

Beslisboom bij stroomdiagram Monitoring van astma bij zwangeren

Hieronder licht de werkgroep het stroomschema bij module 'Monitoring van zwangeren met astma' toe.

- *Zwangeren met een vermoeden van astma*
De verloskundige dient de patiënt te verwijzen naar de huisarts voor minimaal eenmalige beoordeling (*primary assessment*, zie het stroomschema). De huisarts evalueert de patiënt conform de NHG standaard 'Astma bij volwassenen'.
- *Zwangeren die bij de huisarts bekend zijn met astma*
De verloskundige dient de patiënt te verwijzen naar de huisarts voor minimaal eenmalige beoordeling. Bij dit consult kan gebruik worden gemaakt van de ACQ.
 - bij ACQ(6) <1,5 en ontbreken van andere risicofactoren (pre-existente slechte longfunctie, ernstig astma, instabiel astma gedurende een eerdere zwangerschap, roken en overgewicht): adviezen verstrekken m.b.t. astma in de zwangerschap, eventueel medicatie aanpassing, verdere begeleiding via verloskundige op geleide van klachten. Met name een combinatie van risicofactoren is relevant. Bij slechts 1 risicofactor kan overwogen worden om verdere follow up via de verloskundige te laten plaats vinden, met uitzondering van de risico factor ACQ(6) $\geq 1,5$.
Bij toename klachten dient opnieuw een ACQ te worden afgenomen door de verantwoordelijke zorgverlener en opnieuw beoordeling door huisarts of POH.
 - bij ACQ (6) $\geq 1,5$: overweeg (niet) medicamenteuze interventie met controle afspraak op korte termijn. Indien mogelijk aanvullende metingen zoals spirometrie. Laagdrempelig overleg met de longarts wordt geadviseerd. Dit kan ook via tele-consultatie. Voor overleg met de longarts, kan ook de kaderhuisarts (astma/COPD) worden geraadpleegd/ ofwel horizontale verwijzing binnen de huisartsengroep.
- *indicatie voor consultatie longarts o.b.v. criteria NHG standaard*, met als aanvulling dat:
 - zwangere vrouwen met astma laagdrempeliger dienen te worden verwezen (≥ 2 consulten waarbij ACQ $\geq 1,5$, ≥ 1 exacerbatie waarvoor behandeling met systemische corticosteroïden in het voorafgaande jaar, pre-existente slechte longfunctie, (passief) roken en obesitas);
 - het is bij zwangere vrouwen met astma gewenst om het ingestelde beleid/ medicatie aanpassingen binnen maximaal 6 weken te evalueren.
- *zwangeren die reeds bekend zijn met astma in de 2^{de} lijn, of zijn doorverwezen naar de 2^{de} lijn*
De verloskundige en/of huisarts dient de patiënt te verwijzen voor minimaal eenmalige beoordeling binnen een zwangerschapsduur van 16 weken. De longarts neemt ACQ af en verricht minimaal een spirometrie.
 - Patiënt met een laag risico op complicaties (zie module 'Voorspellers van negatieve uitkomsten') en een ACQ <1,5: adviezen verstrekken m.b.t. astma in de zwangerschap, eventueel medicatie aanpassing, minimaal 1 follow-up consult in het 2^e trimester.
 - Patiënt met een hoog risico op complicaties (zie module 'Voorspellers van negatieve uitkomsten') en/of bij ACQ $\geq 1,5$: nauwe begeleiding van de longarts tot stabiele situatie is bereikt.

NB 1: Hierbij kunnen, naar gelang van bevoegdheid en/of lokale, regionale transmurale, afspraken, rollen van verloskundige eventueel verwisseld worden met de gynaecoloog, huisarts met praktijkondersteuner (POH) en longarts met verpleegkundig specialist (VS) of een physician assistant (PA). Afhankelijk van de aard van het consult kan een fysiek consult eventueel vervangen worden door een *e-health* of telefonisch consult, naar gelang lokale afspraken en de wens van de patiënt.

NB 2: Nauwe begeleiding van de longarts betreft zorg op maat, vanwege de vele verschijningsvormen van astma en het wisselende karakter van de ziekte, met name tijdens zwangerschap. De longarts kan overwegen om een FeNO gebaseerd algoritme te hanteren. Er is te weinig bewijs dat één specifiek algoritme bij iedere patiënt met astma voldoet. Gebruik van een algoritme dient dit daarom lokaal in een protocol te worden vastgelegd.

NB 3: De werkgroep definieert geen algemeen geldende termijnen voor follow-up, vanwege de vele verschijningsvormen van astma en het wisselende karakter van de ziekte, met name tijdens zwangerschap. De termijn dient daarom per patiënt te worden afgesproken en dient te voldoen aan de volgende uitgangspunten: de termijn wordt gekozen in overleg met de patiënt, de termijn is naar verwachting voldoende lang om het effect van eventuele interventies te kunnen beoordelen, en de termijn is naar verwachting voldoende kort om een verslechterende situatie op tijd te kunnen signaleren.

NB 4: Nader onderzoek moet uitwijzen of het zinvol is om patiënten met risicofactoren voor slechtere astmacontrole tijdens de zwangerschap, zoals een exacerbatie in het voorafgaande jaar, pre-existent suboptimale longfunctie, therapieontrouw, roken, en obesitas intensiever te monitoren. (Zie hiervoor ook Module 'Neonatale uitkomsten'.)

NB 5: Bij adviezen van de zorgverlener voor de zwangere met astma verdient het aanbeveling om in ieder geval de volgende zaken aan bod te laten komen (zie ook module 'Preconceptioneel advies'):

- het risico van instabiel astma op maternale en foetale complicaties;
- het daarbij behorende belang om klachten tijdig te melden;
- voor- en nadelen van medicatie (zie module 'Veiligheid van astmamedicatie');
- nadelige effecten van therapieontrouw, roken en obesitas.