

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis (M48)

April 2018



nederlands huisartsen
genootschap

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep	3
2 Inleiding	4
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	4
2.7 Presentatie	4
2.8 Implementatie	4
2.9 Juridische status van richtlijnen	5
2.10 Delegeren van taken	5
2.11 Belangenverstrengeling	5
2.12 Financiering	5
3 Methoden	6
3.1 Ontwikkelproces	6
3.1.1 Knelpuntenanalyse	6
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	6
3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur	6
3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs	6
3.1.5 Doelmatigheid	7
3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	7
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	7
3.3 Procedure voor herzieningen	8
BIJLAGEN	9
Bijlage 1 Uitgangsvragen	9
Bijlage 2 Zoekstrategieën	10

1 Samenstelling werkgroep

Wergroep lid	Affiliatie/instelling
Dr. Joost Aalberse	Huisarts, Amsterdam
Prof. dr. Wytske Fokkens	kno-arts, hoogleraar kno, AMC, Amsterdam, namens de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
Dr. Peter Lucassen	Huisarts, Bakel, senior onderzoeker eerstelijns geneeskunde, UMC Radboud, Nijmegen
Debby van Sleuwen	Huisarts, Utrecht
Robert Zegers	Huisarts, Oudenbosch, kaderhuisarts HVZ, docent en coördinator opleiders huisartsopleiding Erasmus MC, Rotterdam
Dr. Tjerk Wiersma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Martijn Sibjom	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Prof. dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Michael Kijser, huisarts, medewerker afdeling Implementatie
- Dr. Maureen van Donk, epidemioloog
- Femke Schoo, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt aanbevelingen te geven voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met allergische en niet-allergische rinitis en heeft als doel om de ziektelast als gevolg van rinitis terug te dringen.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Rinitisklachten worden in deze standaard als uitgangspunt genomen voor de diagnostiek en het beleid. Andere presentatievormen van een allergie, zoals conjunctivitis, en neusklachten, zoals sinusitis, blijven buiten beschouwing. De standaard richt zich primair op de symptomatische behandeling van rinitisklachten.

2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in juni 2016. In zes werkgroepvergaderingen heeft de werkgroep een conceptstandaard opgesteld. Daarbij werd het bewijs systematisch samengevat door de betrokken NHG-medewerker (Martijn Sijbom) en bereidden de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voor ter bespreking tijdens de vergaderingen. De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerker (Martijn Sijbom), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met allergische en niet-allergische rinitis betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij de zorgverleners in de tweede lijn. Een vertegenwoordiger van de vereniging had zitting in de werkgroep.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een knelpuntenanalyse gedaan bij de Nederlandse Vereniging voor Allergie Patiënten (VAP) en een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. De knelpunten zijn verwerkt in de zoekvragen en in de tekst. Er werden relevante onderzoeken gevonden, deze staan beschreven in noot 12.

2.7 Presentatie

Deze versie van de richtlijn betreft naast een inhoudelijke herziening van de tekst van de standaard ook een nieuwe vorm van presentatie met als doel om transparant en expliciet te zijn over de wijze waarop de aanbevelingen tot stand zijn gekomen. In deze standaard is uitgegaan van uitgangsvragen die aan het begin van het traject zijn vastgesteld door de werkgroep. De uitkomsten van het literatuuronderzoek en de vertaling daarvan naar aanbevelingen voor de praktijk zijn zichtbaar gemaakt door een modulaire presentatie. Bijkomend voordeel hiervan is dat toekomstige partiële herzieningen worden vereenvoudigd.

2.8 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.9 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast samen met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.10 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, -ondersteuner of -verpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

2.11 Belangenverstremming

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming ingevuld. De volgende belangen zijn gemeld door de werkgroep: prof. dr. Wytzke Fokkens heeft voor onderzoek financiering ontvangen vanuit de AMRBV (van het AMC). Deze stichting ontvangt financiering door GSK, Bioninspire en Stallargens voor onderzoek op de afdeling kno onder leiding van prof. dr. Wytzke Fokkens. De researchstichting van de afdeling kno van het AMC ontvangt ook een *unrestricted grant* van MEDA. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op www.nhg.org.

2.12 Financiering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd.

3 Methoden

3.1 Ontwikkelproces

De ontwikkeling van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), werkgroepleden van de vorige standaard en de leden van de huidige werkgroep. Daarnaast is de vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied in de werkgroep betrokken geweest bij de knelpuntenanalyse namens de vereniging.

Er is ook een enquête uitgezet via HAweb om factoren voor de acceptatie en invoering van de vorige standaard te achterhalen die mogelijk een belemmerende rol spelen bij de toekomstige implementatie van de herziene standaard. Daarop kwam geen respons.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patient, intervention, control, outcome*). Bij elke uitgangsvraag werd een inhoudelijk expert vanuit de werkgroep aangewezen. Een overzicht van de vragen is opgenomen in **[bijlagen 1 en 2]**.

Aan het begin van het richtlijntraject stelde de werkgroep per uitgangsvraag de patiëntrelevante uitkomstmaten vast. Deze werden onderverdeeld in cruciale, belangrijke en niet-belangrijke uitkomstmaten aan de hand van een scoresysteem. In **[bijlage 1]** zijn per uitgangsvraag de cruciale uitkomstmaten gepresenteerd. Voor meer informatie over de procedure wordt verwezen naar de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuurscherm uitgevoerd door een literatuurspecialist van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De kwaliteit van de SR's of van de evidence-samenvattingen die deel uitmaakten van een richtlijn werd beoordeeld met de AMSTAR-criteria (www.amstar.ca). Alleen SR's met een score van > 8 punten (op een schaal van 0 tot 11) werden gebruikt. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een nieuwe zoekactie uitgevoerd naar primaire studies indien er geen geschikte SR's werden gevonden. De gevonden literatuur werd door een werkgroep lid en een epidemioloog (Maureen van Donk), onafhankelijk van elkaar, gescreend op basis van titel en abstract. Op basis van consensus werd de meest relevante literatuur geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

Zie hoofdstuk 4 voor een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak per uitgangsvraag en een specifieke beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria. De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in **[bijlage 2]**. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is (ook) te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. Voor uitgangsvragen gericht op interventies is, indien mogelijk, een GRADE-profiel opgesteld op basis van een bestaande SR. Zie de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#) voor een uitvoeriger beschrijving van het beoordelen en graderen van het wetenschappelijke bewijs. Bij het beoordelen van het verschil in

effectiviteit tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevante verschillen¹ tussen interventies.

3.1.5 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door een wetenschappelijk medewerker (Martijn Sijbom) samengevat en beoordeeld. Vervolgens werd samen met een inhoudelijk deskundig werkgroeplid een concepttekst geschreven, waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Het verantwoordelijke werkgroeplid deed daarvoor een voorzet, die tijdens de werkgroepvergadering werd besproken. Op basis van discussies binnen de werkgroep werden vervolgens aanpassingen gemaakt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep.

3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In juni 2017 werd de ontwerpstandaard voor commentaar op het Ledenforum van HAweb uitgezet. Er zijn vijf commentaarformulieren retour ontvangen. Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten:

- InEen
- Pharos
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- Patiëntenfederatie Nederland (FN)
- Domus Medica België
- Nederlandse Vereniging voor Allergologie (NVvA)
- Nederlands Kenniscentrum Farmacotherapie bij Kinderen (NKFK)
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie – Geneesmiddel Informatie Centrum (KNMP GIC)
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)
- Vereniging van Allergie Patiënten (VAP)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

De conceptringlijn is tevens aan de volgende referenten ter becommentariëring voorgelegd, maar zij hebben afgezien van commentaar:

- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NKV)
- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen
- Biosimilars en generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin)

¹ Een klinisch relevant verschil wordt in de internationale literatuur ook wel aangeduid als *Minimal (clinically) Important Difference (MID)*.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Mw. G.M.H. Kramer en dhr. dr. W.L.M. Willems, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 6 december 2017 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.3 Procedure voor herzieningen

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2022 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Diagnostiek</i>		
1 (Noot 15 en 16)	Wat is de diagnostische waarde van de huidige allergeenspecifieke IgE-bepalingen bij het aantonen van een allergische rinitis ten opzichte van de gouden standaard (provocatietest)?	Niet van toepassing
<i>Beleid</i>		
2 (noot 31)	Wat is de effectiviteit van sublinguale immunotherapie (I) op de symptomen van allergische rinitis (P) op korte en lange termijn in vergelijking met placebo (C)?	<ul style="list-style-type: none"> - Symptoomscore - Gebruik medicatie voor symptoombestrijding - Kwaliteit van leven - Bijwerkingen
3 (noot 6)	Wat is de effectiviteit van de behandeling (I) van allergische rinitis (P) op de symptomen van astma in vergelijking met de gebruikelijke zorg (C) voor astma?	<ul style="list-style-type: none"> - Astmasymptomen - Longfunctie - Gebruik van rescue-medicatie - Kwaliteit van leven - Bijwerkingen
4 (noot)	Is er een verschil in de medicamenteuze behandeling van rinitis tussen kinderen en volwassenen? Deze vraag is komen te vervallen, omdat alle relevante geneesmiddelen inmiddels in het kinderformularium een indicatie hebben voor gebruik bij kinderen.	
5 (noot 18)	Wat is de effectiviteit van neusspoelen (I) op rinitissymptomen (P) in vergelijking met de gebruikelijke zorg (C) (neusspray met corticosteroïden/antihistaminica of orale antihistaminica)?	<ul style="list-style-type: none"> - Symptoomscore - Kwaliteit van leven - Gebruik rescue-medicatie
6 (noot 29)	Wat zijn de langetermijneffecten van intranasale corticosteroïden (I) bij patiënten met een allergische rinitis (P) in vergelijking met geen behandeling (C)?	<ul style="list-style-type: none"> - Langetermijnbijwerkingen
7 (noot 38)	Wat is de effectiviteit van chirurgie (I) (zoals <i>functional endoscopic sinus surgery</i> , conchachirurgie, septumplastiek en poliepectomie) op rinitisklachten (P) op de korte en lange termijn in vergelijking met medicamenteuze therapie (C)?	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomen - Medicatiegebruik - Kwaliteit van leven - Bijwerkingen
8 (noot 36)	Wat is de effectiviteit van neusspray met ipratropiumbromide (I) in vergelijking met placebo (C) bij de behandeling van idiopatische/vasomotore/niet-allergische rinitis (P)?	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomen - Kwaliteit van leven - Bijwerkingen

Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	
Zoekdatum	Juni 2016
Database searched	Zoektermen
PUBMED	("Rinitis, Allergic/therapy"[Mesh] OR allergic rinitis[tiab]) AND (diagnostic value[tiab] OR diagnostic test*[tiab] OR sensitivity and specificity[mh]) AND ("immunoglobulin E"[all fields] OR IgE[tiab]) AND (skin prick[tiab] OR skin test*[tiab] OR SPT[tiab] OR gold standard[tiab]) > 32 hits

Uitgangsvraag 2	
Zoekdatum	Juni 2016
Database searched	Search terms
PUBMED	("Rinitis, Allergic"[Mesh] OR allergic rinitis[tiab]) AND ((sublingual immunotherapy[tiab] OR SLIT[tiab]) OR (administration, sublingual[mh] AND (allergens/therapeutic use[mh] OR allergens/administration and dosage[mh]))) AND (meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR "treatment outcome"[all fields]) > 196 hits

Uitgangsvraag 3	
Zoekdatum	Juni 2016
Database searched	
PUBMED	("Rinitis, Allergic/therapy"[Mesh] OR allergic rinitis[tiab]) AND (asthma[mh] OR asthma[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR "treatment outcome"[all fields]) > 270 hits

Uitgangsvraag 5	
Zoekdatum	Juni 2016
Database searched	Search terms
PUBMED	("Rinitis"[Mesh] OR rinitis[tiab]) AND (nasal lavage[tiab] OR nasal douch*[tiab] OR nasal rins*[tiab] OR nasal irrigation[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR "treatment outcome"[all fields]) > 63 hits

Uitgangsvraag 6	
Zoekdatum	Juni 2016
Database searched	Search terms

PUBMED	
EMBASE	("Rinitis, Allergic"[Mesh] OR allergic rinitis[tiab]) AND (nasal sprays[mh] OR nasal spray[tiab] OR intranasal[tiab]) AND (adrenal cortex hormone[mh] OR corticosteroid*[tiab] OR cortisol*[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh] OR research support, non-U.S. Gov't[pt]) AND (long-term[tiab] OR long term[tiab] OR "systemic safety"[all fields]) > 44 hits

Uitgangsvraag 7	
Zoekdatum	Maart 2017
Database searched	Search terms
PUBMED	("Rinitis"[Mesh] OR rinitis[tiab]) AND (nasal surgical procedures[mh] OR surgery[sh] OR surgical[tiab] OR sinus surgery[tiab] OR turbinoplasty[tiab] OR turbinate reduction[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR meta-analysis[pt] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR placebo[mh]) AND (effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR "treatment outcome"[all fields]) > 189 hits

Uitgangsvraag 8	
Zoekdatum	Oktober 2017
Database searched	Search terms
PUBMED	("Rinitis, Vasomotor"[Mesh] OR idiopathic rinitis[tiab] OR vasomotor rinitis[tiab] OR non-allergic[tiab] OR nonallergic[tiab]) AND (ipratropium[mh] OR ipratropium bromide[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR random*[tiab] OR RCT[tiab] OR cohort[all fields] OR follow-up[tiab] OR randomized controlled trial[pt]) > 27 hits

© Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Tel. 030 - 282 35 00
www.nhg.org

Totstandkoming en methoden