De implementatie van de nieuwe GOLD richtlijn in de huisartspraktijk

Haio: CAMERLYNCK Edward , KUL
Promotor: DE SUTTER An , U.G.
Praktijkopleider: MERTENS Fien

Context: Eind 2011 werd de nieuwe GOLD-richtlijn (GOLD) voor COPD gepubliceerd. De indeling op basis van de FEV1 werd ingeruild voor een risicostratificatie op basis van de ernst van de symptomen, het aantal exacerbaties en de aloude FEV1. De vaste Tiffeneauwaarde (TIFF) van 0,7 als definitie voor obstructie bleef wel behouden. Met de recente ontwikkeling en de nakende implementatie van een uitgebreider referentiekader voor spirometrie door de European Respiratory Society (ERS) neemt de kritiek op de vaste TIFF echter verder toe.

Onderzoeksvraag: Het uitgangspunt van dit onderzoeksproject is de vraag hoe we de implementatie van de GOLD in de drukke huisartsenpraktijk kunnen faciliteren. Enerzijds werd onderzocht wat de impact is van de nieuwe GOLD op het medicamenteuze beleid en hoe de werkdruk kan gereduceerd worden. Anderzijds werd onderzocht of de Lower Limit of Normal value (LLN) tot belangrijke beleidsveranderingen voert en zo een reden kan zijn om de GOLD niet toe te passen in de huisartspraktijk.

Methode: Tussen september 2012 en oktober 2013 werd bij patiënten met een zorgelement COPD in het elektronische medisch dossier de GOLD toegepast door afname van een spirometrie en de COPD Assessment Test en door bepaling van het aantal exacerbaties. Voor een exacerbatie werd de volgende definitie gehanteerd; ?gebruik van orale corticostero?den of antibiotica of hospitalisatie omwille van COPD?. Verder werd de LLN voor de TIFF berekend op basis van de referentiewaarden van de ERS van 1993 en van 2012.

Resultaten: Op 1 september 2012 werden 152 patiënten ge?dentificeerd met een zorgelement COPD: 78 patiënten werden geherevalueerd aan de hand van een nieuwe spirometrie. Voor 7 van de 74 niet deelnemende patiënten kon er aan de hand van recente dossiergegevens een toepassing gebeuren van de nieuwe GOLD, wat dus leidde tot een herevaluatie bij 85/152 (56%) patiënten. Bij deze groep waren 12 spirometrie?n niet interpreteerbaar, bij 42 patiënten werd op basis van de spirometrie de diagnose van zuivere COPD in vraag gesteld [TIFF > 0,7 (n: 24), al dan niet volledige reversibiliteit > 9% (n: 14) en mogelijke restrictie (n: 4)]. De diagnose van zuiver obstructief longlijden zonder reversibiliteit kon dus maar bij 31 patiënten bevestigd worden. 13 van deze 31 patiënten hadden een beleid overeenkomstige met de GOLD, 9 behoorden tot de hoogrisicogroep. De inschatting van het aantal exacerbaties door de arts en door de patiënt toonde een negatief predictieve waarde (NPW) van 91% voor zowel arts als patiënt en een respectievelijke PPW van 45% en 80%. Wanneer de LLN werd toegepast als diagnostisch criterium werd de diagnose COPD weerhouden bij 23 patiënten, van de 8 patiënten die afvielen namen er slechts 2 onderhoudsmedicatie. De nieuwe referentiewaarden van de ERS brachten geen relevante veranderingen teweeg wat de TIFF betreft.

Conclusie: Het afgrenzen van de hoogrisicogroep, de eenduidigheid rond het aantal exacerbaties en het klein verschil bij het toepassen van de LLN zou de implementatie van de nieuwe GOLD in een drukke huisartspraktijk kunnen faciliteren maar wordt overschaduwd door het frequent voorkomen van mengvormen. De afbouw van de overbehandeling bij een groot deel van de laagrisicopatiënten moet met een zorgvuldige opvolging van de kliniek samengaan. Ook in de hoog

risicogroep blijft spirometrie nodig ter opvolging van mengvormen. In afwezigheid van een betrouwbaar dossier kan > 1 exacerbatie betrouwbaar uitgesloten maar niet betrouwbaar aangetoond worden door inschatting van de arts of de patiënt. De LLN lijkt niet tot veel beleidsveranderingen te voeren en is aldus geen voldoende reden om de implementatie van de GOLD nog langer uit te stellen.