Adaptatie van de Duodecim richtlijn ‘Allergische Rhinitis’ naar de Belgische zorgcontext

Sara Bobelyn, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. A. De Sutter, Universiteit Gent

Co-Promotor: Dr. T. Poelman, Universiteit Gent

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2016-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Het adapteren van de Duodecim richtlijn ‘allergisch rhinitis’ was een interessant en leerrijk proces. Bij de totstandkoming kreeg ik feedback en ondersteuning van Dr. Nicolas Delvaux, Martine Goossens en Dr. Cloetens, alsook van mijn promotor Prof. Dr. A. De Sutter en co-promotor Dr. T. Poelman, waarvoor dank. Ook wil ik de artsen die deelnamen aan de peer review bedanken. In het bijzonder wil ik mijn collega-HAIO Hanne Blindeman bedanken, die dit project met mij aanvatte en mij stimuleerde in het gehele proces.

Inhoudstafel

Voorwoord IV
Inhoudstafel VI
Abstract 1
Lijst van figuren 2
Lijst van tabellen 2
Lijst van afkortingen 2
Inleiding 4
Onderzoeksmethodiek 5
FASE 1: Screeningsfase 5
1. Definiëren van klinische vragen 5
2. Zoeken naar relevante richtlijnen 7
3. Screenen van gevonden richtlijnen 8
4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen 9
5. Selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie 10
6. Nazicht door leescommissie 10
FASE 2: Adaptatiefase 10
7. Opmaken van eerste versie 10
FASE 3: Implementatiefase 11
8. Peer review 11
9. Formuleren van praktijkconsensus 12
10. Finaal nazicht door leescommissie 12
Resultaten 13
FASE 1: Screeningsfase 13
4. Waardeer geselecteerde richtlijnen 13
FASE 2: Adaptatiefase 15
7. Opmaken van eerste versie 15
FASE 3: Implementatiefase 23
8. Peer review 23
9. Formuleren van een praktijkconsensus 31
Discussie 33
Besluit 35
De geadapteerde aanbevelingen 36
Referenties 40
Bijlagen ..... a

I. Protocol ethisch comité – Korte samenvatting ..... a
II. Goedkeuring ethisch comité c
III. Informatiebrief voor deelnemers aan experimenten ..... e
IV. Toestemmingsverklaringsformulier (Informed Consent) ..... f
V. Vragenlijsten ..... g
Toetsing voorkennis (Peer review) ..... g
Toepasbaarheid adhv Likertschaal i
Nabespreking peer review l

Abstract

Titel Adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Allergische Rhinitis' naar de Belgische zorgcontext
HAIO: Dr. Bobelyn Sara, Universiteit Gent
Promotor: Prof . Dr. A. De Sutter
Co-promotor: Dr. T. Poelman
Praktijkopleider: Dr. P. Lievens.

Context
Duodecim richtlijnen zijn Finse richtlijnen die worden aangepast aan de Belgische zorgcontext. Zij worden beschikbaar gemaakt via EBMPracticeNet. Dit ter bevordering van evidence based praktijkvoering. Deze thesis betreft de adaptatie van de richtlijn 'Allergische rhinitis'. Er wordt hier gefocust op de diagnose en verwijzing. Voor deze masterproef werd samengewerkt met collega HAIO Hanne Blindeman.
Onderzoeksvragen
Elk van de onderzoekers definieerde enkele klinische vragen. In deze thesis worden volgende vragen besproken: hoe stelt men als huisarts de diagnose van allergische rhinitis en wanneer verwijst men een patiënt met vermoeden van allergische rhinitis door. De masterproef van Hanne Blindeman spits zich toe op de behandeling en de toepassing van immunotherapie.
Methode
De adaptatie van de Duodecim richtlijn verliep volgens de ADAPTE Procedure. Hierbij werd gebruik gemaakt van het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen: Handboek voor HAIO's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticnet.be.' Om antwoord te bieden op de klinische vragen werd uitgebreid gezocht in Belgische en internationale databanken naar relevante richtlijnen en recente literatuur. De kwaliteit van de richtlijnen werd gescoord via het AGREE II instrument. Verdere beoordeling gebeurde door nazicht van inhoud, courantheid, samenhang en relevantie voor de Belgische zorgcontext. Aan de hand van deze evaluaties werden aanbevelingen geselecteerd voor verdere adaptatie van de Duodecim richtlijn. De doorlopen stappen werden nauwkeurig bijgehouden in een matrix in Excel en voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet. Na goedkeuring werd een eerste versie opgemaakt van de geadapteerde richtlijn. Deze werd onderworpen aan een peer review d.m.v. een vragenlijst en PowerPoint presentatie in twee seminariegroepen. In totaal namen 27 collega-artsen deel aan de bevraging.
Resultaten
Vier richtlijnen werden weerhouden na het toepassen van het AGREE II instrument. Op basis van deze richtlijnen en de onderliggende evidentie werd een antwoord gegeven op de vooropgestelde klinische vragen. Er werd voor elke klinische vraag een aanbeveling gegeven, deze werd steeds voorzien van een GRADE. Na het voorstellen van de richtlijn in de seminariegroepen werd deze zonder majeure opmerkingen als bruikbaar geacht door de meeste artsen. Op basis van peer review en bijhorende analyse werd de richtlijn integraal overgenomen in de opleidingspraktijk. Na goedkeuring van de finale richtlijn door de leescommissie van EBMPracticeNet zal deze beschikbaar worden gemaakt voor Belgische huisartsen .
Conclusies
De volgende kernboodschappen komen voor in de geadapteerde richtlijn. De diagnose van allergische rhinitis kan gesteld worden op basis van een zorgvuldig uitgevoerde anamnese en klinisch onderzoek. Allergietesten kunnen uitgevoerd worden indien de symptomen persisteren of onvoldoende onder controle zijn met de ingestelde behandeling, er onduidelijkheid heerst over de diagnose of het kennen van het veroorzakende allergeen noodzakelijk is voor instelling van een gerichte behandeling (GRADE 1C). Verwijzing is aangewezen bij ernstige therapieresistente allergische rhinitis, bij overweging van immunotherapie en bij een onduidelijke oorzaak van rhinitis (GRADE 2C).

Trefwoorden: ICPC-code: R97 – Hooikoorts / allergische rhinitis
Contact: Sara.bobelyn@hotmail.com

Lijst van figuren

Figuur 1 Peer review klinische vraag 1 (diagnosticeren allergische rhinitis) 24
Figuur 2 Peer review klinische vraag 1 (allergietesten) 27
Figuur 3 Likertschaal klinische vraag 1 28
Figuur 4 Peer review klinische vraag 2 (verwijzing**)** 29
Figuur 5 Likertschaal klinische vraag 2 30
Figuur 6 Visgraatdiagram 32

Lijst van tabellen

Tabel 1 PIPOH elementen klinische vraag 1 6
Tabel 2 PIPOH elementen klinische vraag 2 7
Tabel 3 Selectie relevante richtlijnen 8
Tabel 4 Algemene evaluatie richtlijnen met AGREE II 13
Tabel 5 Overzicht originele Duodecim richtlijn en geadapteerde richtlijn (klinische vraag 1) 20
Tabel 6 Overzicht originele Duodecim richtlijn en geadapteerde richtlijn (klinische vraag 2) 22

Lijst van afkortingen

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AR	Allergische rhinitis
ARIA	Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma recommendations
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
BSACI	British Society for Allergy & Clinical Immunology
CKS	Clinical Knowledge Summary
EBM	Evidence Based Medicine
ELISA	Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay
EMD	Elektronisch medisch dossier
FOD	Federale Overheidsdienst
GIN	Guidelines International Network
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HAIO	Huisarts in opleiding

HGR	Hoge Gezondheids Raad
Ig E	Immunoglobuline E
KCE	Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service
NKO	Neus Keel Oor
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PICO	Patient Intervention Comparison Outcome
PIPOH	Patient population Intervention Professionals Outcome Healthcare setting
RAST	Radio-allergo-sorbent test
RCT	Randomized controlled trial
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
STACO	Stage coördinator

Inleiding

In 2010 ontstond er op initiatief van het RIZIV een samenwerking tussen verschillende Belgische organisaties die begaan zijn met evidence based medicine (EBM). Dit initiatief, EBMPracticeNet gedoopt, voorziet in een elektronisch platform waarop de deelnemende organisaties hun EBM materiaal op een vlotte manier beschikbaar kunnen maken voor de Belgische (huis)arts, verpleegkundige of kinesitherapeut. In aanvulling op dit platform is er ook gratis toegang tot de internationale databank met de door de Finse artsenvereniging Duodecim ontwikkelde "EBM guidelines". Er is een koppeling voorzien tussen deze databank en het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts via een systeem van electronic decision support onder de naam van EBMeds. De Duodecim richtlijnen werden internationaal geaccrediteerd, maar zijn op heden niet aangepast aan de Belgische context. Vanaf 2012 startte men met het stapsgewijs aanpassen van deze richtlijnen aan de Belgische situatie (1).

De databank van de door Duodecim ontwikkelde richtlijnen bestaat uit een duizendtal richtlijnen die elk aanbevelingen voor de praktijk omvatten. In vele gevallen zijn deze aanbevelingen inhoudelijk juist en in overeenstemming met de Belgische praktijk of context. In sommige gevallen zijn de aanbevelingen onjuist en is een herziening van de richtlijn noodzakelijk.

Hanne Blindeman en ikzelf waren gemotiveerd om het proces van herziening van de richtlijn 'Allergische Rhinitis' aan te vangen. Allergische rhinitis is een IgE gemedieerde allergie voor inhalatieallergenen. Het is een relevante aandoening in onze samenleving met een hoge prevalentie. Het treft 25-30% van de West-Europese bevolking en de incidentie neemt toe (2). In de praktijk en in ons privéleven merken we eveneens dat deze problematiek leeft en toeneemt, vaak met onvoldoende symptoomcontrole en significante lijdenslast voor de patiënt.

Door het vormen van goede EBM-richtlijnen denken we te kunnen bijdragen aan kwalitatieve zorg. Zo zijn we er van overtuigd dat richtlijnadaptatie en implementatie aanzet tot een meer correcte benadering van een ziektebeeld. Dit door het zorgvuldig toepassen van de richtlijn en door toetsing ervan in de dagelijkse praktijk. De beschikbaarheid van algemene richtlijnen maakt het mogelijk dat verschillende gezondheidsactoren point of care samenvattingen kunnen raadplegen, wat de aanpak in de dagelijkse praktijk ten goede komt.

Elk identificeerden we klinische vragen binnen dit onderwerp en bepaalden hiervoor de PIPOH-

elementen. Er werd een systematische zoektocht uitgevoerd naar bestaande richtlijnen voor deze klinische vragen en een waardering voor de gevonden richtlijnen op basis van AGREE. De specifieke praktijkaanbevelingen en onderliggende evidentie van de gevonden richtlijnen werden gespecifieerd en samengevat in een matrix (Excel bestand). Deze matrix werd vervolgens beoordeeld door een leescommissie van EBMPracticeNet.

Onderzoeksmethodiek

Het adaptatieproces van een richtlijn gebeurt op een uniforme manier, gebaseerd op het "Handboek voor HAIO's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be". Alle stappen werden nauwkeurig opgenomen in een ter beschikking gesteld Excel bestand (gestandaardiseerde matrix). In wat volgt worden kort alle stappen verduidelijkt en eventuele moeilijkheden aangehaald. De stappen 1 tot 4 van de screeningsfase werden in samenwerking met collega HAIO Hanne Blindeman gemaakt.

FASE 1: Screeningsfase

1. Definiëren van klinische vragen

Elke Duodecim-richtlijn is gestructureerd in een aantal categorieën die betrekking hebben op grote thema's:

- Algemeen
- Incidentie/prevalentie
- Etiologie
- Risicofactoren/-groepen
- Screening
- Diagnose
- Preventie
- Behandeling
- Praktijkvoering
- Prognose

De eerste stap heeft als doel het afbakenen van enkele subthema's waarvoor het zinvol is om de vergelijking te maken met andere richtlijnen. Deze subthema's kunnen in een PIPOH worden vertaald:

- P: patient population / disease characteristics
- I: intervention(s) of interest
- P: professionals targeted by the guideline
- O: outcomes and endpoints to be taken into consideration
- H: healthcare setting and context

Deze PIPOH elementen vormen de basis om klinische vragen te formuleren.
De klinische vragen die voort vloeiden uit de PIPOH elementen m.b.t. de subthema's diagnose en behandeling worden hieronder opgesomd.

1. Hoe stelt men als huisarts de diagnose van allergische rhinitis?
2. Wanneer verwijst men door bij een patiënt met vermoeden van allergische rhinitis?
3. Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling bij volwassen patiënten met allergische rhinitis in de eerstelijn?
4. Wat is het effect van de medicamenteuze behandeling bij volwassen patiënten met allergische rhinitis in de eerstelijn?
5. Wat is het effect van immunotherapie bij volwassen patiënten met allergische rhinitis?

De eerste 2 klinische vragen worden in deze masterproef uitgewerkt. De vragen 3 tot 5 worden besproken in de masterproef van collega HAIO Hanne Blindeman.

1) HOE STELT MEN ALS HUISARTS DE DIAGNOSE VAN ALLERGISCHE RHINITIS?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Volwassen patiënten met allergische neusklachten	Niet-allergische neusklachten
Interventions	Grondige anamnese, klinisch onderzoek, technisch onderzoek (serologisch onderzoek)	
Professionals	Huisartsen	
Outcomes	Diagnose van allergische rhinitis	
Healtcare Setting	Eerstelijnsgeneeskunde	Tweede, derde lijn

Tabel 1 PIPOH elementen klinische vraag 1

2) WANNEER VERWIJST MEN DOOR BIJ EEN PATIËNT MET VERMOEDEN VAN ALLERGISCHE RHINITIS?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patient/Population	Volwassen patiënten met vermoeden van allergische rhinitis en ernstige symptomen, therapieresistentie	Niet-allergische rhinitis
Interventions	Doorverwijzing naar tweede lijn	
Professionals	Huisartsen, tweede lijn	
Outcomes	Diagnose en behandeling van allergische rhinitis	
Healtcare Setting	Eerstelijnsgeneeskunde	

Tabel 2 PIPOH elementen klinische vraag 2

2. Zoeken naar relevante richtlijnen

Op basis van de gedefinieerde klinische vragen werd een zoekstrategie naar relevante richtlijnen bepaald. Hierbij werd onderzocht welke zoektermen best de klinische vraag omvatten. Eventuele inclusie of exclusie criteria werden beschreven bijvoorbeeld: taal, publicatiedatum (niet ouder dan 5 jaar), eindgebruiker enz. Alle resultaten en beslissingen tijdens deze procedure werden genoteerd in een gestandaardiseerde matrix.

Er werd gestart met een zoektocht naar reeds bestaande richtlijnen op de database van GIN. Deze database bevat richtlijnen van 93 organisaties verspreid over 46 landen. Nog andere databases werden geraadpleegd, zoals NGC (guideline.gov), de NHS guideline finder en andere relevante databases, zoals de Trip Database.

Aanvullend werd op relevante Belgische sites gezocht naar EBM publicaties betreffende het onderwerp en de klinische vragen. Een aantal relevante bronnen waarin gezocht werd, omvatten onder meer KCE, HGR, Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI en FOD Gezondheidszorg.

Tijdens deze stap kon al een ruwe selectie gemaakt worden van de referenties op basis van de eerder bepaalde in- en exclusiecriteria. Een lijst van alle gevonden richtlijnen werd opgemaakt en de publicerende organisatie, publicatie datum, land van publicatie en start- en einddatum van geselecteerde bronnen werden geïdentificeerd.
Alle resultaten en beslissingen (m.b.t. selectie) tijdens deze stap werden genoteerd in de matrix.

3. Screenen van gevonden richtlijnen

Een eerste screening van de gevonden richtlijnen gebeurde alvorens een doorgedreven beoordeling te starten. Dit gebeurde door de richtlijn snel aan de items 7, 9 en 23 van de AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) te toetsen om te zien of ze van goede kwaliteit zijn. Respectievelijk gaan deze items over het al dan niet gebruik maken van systematische methoden voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal, het beschrijven van sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs en het bespreken en vastleggen van conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep.

In overleg met Hanne Blindeman werden twee richtlijnen opgenomen die ouder waren dan 5 jaar. Het gaat om de ARIA guideline (2010) en de BSACI primary care guideline summary (2010). De ARIA guideline werd opgenomen omdat deze kwalitatief zeer hoog aangeschreven wordt en tevens de basis van de meeste richtlijnen vormt. De BSACI primary care guideline summary werd opgenomen, gezien deze specifiek gericht is op de eerstelijn en gezien de BSACI guideline waarop men zich baseerde, in 2017 herzien werd (3;4;5).

De ARIA guideline (2010) geeft geen antwoord op de klinische vragen omtrent diagnose en verwijzing. Deze guideline werd dan ook niet geselecteerd voor de eerste twee klinische vragen.

	Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar	Geselec teerd
Totaal:					
1	Allergic rhinitis. NICE. Clinical Knowledge Summaries. (8)	NICE, CKS	UK	2015	ja
2	Clinical practice guideline: allergic rhinitis – American academy of otolaryngology – HNSF 2015. (6)	OHNS	US	2015	ja
3	Allergic rhinitis. University of Michigan Health System. NGC. (9)	AHRQ	US	2013	ja
4	Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. (3)	Primary Care Respiratory Society UK	UK	2010	ja
5	Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. (4)	American Academy of Allergy, Asthma & Immunology	US	2010	neen

Tabel 3 Selectie relevante richtlijnen

4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen

4.1 Evaluatie van de richtlijnen met AGREE II

Er werd gebruik gemaakt van het AGREE II instrument om de gevonden richtlijnen te waarderen. In de matrix werden de verschillende richtlijnen als dusdanig gescoord.

4.2 Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen en van Belgische EBM informatie

In de weerhouden richtlijnen werd op zoek gegaan naar een antwoord op de vooropgestelde klinische vragen. Voor elke vraag werden de aanbevelingen geregistreerd en indien beschikbaar eveneens de gegeven graad van aanbeveling en de onderliggende evidentie.
Zodoende werd een overzicht van de verschillende aanbevelingen verkregen, die dan vergeleken kon worden met de aanbevelingen van de te adapteren Duodecim richtlijn.

4.3 Waardering van de aanbevelingen op courantheid

Er werd nagegaan of men in de richtlijnen rekening hield met recente literatuur voor de onderbouwing van de aanbevelingen. Om de courantheid van de richtlijnen en hun aanbevelingen te garanderen, werd daarom gezocht naar meer recente literatuur via Medline (Pubmed). Eventuele herzieningen van de richtlijnen werden opgezocht.

4.4 Waardering van de aanbevelingen op samenhang

In deze stap werd beoordeeld of de evidentie goed weergegeven wordt en overeenkomt met de geformuleerde aanbeveling. Zo werd gekeken of de zoekstrategie correct verliep, of de gebruikte evidentie samenhing met de interpretatie ervan en of de voorgestelde aanbeveling op zijn beurt overeenstemde met de interpretatie van de evidentie.

4.5 Waardering van de aanbevelingen op toepasbaarheid

Het al dan niet toepasbaar zijn van de aanbevelingen in de Belgische zorgcontext en eerstelijn setting werd beoordeeld.

5. Selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie

Duodecim aanbevelingen die na vergelijking met de doorzochte richtlijnen en Belgische EBM informatie aangepast dienen te worden, worden geselecteerd.

6. Nazicht door leescommissie

Alle gegevens die verzameld werden bij de uitvoering van stap 4.1 t.e.m. stap 4.5 werden voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet. Dit diende als tussentijdse controle op het werkproces en de geselecteerde inhoud. Met de verkregen feedback werden de nodige aanpassingen uitgevoerd.

FASE 2: Adaptatiefase

7. Opmaken van eerste versie

Bij de totstandkoming van een eerste versie van de richtlijn werd vertrokken van de oorspronkelijke richtlijn, ontwikkeld door Duodecim. De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de meest recente literatuur. Indien deze aanbevelingen overeenkwamen met de aanbevelingen van Duodecim, dan mocht deze tekst ongewijzigd blijven. Indien er grote discrepanties waren tussen de aanbevelingen, dan werd de tekst van Duodecim herschreven.
Ook werd de 'grading' van de verschillende aanbevelingen onderworpen aan een grondige keuring. 'Grading of recommendations Assessment, Development and Evaluation' (GRADE) is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een inzicht te krijgen in de sterkte (graad) van de aanbeveling, alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie (bewijskracht). De graad van aanbeveling wordt vertaald naar een cijfer, de bewijskracht naar een lettercode.

Kwaliteit van het bewijs (niveaus van bewijskracht, evidentieniveau)

- Hoog (= letter A): Verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen
- Matig (= letter B): Verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen

- Laag en zeer laag (= letter C): Verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker

Graad van aanbeveling (strength of recommendation)

- Sterke aanbeveling ("1")

  Gebaseerd op het beschikbare bewijs

  Als artsen erg zeker zijn dat de voordelen de nadelen niet/wel waard zijn

  Formulering: "we bevelen aan of we raden af"
- Zwakke aanbeveling ("2")

  Gebaseerd op het beschikbare bewijs

  Als artsen geloven dat voordelen en nadelen met elkaar in balans zijn, een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen

  Formulering: "we suggereren iets te doen of wij suggereren iets niet te doen"

FASE 3: Implementatiefase

8. Peer review

De implementatiefase heeft als doel na te gaan of de geadapteerde aanbeveling algemeen toepasbaar is in de praktijk. Dit gebeurde via een peer review, waarbij de geadapteerde aanbeveling voorgesteld werd aan collega huisartsen, STACO's en HAIO's. Dit gebeurde in 2 seminariegroepen. In totaal werden 20 HAIO's, 2 STACO's en 5 huisartsen bevraagd. Er werd via stellingen nagegaan hoe men algemeen handelt in de praktijk. Feedback en opmerkingen omtrent de geadapteerde aanbevelingen werden genoteerd en ter harte genomen. De toepasbaarheid van de voorgestelde richtlijnen werd gescoord via een Likertschaal (niet toepasbaar- minder toepasbaar- neutraal- toepasbaar- makkelijk toepasbaar). De praktische implementatie van de richtlijn en de eventuele barrières werden bediscussieerd en verwerkt in een visgraatdiagram.

9. Formuleren van praktijkconsensus

In de praktijk werd gekeken of men de aanbevelingen volgde en werd er gekeken naar de obstakels en problemen die ondervonden werden om zich aan de richtlijn te houden. Er werd voornamelijk geanalyseerd waar de aanpak verschilt t.o.v. wat de richtlijn aanbeveelt. Dit gebeurde a.d.h.v. een visgraatanalyse. Deze implementatie leverde informatie over onder andere haalbaarheid, barrières en eventuele tools die de implementatie kunnen faciliteren. Op basis van deze praktijktoetsing konden er eventuele aanpassingen gebeuren aan de geformuleerde praktijkaanbevelingen.

10. Finaal nazicht door leescommissie

De geadapteerde richtlijn wordt een laatste maal voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet ter goedkeuring.

Resultaten

FASE 1: Screeningsfase

Punt 1 t.e.m. 3 oftewel het definiëren van klinische vragen, het zoeken naar relevante richtlijnen en het screenen van de gevonden richtlijnen werden hierboven reeds beschreven.

4. Waardeer geselecteerde richtlijnen

4.1. Evalueer richtlijnen met AGREE II

RICHTLIJN	Gemiddelde score AGREE II (0-7)	Algemene waardering
Allergic rhinitis. NICE. Clinical Knowledge Summaries.	5.6	CKS richtlijn met gekende hoge kwaliteit. De gangbare methodologie voor alle CKS richtlijnen is gekend, echter de methodologie specifiek voor deze richtlijn is niet aanwezig. Er wordt geen melding gemaakt van graden van evidentie. Via een duidelijke link ("basis of recommendation") wordt naar de onderliggende evidentie verwezen.
Clinical practice guideline: allergic rhinitis – American academy of otolaryngology – HNSF	6.0	Zeer overzichtelijke, heldere richtlijn met vermelding van graden van evidentie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'Strong recommendation' – 'Recommendation' – 'Option' of 'No recommendation'. Methodologisch eveneens duidelijk en transparant.
Allergic rhinitis. University of Michigan Health System.	4.9	Helder en overzichtelijke richtlijn. Geen duidelijke beschrijving naar gebruikte onderliggende evidentie.
Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline	4.3	Richtlijn specifiek voor eerstelijn ontwikkeld op basis van BSACI richtlijn (2008). Onderliggende richtlijn werd geüpdate in 2017. Methodologie niet transparant weergegeven.

Tabel 4 Algemene evaluatie richtlijnen met AGREE II

4.2. Inventariseer inhoud van de aanbevelingen

Per klinische vraag werden de aanbevelingen van de verschillende richtlijnen in de matrix geregistreerd. Indien aanwezig, werd de graad van aanbeveling en het niveau van de evidentie weergegeven. De enige richtlijn die dit weergaf voor wat betreft het subthema diagnose en verwijzing

was de Clinical Practice Guideline. De aanbeveling is gebaseerd op observationele studies, wat overeenkomt met een kwaliteit van evidentie graad C.

4.3. Waardeer aanbeveling op courantheid

De Duodecim richtlijn vermeldt slechts 2 referenties (van 2007 en 2010), waarbij de ARIA guideline de belangrijkste vormt. De laatste Duodecim update dateert van 2014.
Recentere literatuur werd gezocht om een up-to-date adaptatie te kunnen doorvoeren. Verder werden recentere updates van de geselecteerde richtlijnen opgezocht. De referenties van de NICE guideline zijn zeer duidelijk beschreven via vermelding “basis for recommendation”. De laatste revisie dateert van oktober 2015. De Clinical practice guideline werd geüpdatet in februari 2017. De UMHS Allergic Rhinitis richtlijn kende een laatste grote update in oktober 2013. Een recente update voor de BSCAI richtlijn werd gevonden (2017) en vergeleken. De geselecteerde BSACI primary care summary guideline werd hierop gebaseerd.
Via Cochrane en Medline (Pubmed) werden nieuwere inzichten omtrent diagnostiek bij allergische rhinitis opgezocht over een periode van de afgelopen 5 jaar, dit via het opstellen van een PICO-vraag en via de zoektermen ‘Allergic Rhinitis’ en ‘Diagnosis’. De recentere artikels brachten echter op vlak van diagnose en verwijzing geen nieuwe inzichten. Of er was onvoldoende bewijs om de aanbevelingen in de richtlijnen aan te passen.

4.4. Waardeer aanbevelingen op samenhang

De Clinical practice guideline (HNSF) vermeldt een goed beschreven zoekstrategie, de aanbevelingen werden gemaakt met een belangrijke afweging risico / baten en met duidelijk weergegeven bewijs van evidentie. De aanbevelingen van de UMHS Allergic Rhinitis richtlijn worden toegelicht via 'Clinical background' en 'Rationale for Recommendations'. Er wordt echter niet gerefereerd naar de gebruikte onderliggende studies per aanbeveling. Het niveau van evidentie wordt weergegeven. In de NICE-richtlijn wordt de evidentie duidelijk weergegeven. De BSACI primary care summary guideline baseert zich vooral op de BSACI richtlijn (2008), waarin duidelijk gerefereerd wordt.

4.5. Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid

De aanbevelingen van de richtlijnen zijn grotendeels toepasbaar op de Belgische zorgcontext. Doch, het toepassen van huidpriktesten in de Belgische zorgcontext gebeurt doorgaans en praktisch gezien

in een tweede of derde lijn setting. De aanbevelingen omtrent huidpriktesten worden bijgevolg niet als dusdanig overgenomen in de geadapteerde Duodecim richtlijn, die zich tot de eerstelijn richt.

FASE 2: Adaptatiefase

7. Opmaken van eerste versie

Hieronder een overzicht van de oorspronkelijke en de geadapteerde richtlijn per klinische vraag, alsook uitleg over waarom al dan niet mineur of majeur geadapteerd werd.

KLINISCHE VRAAG 1: HOE STELT MEN ALS HUISARTS DE DIAGNOSE VAN ALLERGISCHE RHINITIS?

Om deze klinische vraag duidelijk en overzichtelijk te beantwoorden werd gekeken in welke mate de interventies anamnese, klinisch onderzoek en technisch onderzoek al dan niet uitgevoerd dienen te worden voor het stellen van de diagnose . Hier volgt een samenvatting van wat we terugvonden in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn enerzijds en in de geselecteerde richtlijnen anderzijds.

Duodecim richtlijn allergische rhinitis

Grondige anamnese

- Zorgvuldige bevraging voorgeschiedenis patiënt
- Voorgeschiedenis van atopie
- Karakter van symptomen (seizoensgebonden, doorheen het ganse jaar; intermittent, persistent volgens de ARIA classificatie)
- Symptomen (heldere nasale secreties, jeukende neus, verstopte neus, neusloop, niezen)
- Ongeveer 70% van de patiënten met allergische rhinitis hebben eveneens conjunctivale symptomen (rode ogen, tranende ogen, jeukende ogen)
- Geassocieerde aandoeningen (sinusitis, otitis media, astma)

Klinisch onderzoek

- Rhinoscopie, bij voorkeur met behulp van een voorhoofdslamp en een topisch nasaal decongestivum (een volledig NKO onderzoek is geïndiceerd bij het eerste consult), indien de patiënt last heeft van nasale congestie
- Bleke, bleekblauwe, grijze mucosa (andere bevindingen sluiten allergische rhinitis niet uit)

Technisch onderzoek

- Serum IgE testen en/of huidpriktesten zijn geïndiceerd voor de planning van de behandeling, voor de overweging van allergeen-specifieke immunotherapie (desensitisatie) en voor de diagnose van mogelijke beroepsgebonden rhinitis.

Richtlijn 1: NICE Guideline

Grondige anamnese

- De meeste gevallen van allergische rhinitis worden gediagnosticeerd door het identificeren van de kenmerkende eigenschappen en het uitsluiten van infectieuze en irriterende oorzaken van rhinitis.
- Een persoon met allergisch rhinitis presenteert zich typisch met niezen, jeukende neus, neusloop en neusverstopping. Oogsymptomen zoals bilateraal jeukende ogen, roodheid en zwelling zijn gewoonlijk geassocieerd met allergische rhinitis.

Klinisch onderzoek

- Kijk voor tekenen suggestief voor chronische nasale congestie, zoals ademen door de mond, hoesten en halitosis.
- Onderzoek de neus voor: nasale poliepen, gedevieerd of geperforeerd neusseptum, mucosale zwelling, verzakte neusbrug, horizontale neusplooi t.h.v van de neusrug (in ernstige rhinitis).

Technisch onderzoek

- Allergietesten zouden geregeld moeten worden wanneer het type rhinitis (infectieus, irriterend of allergisch) onduidelijk is vanuit de anamnese, of indien de symptomen persisterend zijn of slecht onder controle.
- Verwijzing voor huidpriktesten zou geregeld moeten worden, indien voorhanden. De resultaten kunnen beïnvloed worden door bepaalde medicatie (o.m. antihistaminica en topische corticosteroïden).
- Indien huidpriktesten niet beschikbaar of voorhanden zijn, zou via een bloedafname totale en specifieke IgE testen (RAST of ELISA) uitgevoerd moeten worden. Indien de allergietesten negatief zijn, zouden niet-allergische oorzaken van rhinitis (zoals medicatie en hormonale oorzaken) overwogen moeten worden.

Aanbeveling gebaseerd op expert opinie, review artikels en op een 'primary care guideline' voor management van allergisch en niet-allergische rhinitis.

Richtlijn 2: Clinical practice guideline: allergic rhinitis – American academy of otolaryngology – HNSF 2015

Grondige anamnese/ klinisch onderzoek

- Clinici zouden de klinische diagnose moeten stellen van allergische rhinitis wanneer een anamnese en een klinisch onderzoek bij patiënten overeenstemt met een allergische oorzaak en één of meer van volgende symptomen: nasale congestie, lopende neus, jeukende neus of niezen. Bevindingen consistent met, maar niet gelimiteerd tot, een allergische oorzaak zijn: heldere neusloop, nasale congestie, bleke verkleuring van de nasale mucosa en rode, waterige ogen.

Aanbeveling (B of C), graad van evidentie C (gebaseerd op observationele studies), level of confidence in evidence: high

Technisch onderzoek

- Clinici zouden specifieke Immunoglobuline E (IgE) (Huid of bloed) allergietesten moeten uitvoeren en interpreteren, of verwijzen naar een clinicus die deze kan uitvoeren en interpreteren, bij patiënten met de klinische diagnose van allergische rhinitis, die niet reageren op de empirische behandeling, of bij wie de diagnose onzeker is, of wanneer de kennis van het specifieke veroorzakende allergeen nodig is voor de behandeling.

Aanbeveling (quality of evidence B of C), graad van evidentie B (gebaseerd op RCT's en systematische reviews), level of confidence in evidence: high.

Richtlijn 3: UMHS Allergic Rhinitis Guideline October 2013

Grondige anamnese/ klinisch onderzoek

- Diagnose. Allergische rhinitis is een antigen-gemedieerde inflammatie van de nasale mucosa die kan uitbreiden naar de paranasale sinussen. De diagnose wordt doorgaans gesteld op basis van anamnese en klinisch onderzoek ("itchy, runny, sneezy, stuffy"). Een symptoom dagboek en een trial van medicatie kunnen helpen bij het bevestigen van de diagnose. Allergietesten zijn doorgaans niet nodig voor het stellen van de diagnose, maar kunnen nuttig zijn voor patiënten met multipele potentiële allergeen gevoeligheden.
- Klinisch onderzoek: onderzoek neus, mond, oor, ogen en longen.

Technisch onderzoek

- Allergietesten zijn doorgaans niet nodig voor het stellen van de diagnose, maar kunnen nuttig zijn voor patiënten met multipele potentiële allergeen gevoeligheden.

Rationale voor aanbeveling

- Testen zijn niet geïndiceerd bij milde, goed gecontroleerde allergische rhinitis patiënten.
- In ernstige gevallen identificeren huidpriktesten en RAST (radioallergosorbent test) de aanwezigheid van IgE antilichamen tegen een specifiek allergeen.
- Testen is nuttig in kader van:
    - Differentiatie allergische en niet-allergische rhinitis
    - Identificeren van specifieke allergenen, waar vermijding mogelijk/belangrijk kan zijn
    - Identificeren van allergenen met oog op immunotherapie

Richtlijn 4: Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline

- Diagnose door: Anamnese +/- Huidpriktesten of specifieke IgE testen
  Allergie/irritantia vermijding +/- nasale spoeling

Technisch onderzoek

- De klinische anamnese zou moeten uitmaken of allergietesten nodig zijn. Allergietesten kunnen nuttig zijn in het identificeren of excluderen van een allergische trigger die de therapie

kan beïnvloeden. In het merendeel van de gevallen in de eerstelijn, zullen de symptomen door behandeling met antihistaminica en/of nasale corticosteroïden onder controle zijn.

Belgische EBM-info: Vankrunkelsven P. Is het nuttig om allergenen op te sporen bij patiënten met astma en/of allergische rhinitis? (11)

- Als men de diagnose van astma of allergische rhinitis de novo stelt, is het nuttig om deze diagnose te verfijnen en te bepalen of de patiënt allergisch is aan bepaalde allergenen, zeker wanneer dit het slagen van de behandeling kan beïnvloeden. In ons land gaat het meestal over een allergie aan huisstofmijten, graspollen, kattenepitheel, hondenepitheel, boompollen of schimmels (in afnemend voorkomen). In deze studie waar het ging om patiënten in de huisartspraktijk met reeds bekend goed gecontroleerd astma of allergische rhinitis en die al goed wisten voor welke allergenen ze overgevoelig waren, lijkt het niet nodig om de diagnose te verfijnen. Misschien bestaat er wel een subgroep van patiënten met persisterende klachten voor wie verdere diagnostische oppuntstelling toch nuttig kan zijn.

Conclusie

Men kan concluderen uit de bovenstaande richtlijnen dat de diagnose klinisch kan gesteld worden. Dit gebeurt via het uitvoeren van een grondige anamnese. Het klinisch onderzoek wordt in de richtlijnen voorgesteld, eerder om eventuele kenmerkende tekenen te objectiveren en andere pathologie uit te sluiten. Hoe men dit klinisch onderzoek dient uit te voeren, wordt in de geselecteerde richtlijnen niet besproken, in tegenstelling tot de Duodecim richtlijn waar men bij voorkeur met behulp van een voorhoofdslamp en een topisch nasaal decongestivum gaat onderzoeken.

In de oorspronkelijk Duodecim richtlijn geeft men aan dat allergietesten uitgevoerd dienen te worden voor de planning van de behandeling, voor het overwegen van immunotherapie of voor de diagnostiek van eventuele beroepsgebonden rhinitis. In de andere richtlijnen werd eerder gevonden dat dergelijke allergietesten enkel doorgevoerd dienen te worden in welbepaalde omstandigheden (zie overzicht verder). In de geadapteerde richtlijn wordt bijgevolg ook antwoord gegeven op een bijkomende vraag als onderdeel van klinische vraag 1. , meer bepaald: ‘Wanneer allergietesten aanvragen bij vermoedelijke allergische rhinitis?’

Er werd een GRADE 1C toegekend aan de geadapteerde richtlijn, gezien deze berust op observationele studies en op expert consensus. We beschouwen het als een sterke aanbeveling (“1”), gezien de voordelen van het diagnosticeren via anamnese en klinisch onderzoek en het aldus instellen van een (empirische) behandeling opwegen t.o.v. de nadelen van allergietesten (kost, vaak weinig bijdragend tot beleidskeuze).

Duodecim origineel	Adaptatie

Grondige anamnese
 	
- Zorgvuldige bevraging voorgeschiedenis patiënt
- Voorgeschiedenis van atopie
- Karakter van symptomen (seizoensgebonden, doorheen het ganse jaar; intermittent, persistent volgens de ARIA classificatie)
- Symptomen (heldere nasale secreties, jeukende neus, verstopte neus, neusloop, niezen)
- Ongeveer 70% van de patiënten met allergische rhinitis hebben eveneens conjunctivale symptomen (rode ogen, tranende ogen, jeukende ogen)
- Geassocieerde aandoeningen (sinusitis, otitis media, astma)
	Grondige anamnese
	
	- Zorgvuldige bevraging voorgeschiedenis patiënt
	- Voorgeschiedenis van atopie
	- Karakter en ernst van symptomen (seizoensgebonden, doorheen het ganse jaar; intermittent, persistent) kan volgens de ARIA-classificatie beoordeeld worden.
	  o Dit kan een hulpmiddel zijn bij de keuze en instelling van de therapie.
	- Symptomen (typisch):
	  ▪ Verstopte neus
	  ▪ Lopende neus (helder)
	  ▪ Jeuk in de neus en/of ogen
	  ▪ Niezen
	- Conjunctivale symptomen (rode tranende, jeukende ogen)
	- Geassocieerde aandoeningen (sinusitis, otitis media, astma)

Klinisch onderzoek
 	
- Rhinoscopie, bij voorkeur met behulp van een voorhoofdslamp en een topisch nasaal decongestivum (een volledig NKO onderzoek is geïndiceerd bij het eerste consult), indien de patiënt last heeft van nasale congestie
- Bleke, bleekblauwe, grijze mucosa (andere bevindingen sluiten allergische rhinitis niet uit)
	Klinisch onderzoek
	
	- Via een NKO onderzoek en een longauscultatie kunnen andere oorzaken van rhinitis uitgesloten worden en eventuele co-existentie van astma opgespoord worden.
	
	- Volgende tekenen kunnen bij inspectie en klinisch onderzoek zichtbaar zijn (andere bevindingen sluiten allergische rhinitis niet uit):
	  ▪ Bleke, bleekblauwe, grijze neusmucosa
	  ▪ Nasale congestie (mondademhaling, hoesten, halitosis)
	  ▪ Waterige rode ogen
	  ▪ Heldere neusloop
	  ▪ Kortademigheid/ Piepende ademhaling (kan wijzen op co-existentie van astma)

Technisch onderzoek - Serum IgE testen en/of huidpriktesten zijn geïndiceerd voor de planning van de behandeling, voor de overweging van allergeen-specifieke immunotherapie (desensitisatie) en voor de diagnose van mogelijke beroepsgebonden rhinitis.	**Technisch onderzoek** Allergietesten ▪ Specifieke serum IgE testen (eerstelijn) ▪ Huidpriktesten (tweede lijn) zouden uitgevoerd en geïnterpreteerd moeten worden indien: - de symptomen persisteren of onvoldoende onder controle zijn met de ingestelde (empirische) behandeling - onduidelijkheid heerst over de diagnose - het kennen van het veroorzakende allergeen noodzakelijk is voor instelling van een gerichte behandeling (immunotherapie, integrale vermijding allergeen…)
	GRADE 1C

Tabel 5 Overzicht originele Duodecim richtlijn en geadapteerde richtlijn (klinische vraag 1)

KLINISCHE VRAAG 2: WANNEER VERWIJST MEN DOOR BIJ EEN PATIËNT MET VERMOEDEN VAN ALLERGISCHE RHINITIS?

Duodecim-richtlijn allergische rhinitis

- Verwijzing naar een NKO-specialist is aangeraden 1) wanneer de patiënt ernstige, therapieresistente rhinitis heeft, 2) wanneer desensitisatie therapie overwogen wordt, 3) wanneer beroeps gebonden rhinitis vermoedt wordt.

Richtlijn 1: NICE Guideline

- Allergietesten zouden geregeld moeten worden wanneer het type rhinitis (infectieus, irriterend of allergisch) onduidelijk is vanuit de anamnese, of indien de symptomen persisterend zijn of slecht onder controle.
- Verwijzing voor huidpriktesten zou geregeld moeten worden indien voorhanden. De resultaten kunnen beïnvloed worden door bepaalde medicatie (o.m. antihistaminica en topische corticosteroïden).
- Indien huidpriktesten niet beschikbaar of voorhanden zijn, zou via een bloedafname totale en specifieke IgE testen uitgevoerd moeten worden. Indien de allergietesten negatief zijn, zouden niet-allergische oorzaken van rhinitis (zoals medicatie en hormonale oorzaken) overwogen moeten worden.

Richtlijn 2: Clinical practice guideline: allergic rhinitis – American academy of otolaryngology – HNSF 2015

- Clinici zouden specifieke Immunoglobuline E (IgE) (Huid of bloed) allergietesten moeten uitvoeren en interpreteren, of verwijzen naar een clinicus die deze kan uitvoeren en interpreteren, bij patiënten met de klinische diagnose van allergische rhinitis, die niet reageren om de empirische behandeling, of bij wie de diagnose onzeker is, of wanneer de kennis van het specifieke veroorzakende allergeen nodig is voor de behandeling.

Richtlijn 3: UMHS Allergic Rhinitis Guideline October 2013

- Geschikte criteria voor verwijzing kunnen zijn: identificatie van specifieke allergenen door testing, intolerantie of falen van therapie, ernstige reacties, geassocieerde comorbide aandoeningen of het wensen van immunotherapie.

- Criteria voor verwijzing:
  - Identificatie van specifieke allergenen
  - Intolerantie voor, contra-identificatie of falen van therapiebeleid
  - Symptomen die interfereren met dagelijkse activiteiten of slaap
  - Geassocieerde comorbiditeiten zoals chronische of terugkerende bacteriële rhinosinusitis, terugkerende otitis media, nasale poliepen, astma, atopische dermatitis, oculaire symptomen, slaap-apneu
  - Nood aan betere educatie omtrent vermijding van het allergeen
  - Matige tot ernstige symptomen van seizoensgebonden of het hele jaar durende rhinitis
  - Elke ernstige allergische reactie, angst veroorzakend bij patiënt of ouders
  - Immunotherapie wordt overwogen
  - Persisterende nasale obstructie ondanks medicatie

Richtlijn 4: Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline

- Eerstelijn gezondheidsactoren zouden op de hoogte moeten zijn van de beschikbare secundaire of tertiaire diensten waar allergie verder uitgewerkt kan worden en weten wanneer patiënten te verwijzen.

- Patiënten die zouden moeten verwezen worden zijn onder meer:
  - Kinderen met astma, met verwachte IgE gemedieerde voedingsallergie en verhoogd risico op fatale voedingsreacties.
  - Kinderen bij wie een diagnostische onzekerheid bestaat en waar verdere specialistische investigaties en zorgen nodig zijn.
  - Patiënten met een verwachte beroepsgebonden rhinitis of astma, en waarbij vroege identificatie een mogelijkheid tot therapie geeft.
  - Patiënten met seizoensgebonden allergische rhinitis die niet reageren op of intolerant zijn voor de conventionele therapie en waarbij immunotherapie overwogen wordt
  - ‘rode vlag’ symptomen waar op gelet moet worden, zijn: bloederige purulente secreties, pijn en neusverstopping (vaak unilateraal, mogelijks teken van maligniteit), nasale pijn, benauwdheid, neusbloedingen, rhinitis, korstvorming, en

nasale deformatie te wijten aan een geperforeerd septum wat een eerste teken kan zijn van vermoedelijke Wegener granulomatose.

Conclusie

Men geeft aan om door te verwijzen als men te maken heeft met ernstige therapieresistente allergische rhinitis, als men geen duidelijkheid heeft over de diagnose en als men overweegt immunotherapie op te starten. Huidpriktesten gebeuren doorgaans in tweede lijn setting. Patiënten met allergische rhinitis kunnen indien nodig en/of nuttig hiervoor doorgestuurd worden. Indien in anamnese en klinisch onderzoek alarmerende symptomen en/of tekenen aanwezig zijn (o.m. unilaterale neusklachten, nasale pijn, bloederige purulente secreties, neusseptum perforatie) zou doorverwijzing ook moeten gebeuren.

Duodecim origineel	**Adaptatie**
- Verwijzing naar een NKO-specialist is aangeraden ▪ wanneer de patiënt ernstige, therapieresistente rhinitis heeft ▪ wanneer desensitisatie therapie overwogen wordt ▪ wanneer beroepsgebonden rhinitis vermoedt wordt	- Verwijzing naar de tweede lijn (NKO specialist/ allergoloog) is aangewezen bij ▪ Ernstige therapieresistente allergische rhinitis ▪ Overweging van immunotherapie ▪ Bij onduidelijke oorzaak van rhinitis
	GRADE 2C

Tabel 6 Overzicht originele Duodecim richtlijn en geadapteerde richtlijn (klinische vraag 2)

FASE 3: Implementatiefase

8. Peer review

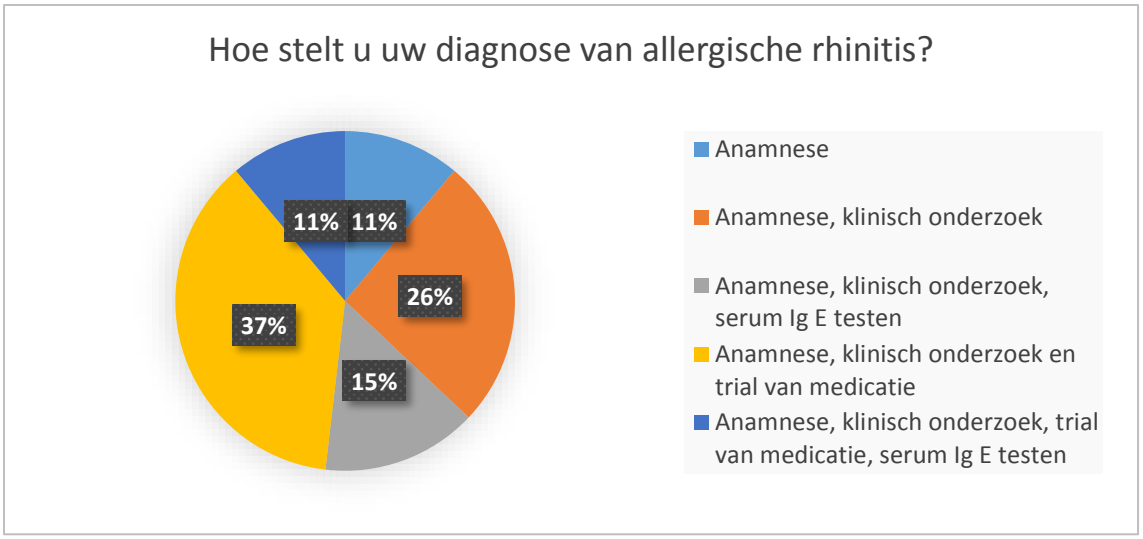
De geadapteerde richtlijn werd in twee seminariegroepen voorgesteld. Door middel van casuïstiek, een korte vragenlijst (zie bijlage V) en een powerpointvoorstelling werden de verschillende klinische vragen besproken en bediscussieerd. Bijkomende vragen en opmerkingen werden meegenomen om tot de finale versie van de richtlijn te komen. Het al of niet toepasbaar zijn van de aanbevelingen werd getoetst en via een Likertschaal weergegeven. Eventuele moeilijkheden in de toepasbaarheid werden in een visgraatanalyse opgenomen.

Overzicht deelnemers (in totaal 27):

- Aantal mannen: 9
- Aantal vrouwen: 18
- HAIO's (9e jaar) 19
- STACO's: 3
- Huisartsen: 5
- Stedelijk: 11
- Landelijk: 16
- Solo of arts + HAIO: 10
- Groepspraktijk: 17

1) U VERMOEDT DAT UW PATIËNT EEN ALLERGISCHE RHINITIS HEEFT. HOE STELT U UW DIAGNOSE?

- Via anamnese
- Via anamnese en klinisch onderzoek
- Via anamnese, klinisch onderzoek en labo (serum Ig E testen)
- Diagnosestelling gebeurt in tweede lijn
- Via anamnese, klinisch onderzoek en trial van medicatie
- Via anamnese, klinisch onderzoek, labo (serum IgE testen), trial van medicatie



Figuur 1 Peer review klinische vraag 1 (diagnosticeren allergische rhinitis)

Bespreking

- *Zwakte*

Bij de toetsing via vraagstelling (peer review) werden niet alle mogelijke antwoordopties voorgesteld. Zo ware het een optie geweest dat men via 'anamnese en trial medicatie' of 'anamnese en labo' enz. een diagnose stelde, maar deze behoorde niet tot de antwoordmogelijkheden. Bij een nieuwe bevraging zou het beter zijn te vragen welke van de mogelijke interventies (anamnese, klinische onderzoek, technisch onderzoek enz.) uitgevoerd worden om de diagnose te stellen. Desondanks werd in de discussie wel uitvoerig besproken wie een klinisch onderzoek uitvoert, hoe men dit aanpakt en waarom men het al dan niet uitvoert.

Er kan worden opgemerkt dat de populatie bij wie deze toetsing werd uitgevoerd niet helemaal representatief is voor de reële artsenpopulatie. De toetsing gebeurde vooral bij huisartsen in opleiding, dit kan een vertekend beeld geven. Toetsing in een huisartsenkring of lok-groep zou mogelijks andere feedback opgeleverd kunnen hebben.

- *Hoe stelt men de diagnose allergische rhinitis?*

Opvallend is dat er een grote verscheidenheid bestaat in het antwoord op deze vraag. Dit kan erop wijzen dat er niet onmiddellijk een gouden standaard bestaat voor diagnostiek. Waar sommigen op

basis van anamnese reeds de diagnose stellen, voeren anderen systematisch bijkomend een klinisch onderzoek en/ of een labo uit voor het bepalen van specifieke IgE allergenen.

- *Al dan niet uitvoeren van een klinisch onderzoek in de praktijk?*

Het merendeel van artsen geeft aan op basis van vooral de anamnese de diagnose te kunnen stellen. Het klinisch onderzoek wordt meestal, maar niet altijd uitgevoerd. Het dermate specifiek zijn van de anamnese is voor sommige artsen voldoende om over te gaan tot de empirische behandeling van de vermoedelijke allergische rhinitis.

Via louter de **inspectie** van de patiënt kan men doorgaans al heel wat informatie bekomen die mee de diagnose kan helpen stellen. Zo haalde men onder andere volgende tekenen aan: nasale spraak, tranende rode ogen, niezen, loopneus enz.

Er werd aangegeven dat een klinisch onderzoek wel belangrijk is om **differentieel diagnostisch** andere pathologie uit te sluiten. Hierbij werd onder meer gedacht aan nasale poliepen, tussenschotafwijkingen of -scheefstand. Maar ook het uitvoeren van een **longauscultatie** werd belangrijk bevonden om co-morbiditeit zoals astma op te sporen. Dit kan op vlak van beleid ook een impact hebben.

Het **NKO onderzoek** wordt verschillend uitgevoerd. Het gebruik van het neusspeculum in de praktijk is wisselend. Bij sommige artsen wordt dit steevast gebruikt om de neusslijmvliezen te beoordelen (bleek), om eventuele poliepen of andere afwijkingen op te sporen. Anderen gaven aan dit niet te gebruiken daar het neusonderzoek met een speculum onvoldoende bijkomende info geeft: wat is de grens om het over “bleke” neusmucosa te hebben, dieper gelegen poliepen kunnen gemist worden. In sommige praktijken wordt het neusspeculum niet gebruikt of is het zelf niet aanwezig. Er wordt soms gebruik gemaakt van de otoscoop met het grootste voorhanden oorspeculum om in de neus te kijken. Veel artsen kijken ook gewoon zonder speculum, maar wel met een lichtbron in de neus. Er werd aangehaald dat het uitvoeren van het klinisch onderzoek vaak weinig extra informatie oplevert naar medische besliskunde toe, maar dat het uitvoeren ervan wel van belang is vanuit het opzicht ‘geloofwaardigheid’ en ‘professionaliteit’, waarbij rekening gehouden wordt met de mogelijke perceptie van de patiënt. “De patiënt wenst graag onderzocht te worden.”

Een aantal artsen zou overgaan tot het uitvoeren van allergietesten via een bloedafname ter diagnosestelling van allergische rhinitis. Het merendeel van de artsen vindt dat een labo weinig

toegevoegde waarde heeft. Opvallend blijkt het overgaan tot labo-onderzoek vaak op vraag van de patiënt zelf te zijn.

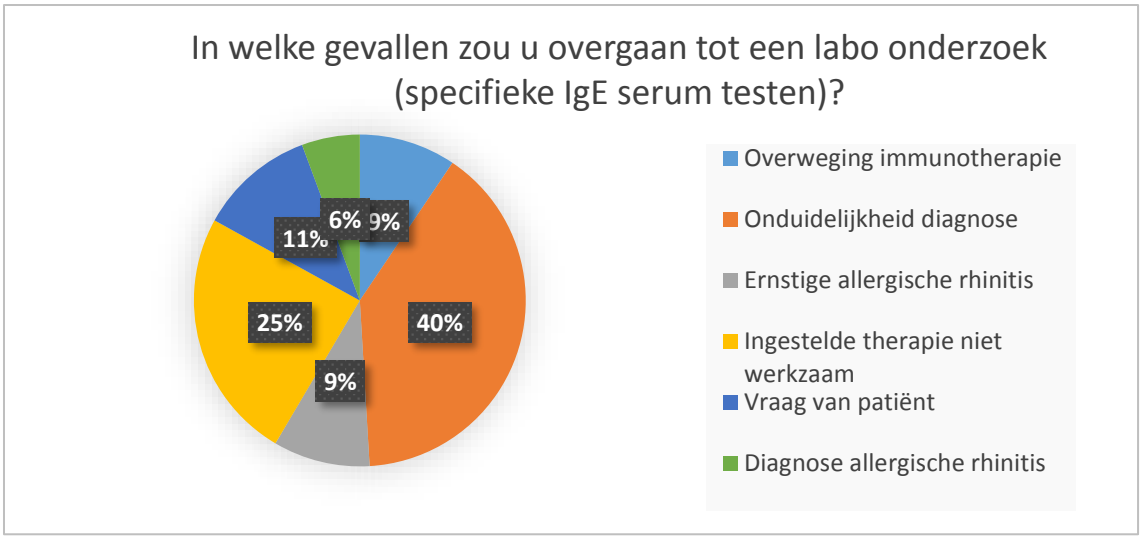
De algemene reactie van de groep was positief naar de geadapteerde aanbeveling. Anamnese en klinisch onderzoek volstaan om de diagnose te stellen. Het klinisch onderzoek uitvoeren, blijft belangrijk om differentiaal diagnostisch breder te denken, alsook het uitvoeren van de handelingen zelf blijkt belangrijk te zijn voor de artsen in het professioneel overkomen naar de patiënt toe. Een labo onderzoek hoeft niet steeds uitgevoerd worden en kan mits goede informatie aan de patiënt uitgelegd worden.

2) IN WELKE GEVALLEN ZOU U OVERGAAN TOT EEN LABO ONDERZOEK?

- Ter diagnosestelling van allergische rhinitis:
- Wanneer uw patiënte immunotherapie overweegt:
- Indien onduidelijkheid heerst over de diagnose “allergische rhinitis”:
- Bij ernstige allergische rhinitis (vermoedelijk multipele allergische gevoeligheden):
- Indien ingestelde therapie niet werkzaam blijkt:
- Andere: …

Aanvullingen bij antwoordmogelijkheid “Andere”:

- *Indien de patiënt dit wenst te weten (bv. eigenaar van kat of hond)*
- *Duidelijke vraag van patiënt: “waaraan allergisch?”*
- *Vraag van patiënt zelf*
- *Duidelijke prikkel*
- *Op vraag van de patiënt*
- *Vooral wanneer allergeen uit anamnese komt bv. Pollen, huisdier enz., anders teveel om uit te kiezen, dan eerder verwijzing voor huidpriktesten.*
- *Bij expliciete wens patiënt en wens om allergenen te kennen*
- *Indien wens patiënt; aan welke stoffen allergisch?*



Figuur 2 Peer review klinische vraag 1 (allergietesten)

Bespreking

- *Al dan niet uitvoeren van labo-onderzoek?*

Het grootste deel van de artsen beslist allergenen in het bloed te bepalen, indien er onduidelijkheid heerst over de diagnose of indien de ingestelde therapie niet werkzaam blijkt. Dit komt grotendeels overeen met de bevindingen in de richtlijnen.

Opvallend is dat een groot deel van de artsen over gaat tot een labo-onderzoek op vraag van de patiënt zelf. Deze optie werd niet gegeven in de vragenlijst, maar is schijnbaar een belangrijke reden waarom men als arts een extra technisch onderzoek verricht. Patiënten willen soms zwart op wit weten wat het veroorzakende allergeen is.

Men kan zich afvragen of de kennis van het veroorzakende allergeen met als doel vermijding ervan klinisch een impact kan hebben. Tijdens de peer review werd het nut van allergeenvermijding besproken door collega HAIO Hanne Blindeman. Er bestaat slechts beperkte evidentie omtrent de werkzaamheid van contactvermijding voor allergenen (4). Men raadt bovendien een uitgebreide en integrale aanpak van allergeenvermijding aan. Dit blijkt in realiteit vaak niet haalbaar (praktisch en financieel gezien).

Als men de beslissing maakt om specifieke serum IgE testen te bepalen, weet men doorgaans niet goed welke allergietesten aan te duiden. Men is wel op de hoogte dat er slechts 6 specifieke allergietesten

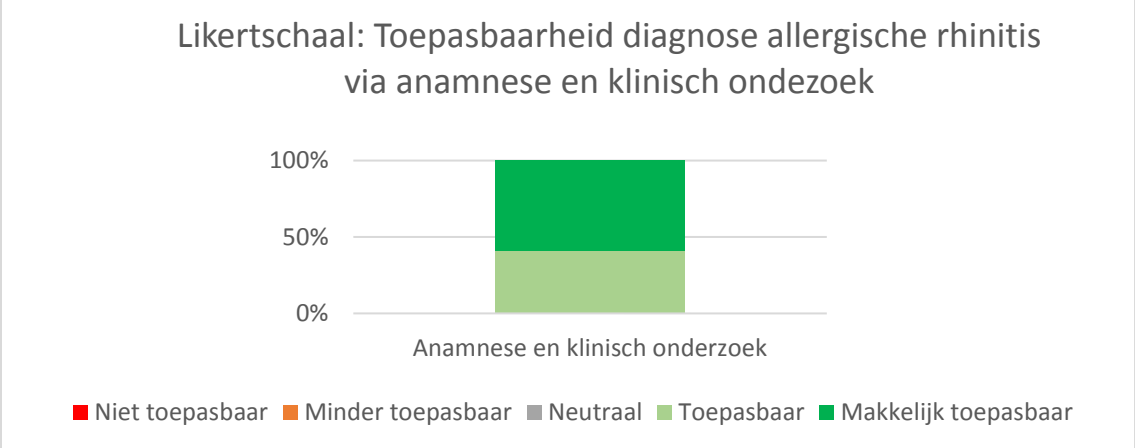
jaarlijks kunnen terugbetaald worden. Er wordt vaak gekozen voor het bepalen van mengsels. Dit zegt echter weinig over het specifieke allergeen.

Bijkomende vragen die niet in de geadapteerde richtlijn opgenomen werden, maar gesteld werden door de collega-artsen tijdens de discussie waren onder meer: 'Wat is de specificiteit en sensitiviteit van specifieke serum IgE testen in het bloed?', 'Heeft het zin eerst totaal IgE te bepalen (getrapt aanvragen)?', 'Wordt een verschillende labowaarde bekomen afhankelijk van het moment van de bloedafname (bijv. in het seizoen of niet)?' 'Welke allergenen worden best bepaald?', 'Wat is de exacte kost van allergietesten?'. Deze vragen geven aan dat de kennis inzake bepaling allergietesten niet geheel duidelijk is, alsook de interpretatie ervan niet evident is voor de huisarts.

Het toepassen van immunotherapie wordt eerder zelden gezien in de huisartspraktijk. De meeste artsen zijn niet vertrouwd met immunotherapie en weten bijgevolg weinig over de aanpak ervan. Men weet ook niet welke patiëntenpopulatie hiervoor in aanmerking komt

Toepasbaarheid van de geadapteerde richtlijn via Likertschaal (klinische vraag 1)

In onderstaand grafiek wordt duidelijk dat de geadapteerde richtlijn toepasbaar tot makkelijk toepasbaar bevonden wordt.

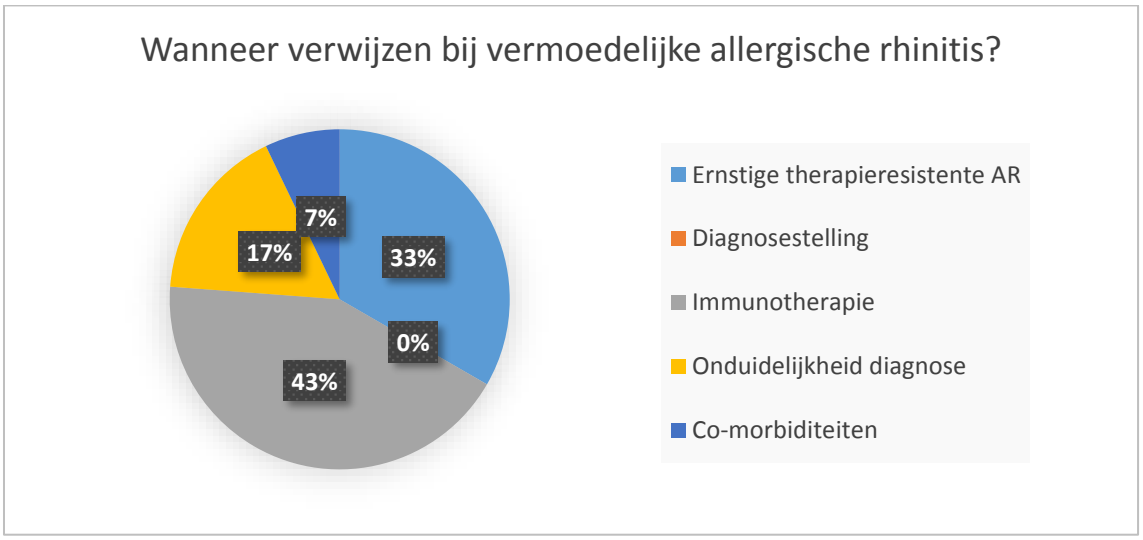


Figuur 3 Likertschaal klinische vraag 1

3) IN WELKE GEVALLEN VERWIJST U UW PATIËNT MET VERMOEDELIJKE ALLERGISCHE RHINITIS DOOR?

- Ernstige, therapieresistente allergische rhinitis
- Diagnosestelling allergische rhinitis
- Wanneer uw patiënt immunotherapie overweegt
- Indien onduidelijkheid heerst over de diagnose “allergische rhinitis”
- Co-morbiditeiten (astma, sinusitis…)
- Andere:

Aanvullingen bij antwoordmogelijkheid “Andere”: - Voor huidpriktesten



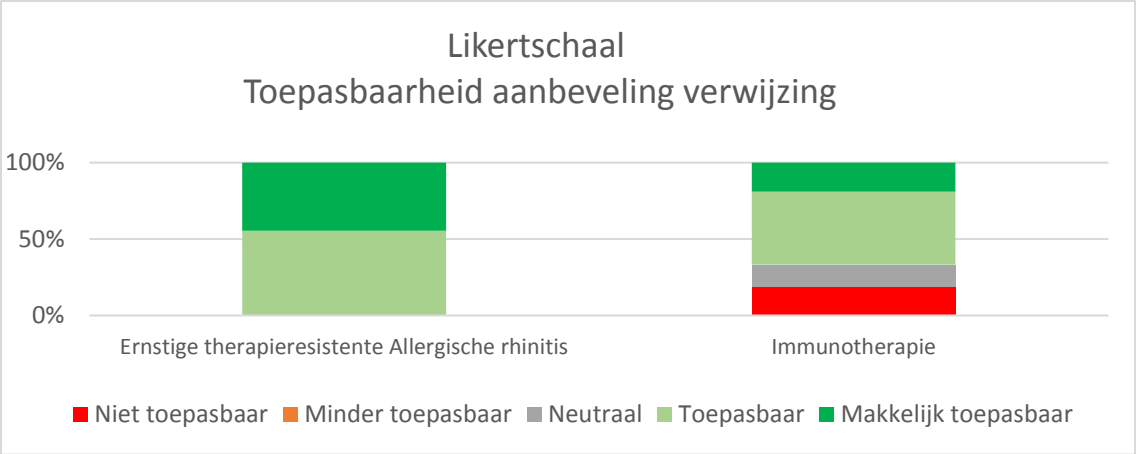
Figuur 4 Peer review klinische vraag 2 (verwijzing)

Bespreking

De belangrijkste redenen om door te verwijzen bleken immunotherapie en ernstige therapieresistente allergische rhinitis te zijn. Sommigen gaven aan door te verwijzen om via huidpriktesten de diagnose op punt te stellen.

Toepasbaarheid van de geadapteerde richtlijn via Likertschaal (klinische vraag 2)

In onderstaand grafiek wordt duidelijk dat de geadapteerde richtlijn toepasbaar tot makkelijk toepasbaar bevonden wordt. Er werd voor wat betreft immunotherapie aangegeven dat er te weinig kennis bestaat omtrent de juiste indicaties om hiervoor door te verwijzen.



Figuur 5 Likertschaal klinische vraag 2

Nabespreking Peer Review

VRAAG 1: ZOU U NOG BIJKOMEND ONDERZOEK AANVRAGEN?

Opsomming van antwoorden van de collega-artsen:

- Zou eerder doorverwijzen dan het zelf uit te werken.

- Nee, enkel op duidelijke vraag van de pt zelf, als deze zekerheid wenst over allergeen.

- Nee, vermijden expositie praktisch minder haalbaar dan ik gedacht had.

- Op uitdrukkelijke vraag van de patiënt wel, als die bijvoorbeeld wil weten of er een allergie voor kat/hond is. Of bloedafname indien onduidelijk diagnose.

- Indien onduidelijke oorzaak, wel niet voor diagnosestelling.

-Zo weinig mogelijk, tenzij er diagnostische onduidelijkheid.

- Neen, alleen op vraag van de patiënt en bij onduidelijkheid of therapieresistentie.

- Niet anders dan voorheen.

- Aanvraag labo toch doen: enkel bij uitgebreide causale factoren, ernstige klachten, op vraag van de patiënt.

- Neen, eerder doorverwijzen voor priktesten.

- Neen, sneller doorverwijzen indien therapieresistentie

- Neen, labo heeft weinig zin

- Eerder wel, patiënten willen een vermoeden op allergie regelmatig bevestigd zien, bv in het bloed. Soms komt patiënt met de specifieke vraag te testen op allergieën.

- Indien pat uitdrukkelijk bloedonderzoek wenst, indien diagnose onduidelijk is, twijfelachtig is.

- Op vraag pat. of bij onduidelijkheid

Conclusie

Uit de nabespreking blijkt dat het merendeel van de artsen enkel in bepaalde omstandigheden zou overgaan tot allergietesten. Eveneens wordt ook aangegeven dat de voorkeur van de patiënt wel belangrijk blijft. Een geïnformeerde uitleg rond het nut, de voor- en de nadelen van allergietesten dient bijgevolg steeds besproken te worden.

9. Formuleren van een praktijkconsensus

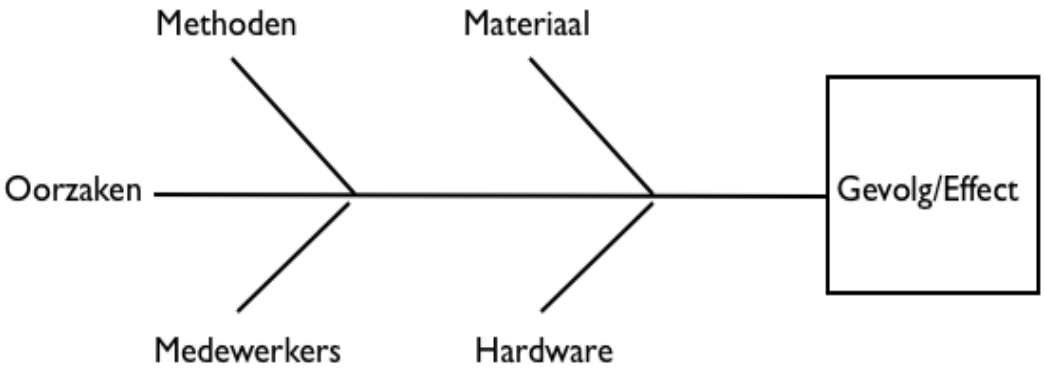
Onnodige bepaling allergietesten (specifieke IgE serumtesten) bleek uit de peer review een mogelijk kwaliteitsprobleem te zijn. Belangrijke oorzaken vormen onder meer het uitvoeren ervan op vraag van de patiënt of onvoldoende kennis omtrent het nut en de eventuele implicaties van de allergietesten naar beleid toe (zie visgraatanalyse hieronder). Om dit probleem op te lossen is het belangrijk de kennis omtrent het nut van allergietesten en de eventuele consequenties op vlak van beleid bij zowel patiënt als arts te verhogen.

In de praktijk werd retrospectief gekeken naar dossiers waarin beslist werd tot allergeenbepaling. Er werd nagekeken welke testen uitgevoerd werden en of ze nuttig geweest waren naar beleid toe. Er werd bij patiënten die consulteerden met vermoedelijke allergische rhinitis en tevens vraag hadden naar allergietesten uitgelegd dat de bepaling ervan niet zinvol is in eerste instantie. Op die manier lukte het bewuster om te gaan met het al dan niet uitvoeren van allergietesten.

Visgraatanalyse

Mogelijke barrières of obstakels bij het gebruiken van de richtlijn op vlak van diagnosticeren, werden blootgelegd tijdens discussie in de seminariegroepen. Deze hindernissen kunnen weergegeven worden aan de hand van een visgraatdiagram.

- **GEVOLG/ EFFECT (KWALITEITSPROBLEEM) = ONNODIGE BEPALING ALLERGIETESTEN (SPECIFIEKE IGE SERUMTESTEN)**



Figuur 6 Visgraatdiagram

- **OORZAKEN**

1. Persoonsgebonden factoren

- Onvoldoende kennis over diagnostiek allergische rhinitis
- Onvoldoende kennis over typische kenmerken en eigenschappen van allergische rhinitis
- Onvoldoende kennis over (waarschijnlijke) oorzakelijke allergenen nodig voor bepaling en interpreteren van specifieke allergietesten
- Omgang met onzekerheid (klinische diagnose)
- Onvoldoende kennis omtrent effect van vermijding allergenen.
- Onvoldoende kennis omtrent immunotherapie

2. Factoren die door de praktijk (organisatie) bepaald zijn

- Afspraken rond diagnosticeren allergische rhinitis in de praktijk

3. Factoren door middelen veroorzaakt

- Afwezigheid neusspeculum/otoscoop om rhinoscopie uit te voeren.

4. Externe, sociale en maatschappelijke factoren

- Onduidelijke richtlijnen omtrent het al dan niet uitvoeren van allergietesten.
- Ontbreken van gouden standaard diagnose allergische rhinitis
- Uitdrukkelijke wens van de patiënt om allergietesten door te voeren
- Slechts 6 specifieke allergenen (specifieke serum IgE testen) kunnen terugbetaald worden indien verdere allergietesten nodig zijn

- Kostprijs allergietesten
- Kennis van patiënten over allergische rhinitis

Discussie

De diagnose van allergische rhinitis kan gesteld worden op basis van een zorgvuldig uitgevoerde anamnese en klinisch onderzoek (GRADE 1C). Uit de peer review werd duidelijk dat een goede anamnese de basis vormt voor het stellen van de diagnose van allergische rhinitis.

Ondanks allergische rhinitis op deze wijze niet bewezen kan worden, geniet een dergelijke manier van diagnosticeren de voorkeur. De voordelen van een klinische diagnose wegen op t.o.v. de nadelen van extra allergietesten.

Voordelen zijn het vermijden van onnodige allergietesten (via een bloedafname of via doorverwijzing naar tweede lijn). Allergietesten betekenen een extra kost en het aanvragen ervan vraagt om inzicht in de waarschijnlijk veroorzakende allergenen. Dit blijkt uit de peer review niet steeds evident. Verder betekenen allergietesten niet altijd een meerwaarde op vlak van instelling van therapie.

Door het stellen van een klinische diagnose kan een correcte therapie ingesteld worden en aldus snelle verbetering van de klachten bekomen worden, waardoor verbetering van de ‘quality of life’. Verdere verwijzing kan vermeden worden.

Hier tegenover staan echter ook eventuele risico’s, harms of kosten. Zo kan op basis van enkel anamnese en klinisch onderzoek een foute diagnose gesteld worden. Wanneer de diagnose onjuist blijkt te zijn, kan het zijn dat een ineffectieve behandeling gestart werd.

Men merkt dat het uitvoeren van deze aanbeveling in de praktijk niet altijd eenvoudig is. Zo blijkt uit de peer review in de seminariegroepen dat de acties van de artsen mede door de patiënt zelf bepaald worden. Zij zijn vaak vragende partij om verdere allergietesten uit te voeren. Men wil bijvoorbeeld het specifieke veroorzakende allergeen kennen, vooraleer empirisch te behandelen met antihistaminica of intranasale corticoïden. De voorkeuren van de patiënt moeten mee in rekening gebracht worden. De voor- en nadelen van diagnosticeren door middel van allergietesten moeten overlopen worden.

Er moet opgemerkt worden dat het kennen van het veroorzakende allergeen enkel nuttig is als de kennis ervan consequenties heeft voor de instelling van de therapie. Dit is bijvoorbeeld van belang bij specifieke en gerichte immunotherapie of wanneer men wenst over te gaat tot integrale vermijding van het desbetreffende allergeen.

Allergietesten zouden uitgevoerd en geïnterpreteerd moeten worden indien de symptomen persisteren of onvoldoende onder controle zijn met de ingestelde behandeling, in geval van onduidelijkheid over de diagnose of indien het kennen van het veroorzakende allergeen noodzakelijk is voor instelling van een gerichte behandeling (GRADE 1C).

Sterktes

Het uitvoeren van de Duodecim adaptatie verliep volgens een gestandaardiseerd procedure beschreven in het 'Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be'. Door de hantering van deze procedure werd een transparante en overzichtelijke methodologie bekomen. Door het onafhankelijk scoren (2 HAIO's per adaptatie) van de geselecteerd richtlijnen via het AGREE II-instrument, werd een extra kwaliteitscontrole bekomen. De leescommissie van EBMPracticeNet keek de adaptatie-procedure na (tussentijds nazicht + finaal nazicht).

Toetsing van de tot stand gekomen richtlijnen gebeurde via een peer review en in de praktijken, wat eventuele moeilijkheden naar toepasbaarheid in de praktijk blootlegde.

Zwaktes

De uitvoering van het adaptatieproces gebeurde door slechts twee onafhankelijke, onervaren onderzoekers. Het scoren van richtlijnen en volgen van de vooropgestelde stappen is aan subjectiviteit onderhevig. Extra nazicht door de leescommissie probeerde deze zwakte te beperken.

Er kan worden opgemerkt dat de populatie bij wie deze toetsing werd uitgevoerd niet helemaal representatief is voor de reële artsenpopulatie. De toetsing gebeurde vooral bij huisartsen in opleiding, dit kan een vertekend beeld geven. Toetsing in een huisartsenkring of lok-groep zou mogelijks andere feedback opgeleverd kunnen hebben.

Het aantal deelnemers van de peer review was beperkt (27 deelnemers).

Besluit

De Duodecim-richtlijn “Allergische rhinitis’ werd aangepast aan de Belgische zorgcontext via het doorlopen van een vooropgestelde adaptatieprocedure.

Voor wat betreft de klinische vragen met betrekking tot diagnosticeren en verwijzen werden slechts mineure aanpassingen uitgevoerd. De aanbevelingen zijn doorgaans via expertconsensus opgesteld, waarbij de risico’s en baten grondig ten opzichte van elkaar afgewogen werden.

Men kan concluderen dat de diagnose “allergische rhinitis” initieel via een grondig uitgevoerde anamnese en klinisch onderzoek gesteld kan worden in eerstelijn. Bevestiging van de diagnose kan bekomen worden door trial van medicatie met gunstig resultaat op de symptomatologie.

In bepaalde gevallen kunnen verdere technische onderzoeken aangeraden worden. Dit indien er therapieresistentie blijkt of onduidelijkheid heerst rond de diagnose (differentieel diagnostische uitwerking). Ook indien het kennen van het oorzakelijk allergeen een invloed kan hebben op het instellen van (niet-) medicamenteuze maatregelen. Hierbij denkt men bijvoorbeeld aan immunotherapie.

Verwijzing van patiënten met allergische rhinitis wordt aangeraden in geval het gaat om ernstige therapieresistente allergische rhinitis, in geval immunotherapie overwogen wordt en indien er diagnostisch onduidelijkheid blijft bestaan.

In de praktijk worden deze aanbevelingen reeds vrij goed toegepast, doch werd opgemerkt dat de wens van de patiënt een belangrijke rol speelt in het al dan niet uitvoeren van allergietesten, alsook onvoldoende kennis over het effect van allergeenvermijding. Het is belangrijk bewust te blijven van de eventuele voor- en nadelen van allergietesten en het nut van allergietesten te bespreken.

De geadapteerde aanbevelingen

Eerste versie van de nieuwe richtlijn Allergische Rhinitis – Diagnose en verwijzing

Doelgroep van de richtlijn

De richtlijn is bedoeld voor de eerstelijn, voor huisartsen (Belgische zorgcontext)

Patiëntenpopulatie

De richtlijn kan toegepast worden bij patiënten met allergische rhinitis.

Epidemiologie

Allergische rhinitis is een IgE gemedieerde allergie voor inhalatieallergenen. Het is een prevalente aandoening die 25-30% van de West-Europese bevolking treft en bovendien toeneemt in incidentie. Frequent voorkomende allergenen zijn pollen (bijv. van bomen, grassen, kruiden), allergenen afkomstig van dieren (bv. katten, honden) en huisstofmijt. De hinderlijke symptomen kunnen interfereren met de kwaliteit van leven (thuis, werk, sociaal leven). Frequent vertonen patiënten met allergische rhinitis ook astma.

Symptomen en tekenen

Allergische rhinitis wordt typisch gekenmerkt door volgende symptomen:

- Verstopte neus
- Lopende neus
- Jeuk in de neus en/of ogen
- Niezen *"itchy, runny, sneezy, stuffy"*

Volgende tekenen kunnen bij inspectie en klinisch onderzoek zichtbaar zijn:

- Bleke neusmucosa
- Nasale congestie (mondademhaling, hoesten, halitosis)
- Waterige rode ogen (conjunctivitis)
- Heldere neusloop

- Kortademigheid/ Piepende ademhaling (kan op co-existentie van astma wijzen)

Classificatie

De symptomen kunnen naargelang de blootstelling seizoensgebonden, incidenteel, doorheen het ganse jaar voorkomen of werk gerelateerd zijn.

De ernst van de allergische rhinitis kan volgens de ARIA-classificatie beoordeeld worden. Dit kan een hulpmiddel zijn bij de keuze en instelling van de therapie.

INTERMITTENT	**PERSISTENT**
< 4 dagen per week Of < 4 weken	≥ 4 dagen per week Of ≥ 4 weken

MATIG – ERNSTIG (1 OF MEER ITEMS)		**MILD**
Abnormale slaap		Normale slaap
Hinder in ADL, sport, vrije tijd	&	Geen hinder in ADL, sport, vrije tijd
Hinder op werk / school	&	Geen hinder op werk / school
Hinderlijke symptomen	&	Geen hinderlijke symptomen

Figuur Classificatie van allergische rhinitis volgens ARIA

Diagnostiek

De diagnose van allergische rhinitis kan gesteld worden op basis van een zorgvuldig uitgevoerde anamnese en klinisch onderzoek.

Anamnese

- Kenmerkende karakter van symptomen
- Familiale of persoonlijke voorgeschiedenis (atopische constitutie)
- Verergerende factoren met mogelijke identificatie meest waarschijnlijke veroorzakende allergeen/allergenen

    - Huisstofmijt: symptomen doorheen het ganse jaar, piek in lente en herfst, meeste klachten bij opstaan
    - Dierepitheel: symptomen bij blootstelling aan desbetreffende (huis)dier

        - Pollen (bomen, grassen, kruiden): intermitterende of chronische symptomen voorkomend respectievelijk van vroege lente tot vroege zomer, van late lente tot vroege zomer, vroege lente tot vroege herfst.

- Geassocieerde aandoeningen (o.a. astma, conjunctivitis, sinusitis)
- Ernst en impact op kwaliteit van leven (werk, slapen, dagelijkse activiteiten)

Klinisch onderzoek

- Neus-keel-oor onderzoek (uitsluiten andere oorzaken van rhinitis)
- Longauscultatie (opsporen eventuele astmatische tekenen)

Technisch onderzoek

Allergietesten zouden uitgevoerd en geïnterpreteerd moeten worden indien

- de symptomen persisteren of onvoldoende onder controle zijn met de ingestelde behandeling
- onduidelijkheid heerst over de diagnose
- het kennen van het veroorzakende allergeen noodzakelijk is voor instelling van een gerichte behandeling (immunotherapie, integrale vermijding allergeen…)

(GRADE 1C)

Verwijzing tweede lijn

Verwijzing is aangewezen bij:

- Ernstige therapieresistente allergische rhinitis
- Overweging van immunotherapie
- Bij onduidelijke oorzaak van rhinitis

(GRADE 2C)

Planning voor update

Een update of herziening van de richtlijn dient in principe vijfjaarlijks te gebeuren.

Referenties

1. Allergic Rhinitis Guideline Team. UMHS clinical guideline on allergic rhinitis. University of Michigan Health System. October 2013. Beschikbaar via: https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/allergic/allergic.pdf.
2. Angier E, Willington J, et al. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. Prim Care Respir J. 2010;19(3):217-22.

3. Bousquet J, Khaltaev N, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy. 2008;63 Suppl 86:8-160.
4. Brozek JL, Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(3):466-76.
5. Seidman MD, Gurgel RK, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Feb;152(1 Suppl):S1-43.
6. NICE. Clinical Knowledge Summaries. Allergic rhinitis. 2014. Beschikbaar via: cks.nice.org.uk/allergic-rhinitis#!scenariorecommendation.

Lijst van auteurs en belangenvermenging

- Prof. Dr. A. De Sutter, huisarts te Gent, diensthoofd aan Universiteit Gent faculteit geneeskunde, afdeling huisartsgeneeskunde.
- Dr. T. Poelman, huisarts te Merchtem, gastdocent aan Universiteit Gent faculteit geneeskunde, afdeling huisartsgeneeskunde.
- Dr. Bobelyn Sara, huisarts in opleiding te Bellem.

Er is geen sprake van belangenvermenging.

Referenties

(1) Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M. Adaptatie Duodecim Richtlijnen: Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be. Vol. Versie 5. 2016.

(2) Bousquet J, Khaltaev N, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy. 2008;63 Suppl 86:8-160.

(3) Angier E, Willington J, et al. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. Prim Care Respir J. 2010;19(3):217-22.

(4) Brozek JL, Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(3):466-76.

(5) Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G, Mirakian R, Buckley RJ, Dixon T, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition2007).Clin Exp Allergy. 2017;47:856–889.

(6) Seidman MD, Gurgel RK, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Feb;152(1 Suppl):S1-43.

(7) Numminen J. Allergic rhinitis. Duodecim. 2017;133(5:473-8.

(8) NICE. Clinical Knowledge Summaries. Allergic rhinitis. 2014. Beschikbaar via: cks.nice.org.uk/allergic-rhinitis#!scenariorecommendation.

(9) Allergic Rhinitis Guideline Team. UMHS clinical guideline on allergic rhinitis. University of Michigan Health System. October 2013. Beschikbaar via: https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/allergic/allergic.pdf.

(10) Scadding GK, Durham RS, Mirakian R, Jones NS, Leech SC, Farooque S. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. Clin Exp Allergy. 2008;38(1):19-42.

(11) Vankrunkelsven P. Is het nuttig om allergenen op te sporen bij patiënten met astma en/of allergische rhinitis? Minerva 2015, 14 (8): 94-95.

Bijlagen

I. Protocol ethisch comité – Korte samenvatting

Achtergrond: In kader van onze Masterthesis huisartsgeneeskunde hebben we besloten om voor EBMPracticeNet een Duodecim richtlijn te herzien en te adapteren aan de Belgische zorgcontext. EBMPracticeNet, opgericht door het RIZIV in samenwerking met meerdere Belgische organisaties, stelt een elektronische databank van evidence-based praktijkrichtlijnen ter beschikking voor zorgverleners. Op dit platform krijgt men eveneens toegang tot een databank van Finse richtlijnen opgesteld door een artsenvereniging Duodecim. Dit project wordt in duo uitgevoerd. Samen met mijn collega, Sara Bobelyn, hebben we ervoor gekozen om de Duodecim richtlijn "Allergische Rhinitis" te herzien en ev. te adapteren.
We vinden evidence based medicine zeer belangrijk. Aan de hand van een dergelijke richtlijnadaptatie en implementatie kunnen we bijdragen tot een meer kwalitatieve benadering en point of care samenvatting. Het opstellen van algemene richtlijnen zal er bovendien toe leiden dat verschillende gezondheidsactoren deze kunnen raadplegen.

Vraagstelling: Bevat de originele Duodecim richtlijn over allergische rhinitis de meest recente wetenschappelijke informatie? Is deze richtlijn toepasbaar in Belgische context of is er adaptatie nodig? Is deze richtlijn, na eventuele adaptatie, bruikbaar in de huisartsenpraktijk?

Methodologie: De Duodecim richtlijn wordt herzien volgens de ADAPTE-procedure. Initieel werden 5 klinische vragen geformuleerd.

1. Hoe stelt men als huisarts de diagnose van allergische rhinitis (AR)? (Sara)
2. Wanneer doorverwijzen bij een patiënt met vermoeden van AR? (Sara)
3. Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling bij volwassen patiënten met AR in de eerste lijn? (Hanne)
4. Wat is het effect van de medicamenteuze behandeling bij volwassen patiënten met AR in de eerste lijn? (Hanne)
5. Wat is het effect van immunotherapie bij volwassen patiënten met AR? (Hanne)

Hierrond werd een grondige literatuurstudie gedaan. De gevonden richtlijnen werden gescreend en gewaardeerd dmv het AGREE II-instrument. Nadien werden, voor elke klinische vraag, de aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen opgelijst in een matrix. Hierbij werd steeds de onderliggende evidentie en graad van aanbeveling genoteerd. De courantheid, toepasbaarheid en

samenhang van de richtlijnen werden nagegaan en beoordeeld. De aanbevelingen in de weerhouden richtlijnen werden getoetst aan de bestaande literatuur. Vervolgens wordt beslist of de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn geadapteerd dienen te worden, waarna er een GRADE aan toegekend werd. Tenslotte werden onze conclusies voorgelegd en nagelezen door de leescommisie van EBMPracticeNet.

Tot slot zal er een implementatiefase plaats vinden waarbij de gevonden informatie zal getoetst worden in de praktijk. Dit zal gebeuren in onze seminariegroepen, en LOK-groep en in onze praktijken. Eerst zal de voorkennis getoetst worden mbv enkele stellingen. Er zal ruimte zijn voor discussie. Vervolgens zal een korte presentatie gegeven worden met de aanbevelingen. Tot slot zal er gevraagd worden aan de artsen om, mbv de Likertschaal aan te duiden in welke mate deze aanbevelingen toepasbaar zijn in de praktijk. Rekening houdend met de opmerkingen uit de peer reviews zullen de nodige aanpassingen gemaakt worden aan de aanbeveling.
Als laatste stap wordt er in de praktijk gekeken of men de aanbevelingen volgt en zal er gekeken worden naar de obstakels en problemen die zij ondervinden om zich aan de richtlijn te houden. Er zal vnl. geanalyseerd worden waar de aanpak verschil tov wat de richtlijn aanbeveelt. Dit zal gebeuren adhv een visgraatanalyse. Deze implementatie levert informatie over onder andere haalbaarheid, barrières en eventuele tools die de implementatie kunnen faciliteren. Op basis van deze peer review en praktijktoetsing kunnen er aanpassingen gebeuren aan de geformuleerde praktijkaanbevelingen. De geadapteerde praktijkaanbevelingen worden finaal voorgelegd aan de leescommissie ter goedkeuring.

II. Goedkeuring ethisch comité

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2018/0088	30-jan-18	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Allergische rhinitis - Adaptatie van de Duodecim Richtlijn naar de Belgische zorgcontext (MaNaMa Sara Bobelyn)

Belgisch Registratienummer: B670201835064

* Adviesaanvraagformulier dd. 17/11/2017 (volledig ontvangen dd. 17/01/2018)
* Informatieformulier
  Informatiebrief voor deelnemers aan experimenten (bijlage 1)
* Toestemmingsformulier
  Toestemmingsverklaringsformulier (Informed consent) (bijlage 2)
* Vragenlijsten
  - Toetsing voorkennis (Peer review) - (bijlage 3)
  - Toepasbaarheid adhv Likertschaal (bijlage 4)
  - Nabespreking peer review (bijlage 5)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 26/01/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 26/01/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 26/01/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 26/01/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/02/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/02/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2018/0088	30-jan-18	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2018/0088

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

III. Informatiebrief voor deelnemers aan experimenten

Titel onderzoek: Allergische rhinitis – Adaptatie van de Duodecim Richtlijn naar de Belgische zorgcontext

Verantwoordelijke onderzoekers: Blindeman Hanne en Bobelyn Sara

Doel van de studie:
We vragen u om deel te nemen aan een discussie rond de diagnose en behandeling van allergische rhinitis.
De resultaten van de adaptatie van de Duodecim richtlijn zullen worden gepresenteerd.
Met deze bijeenkomst willen we uw opinie in kader van de diagnose en aanpak van allergische rhinitis in de praktijk te weten komen. Bij de aanvang van de presentatie zullen er enkele MCQs en stellingen voorgelegd worden om uw voorkennis te toetsen. De bijeenkomst zal worden opgenomen. Wij vragen toestemming tot het gebruik van jullie antwoorden op de vragenlijsten en de toestemming tot het herbeluisteren van de audiofragmenten, teneinde deze gegevens te kunnen gebruiken in het voltooien van onze masterscriptie. De inbreng van de deelnemers zal anoniem verwerkt worden tot een schriftelijke samenvatting. De audiofragmenten zullen gewist worden na indienen en slagen van de masterproef (ten laatste eind september 2018).

Beschrijving van de studie:
Door middel van Peer-review wordt de bruikbaarheid van de aangepaste Duodecim richtlijn getoetst.
(Beeld)gegevens worden verzameld teneinde ideeën voor verdere implementatie te extraheren.
Hierdoor kan de toepasbaarheid van de richtlijn worden ingeschat en (zo nodig) worden aangepast.
De verwachte totale duur van de studie is éénmalig 30-40 minuten.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?
Participatie aan de voorstelling en discussie.
Invullen van een vragenlijst om de voorkennis rond dit topic te toetsen en een evaluatieformulier rond de toepasbaarheid van de aanbevelingen in de dagelijkse praktijk.

Deelname en beëindiging:
De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.
Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.
U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden hoeft op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker.

Risico's en voordelen: Niet van toepassing.

Kosten: Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten voor u mee.

Vertrouwelijkheid:
Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot uw dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te onderteken stemt u in met deze toegang.
Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Contactpersoon:
Indien u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:
Hanne Blindeman (hanne.blindeman@ugent.be) of Sara Bobelyn (sara.bobelyn@ugent.be)

IV. Toestemmingsverklaringsformulier (Informed Consent)

Titel onderzoek: Allergische rhinitis – Adaptatie van de Duodecim Richtlijn naar de Belgische zorgcontext

Verantwoordelijke onderzoekers: Blindeman Hanne en Bobelyn Sara

In te vullen door de deelnemer

Ik, ……. heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten" pagina 1 tem 2 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie.
Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en deze zijn naar tevredenheid beantwoord.
Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht om op elk moment en zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te kunnen beëindigen.

Naam deelnemer: ……

Datum: ……

Handtekening deelnemer: ……

Wij verklaren hierbij dat we de deelnemer volledig hebben geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Namen onderzoeker: Hanne Blindeman en Sara Bobelyn

Datum: ……

Handtekening: ……

V. Vragenlijsten

Toetsing voorkennis (Peer review)

Geslacht: M / V
Leeftijd: … jaar

Situering praktijk: Stedelijk / landelijk
Aantal huisartsen in praktijk: …
Aantal jaren werkervaring: … jaar

Bent u huisarts / HAIO?
HAIO: 8ste jaar / 9e jaar

HAIO binnen de praktijk: Ja / nee

CASUS
Man van 23 jaar komt op een mooie lentedag op consultatie bij de huisarts met wisselend klachten van neusloop/verstopte neus. Laatste weken moet hij eveneens frequent niezen. Geen koorts. Geen dyspnoe.
Huisdieren: kat en hond
Roken: 10 sigaretten per dag

U vermoedt dat uw patiënt een allergische rhinitis heeft. Hoe stelt u uw diagnose?

- ❑ Via anamnese
- ❑ Via anamnese en klinisch onderzoek
- ❑ Via anamnese, klinisch onderzoek en labo (serum Ig E testen)
- ❑ Diagnosestelling gebeurt in tweede lijn
- ❑ Via anamnese, klinisch onderzoek en trial van medicatie

In welke gevallen zou u over gaan tot een labo onderzoek (RAST)?

- ❑ Ter diagnosestelling van "allergische rhinitis"
- ❑ Wanneer uw patiënt immunotherapie overweegt
- ❑ Indien onduidelijkheid heerst over de diagnose "allergische rhinitis"
- ❑ Enkel bij ernstige allergische rhinitis (vermoedelijk multipele allergische gevoeligheden)
- ❑ Indien ingestelde therapie niet werkzaam blijkt
- ❑ Andere:.....

In welke gevallen verwijst u uw patiënt met vermoedelijk allergische rhinitis door?

- ❑ Ernstige, therapieresistente allergische rhinitis
- ❑ Diagnosestelling allergische rhinitis
- ❑ Wanneer uw patiënt immunotherapie overweegt
- ❑ Indien onduidelijkheid heerst over de diagnose "allergische rhinitis"
- ❑ Co-morbiditeiten (astma, sinusitis...)
- ❑ Andere:.....

Zou u niet-medicamenteuze adviezen meegeven aan de patiënt?

- ❑ Neen
- ❑ Ja

Zo ja, dewelke?
……
……
……
……
……
……

<u>Welke behandeling zou u starten?</u>

- ❑ Antihistaminica
  - o Oraal (bv. Cetirizine®)
  - o Nasaal (bv. Allergodil® / Livostin®)
- ❑ Intranasaal corticosteroïd (bv. Mometasone®)
- ❑ Cromoglicaat
- ❑ LTRA (bv. Montelukast®)
- ❑ Combinatieproduct: sympaticomimeticum + antihistaminica (bv. Cirrus®)

Opmerkingen:
……
……
……
……
……..

<u>Bij welke patiënten zou u immunotherapie overwegen?</u>

- ❑ Vrouw 24 jaar met allergie voor grassen, pollen, katten en honden. Waarbij moeilijke symptoomcontrole ondanks goed gevolgde niet-medicamenteuze en medicamenteuze aanpak.
- ❑ Man 33 jaar met vermoeden van grassen en pollenallergie, therapieresistent.
- ❑ Man 55 jaar met bewezen grassenallergie en therapieresistentie
- ❑ Vrouw 43 jaar met bewezen grassenallergie, met matige symptoomverlichting onder intranasaal corticosteroïd.

Zou u dit zelf opstarten?……
……
……
……
……
……

Toepasbaarheid adhv Likertschaal

Tijdens de uiteenzetting werden alle aanbevelingen overlopen. In welke mate vindt u dat deze toepasbaar zijn in de dagelijkse praktijk?
Gelieve volgende stellingen te beoordelen adhv de Likertschaal.
Klinische vraag 1: Hoe stelt men als huisarts de diagnose van allergische rhinitis?

- Anamnese en klinisch onderzoek

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:.....
.....
.....
.....
.....

Klinische vraag 2: Wanneer doorverwijzen bij een patiënt met vermoeden van allergische rhinitis?

- Ernstige therapieresistente allergische rhinitis

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

- Overweging immunotherapie

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

Klinische vraag 3: Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling bij volwassen patiënten met allergische rhinitis in de eerstelijn?

- Contactvermijding

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

Klinische vraag 4: Wat is het effect van de medicamenteuze behandeling bij volwassen patiënten met allergische rhinitis in de eerstelijn?

- Antihistaminica

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

- Nasale corticosteroïden

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

- Cromoglicaten

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

- LTRA

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

- Combinatie van antihistaminica en sympaticomimeticum

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

Klinische vraag 5: Wat is het effect van immunotherapie bij volwassen patiënten met allergische rhinitis?

- Immunotherapie

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

- Sublinguale immunotherapie (SLIT)

Niet toepasbaar – minder toepasbaar – neutraal – toepasbaar – makkelijk toepasbaar

Opmerkingen:
……
……..
……
……
……
……

Nabespreking peer review

Vraag 1: Zou u na het kennen van de richtlijn toch nog bijkomend onderzoek aanvragen?

Waarom wel/niet?

……
……
……
……
……
……
……

Vraag 2: Zou u na het overlopen van de therapeutische mogelijkheden de patiënt meer betrekken vooraleer u iets voorschrijft?

……
……
……
……
……
……
……

Vraag 3: Zou u overwegen om immunotherapie te starten?

Door uzelf / NKO-arts?

……
……
……
……
……