Behandelrichtlijn Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Definitie NHG COPD, volgens GOLD:
'Te voorkomen en te behandelen aandoening die gekarakteriseerd wordt door aanhoudende luchtwegklachten en luchtwegobstructie door afwijkingen aan de luchtwegen en/of aveloli die meestal het gevolg zijn van blootstelling aan schadelijke deeltjes of gassen'.

COPD is een heterogene aandoening en kan onderscheiden worden in:

- Obstructie van de kleine luchtwegen
- Emfyseem
- Chronische bronchitis

Behandelrichtlijn
Er wordt gewerkt volgens de landelijke richtlijn is er de NHG standaard COPD (herzien april 2021).
Zie voor de samenvatting of volledige Richtlijn COPD | NHG-Richtlijnen
https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/copd

Belangrijkste wijzigingen (NHG, COPD april 2021)
- Exacerbatie heet voortaan longaanval
- Ernst ziektelast wordt uitgedrukt in 2 niveaus; lichte en verhoogde ziektelast
- Beleid bij aanwijzingen voor restrictie is geconcretiseerd
- De aanpak van spirometrie bij aanwijzingen van restrictie bij spirometrie is verduidelijkt
- Beleid COPD richt zich voortaan op 4 subdomeinen van de ziektelast bij COPD: klachten en beperkingen, longaanvallen, voedingstoestand en mate van luchtwegobstructie
- Bij onvoldoende effect luchtwegverwijder, 2^{e} toevoegen uit andere groep
- Aanpak staken ICS toegevoegd

Kernboodschappen

- COPD komt vrijwel uitsluitend voor bij (ex-)rokers > 40 jaar.
- De ernst van de luchtwegobstructie correleert slechts beperkt met de klachten die patiënten ervaren. De fysiologische stoornis, uitgedrukt als de mate van luchtwegobstructie en de klachten, beperkingen en kwaliteit van leven vormen samen de ziektelast. Voor de huisartsenpraktijk betekent dit het in kaart brengen, behandelen en monitoren van klachten en beperkingen, longaanvallen, voedingstoestand en mate van luchtwegobstructie.
- Formuleer persoonlijke behandeldoelen in samenspraak met de patiënt.
- Stoppen met roken is verreweg de belangrijkste interventie naast andere leefstijlveranderingen, zoals meer bewegen.
- Dyspneuklachten kunnen worden behandeld met kort- en langwerkende luchtwegverwijders. Deze middelen hebben geen effect op het beloop van de longfunctie (FEV_1).
- Overweeg behandeling met een inhalatiecorticosteroïd (ICS) alleen bij patiënten met frequente longaanvallen (≥ 2 per jaar), ondanks behandeling met een of meer langwerkende luchtwegverwijders.

Aanvullend onderzoek bij aanwijzingen voor COPD
Spirometrie
- FVC, FEV_1 en flowvolumecurve
- FEV_1/FVC-ratio → luchtwegobstructie

- FEV_1 vóór en na gestandaardiseerde bronchusverwijding → reversibiliteit
- FVC → aanwijzing voor restrictie

	Z-score (g. afw.)
Restrictie	FVC < –1,64
Obstructie	FEV_1/FVC < –1,64

Aanwijzingen voor mogelijke restrictieve afwijking zijn meestal het gevolg van een technisch onvoldoende spirometrie. **Wees vooral bij duidelijke aanwijzingen voor restrictie zonder obstructie bedacht op een daadwerkelijke restrictieve aandoening.**

Evaluatie

- Stel de diagnose COPD bij patiënten na anamnese en lichamelijk onderzoek bij patiënten:

- Leeftijd > 40 jaar en
- Dyspnoe en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven en
- Relevante rookhistorie of andere relevante expositie
- Afwijkende FEV_1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding (2 metingen, interval > 4-6 weken)

  NB: COPD is vrijwel uitgesloten bij een FEV_1Z-score ≥ 1,64

  - Breng direct na de diagnose de ziektelast in kaart aan de hand van de 4 subdomeinen (zie tabel), maak onderscheid tussen lichte en verhoogde ziektelast.

Dubbeldiagnose (DD) en differentiële diagnose

ACO (astma-COPD-overlap)

Astma en COPD kunnen ook samen voorkomen. Bij patiënten met astma kunnen op middelbare leeftijd, door roken of door een langer bestaande ontsteking die onvoldoende behandeld is, structurele veranderingen ontstaan. Waardoor de luchtwegvernauwing naast reversibele ook irreversibele component krijgt (ACO of astma met persisterende obstructie).

Bij de evaluatie van een mogelijke diagnose astma of COPD is het verstandig om rekening te houden met andere ziektebeelden die ook hoesten en/of benauwdheidsklachten kunnen geven. Benauwdheid kan veroorzaakt worden door afwijkingen en ziekten van de longen, maar ook door aandoeningen van het hart, angststoornissen en systeemziekten zoals b.v. longcarcinoom, hartfalen en reflux.

Criteria voor afwijkingen op de subdomeinen (4) van de ziektelast (2)

Tabel 5 Criteria voor afwijkingen op de subdomeinen van de ziektelast COPD	
Subdomein	**Afwijkend indien**
Klachten, hinder en beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2*
Longaanvallen	≥ 2 longaanvallen per jaar behandeld met orale corticosteroïden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5%/maand of > 10%/6 maanden of verminderde voedingstoestand (BMI < 21 kg/m^2) zonder andere verklaring
Longfunctie†	FEV_1 na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1,5 l absoluut Of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld ↓ FEV_1 > 150 ml per jaar) gedurende ≥ 3 jaar (≥ 3 metingen)
Ziektelast	
Lichte ziektelast	Geen van de subdomeinen afwijkend
Verhoogde ziektelast	≥ 1 subdomein afwijkend
MRC = Medical Research Council dyspneuschaal (schaalbereik 1-5); CCQ = Clinical COPD Questionnaire (schaalbereik 0-6) * Zie CAHAG Screeningsinstrumenten. † Gebruik voor het bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag	

Doel behandeling

Probeer de ziektelast te verminderen op 4 subdomeinen

1. Verminder klachten en beperkingen. Verbeter conditie en activiteit
2. Voorkom longaanvallen
3. Voorkom onder- of overgewicht
4. Stabiliseer achteruitgang van de longfunctie

Richt het beleid op het verbeteren van de prognose

- Begeleiding bij stoppen met roken
- Ondersteuning bij het zich aanpassen van de ziekte
- Ondersteuning bij opstellen en nastreven van persoonlijke behandeldoelen.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

- Educatie t.b.v. ziekteadaptatie
- Begeleiding bij stoppen met roken
- Beweging evt. onder gebruik van een kortwerkende en luchtwegverwijder
- Verwijs naar een fysiotherapeut bij patiënten met een verhoogde ziektelast of bij lichte ziektelast met fysieke beperkingen
- Zelfmanagement; individueel zorgplan; betrek ook gezinsleden
- E-health
- Voedingstoestand
    - Bij overgewicht, adviseer af te vallen. Overweeg verwijzing naar diëtist of GLI.
    - Overweeg bij ongewild gewichtsverlies verwijzing diëtist en naar longarts

- Preventie comorbiditeit bv factuurpreventie en maagbescherming bij orale corticosteroïden, CVRM, Influenza- en pneumokokkenvaccinatie
- Psychosociale factoren en psychiatrische problematiek
- Ondersteunende informatie (b.v. thuisarts.nl en inhalatorgebruik.nl)
- Bespreek acties bij longaanval COPD

Medicamenteuze behandeling

- Bespreek het volgende met de patiënt:
  - luchtwegverwijders bieden symptomatische behandeling bij klachten, beperkingen en longaanvallen
  - bij ≥ 2 longaanvallen per jaar kan onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroïden het risico op een longaanval verkleinen
  - inhalatiemedicatie heeft geen effect op de geleidelijke afname van de longfunctie (FEV1) op lange termijn

- Kies in overleg met de patiënt een toedieningsvorm en geef een duidelijke inhalatie-instructie
- Controleer in de instelfase elke 6 weken; ga bij onvoldoende verbetering ondanks goede therapietrouw en inhalatietechniek naar een volgende stap
- Gebruik bij combinatietherapie in eerste instantie losse mono preparaten; overweeg bij blijvende indicatie een combinatiepreparaat

Voor de medicamenteuze behandeling is er een praktische regionale richtlijn, bestemd voor gebruik tijdens het spreekuur: **het Eerstelijns longformularium regio Ketenzorg West-Friesland – Coöperatieve Apothekersvereniging West-Friesland.** Afgestemd met de longartsen van het Dijklanderziekenhuis. Formularium-COPD-ASTMA.pdf (zorgkoepelwf.nl)

Monitoring

- Evalueer de 4 subdomeinen, het rookgedrag, gebruik van medicatie en het effect van de niet-medicamenteuze behandeling en stel zo nodig bij
- Stem de frequentie van de controleconsulten af op de behoeften en wensen van de patiënt als deze een stabiele situatie heeft bereikt; houd als vuistregel aan: bij lichte ziektelast jaarlijks; bij verhoogde ziektelast ten minste 2 × per jaar
- Gebruik eventueel van een monitoringsinstrument
- Verricht zo nodig spirometrie; instrueer de patiënt de eigen medicatie zoals gebruikelijk te nemen

Consultatie kaderhuisarts COPD voor:

- Inhoudelijke vragen van (terugverwezen) patiënten
  Kaderhuisarts: Fida Neek: via Health Connected
- Inhoudelijke vragen (klachten, medicatiewijziging, thuisbezoek) van bekende patiënten in ziekenhuis
  - Longarts Dijklanderziekenhuis
  - Gespecialiseerde longverpleegkundig Dijklanderziekenhuis
- Voor kwaliteitsbeleid en organisatorische vragen:
  - Ketencoördinator: Susan Rus: srus@ketenzorgwf.nl
  - Praktijkconsulent: praktijkconsulent@ketenzorgwf.nl

Verwijzing naar de longarts:
Consulteer of verwijs naar de longarts of kaderhuisarts bij:

- twijfel aan de diagnose
- COPD ≤ 50 jaar
- snel progressief beloop
- FEV1 < 50% van de voorspelde waarde of < 1,5 l ondanks optimale behandeling
- blijvende klachten, hinder en beperkingen (CCQ ≥ 2, MRC ≥ 3) ondanks optimale behandeling
- ≥ 2 longaanvallen per jaar ondanks behandeling met LAMA + LABA of combinatie met een ICS
- verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies ten gevolge van COPD
- complexe comorbiditeit of ernstige problemen op meerdere subdomeinen (vraag aan de longarts of patiënt in aanmerking komt voor longrevalidatie)
- werkgerelateerde problemen of belemmeringen (ook naar de bedrijfsarts)
- psychosociale problemen of problemen met het omgaan met de ziekte (ook naar poh-ggz)

Voor de uitgebreide dagelijkse uitvoering van deze zorg (gebaseerd qua inhoud van de zorg op de NHG standaard COPD, 2021 met wetenschappelijke onderbouwing) verwijzen wij naar het boek. Bij het boek hoort de website www.astmacopdindehuisartsenpraktijk.nl met allerlei handige tabellen en bijlages die te downloaden zijn voor gebruik in de praktijk.

Astma en COPD in de huisartsenpraktijk (2021) herziene versie van het boek Protocollaire astma/COPD-zorg, 2015. De herziene NHG-Standaarden Astma bij volwassenen (juni 2020) en COPD (april 2021) zijn in deze versie verwerkt.

Het boek richt zich vooral op de praktijkverpleegkundige en praktijkondersteuner werkzaam in de huisartsenpraktijk. Het is een goed naslagwerk voor huisartsen (in opleiding) en doktersassistenten.