontsteking van de luchtwegwand;
- Niet roken in de leefomgeving van het kind en zo mogelijk specifieke prikkels vermijden, niet zelf gaan roken. (NB: het alleen "buiten of onder de afzuigkap roken" is zinloos);
- Bij aangetoonde inhalatieallergie voor huisdieren: aanschaf van huisdieren afraden;
- Bij aangetoonde huisstofmijtallergie: totaalpakket maatregelen (zie toelichting);
- Inhalatie instructie.

### Medicamenteuze behandeling

#### Stap 1. Symptomatische behandeling

- Een eventuele bestaande rhinitis behandelen: xylometazoline (0,1%) of een fysiologische zoutoplossing. Denk ook aan Rx van een allergische rhinitis;
- $\beta$ -2-mimeticum als proefbehandeling van 2-4 weken.  
Dosering zo nodig 2 - max. 6 dd 100 + 100 +(100 +100)<sup>3</sup> mcg salbutamol per inhalatie via voorzetkamer of poederinhalator;
- Bij inspanningsastma 10-15 minuten voor de inspanning inhalatie van 200 (-400) mcg salbutamol.

*NB. Het niet behandelen van een allergische rhinitis maakt het realiseren van de astma behandeldoelen vrijwel onmogelijk.*

Indien gedurende 2-4 weken vaker dan 2 x / week toediening van  $\beta$ -2-mimeticum nodig is:

#### Stap 2. Onderhoudsbehandeling

Start ICS:

Dosering; 2 x dd 125 ug fluticason, 2 dd 200 mcg budesonide of equivalent, per inhalatie.

#### Stap 3 Intensiveren onderhoudsbehandeling

Ophogen ICS en/of aanvulling met een leukotrieenreceptorantagonist en/of aanvulling met langwerkend  $\beta$ -2-mimeticum: altijd door kinderarts.

## Controle

### Controrefrequentie

#### In het eerste jaar

- Tijdens proefbehandeling of instelfase: tenminste elke 2-4 weken of eerder/frequenter afhankelijk van de ernst van de klachten;
- Bij onderhoudsbehandeling met ICS:
  - Initieel: 1x per 3 maanden;
  - Indien doel van de behandeling is behaald, wordt de dosering ICS per 3 maanden geleidelijk verminderd;
  - Denk hierbij aan seizoensinvloeden;
  - Verminder ICS tot de laagst effectieve dosering;
  - Daarna 1x per 3-6 maanden controle;
  - Overweeg te stoppen met ICS.

#### Na het eerste jaar

- Intermitterend astma: 1x per 3-6 maanden controle met evaluatie van de klachten (bij meer dan 2 keer per week klachten) en het medicatiebeleid (meer dan 2 keer per week  $\beta$ -2-mimetica toediening) en/of bij herhaalprescriptie;
- Overweeg gebruik Astma Controle Test (ACT) of Astma Control Questionnaire ACQ (zie toelichting, bijlage 2).

### Controle van:

- Ernst en duur van de klachten; *streefniveau* is (vrijwel) geen klachten;
- Beperkingen in dagelijkse activiteiten; *streefniveau* is: géén beperking in het dagelijks functioneren;
- Het gebruik van  $\beta$ -2-mimeticum; *streefniveau* bij monotherapie is 'zo nodig' en niet vaker dan 2x per week i.v.m. klachten;
- Reactie op uitlokkende factoren zoals verkoudheid, weersomstandigheden, seizoensinvloeden, logeren elders, aanwezigheid van een huisdier, allergenen en/of passief roken;
- Het adequaat naleven van niet-medicamenteuze adviezen en het effect daarvan;
- Inhalatietechniek en therapietrouw, zeker bij geen of onvoldoende effect van de therapie;
- Bespreking van het beleid bij toename klachten;
- Roken, zowel actief als passief;
- School- en beroepskeuze;
- Bij een nieuwe patiënt van 6 jaar en ouder: longfunctieonderzoek (flow-volumecurve met FVC, FEV1 en reversibiliteit) ter onderbouwing van de diagnose astma;
- Routinematig longfunctieonderzoek bij elke controlebezoek wordt niet aanbevolen. Wel jaarlijkse controle van flow volumemeting van FVC en FEV1 inclusief reversibiliteit bij ICS-gebruik;
- Geef altijd een schriftelijk behandeladvies, zeker voor de acute situaties;
- Elke onderhoudsbehandeling vormt een indicatie voor controle-afspraken;
- Indien het behandeldoel niet behaald wordt, de ICS zo mogelijk stoppen en andere diagnose overwegen en/of patiënt verwijzen voor verdere Dx en Rx.

NB. FeNO wordt niet aanbevolen in de eerstelijns

## Zelfbehandeling en zelfcontrole

Met ouders en kinderen die adequaat met de aandoening en medicatie omgaan, kunnen afspraken gemaakt worden over zelf starten en/of ophogen van kortwerkend  $\beta$ -2-mimeticum bij een exacerbatie op basis van een schriftelijk actieplan (zie ook *controlelijst van het astmafonds*).

## Verwijzen

1. Bij helemaal geen reactie op adequate dosering  $\beta$ -2-mimeticum na 2-4 weken behandeling wordt geadviseerd het kind te verwijzen naar de kinderarts voor het verifiëren van de diagnose en het instellen van een proefbehandeling met ICS;
2. Indien het behandeldoel niet wordt behaald en/of na 6 weken de klachten persisteren, wordt geadviseerd het kind te verwijzen naar de kinderarts voor het verifiëren van de diagnose en het intensiveren van de onderhoudsbehandeling door ophogen van de ICS-dosering, gebruik van leukotrieenreceptorantagonist en/of een langwerkende  $\beta$ -2-mimeticum;
3. Als er een andere diagnose dan astma en/of co-morbiditeit wordt overwogen.

## Shared care

De diagnose astma bij het kind > 6 jaar wordt gesteld door de huisarts, ondersteund met (kinder)longfunctie (= FlowVolumeMeting met een kwalitatief adequate longfunctie met beoordeling door een kinderarts advies aan de HA), tenzij de huisarts zelf longfunctie volgens de geldende kwaliteitscriteria kan (laten) uitvoeren en beoordelen.

Indien de huisarts het kind heeft verwezen, stelt de kinderarts aan de huisarts voor waar het kind onder controle blijft met of zonder shared care advies (bijvoorbeeld; 1-3 x per jaar controle bij HA / POH, 2-1x per jaar kinderarts / kinderlongverpleegkundige).

Gebruik van een gemeenschappelijk (digitaal) dossier (bijv. een "puffboekje") tussen behandelaars, in beheer van patiënt en/of diens ouders/verzorgers, met ondermeer schriftelijke instructie aan patiënt en ouders, is hierbij te adviseren.

## Verantwoording

### Namens huisartsen:

Hanneke Cox (POH)  
Carel Versteeg

### Namens kinderartsen:

Hein Brackel, Catharina-ziekenhuis  
Richard Droog, Elkerliek ziekenhuis  
René van Gent, Máxima Medisch Centrum

### Namens de transmurale stichtingen:

Hennie van Bavel, medisch coördinator HaCa  
Hannie van Gent, projectcoördinator TransMáx  
Mariëtte Oostindiër, medisch coördinator TransMáx

### Referenten:

Pieter Bertholet, huisarts Eindhoven  
Annelies Lucas, huisarts Eindhoven  
Paul Meurs, huisarts Geldrop  
Ivo Smeele, huisarts Eindhoven  
Miriam van de Weerden, huisarts Helmond

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA en TransMáx. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen (CBO, NHG-standaard).