

# Chronische hoestklachten?

Logopedie heeft **zin!**

## AUTEURS



**PAULA ROOSJEN**

LOGOPEDIST ISALA ZWOLLE



**LEONORE MEILOF**

LOGOPEDIST / KLINISCH LINGUIÏST ISALA ZWOLLE

In de afgelopen jaren is door middel van wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat logopedische behandeling bij patiënten met chronische hoestklachten kan leiden tot een vermindering van hoestklachten. In het werkveld leeft echter de vraag wat een adequate en effectieve invulling is van logopedische therapie voor patiënten met chronische hoestklachten. Dit is aanleiding geweest voor het schrijven van onderhavig artikel, waarin de effectiviteit en de inhoud van het logopedische behandelprogramma SPEICH-C wordt beschreven. Om vanuit de theorie een brug te slaan naar de praktijk besluit het artikel met een casusbeschrijving als voorbeeld van de praktische toepassing van het SPEICH-C programma bij een patiënt met chronische hoestklachten.

Hoesten is een veel voorkomende klacht waarvoor mensen een bezoek brengen aan de huisarts of de medisch specialist (Lammers, 2004). Hoesten wordt niet alleen veroorzaakt door luchtwegaandoeningen. In ons lichaam bevinden zich op meerdere plaatsen receptoren die na prikkeling kunnen leiden tot hoesten. Naast receptoren die in de bovenste en onderste luchtwegen zijn gelokaliseerd bevinden zich ook receptoren in de pleura (het borstvlies), het pericard (het hartzakje), de maag en het diafragma (Widdicombe, 1995; Demedts, Dijkman, Hilvering & Postma, 1999).

Wanneer klachten van hoesten maximaal drie weken aanhouden, spreken we van acute hoestklachten (Lammers, 2004). Wanneer hoestklachten langer aanhouden wordt aanbevolen om de diagnose te heroverwegen of nader onderzoek uit te voeren. Hoestklachten die langer dan acht weken aanhouden worden gedefinieerd als chronische hoestklachten (Pratter, Brightling, Boulet & Irwin, 2006). Het chronische hoesten wordt veelal gekenmerkt door een droge geïrriteerde hoest die geprikkeld wordt vanuit de keel en meerdere keren per dag voorkomt

(Vertigan, Theodoros, Alison & Gibson, 2007). Veel patiënten met chronische hoestklachten kunnen precies aangeven welke trigger het hoesten uitlokt. Er zijn echter ook patiënten die dit niet kunnen aangeven. Triggers voor het hoesten kunnen onderverdeeld worden. We onderscheiden triggers die je inademt (rook of damp), triggers door temperatuur (koude lucht of de luchtvochtigheid), intrinsieke triggers (een prikkeling in de keel of spanning) of triggers door het uitvoeren van activiteiten (praten of fysieke inspanning). Patiënten met chronische hoestklachten geven vaak ook klachten aan als globusgevoelens en moeite met slikken (Morrison, Rammage, Emami, 1999).

De meeste patiënten geven aan dat ze niet in staat zijn om het hoesten te controleren. Gemiddeld 50% van de patiënten met chronische hoestklachten zijn habituele mondademers. Het mondademen kan leiden tot irritatie en droogte van de farynx en larynx en kan het hoesten verder uitlokken (Vertigan et al. 2007).

Het is van groot belang om de oorzaak van hoestklachten duidelijk te krijgen om tot een

adequate behandeling te komen (Verheij et al. 2011). De meerderheid van de patiënten die hoestklachten ervaren zijn vrouwen. Vrouwen hebben in vergelijking met mannen een hogere sensitiviteit ten aanzien van de hoestreflex (Kastelik et al. 2002). Daarnaast zijn er onderzoeken die aantonen dat vrouwen in hogere mate reageren door hoesten bij het gebruik van ACE-remmers (Gibson, 1989). Deze medicijnen remmen bepaalde enzymen in de weefsels en in het bloedplasma en worden onder andere voorgeschreven bij hypertensie, chronisch hartfalen, een gestoorde linkerventrikelfunctie en bij diabetes type 1. De reden van het onderscheid tussen mannen en vrouwen is onbekend (Kastelik et al. 2002; Morice et al. 2004).

De medicamenteuze behandeling van hoesten is bij de meerderheid van de patiënten effectief. Echter bij 20% van de patiënten met persisterende hoestklachten die medicamenteus behandeld worden, blijven de hoestklachten aanwezig (Vertigan, Gibson, 2012). Deze groep patiënten komt in aanmerking voor logopedische behandeling (Vertigan, Theodoros, Gibson & Winkwirth, 2006). Logopedische therapie dient zich te richten op het leren identificeren van de trigger die leidt tot hoesten, het leren controleren en onderdrukken van het hoesten, het verkleinen van de laryngeale irritatie en het optimaliseren van het stemgebruik (Vertigan et al. 2007).

In 2006 is er in Australië een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van logopedische behandeling bij patiënten met chronische hoestklachten. Het doel van de studie was om de effectiviteit van het programma 'Speech Pathology Evaluation and Intervention for CHronic Cough' (SPEICH-C) te onderzoeken. Binnen dit programma komen vier componenten aan bod voor de logopedische behandeling van hoestklachten. De vier componenten zijn 'scholing', 'controletechnieken voor het hoesten', 'training van de stemhygiëne' en 'psycho-educatie'. De vier componenten van het SPEICH-C programma worden verderop in het artikel uitgebreid beschreven.

Vertigan et al. (2006) voerden een enkelvoudig, geblindeerd en gerandomiseerd onderzoek uit met inclusie van een controlegroep. De geïncludeerde groep participanten (N=87) bestond uit 64 vrouwen en 23 man-

## IN HET KORT

**De medicamenteuze behandeling van hoesten is bij de meerderheid van de patiënten effectief. Gemiddeld 20% van de patiënten die medicamenteus uitbehandeld zijn en nog persisterende hoestklachten ervaren, worden verwezen naar de logopedist (Vertigan en Gibson, 2012). Het is van belang dat logopedisten kennis hebben van de behandeling die effectief is voor patiënten met chronische hoestklachten. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat logopedische behandeling volgens het SPEICH-C programma effectief is. Het is daarom belangrijk dat iedere patiënt met chronische hoestklachten logopedische therapie op maat volgens het SPEICH-C programma aangeboden krijgt. Onze verwachting is dat (long)artsen patiënten in toenemende mate zullen verwijzen naar logopedie in de eerste of tweede lijn.**

nen. De gemiddelde leeftijd was 59,4 jaar. De opgestelde exclusiecriteria waren: recente infectie van de bovenste luchtwegen, onbehandelde allergieën, postnasale drip (irritatie van de luchtpijp en luchtwegen door vocht afkomstig uit de neus en keel), astma / astmatische bronchitis, gastro-oesofageale reflux, een afwijkende thoraxfoto, chronische obstructieve longaandoening (COPD), longziekten en neurologische stemstoornissen.

Aan de participanten in de onderzoeksgroep en in de controlegroep (placebogroep) werden vier behandelingen van elke 30 minuten gegeven binnen een periode van twee maanden. De behandelingen werden gegeven door een gekwalificeerde logopedist. De participanten in de onderzoeksgroep ontvingen therapie op maat volgens het SPEICH-C programma. Elk van de vier componenten van dit programma werd tenminste één keer aangeboden. De participanten in de controlegroep ontvingen therapie gericht op vier algemene componenten. Alle participanten van het onderzoek vulden voorafgaand en na afloop van de reeks behandelingen een vragenlijst in ten aanzien van de frequentie en ernst van de aanwezige hoestsymptomen. Voorafgaand aan het aanbieden van de interventies aan de twee groepen participanten, was er geen significant verschil ten aanzien van de frequentie en ernst van de aanwezige hoestproblemen. Na het aanbieden van de betreffende interventies was er bij de participanten van de onderzoeksgroep sprake van een significante verbetering ten aanzien van alle aanwezige hoestsymptomen. Dit in tegenstelling tot de controlegroep, waarbij er na het aanbieden van de betreffende interventies sprake was van een significante vooruitgang op de symptomen

'hoesten' en 'ademhalen' maar niet op de symptomen 'stemgeving', 'conditie bovenste luchtwegen' en 'ervaren van beperking'. Daarnaast was de gehele mate van de significante vooruitgang in de onderzoeksgroep groter dan in de controlegroep. De behandelend logopedist beoordeelde voor 88% van de participanten van de onderzoeksgroep dat de therapie volgens het SPEICH-C programma succesvol was en voor slechts 14% van de participanten van de controlegroep dat de therapie volgens het placebo programma succesvol was. Dit is een significant verschil.

**Gemiddeld 50% van de patiënten met chronische hoestklachten zijn habituele mondademers**

De resultaten van de klinische beoordelingen van de behandelend logopedist waren consistent met de score van de participanten zelf ten aanzien van de frequentie en ernst van de aanwezige hoestproblemen. Op basis van de onderzoeksresultaten kan gesteld worden dat de logopedische therapie aan de hand van het SPEICH-C programma effectief is geweest ten aanzien van het verminderen van de aanwezige symptomen van de chronische hoestklachten. Daarnaast was er sprake van een algehele verbetering

## Het mondademen kan leiden tot irritatie en droogte van de farynx en larynx en kan het hoesten verder uitlokken (Vertigan et al. 2007)

van de stemkwaliteit en een significante verbetering ten aanzien van de maximale fonatieduur, de (on)regelmaat van de stembandtrilling in de duur van een stemperiode (jitter) en de mate van schor- en heesheid van de stem (Gibson & Vertigan 2009). Er kan geconcludeerd worden dat de gerichte logopedische behandeling significant effectiever bleek te zijn dan het aangeboden placebo programma (Vertigan, Theodoros, Gibson & Winkworth, 2006).

Vertigan en Gibson (2012) stellen dat gerichte logopedische interventie een toevoeging kan zijn op de medicamenteuze behandeling van hoestklachten. Het is van belang dat er bij persisterende hoestklachten multidisciplinair gekeken wordt naar de symptomen en oorzaken van de hoestklachten en dat hierover een goede afstemming plaatsvindt tussen de behandelend medisch specialist en de logopedist. Vertigan en Gibson (2012) beschrijven dat er bij persisterende hoestklachten die langer aanwezig zijn dan twee maanden en waarbij medische behandeling niet of onvoldoende succesvol is gebleken, indicatie bestaat voor doorverwijzing naar de logopedist. Hierbij moet er tevens sprake zijn van een of meer van onderstaande punten;

- inspiratoire kortademigheid/benauwdheid (dyspneu).
- persisterende hoestklachten na gebruik van de protonpompinhibitor van meer dan een maand (proefbehandeling PPI).

- samentrekken van de glottis.
- dysfonie.
- persisterende hoestklachten bij astma of rhinitis (ontsteking neusslijmvliezen) ondanks medicatie.

Naast de indicaties voor logopedische therapie beschrijven Vertigan en Gibson (2012) contra-indicaties voor het starten van logopedische therapie. Er is sprake van een contra-indicatie wanneer er nog niet overwogen is om te stoppen met het gebruik van ACE-remmers, wanneer een specifieke evaluatie van de medicamenteuze behandeling nog onvoldoende heeft plaatsgevonden, wanneer er nog geen longfunctietest is uitgevoerd, wanneer er sprake is van een onbehandelde reflux, astma of rhinitis, wanneer de aanwezige astma in de afgelopen twee jaar niet herbeoordeeld is door een specialist en/of wanneer er onlangs sprake is geweest van een bovenste luchtweginfectie. Wanneer er verwezen wordt naar logopedie is het belangrijk dat de persoon met chronische hoestklachten achter de verwijzing staat en uitleg en informatie krijgt over de reden van verwijzing (Vertigan et al. 2007).

### Paradoxical Vocal Fold Movement – Paradoxe beweging van de stemplooiën

Chronische hoestklachten kunnen samen voorkomen met paradoxale bewegingen van de stembanden (PVFM) (Vertigan et al,

2007). Milgrom, Corsello, Freedman, Blager en Wood (1990) geven aan dat dit bij gemiddeld 50% van de patiënten met chronische hoestklachten het geval is. Wanneer er sprake is van PVFM sluiten de stembanden zich in episodes en ongewild gedurende de inspiratie waardoor er symptomen op kunnen treden van benauwdheid, stridor, kortademigheid, dysfonie en hoesten (Vertigan & Gibson, 2012). PVFM kan tevens samen voorkomen met astma en wordt in sommige gevallen foutief gediagnosticeerd als zijnde astma (Vertigan & Gibson, 2012; Ibrahim, Gheriani, Almohamed & Raza, 2007). Blager (2000) stelt dat hoesten een beschermingsmechanisme is om het ongewild sluiten van de stembanden tegen te gaan. Het is daarom van belang om vast te stellen of de chronische hoestklachten op zichzelf staan of samengaan met PVFM.

Om PVFM vast te kunnen stellen moet de beweging van de stembanden tijdens een acute aanval geobserveerd worden door directe laryngoscopie. Dit is erg lastig omdat de aanvallen vaak niet plaatsvinden op het moment dat de patiënt bij de KNO-arts is. PVFM kan ook vastgesteld worden door het uitvoeren van een longfunctietest. In het geval van een pure vorm van PVFM, zonder dat er sprake is van astma, is er sprake van een goede expiratoire functie maar van een verminderde inspiratoire functie van de longen. In de grafiek wordt dan een afgevlakte curve gezien. Deze afgevlakte curve kan overeenkomen met symptomen van dyspneu (benauwdheid) en samentrekken van de glottis (Vertigan & Gibson, 2012). Wanneer er sprake is van PVFM is er indicatie om de patiënt door te verwijzen voor logopedische therapie. De logopedist zal de patiënt leren hoe hij of zij het laryngeale gebied kan besturen en onder controle kan houden. Daarnaast zal er getraind worden hoe de patiënt zijn of haar luchtweg adequaat 'open' kan houden tijdens de ademhaling. De logopedist kan diagnostisch meedenken en kan voorlichting, scholing, coaching en (stem)training geven aan de patiënt. Sullivan, Heywood & Beukelman (2001) concluderen op basis van hun onderzoek dat bij 95% van de patiënten waarbij logopedische therapie is gestart na het vaststellen van PVFM, de patiënten na de logopedische therapie in staat waren om adequaat om te gaan met hun symptomen.

#### Wist u dat:

- PVFM soms wordt mis-gediagnosticeerd als astma?
- PVFM samen voor kan komen met astma?
- PVFM bij 50% van patiënten met chronische hoest voorkomt?
- PVFM een conditie is die de stembanden episodisch en onvrijwillig naar elkaar laat komen (adductie) gedurende de inademing?
- PVFM kan leiden tot inspiratie dyspneu, stridor, dysfonie en hoest?
- Het de gouden standaard is om tijdens een aanval van PVFM de stembanden te bekijken?
- De patiënt tijdens een afspraak bij de KNO-arts bijna NOOIT een aanval heeft?
- PVFM moeilijk te diagnosticeren is?

# EN DAN

De doelen voor logopedische therapie om hoesten te verminderen zijn:

- het gevoel of de trigger van de hoest leren identificeren.
- de hoest onderdrukken of controleren.
- het verminderen van laryngeale irritatie.
- het optimaliseren van het stemgebruik.

Om deze doelen te bereiken wordt de opbouw van het SPEICH-C programma (Vertigan & Gibson, 2012) binnen de logopedische therapie gebruikt. Het SPEICH-C programma bestaat uit vier componenten.

## 1. Scholing.

Scholing is een belangrijk aspect binnen de behandeling. Patiënten zullen zich door scholing realiseren dat er weinig voordeel is van het hoesten. Vaak is er niets dat uit de luchtweg verwijderd hoeft te worden. Ook het inzicht krijgen in de negatieve gevolgen van het hoesten verdient aandacht. Patiënten leren dat hoesten zowel automatisch als bewust kan zijn. De behandeling richt zich met name op het bewust niet hoesten. Voor patiënten die nog veel bezig zijn met de oorzaak van het hoesten moet er een verschuiving plaatsvinden. In de behandeling wordt de focus dan gelegd op het herkennen van de prikkels voorafgaand aan het hoesten en het krijgen van controle hierop. Deze verschuiving kan pas plaatsvinden nadat andere medische oorzaken van het hoesten uitgesloten zijn.

## 2. Controletechnieken voor het hoesten.

Het tweede onderdeel richt zich op het onderdrukken van het hoesten. De drempel waarop hoesten uitgelokt wordt ligt bij patiënten met chronische hoestklachten lager dan bij mensen zonder hoestklachten. De logopedische interventie richt zich op het verlagen van de drempel om te gaan hoesten. Eerst zullen patiënten leren de hoest te identificeren om vervolgens op een andere manier op de prikkel te reageren. Dit kan door 'afleiding', 'hoestonderdrukkend slikken', 'ademen met een ontspannen keel', 'ademen met een gecontroleerde hoest' en 'laryngeale deconstrictie'. Deze technieken worden aangeleerd en geoefend in de logopedische behandeling. Vervolgens oefent de patiënt de technieken thuis, zodat de reacties in dagelijkse situaties meer geautomatiseerd worden.

- 'Afleiding' kan worden geoefend door vijf seconden te wachten en vervolgens een slokje water, een stukje ijs of kauwgom te nemen.

- 'Hoestonderdrukkend slikken' kan worden geoefend door krachtig te slikken, in combinatie met het toepassen van flexie van het hoofd en het opbouwen van isometrische druk door het

tegen elkaar aandrukken van de handen (Gibson & Vertigan, 2009).

- 'Ademen met een ontspannen keel' en 'ademen met een gecontroleerde hoest' wordt geoefend met aandacht voor de abdominale ademing, vermindering van clavculaire ademing, het vermijden van spanning bij inademing en uitademen met stemloze fricatieven. Het uitademen op een stemloze fricatief (/sss/) geeft een vergroting van orale druk en brengt de stembanden meer in abductie bij de inademing. Daarnaast kan worden geoefend met uitademen met getuiste lippen.

- 'Laryngeale deconstrictie' wordt geoefend door oefeningen van de Estill Voice Training of door de afwisseling te oefenen tussen constrictie en deconstrictie. Indien een patiënt de deconstrictie kan toepassen wordt dit geoefend tijdens ademen. Tot slot wordt het ingebouwd tijdens fonatie, waarbij er wordt begonnen met klinkers en woorden die beginnen met een klinker.

## 3. Training stemhygiëne.

Dit onderdeel richt zich op het verminderen van laryngeale prikkeling en het vermeerderen van hydratatie. Bij het verminderen van laryngeale prikkeling kan men denken aan het vermijden van roken en passief meeroken, het stimuleren van neusademing en het minder gebruiken van koffie en alcohol. Wanneer er sprake is van reflux kunnen adviezen gegeven worden ten aanzien van de keuze van voeding en het moment van eten en drinken (Eryuksel, Dogan, Olgun, Kocak & Celikel, 2009; Selby, Gilbert & Lerman, 2003). Tijdens het spreken moeten harde glottale inzetten worden verminderd. Om de hydratatie te vermeerderen wordt geadviseerd om te stomen en voldoende water te drinken.

## 4. Psycho-educatie en counseling.

Het laatste onderdeel richt zich onder andere op het accepteren van een gedragsmatige benadering. Binnen de logopedische behandeling is de patiënt zelf uiteindelijk verantwoordelijk voor het beheersen van de hoest. Patiënten worden gestimuleerd om op een andere manier te reageren op de prikkel dan door te hoesten. Er wordt duidelijk gemaakt dat ze in staat zijn om hun hoest te beheersen. Het is belangrijk om samen met de patiënten realistische doelen te stellen. Het kan zijn dat het maximaal haalbare doel beheersing van het hoesten is, en niet het volledig verdwijnen van de hoest.

## Casus

### Medische beginsituatie:

Mevrouw M. (49 jaar) wordt verwezen met chronische hoestklachten die ongeveer 20 jaar bestaan. Ze is bekend met een lichte astma bronchiale. Daarnaast is er sprake

van een uitgesproken hyperreactiviteit van de slijmvliezen in het hoofd-halsgebied. Uit onderzoek blijkt een hoog normale pH-meting wat duidt op mogelijke reflux. Mevrouw krijgt medicatie voor de hoest- en refluxklachten. Ze is uitgebreid bekend bij een in hoestklachten gespecialiseerde longarts.

Mevrouw geeft ten aanzien van haar hoestklachten een VAS-ernstscore van een 7 a 7,5. De VAS-ernstschaal is een visueel analoge schaal waar de patiënt op een schaal van 1 tot 10 kan aangegeven hoe de ernst van de klacht ervaren wordt.

### Wat gebeurt er tijdens de hoestbehandeling?

- een verminderde gevoeligheid voor het hoesten wordt bewerkstelligd.
- de bewuste controle over het hoesten wordt verbeterd.
- de laryngeale irritatie neemt af.
- er is een vermindering van de laryngeale spierspanning.
- er vindt een gedragsmatige verandering in het denken over hoesten plaats.
- enig placebo effect is niet uit te sluiten.

Blager stelt dat hoesten een beschermingsmechanisme is om het ongewild sluiten van de stembanden tegen te gaan. Het is daarom van belang om vast te stellen of de chronische hoestklachten op zichzelf staan of samengaan met PVFM

Chronische hoestklachten kunnen samen voorkomen met paradoxale bewegingen van de stembanden

### Logopedische beginsituatie:

De spreekstem van mevrouw is monotoon en met name aan het eind van de zin is de spreektoonhoogte te laag. De stemhygiëne is slecht. Mevrouw schraapt en kucht veelvuldig. De ademing in rust is costaal, tijdens spreken is de ademing meer thoracaal. Mevrouw is bejaardenverzorgster en heeft frequente hoestaanvalen tijdens het voorlezen. Ze heeft soms aanvallen van hoesten zonder duidelijke aanleiding. Tijdens een hoestaanval is mevrouw eenmaal flauw gevallen. Mevrouw probeert het hoesten te onderdrukken door een slokje water of een dropje te nemen. Bij het logopedisch onderzoek komt naar voren dat de larynx tijdens de inademing lijkt te vernauwen. Dit kan duiden op paradoxale bewegingen van de stembanden (PVFM).

### Logopedische diagnose:

Chronische hoestklachten waarbij er sprake is van een slechte stemhygiëne, onvoldoende adem-stemkoppeling, een gedrukte stemgeving en mogelijk PVFM.

### Behandeling en resultaat:

In de logopedische behandeling is gewerkt aan de volgende punten:

1. *Scholing:* Er is begonnen met het geven van uitleg aan mevrouw over de functie en gevolgen van hoesten, schrapen en kuchen. Het doel van de uitleg was om mevrouw inzicht te geven in de negatieve gevolgen van deze gedragingen. Naar aanleiding van de uitleg probeerde mevrouw het hoesten direct te onderdrukken, door niet altijd te reageren op de prikkel. Daarnaast probeerde ze sneller te stoppen met hoesten.
2. *Controletechnieken voor het hoesten:* Mevrouw leerde verschillende technieken om het hoesten te controleren. Ze leerde krachtig te slikken wanneer er

een hoestprikkel aanwezig was. Daarnaast leerde ze een abdominale ademing toe te passen, zowel in rust als tijdens lezen. De adem-stemkoppeling verbeterde door het toepassen van de technieken. Mevrouw leerde met getuete lippen uit te ademen, zodat ze daarna met maximale laryngeale opening kon inademen. Ze leerde om als alternatief voor het schrapen en kuchen liptrillen toe te passen. Het ontspannen hoesten werd eveneens geoefend door middels een abdominale beweging veel lucht met weinig druk te verplaatsen langs het keelgebied. Mevrouw leerde te stoppen in een hoestaanval, vervolgens krachtig te slikken en te voelen of het nodig was om verder te hoesten.

3. *Training van de stemhygiëne:* De hydratatie was voldoende bij mevrouw. Het verminderen van laryngeale irritatie werd bereikt door het verminderen van schrapen, kuchen en hoesten.
4. *Psycho-educatie en counseling:* Gedurende de behandeling werd mevrouw gestimuleerd om steeds meer bewuste verantwoordelijkheid te nemen over haar reacties op de prikkel. Door het toepassen van de controletechnieken voor het hoesten kon ze het hoesten uitstellen of de prikkel negeren. Soms verminderde de prikkel, maar als dit niet gebeurde kon mevrouw met een ontspannen hoest de prikkel verminderen.

Naast bovenstaande punten werd eveneens aandacht besteed aan de lichaamshouding van mevrouw. Er was met name weinig nekverlenging, waardoor er te veel spanning was in het laryngeale gebied. Mevrouw had baat bij de gegeven houdingsadviezen. Ze ervoer minder spanning in het hoofd-halsgebied.

### Conclusie:

Na vijf behandelingen werd de logopedische behandeling geëvalueerd. Mevrouw was tevreden over het behandelresultaat en gaf ten aanzien van haar hoestklachten een VAS-ernstscore van 6. Daarnaast is ze gestopt met het gebruik van medicatie die de hoestprikkel onderdrukt.

### Discussie

Uit het onderzoek van Vertigan et al. (2006) kan geconcludeerd worden dat enig placebo effect van algemene therapie op hoestklach-



ten niet uit te sluiten is. Het effect van het SPEICH-C programma is echter significant groter gebleken. Dit pleit ervoor dat er bij elke individuele patiënt logopedische therapie op maat volgens het SPEICH-C programma gegeven dient te worden, waarbij alle vier aspecten van het programma aan bod komen.

## Conclusie en aanbevelingen

In het verleden werden patiënten met chronische hoestklachten alleen medisch behandeld. Door middel van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat logopedische behandeling volgens het SPEICH-C programma effectief is. Onze verwachting is dat (long)artsen patiënten in toenemende mate zullen verwijzen naar logopedie in de eerste of tweede lijn. Het is van belang dat logopedisten kennis hebben van de logopedische behandeling die effectief is voor patiënten met chronische hoestklachten, zoals het SPEICH-C programma.

Naast het kiezen van de juiste insteek van de logopedische behandeling, is de interne motivatie van de patiënt van groot belang voor het slagen van de therapie. De patiënt moet zijn gedrag ten aanzien van het hoesten willen en kunnen begrijpen en veranderen. Alleen dan zal er een vermindering kunnen optreden van de hoestklachten. Sommige patiënten zijn pas in staat om open te staan voor logopedische behandeling als medische behandeling geen mogelijkheden meer biedt. Een beoordeling door een (gespecialiseerde) longarts is dan ook belangrijk, alvorens er gestart wordt met logopedische behandeling.

Uiteindelijk zal 20% van de patiënten die medicamenteus uitbehandeld zijn en nog persisterende hoestklachten ervaren, worden verwezen naar de logopedist (Vertigan en Gibson, 2012).

## Auteurs

**Leonore Meilof** is logopedist en klinisch linguïst en werkt in de Isala te Zwolle. Naast haar werk in de patiëntenzorg is Leonore kwaliteitsfunctaris van de afdeling Logopedie. [l.r.meilof@isala.nl](mailto:l.r.meilof@isala.nl)

**Paula Roosjen** is logopedist en werkt in de Isala te Zwolle. Paula onderzoekt en behandelt onder andere patiënten met chronische hoestklachten in de polikliniek. [p.roosjen@isala.nl](mailto:p.roosjen@isala.nl)

# Bij 20% van de patiënten met persisterende hoestklachten die medicamenteus behandeld worden, blijven de hoestklachten aanwezig. Deze groep patiënten komt in aanmerking voor logopedische behandeling

## LITERATUURLIJST

- > Blager F. (2000). Paradoxical vocal fold movement: Diagnosis and management. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 8, 180-183.
- > Demedts M., Dijkman J.H., Hilvering C., Postma D.S. (1999). *Longziekten*. Van Gorcum & Comp. B.V. ISBN 9789023234388.
- > Eryuksel, E., Dogan, M., Olgun, S., Kocak, I., Celikel, T. (2009). Incidence and treatment results of laryngopharyngeal reflux in chronic obstructive pulmonary disease. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, volume 266: 1267-1271.
- > Gibson, G.R. (1989). Enalapril-induced cough. *Archives of Internal Medicine*, 149: 2701-2703.
- > Gibson, P. G., Vertigan, A.E. (2009). Speech pathology for chronic cough: A new approach. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*. Vol. 22, 159-162.
- > Ibrahim, W.H., Gheriani, H.A., Almohamed, A.A., Raza, T. (2007). Paradoxical vocal cord motion disorder: past, present and future. *Postgraduate Medical Journal*, 83; 164-172.
- > Kastelik, J.A., Thompson, R.H., Aziz, I., Ojoo, J.C., Redington, A.E., Morice, A.H. (2002). Sex-related differences in cough reflex sensitivity in patients with chronic cough. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 166, 961-964.
- > Lammers, W.J. (2004). De standaard 'Acuut hoesten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de pulmonologie. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 10 april: 148 (15).
- > Milgrom, H., Corsello, P., Freedman, M., Blager, F., Wood, R. (1990). Differential diagnosis and management of chronic cough. *Comprehensive Therapy*, 16 (10), 46-53.
- > Morice, A.H., Fontana, G.A., Sovijarvi, A.H.A., Pistolesi, M., Chung, K.F., Widdicombe, J., O'Connell, F., Geppetti, P., Gronke, L., De Jongste, J., Belvisi, M., Dicpinigaitis, P., Fischer, A., McGarvey, L., Fokkens, W.J., Kastelik, J. (2004). The diagnosis and management of chronic cough. *European Respiratory Journal*, 24: 481-492.
- > Morrison, M., Rammage, L., Emami, A. (1999). The irritable larynx syndrome. *Journal of Voice*, 13(3), 447-455.
- > Pratter, M., Brightling, C., Bpulet, L., Irwin, R. (2006). An empiric integrative approach to the management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 129 (suppl 1) 222S-231S.
- > Selby, J.C., Gilbert, H.R., Lerman, J.W. (2003). Perceptual and Acoustic evaluation of individuals with laryngopharyngeal reflux pre- and post-treatment. *Journal of Voice*, 14: 557-570.
- > Sullivan, M.D., Heywood, B.M., Beukelman, D.R. (2001). A treatment for vocal cord dysfunction in female athletes: an outcome study. *Laryngoscope*, 111; 1751-5.
- > Verheij, T.J., Hopstaken, R.M., Prins, J.M., Salomé, P.L., Bindels, P.J., Posioen, B.P. t, Sachs, A.P.E., Thiadens, H.A., Verlee, E. (2011). NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). *Huisarts Wet*, 54(2):68-92.
- > Vertigan, A.E., Gibson, P.G. (2012). The role of speech pathology in the management of patients with chronic refractory cough. *Lung*, 190:35-40.
- > Vertigan, A.E., Theodoros, D.G., Winkworth, A.I., Gibsons, P.G. (2007). Chronic Cough: A tutorial for Speech-Language Pathologists. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, volume 15, number 3: 189-206.
- > Vertigan, A.E., Theodoros, D.G., Gibson, P.G., Winkworth, A.L. (2006). Efficacy of speech pathology management for chronic cough: a randomised placebo controlled trial of treatment efficacy. *Thorax*, 61: 1065-1069.
- > Widdicombe J.G. (1995). Neurophysiology of the cough reflex. *European Respiratory Journal*, 8:1193-202.