

# Behandelrichtlijn COPD

## + Diagnostiek

### Anamnese

Overweeg COPD bij (ex-)rokers > 40 jaar met klachten van hoesten, slijm opgeven of geleidelijk toenemende dyspneu. Vraag:

- Geboortegewicht en vroeggeboorte (risicofactoren)
- Blootgesteld aan stof, dampen, rook (thuis/werk, bijv. stallen, mijnen, koken op hout)
- Werk gerelateerde klachten en vrijetijdsbesteding.
- Invloed van de klachten op functioneren.
  - Allergieën.
  - Cardiovasculaire voorgeschiedenis.
  - Medicatiegebruik.

## + Regionale afspraken

HWF kijkt af van NHG standaard op onderstaande punten:

- De longarts is hoofdbehandelaar bij patiënten met aanhoudend verhoogde ziektelast.
- De longarts is het 1e aanspreekpunt <48 uur na longaanval als degene op de SEH is gezien of opgenomen.

### Aanvullend onderzoek

- Bepaal FVC, FEV1, FEV1/FVC- ratio, flowvolumecurve vóór en na bronchusverwijding. Herhaal na 4-6 weken.
- Bij twijfel tussen HF en COPD: overweeg ECG en BNP/NT-proBNP.
- Bij discrepantie tussen klachten en spirometrie: X-thorax.
- Bij een mogelijke restrictieve afwijking, consulteer de kaderhuisarts via Boards.

### Evaluatie

Stel de diagnose COPD bij:

- leeftijd >40 jaar én
- Dyspneu en/of hoesten (eventueel met slijm) én
- Relevante rook- of expositiegeschiedenis én
- FEV1/FVC-ratio met een Z-score <-1,64 na bronchusverwijding, bevestigd in 2 metingen met een interval > 4-6 weken.

Bij twijfel geeft klinisch beeld de doorslag.

### Dubbeldiagnose (ACO)

Dubbeldiagnose COPD + astma: het longfunctieonderzoek en anamnese wijzen op combinatie. Er is dan sprake van overlap (ACO).

- Maak twee episodes aan: R95 (COPD) en R96 (astma).
- Noteer gegevens bij voorkeur in episode R96 en laat R95 leeg.
- Behandel primair op basis van de meest dominante aandoening.

## Reden spoedverwijzing

Ernstige longaanval (0229 - 257 257)

### Beoordeling Z-score met ROER

- Restrictie: als FVC z-score < - 1,64
- Obstructie: als FEV1/FVC z-score < - 1.64
- Ernst obstructie: volgens GOLD indeling
- Reversibiliteit: als FEV1 na verwijding toeneemt met  $\geq 12\%$  en  $\geq 200$  ml

### Lichamelijk onderzoek

- Let op dyspneu, ademhalingsfrequentie, cyanose, gebruik hulpademhalingspijpen, stand van thorax, oedeem benen.
- Ausculteer hart en longen; let op een verlengd expirium, expiratoir piepen en crepiteren, hartritme en souffles. Ausculteer bij vervolgonderzoek alleen bij dyspneuklachten.
- Bij ernstige dyspneu, meet saturatie, bloeddruk, ademhalings- en hartfrequentie.
- Meet gewicht en lengte, bereken de BMI en beoordeel op ongewenst gewichtsverlies.

| Ziektelast |                          |                              | subdomein                                  | afwijkend indien                                                                                                                                                                              |
|------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | lichte ziektelast        | verhoogde ziektelast         | klachten, hinder, beperkingen              | MRC $\geq 3$ of CCQ $\geq 2$                                                                                                                                                                  |
|            |                          |                              | longaanvallen                              | $\geq 2$ longaanvallen per jaar behandeld met orale corticosteroïden of $\geq 1$ ziekenhuisopnamen wegens COPD                                                                                |
|            | geen subdomein afwijkend | $\geq 1$ subdomein afwijkend | voedingstoestand                           | ongewenst gewichtsverlies >5% per maand of >10% per 6 maanden of verminderende voedingstoestand (BMI < 21 ) zonder andere verklaring                                                          |
|            |                          |                              | longfunctie ( laatste spirometrie-uitslag) | FEV1 na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1,5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld daling FEV1 > 150 ml per jaar gedurende $\geq 3$ jaar ( $\geq 3$ metingen) |



### Algemene vragen?

Zorgcoördinatoren Huisartsenorganisatie West-Friesland (HWF)

✉ zorgcoordinator@hwf.nl

☎ 0229 219 401

Behandeldoelen: verbeteren van de prognose door begeleiding bij stoppen met roken en verminderen ziektebelasting.

## Niet-medicamenteuze behandeling

- Geef advies/begeleiding bij stoppen met roken.
- Overweeg verwijzing naar een fysiotherapeut, met name bij CCQ-score  $\geq 2$ .
- Overweeg bij onder- en overgewicht verwijzing naar een diëtist via het DiëtistiekBoard.
- Bespreek het belang van een gezonde leefstijl (zie de Zorgmodules leefstijl).

## Medicamenteuze behandeling

Raadpleeg het formulier COPD-Astma op HWF website.

- Stem af met de apotheek wie inhalatie-instructie ([www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl)) geeft en herhaal instructie bij elke nieuwe behandelstap of bij toename van klachten.
- Adviseer jaarlijks influenzavaccinatie.
- Bij  $\geq 3$  maanden orale corticosteroïden; overweeg medicatie fractuurpreventie en maagbescherming.

### Spirometrie (stabiele fase)

| ziektebelasting           | niet- of ex-roker | roker         |
|---------------------------|-------------------|---------------|
| lichte ziektebelasting    | geen spirometrie  | 1x per 3 jaar |
| verhoogde ziektebelasting | 1x per 3 jaar     | jaarlijks     |

Instrueer patiënt op dag van spirometrie eigen medicatie op gebruikelijke manier in te nemen. Zie voor Formulier inhalatiemedicatie COPD

## Controles POH

Evalueer de 4 subdomeinen, rookgedrag, medicatiegebruik, effect van niet-medicamenteuze behandeling en stel zo nodig bij.

- Jaarlijkse controle: BMI en bloeddruk.
- Controle ziektebelasting: jaarlijks bij lichte, 2-jaarlijks bij verhoogde ziektebelasting.
- Herhaal inhalatie-instructie en controleer therapietrouw.
- Bespreek de psychosociale gevolgen.
- Elke 5 jaar: cardiovasculaire risicoschatting, behandel volgens de NHG-standaard CVRM indien nodig.

### Na een doorgemaakte longaanval

Bespreek na 2 weken de mogelijkheid tot zelfmanagement (REDUX/Individueel zorgplan), eventueel met eHealth/telemonitoring. Beschrijf in het actieplan tenminste:

- Hoe een longaanval te (h)erkennen.
- Wanneer en met wie contact op te nemen.
- Wanneer en hoelang zelfstandig medicatie te verhogen.
- Eventueel: wanneer zelf te starten met prednisonol.

## Gold-classificatie

$\geq 2$  longaanvallen of  $\geq 1$  longaanval met ziekenhuisopname

### Group E

**LABA + LAMA**

consider LABA + LAMA + ICS if blood eos  $\geq 300$

0 of 1 longaanvallen (zonder ziekenhuisopname)

### Group A

**A bronchodilator**

mMRC 0-1, CAT  $< 10$

### Group B

**LABA + LAMA**

mMRC  $\geq 2$ , CAT  $\geq 10$

## Longaanval

Stel de diagnose 'longaanval bij COPD' bij acute verslechtering met toename van dyspnoe en hoesten, al dan niet met slijm opgeven, die groter is dan normale dag-tot-dag variabiliteit. Maak onderscheid tussen ernstige of minder ernstige longaanval.

### Ernstige longaanval (bij ABCDE-stabiele patiënt):

Er is sprake van een ernstige longaanval bij  $\geq 1$  van de volgende criteria:

- (Toename van) dyspneu in rust, moeite met uitspreken van een hele zin, niet plat kunnen liggen.
- Sterk toegenomen ademarbeid, dit uit zich in een hoge ademfrequentie of gebruik van hulpademhalingspijpen.
- Versnelde hartslag  $> 100$ /minuut.
- Saturatie  $< 94\%$ .

### Minder ernstige longaanval

Bij minder ernstige longaanval is er duidelijk toegenomen dyspneu maar ontbreken criteria voor een ernstige longaanval.

## Consultatie en verwijzing

### Consulteer

- Kaderhuisarts COPD: via het ConsultatieBoard.
- Longarts: 
- Longverpleegkundigen Dijklander ziekenhuis 
- Longverpleegkundigen Omring thuiszorg/wijkverpleging 
- Kwaliteitsbeleid en organisatorische vragen: zorgcoördinator via [zorgcoordinator@hwf.nl](mailto:zorgcoordinator@hwf.nl).

### Verwijzing longarts via Zorgdomein

- Bij twijfel tussen COPD en HF.
- Differentiaal diagnostische problematiek (bij vermoeden van maligniteit, longziekten-/ aandoeningen).
- FEV1  $> 50\%$  van voorspelde waarde en saturatie in rust  $< 90\%$ .
- Verminderde voedingstoestand/ongewenst gewichtsverlies COPD.
- Complexe comorbiditeit of ernstige problemen op meerdere subdomeinen.
- Longonderzoek/Spirometrie (diagnostisch) als dit niet in eigen praktijk gedaan kan worden.