

Samenvatting NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis

Dr. J.N.G. Oude Elberink¹, dr. G.J. Braunstahl²

SAMENVATTING

In mei 2018 is de tweede herziene standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap voor allergische en niet-allergische rinitis verschenen, geschreven door enkele huisartsen en 1 keel-neus-oor (kno)-arts. De standaard biedt een mooie handzame leidraad voor de behandeling van rinitis in de huisartsenpraktijk. Helaas zijn er geen allergologen betrokken geweest bij deze standaard hetgeen zich ook weerspiegelt in de adviezen die worden gegeven, met name als gaat om de mogelijkheden van immuuntherapie. De kanttekeningen die hierover zijn geplaatst zijn helaas niet in de richtlijn verwerkt. Het gevolg hiervan is dat patiënten ten onrechte bepaalde behandelingen worden onthouden en er niet overal adequate adviezen worden verstrekt. Hieronder volgt een samenvatting van de richtlijn waarbij tevens suggesties worden gedaan voor aanvulling van de richtlijn.

(NED TIJDSCHR ALLERGIE, ASTMA, KLIN IMMUNOL 2019;19:67-71)

INLEIDING

Allergische en niet-allergische rinitis komt veel voor in de huisartsenpraktijk. In populatie-brede cohorten wordt een prevalentie gemeten van 250 per 1000 patiënten. Veel van deze patiënten komen echter niet bij de huisarts terecht voor hun klachten, maar halen zelf medicatie bij de drogist. Allergische rinitis is een risicofactor voor het ontwikkelen van astma. Ongeveer 40% van de patiënten met allergische rinitis heeft astma; 80-90% van de patiënten met astma heeft allergische rinitis.

Allergische rinitis wordt veroorzaakt door een ontstekingsrespons ten gevolge van allergeenexpositie, die leidt tot permeabiliteit van de lokale bloedvaten en het optreden van hyperreactiviteit. Ook niet-allergene prikkels zoals fijnstof, rook en inspanning kunnen een nasale ontstekingsrespons veroorzaken (niet-allergische rinitis).

Differentiaal-diagnostisch kan verder nog gedacht worden

aan sinusgerelateerde aandoeningen (acute/chronische rinosinuitis).

DIAGNOSTIEK

De diagnostiek begint met een goede anamnese waarbij de aard van de klachten, mogelijke prikkels, impact op het dagelijks leven, het medicatiegebruik en de co-morbiditeit aan bod moeten komen. Bij een geïsoleerde gras- en/of boompollenallergie is de anamnese vaak alleen al voldoende om de diagnose te stellen. Bij andere allergenen is de combinatie van klachten en een bijpassende sensibilisatie bewijzend. Deze sensibilisatie kan worden aangetoond met behulp van specifiek immunoglobuline E in het bloed of een allergeenhuidpriktest. Bij allergische rinitis is het van belang onderscheid te maken tussen de duur en de ernst van de klachten. Dit bepaalt het medicamenteuze beleid. Bij niet-allergische rinitis kan het lastiger zijn om tot

¹internist-allergoloog, afdeling Interne Geneeskunde, UMCG, Groningen. ²longarts, afdeling Longgeneeskunde, Franciscus Gasthuis & Vlietland Rotterdam,

Correspondentie graag richten aan: mw. dr. J.N.G. Oude Elberink, afdeling Interne Geneeskunde, UMCG Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB, Groningen, tel.: (050) 3613400, e-mailadres: j.n.g.oude.elberink@umcg.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: allergische rinitis, astma, NHG standaard, niet-allergische rinitis.

Keywords: allergic rhinitis, asthma, NHG guideline, non-allergic rhinitis.

ONTVANGEN 13 SEPTEMBER 2018, GEACCEPTEERD 19 MAART 2019.

TABEL 1. Overzicht geneesmiddelen per groep (met toestemming overgenomen van de NHG Standaard Allergische en niet-allergische rinitis).⁴

Stofnaam	Toedieningsvorm	Dosering	
Nasale antihistaminica			
Azelastine	Neusspray 1 mg/ml	≥6 jaar: 2 dd 1 verstuiving per neusgat	
Levocabastine	Neusspray 0,05%	≥1 maand: 2-4 dd 2 verstuivingen per neusgat	
Orale antihistaminica			
Cetirizine	Tablet 10 mg Drank 1 mg/ml	2 tot 6 jaar:	2 dd 2,5 mg
		6 tot 12 jaar:	2 dd 5 mg
		≥12 jaar:	1 dd 10 mg
		Bij een eGFR 30-50 ml/ min/1,73 m ²	1x/dag
		Bij een eGFR 10-30 ml/ min 1,73 m ²	1x/twee dagen
Desloratadine	Drank 0,5 mg/ml Tablet 2,5 of 5 mg	1 tot 6 jaar:	1 dd 1,25 mg
		6 tot 12 jaar:	1 dd 2,5 mg
		≥12 jaar:	1 dd 5 mg
Levocetirizine	Drank 0,5 mg/ml Tablet 5 mg	2 tot 6 jaar:	2 dd 1,25 mg
		≥6 jaar:	1 dd 5 mg
		Bij een eGFR 30-50 ml/ min/1,73 m ² :	halveer dosering
		Bij een eGFR 10-30 ml/ min/1,73 m ² :	geef kwart dosering
Loratadine	Drank 1 mg/ml Tablet 10 mg	15-30 kg:	1 dd 5 mg
		≥30 kg:	1 dd 10 mg
Corticosteroïdneussprays			
Beclometason	Neusspray 50 microg/dosis	≥6 jaar:	2 dd 2 verstuivingen per neusgat
Budenoside	Neusspray 50 of 100 microg/dosis	≥6 jaar:	1 dd 100-200 microg per neusgat, onderhoudsbehandeling verlagen tot minimaal effectieve dosering
Fluticasonpropionaat	Neusspray 50 microg/dosis	4 tot 12 jaar:	1 dd 1 verstuiving per neusgat bij voorkeur 's morgens, zo nodig verhogen tot 2 dd
		≥12 jaar:	1 dd 2 verstuivingen per neusgat bij voorkeur 's morgens, zo nodig verhogen tot 2 dd
Mometason	Neusspray 50 microg/dosis	3 tot 12 jaar:	1 dd 1 verstuiving per neusgat
		≥12 jaar:	1 dd 2 verstuivingen per neusgat

dd= keer per dag, eGFR= geschatte glomerulaire filtratiesnelheid.

TABEL 2. Geneesmiddelen tijdens zwangerschap en borstvoeding (met toestemming overgenomen van de NHG Standaard Allergische en niet-allergische rinitis).⁴

Stofnaam	Toedieningsvorm	Dosering	
Orale antihistaminica			
Cetirizine	Drank 1 mg/ml	1 dd 10 mg	
	Tablet 10 mg		
Loratadine	Drank 1 mg/ml	1 dd 10 mg	
	Tablet 10 mg		
Corticosteroidneussprays			
Beclometason	Neusspray 50 microg/dosis	1-2 dd	1-2 verstuivingen per neusgat
Budesonide	Neusspray 50 of 100 microg/dosis	1 dd	100-200 microg per neusgat
Fluticasonpropionaat	Neusspray 50 microg/dosis	1-2 dd	2 verstuivingen per neusgat

de juiste diagnose te komen. De werkanamnese kan hierbij behulpzaam zijn. Voor meer zekerheid omtrent de diagnose kan een verwijzing naar een specialist nodig zijn.

BEHANDELING ALLERGISCHE RINITIS

Uitleg over de aandoening, het vermijden van luxerende factoren en het saneren van de woon-/werkomgeving is de eerste stap. In de richtlijn wordt hier op een overzichtelijke manier op ingegaan.

Bij een huisstofmijtallergie wordt echter ten onrechte gesteld dat allergenwerende matrashoezen niet worden aanbevolen. Grote studies hebben aangetoond dat allergenwerende matrashoezen als monomaatregel inderdaad niet effectief zijn.^{1,2} Deze studies doen echter geen uitspraak over matrashoezen als een onderdeel van brede interventie waarvoor wel evidentie is, terwijl in deze standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) op basis van consensus wel adviezen worden gegeven over het wassen van beddengoed, een glad vloeroppervlak en aangepast schoonmaken (maatregelen waar net zomin evidentie voor is als mono-interventie).³ De volgende aanbeveling was beter geweest: 'allergenwerende matrashoezen worden als monomaatregel niet aanbevolen'.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De medicamenteuze behandeling van allergische rinitis bestaat uit een corticosteroidneusspray en een niet-sederend antihistaminicum (zie Tabel 1 en 2).⁴ Bij de keuze hiertussen kunnen de volgende afwegingen leidend zijn:

- Lokale toediening heeft de voorkeur boven systemisch.
- Antihistaminica werken sneller dan een corticosteroidneusspray.

- Corticosteroidneussprays zijn meer geschikt voor chronisch gebruik; antihistaminica meer voor incidenteel gebruik.
 - Helaas wordt niet vermeld dat een gecombineerd regelmatig gebruik voor de meer ernstige patiënten vaak het meest effectief is.
- Corticosteroidneussprays zijn waarschijnlijk iets effectiever dan orale en nasale antihistaminica, met name wat betreft het verminderen van een neusverstopping.
- Beide hebben hun eigen bijwerkingenpatroon; goede instructies zijn dus belangrijk.
- Bij zwangerschap en borstvoeding gaat de voorkeur uit naar een corticosteroidneusspray (fluticasonpropionaat); antihistaminica (loratadine of cetirizine) is tweede keus.
- Antihistaminica en corticosteroidneussprays kunnen bij kinderen veilig worden gebruikt, in het liefst een zo laag mogelijke dosis.
- Het effect van de behandeling wordt doorgaans gecontroleerd na 4 weken, tenzij er sprake is van intermitterende klachten.

Voor cromoglicinezuur is nog maar een beperkte indicatie: alleen bij zwangere vrouwen en borstvoeding kan het worden voorgeschreven vanwege het gunstige bijwerkingenspectrum. Montelukast is geregistreerd voor astma en wordt niet aanbevolen bij de behandeling van allergische rinitis. Behandeling van allergische rinitis met orale of intramusculaire corticosteroiden wordt afgeraden.

IMMUUNTHERAPIE

De plaats van immunotherapie in de eerste lijn is volgens de NHG-standaard beperkt. Behandeling met sublinguale immunotherapie wordt niet aanbevolen vanwege onvol-

AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK

- 1 Rinitis heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven door slecht slapen, beperking van dagelijkse activiteiten en werkverzuim.**
- 2 De anamnese is leidend voor het onderscheiden van allergische rinitis van niet-allergische rinitis.**
- 3 Bij allergische rinitis zijn duur en ernst bepalend voor het medicamenteuze beleid.**
- 4 Het effect van de behandeling moet worden gecontroleerd bij patiënten met persisterende klachten.**

doende aangetoonde effectiviteit. Het is echter waarschijnlijk dat bij deze aanbeveling de eerdere (en nooit geregistreerde) behandeling met immuuntherapie in druppelvorm ten onrechte samen is genomen met sublinguale immuuntherapie in tabletvorm. Bovendien zijn de uitspraken van het NHG over sublinguale immuuntherapie gebaseerd op oude meta-analyses. In de NHG-standaard is de meest recente en meest uitgebreide meta-analyse die tot nu toe is uitgevoerd door de groep van Aziz Sheik niet meegenomen.⁵ Deze laatste systematische review biedt geen ondersteuning voor de uitspraak dat sublinguale immuuntherapie onvoldoende effectief is.

De zin dat sublinguale therapie in de regel enkele malen per week wordt gegeven is evenmin correct. Er wordt hier waarschijnlijk gerefereerd aan het niet-geregistreerde en uit onderzoek ineffectief gebleken Oralgen.⁶

Dit betekent dat de NHG-standaard ten onrechte patiënten een potentieel effectieve en voor huisartsen goed uitvoerbare behandeling onthoudt.

Er is een apart kader gewijd aan subcutane immuuntherapie in de NHG-standaard. Voor wat betreft de indicaties voor immuuntherapie geeft de richtlijn aan dat subcutane immuuntherapie kan worden overwogen bij persisterende klachten ondanks maximale medicamenteuze behandeling. De richtlijn adviseert het opstarten van deze behandeling in de tweede lijn. In het kader over subcutane immuuntherapie staat een aantal andere aanbevelingen waarbij kanttekeningen geplaatst dienen te worden, omdat er feitelijke onjuistheden in staan:

- Onjuist is de stelling dat de dosering moet worden opgevoerd tot de maximale dosis die een patiënt kan verdragen. Het verdient namelijk aanbeveling om de onderhoudsdosering bij iedereen op de hoogste dosering in te stellen. Van deze dosering is effectiviteit aangetoond en niet van lagere doseringen. Bovendien werkt het werken met lagere doseringen als onderhoudsdosering doseerfouten (en dus kans op anafylaxie) in de hand. Een patiënt

die niet de maximale dosering kan bereiken dient altijd door een specialist te worden beoordeeld. Maar in feite is dit een situatie die zich niet zou moeten voordoen in de huisartsenpraktijk, omdat het instellen niet dient te gebeuren bij de huisarts maar bij de specialist (zoals al eerder in de richtlijn terecht werd gesteld).

- De onderhoudsdosering kan worden gegeven bij de huisarts.
- De effectiviteit van een behandeling kan meestal al na 1 (soms 2) jaar beoordeeld worden, en niet pas na 3-4 jaar zoals onterecht wordt gesteld. Indien de behandeling dan nog niet werkt, moet sterk worden overwogen deze te stoppen, hetgeen ook later juist terecht wordt vermeld in de standaard. Naast immuuntherapie met boom- en graspollen en huisstofmijt is ook immuuntherapie met een kat een goede optie, denk hierbij aan een wijkverpleegkundige die beroepsmatig wordt blootgesteld aan katten.
- De lijst met contra-indicaties is stellig; deze zijn meer relatief.

Er is geen literatuur waaruit blijkt dat immuuntherapie niet moet worden uitgevoerd bij patiënten die meer dan 2 allergieën hebben. Sowieso is de aanwezigheid van multiple sensibilisatie geen probleem. Gerandomiseerde, gecontroleerde trials worden veelal uitgevoerd bij multi-gesensibiliseerde patiënten. Er zijn 2 studies die aangeven dat behandeling met meer dan 2 allergenen niet effectief of minder effectief zou zijn. Echter, dit zijn Amerikaanse studies waarbij wordt gebruikgemaakt van mengsels van niet-homologe allergenen, een praktijk die in Europa als obsoleet wordt beschouwd.^{7,8}

Wat betreft de uitvoering van immuuntherapie: de immuuntherapiebehandeling kan worden overgenomen onder voorwaarde dat de huisarts en praktijk hiervoor voldoende toegerust zijn.

Tot slot had er meer aandacht mogen zijn voor de (contra-)indicaties en de uitvoering van allergeenspecifieke immuuntherapie en voor het protocol voor de uitvoering van

allergeenspecifieke immuuntherapie dat huisartsen ook zouden kunnen gebruiken.

BEHANDELING NIET-ALLERGISCHE RINITIS

De behandeling van niet-allergische rinitis is afhankelijk van de onderliggende oorzaak. Bij rinitis door decongestiva is het stoppen van het decongestivum de belangrijkste stap. Wanneer dit moeizaam gaat, kan ter overbrugging tijdelijk een corticosteroidneusspray worden voorgeschreven. Rinitis bij ouderen reageert vaak goed op ipratropiumbromide.

REFERENTIES

1. Terreehorst I, Hak E, Oosting AJ, et al. Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis. *New Eng J Med* 2003;349:237-46.
2. Marks GB, Tovey ER, Green W, et al. House dust mite allergen avoidance: a randomized controlled trial of surface chemical treatment and encasement of bedding. *Clin Exp Allergy* 1994;24:1078-83.
3. Wilson JM, Platts-Mills TAE. Home Environmental Interventions for House Dust Mite. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6:1-7.
4. NHG Standaard Allergische en niet-allergische rinitis, versie 3.0, 2018. Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-allergische-en-niet-allergische-rhinitis>.
5. Dhami S, Nurmatov U, Arasi S, et al. Allergen immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis: A systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2017;72:1597-1631.
6. Röder E, Berger MY, Hop WC, et al. Sublingual immunotherapy with grass pollen is not effective in symptomatic youngsters in primary care. *J Allergy Clin Immunol* 2007;119:892-8.
7. Adkinson NF Jr, Eggleston PA, Eney D, et al. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. *N Engl J Med* 1997;336:324-31.
8. Nelson HS. Multiallergen immunotherapy for allergic rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:763-9.

Bij rinitis door roken is een rookstop geïndiceerd. Bij zwangere vrouwen kan tijdelijk een neusspray met fluticason worden voorgeschreven. Bij idiopathische rinitis kan azelastineneusspray 2 maal daags 2 sprays in elk neusgat gedurende 8 weken helpen; daarnaast is een corticosteroidneusspray of ipratropiumbromide een optie. Doorverwijzen naar een kno-arts voor een capsaïcinebehandeling is ook een mogelijkheid. Overweeg bij concha-hypertrofie een behandeling met een corticosteroidneusspray of verwijs naar een kno-arts voor conchacaustiek.