

Astma bij kinderen

Mevrouw Van Bergen aan de telefoon. Zij wil een afspraak maken voor Vincent, haar zoontje van 3 jaar. ‘Vincent hoest zo vaak, vooral ’s nachts. Soms lijkt het ook of zijn borstkas piept. Ik vraag me af of hij soms astma heeft, want dat zit bij ons in de familie.’ U besluit dat u bij deze klacht niet zelf advies kunt geven en regelt een afspraak met de huisarts voor Vincent en zijn moeder.

Inleiding

De NHG-Standaard Astma bij kinderen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij astma bij kinderen tot 16 jaar. Astma is de meest voorkomende chronische aandoening bij kinderen. Ongeveer 5 tot 10 procent van de Nederlandse kinderen heeft astma. Ruim een derde van alle kinderen maakt een of meer periodes met piepen door vóór de leeftijd van 3 jaar, maar meer dan de helft van deze kinderen heeft op de leeftijd van 6 jaar geen klachten meer.

Tot de puberteit komt astma ongeveer tweemaal zo vaak voor bij jongens als bij meisjes. Na de puberteit komt astma juist vaker voor bij vrouwen; de klachten zijn bij hen ook ernstiger dan bij mannen. Ongeveer 80 procent van de kinderen met astma is allergisch.

Klachten en achtergronden

Steeds terugkerende aanvallen van piepen, al dan niet met hoesten en kortademigheid zijn klachten die kunnen duiden op astma. Bij

kinderen tot 6 jaar gaat het vooral om piepen al dan niet met hoesten; vanaf 6 jaar betreft het vooral piepen en aanvallen van kortademigheid.

Bij astma is sprake van bronchusobstructie die aanvalsgewijs optreedt. De bronchusobstructie ontstaat door prikkels. Dat kunnen specifieke allergenen zijn; meestal betreft het dan een allergie voor huisstofmijt of voor een huisdier. Ook kan de obstructie worden veroorzaakt door specifieke prikkels (rook, mist, kou, inspanning). Dat de luchtwegen met bronchusobstructie reageren op specifieke prikkels (prikkels waarop gezonde mensen niet of nauwelijks reageren) wordt bronchiale hyperreactiviteit genoemd.

Astma is vaak familiaal bepaald. Ook omgevingsfactoren kunnen een rol spelen, bijvoorbeeld roken. Als de moeder tijdens de zwangerschap rookt, heeft dat een nadelig effect op de longfunctie van het kind. Het veroorzaakt luchtwegklachten in de eerste levensjaren en misschien ook op latere leeftijd. Roken door ouders of verzorgers na de geboorte leidt tot meer en ernstiger luchtwegklachten bij kinderen met astma.

Bij kinderen die vaak of langdurig hoesten of kortademig zijn, overweegt de huisarts de diagnose astma. De huisarts vraagt naar:

- ernst, duur en patroon van de luchtwegklachten;
- aanwijzingen voor allergie;
- aanwijzingen voor bronchiale hyperreactiviteit;
- roken (door ouders, verzorgers of het kind zelf);

- voorgeschiedenis, bijvoorbeeld eerdere periodes met hoesten of piepen, of allergische aandoeningen;
- luchtwegproblemen of allergische aandoeningen bij gezinsleden.

Voor de diagnose is ‘piepen’ een belangrijk symptoom. Als een kind alleen hoest en niet piept, is astma niet waarschijnlijk. Ook benauwdheid bij inspanning zonder piepen, of hoesten 's nachts zonder dat er andere luchtwegklachten zijn, duiden niet op astma.

De huisarts onderzoekt het kind en let daarbij ook op het eventueel afbuigen van de lengte- en/of gewichtscurve en een mogelijk achterblijven van de psychomotorische ontwikkeling. Als er aanwijzingen zijn voor een allergische aandoening zal de huisarts een screening op allergie laten verrichten, zeker bij kinderen die ouder zijn dan 6 jaar. Hierbij wordt het bloed getest op de aanwezigheid van antistoffen tegen de belangrijkste inhalatieallergenen: huisstofmijt, gras- en boompollen, honden- en kattenharen, schimmels en kruidpollen. Bij een mogelijke allergie voor knaagdieren vraagt de huisarts de desbetreffende RAST (radio-allergo-sorbent-test) aan.

Bij twijfel aan de diagnose of ter bevestiging daarvan is bij kinderen vanaf 6 jaar spirometrie zinvol. Het gaat dan om de FVC- en FEV₁-metingen. Ook kan de piekstroommeter gebruikt worden, maar bij kinderen kan dit moeilijk zijn en de resultaten van de meting kunnen dan minder betrouwbaar zijn. Bovendien is de piekstroom vooral een maat voor de doorgankelijkheid van de grote luchtwegen, terwijl bij astma het probleem vooral in de middelgrote en kleinere luchtwegen zit. Een longfoto is niet zinvol, tenzij de huisarts denkt dat het kind een aandoening heeft waarbij een foto wel van belang is, zoals een longontsteking.

Beleid

Het doel van het beleid is dat alle kinderen zo veel mogelijk een normaal leefpatroon en een

normaal inspanningsvermogen hebben. Dat betekent het voorkomen van ernstige astma-aanvallen en het bereiken van een optimale longfunctie zonder (of met zo min mogelijk) klachten en zonder (of met zo min mogelijk) medicatie.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij de voorlichting legt de huisarts uit dat astma in het algemeen een goed behandelbare aandoening is, waarbij de klachten uitgelokt kunnen worden door virale luchtweginfecties, allergenen (vooral van huisstofmijt en huisdieren) en specifieke prikkels (vocht, rook, kou, inspanning). Hij vertelt dat sporten goed is en beveelt dat sterk aan.

De huisarts bespreekt belemmeringen in het functioneren, bijvoorbeeld door angst voor kortademigheid en geeft adviezen.

Wat betreft school- en beroepskeuze moeten risicoberoepen zoals bakker, kapper, tuinder en het beroepsmatig omgaan met dieren worden afgeraden.

De huisarts vertelt dat roken de astma van het kind verergert. Ouders of verzorgers en anderen in de omgeving van het kind mogen dus niet roken. Uiteraard moet het kind zelf ook niet roken.

Als bij het kind een inhallatieallergie is aangetoond, bijvoorbeeld voor huisstofmijt, kan de huisarts adviezen geven over saneren, maar hij legt daarbij uit dat niet bewezen is dat de maatregelen inderdaad helpen bij allergie voor huisstofmijt. In geval van allergie voor huisstofmijt bestaat saneren uit:

- vochtbestrijding in huis door regelmatige ventilatie van de woning;
- beddengoed minstens eenmaal per twee weken wassen op 60° (een alternatief is om allergeenwerende hoezen te gebruiken);
- een glad vloerooppvlak in de slaapkamer (gemakkelijk te reinigen);
- aangepast schoonmaken (regelmatig vochtig afnemen en stofzuigen in afwezigheid van de patiënt).

Bij allergie voor huisdieren raadt de huisarts het houden van (harige) huisdieren thuis of in de schoolklas sterk af. Hij vertelt dat deze maatregel astma-aanvallen voorkomt, beter dan elke medicatie.

De huisarts bespreekt ook de mogelijke reactie van het kind op specifieke prikkels, bijvoorbeeld parfumlucht, baklucht, overgang van warmte naar kou of inspanning.

Als de huisarts besluit om medicijnen voor te schrijven, legt hij doel en werking daarvan uit. Hij bespreekt ook mogelijke schaamte om in gezelschap en op school medicatie (inhalator) te gebruiken. De huisarts legt uit dat, in tegenstelling tot andere jaren, griepvaccinaties voor kinderen met astma niet meer worden geadviseerd.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als inhalatietherapie schrijft de huisarts kortdurende luchtwegverwijders (bijvoorbeeld salbutamol, terbutaline of fenoterol) en eventueel een onderhoudsbehandeling met inhalaticorticosteroiden voor (bijvoorbeeld beclometason, budesonide of fluticason). Deze middelen hebben een ontstekingsremmende werking. Inhalaticorticosteroiden kunnen in het eerste jaar van het gebruik de groei van het kind enigszins vertragen, maar ze hebben geen invloed op de eindlengte van het kind. De huisarts volgt een stappenplan bij het voorschrijven van medicatie.

Voor inhalatietherapie bestaan twee soorten toedieningsvormen: dosisaerosolen (al dan niet met inhalatiekamer) en poederinhalatoren. Bij een dosisaerosol moet de patiënt tegelijkertijd indrukken en inademen. Voor een kind kan dat lastig zijn en door verkeerd gebruik kan het medicijn mogelijk niet goed zijn werk doen. Bij poederinhalatoren bestaat een dergelijk coördinatieprobleem niet. Als het kind voldoende inhalatiekracht bezit, werkt een poederinhalator beter dan een dosisaerosol zonder inhalatiekamer. Aan jongere kinderen (tot en met 6 jaar) wordt vaak een dosisaerosol met inhalatiekamer voorgeschreven. Aan kinderen ouder dan 7 jaar schrijft de huisarts een poederinhalator voor. Bij ernstige

kortademigheid gaat bij alle kinderen de voorkeur uit naar een dosisaerosol met inhalatiekamer. Deze toedieningsvorm is even effectief als verneveling. Daarom is een elektrische jet-vernevelaar slechts bij hoge uitzondering nodig, bijvoorbeeld als er grote hoeveelheden luchtwegverwijders moeten worden toegediend bij een ernstige astma-aanval. Kinderen die inhalaticorticosteroiden gebruiken, worden tijdens de instelfase om de twee tot vier weken gezien. Daarna wordt het kind driemaandelijks gecontroleerd. Als het kind gedurende een half jaar redelijk klachtenvrij is, kan eventueel de dosering van de inhalaticorticosteroiden worden verlaagd. Als duidelijk is wat de laagst effectieve dosis is, vindt eenmaal per drie tot zes maanden controle plaats.

Bij de controles gaat de huisarts onder andere na of de medicijnen op de juiste wijze worden geïnhaled en of er sprake is van actief of passief roken. Ook besteedt de huisarts aandacht aan de ontwikkeling van het kind en bespreekt hij bijvoorbeeld school- en beroepskeuze.

Bij een ernstige aanval van astma (exacerbatie) met ernstige kortademigheid schrijft de huisarts extra luchtwegverwijders voor. Hij wacht het effect daarvan ter plaatse af. Bij voldoende effect kan een controle na enkele uren plaatsvinden. Bij onvoldoende effect kan de huisarts predniso(lo)ntabletten of -drank voorschrijven, die het kind naast de bronchusverwijders moet gebruiken. Controle vindt dan de volgende dag plaats.

VERWIJZING

De volgende bevindingen kunnen redenen zijn om kinderen naar de specialist te verwijzen:

- aanwijzingen voor andere chronische aandoeningen, bijvoorbeeld afwijkingen van hart of grote vaten of cystic fibrosis;
- geen of onvoldoende verbetering na behandeling;
- ernstig astma met aanzienlijke beperkingen voor het kind; dat kan aanleiding zijn om het kind naar een astmacentrum te verwijzen, waar medische, verpleegkundi-

ge, fysiotherapeutische en psychologische zorg worden gecombineerd.

Als het kind tijdens een exacerbatie onvoldoende reageert op de medicatie kan de huisarts het kind al dan niet met spoed naar de specialist verwijzen.

Praktijkassistente en/of -ondersteuner kunnen een belangrijke rol vervullen bij de voorlichting over astma, bij de instructie en controle van de inhalatietechniek en bij de begeleiding van de ouders of verzorgers die willen stoppen met roken. Ook controles kunnen grotendeels door u worden verricht, evenals het organiseren en uitvoeren van een spirometrie in eigen beheer.

Er bestaan vijf NHG-Patiëntenbrieven over astma bij kinderen.

Instructie inhalatietechniek en controle

Inhalatie-instructie bij een dosis-aerosol met inhalatiekamer:

Schudden voor gebruik, bij voorkeur één puf per keer en direct na het verstuiven enkele malen inademen. Na gebruik de plastic inhalatiekamer regelmatig afwassen en aan de lucht drogen.

Inhalatie-instructie bij een poederinhalator:

Het apparaatje klaarmaken voor gebruik, vervolgens krachtig en diep inademen en dan de adem vijf seconden vasthouden.

NB Na gebruik van een dosis-aerosol of poederinhalator met corticosteroiden spoelt het kind de mond met water.

Zie voor uitgebreidere instructie het hoofdstuk Astma bij volwassenen: behandeling.

Begrippen

bronchusobstructie	belemmering in de luchtwegen
cystic fibrosis	taaislijmziekte
FEV ₁	'forced expiratory volume in one second': het volume aan lucht dat maximaal kan worden uitgeademd in de eerste seconde van een geforceerde uitademing na een volledige inademing (zie ook hoofdstuk Astma bij volwassenen)
FVC	'forced vital capacity': de capaciteit van de longen bij geforceerde uitademing
piekstroommeting	het meten van de grootste luchtstroom die kan worden bereikt tijdens een geforceerde uitademing na een volledige inademing