

samenvatting handreiking

Samenvatting Handreiking COPD

Document	Samenvatting Handreiking COPD
Auteur	Maret Zonneveld
Versiedatum	december 2023



huisartsenzorg

Inhoudsopgave

Voorwaarden deelname ketenzorg	3
Diagnose stellen	3
Registratie	4
Frequentie van controle	5
Streefwaarden	5
Medicatie	6
Algemeen	6
Voorschrijven: Keuze medicatiestap	6
Voorschrijven: Keuze inhalator	8
Controle van inhalatiemedicatie	8
Longaanval	9
Capita selecta	9
Afspraken en verwijscriteria diëtist	9
Afspraken en verwijscriteria fysiotherapeut	10
Consultatie kaderarts	10
Afspraken met de specialist	10

Deze samenvatting van de UNICUM handreiking COPD is bedoeld voor zowel de POH als de huisarts.
[Bekijk hier de volledige handreiking.](#)

Voorwaarden deelname ketenzorg

Een patiënt komt in aanmerking voor ketenzorgprogramma COPD als

- Er een en lege artis gestelde diagnose COPD is, geclassificeerd met ICPC R95 **EN**
- De huisarts is hoofdbehandelaar

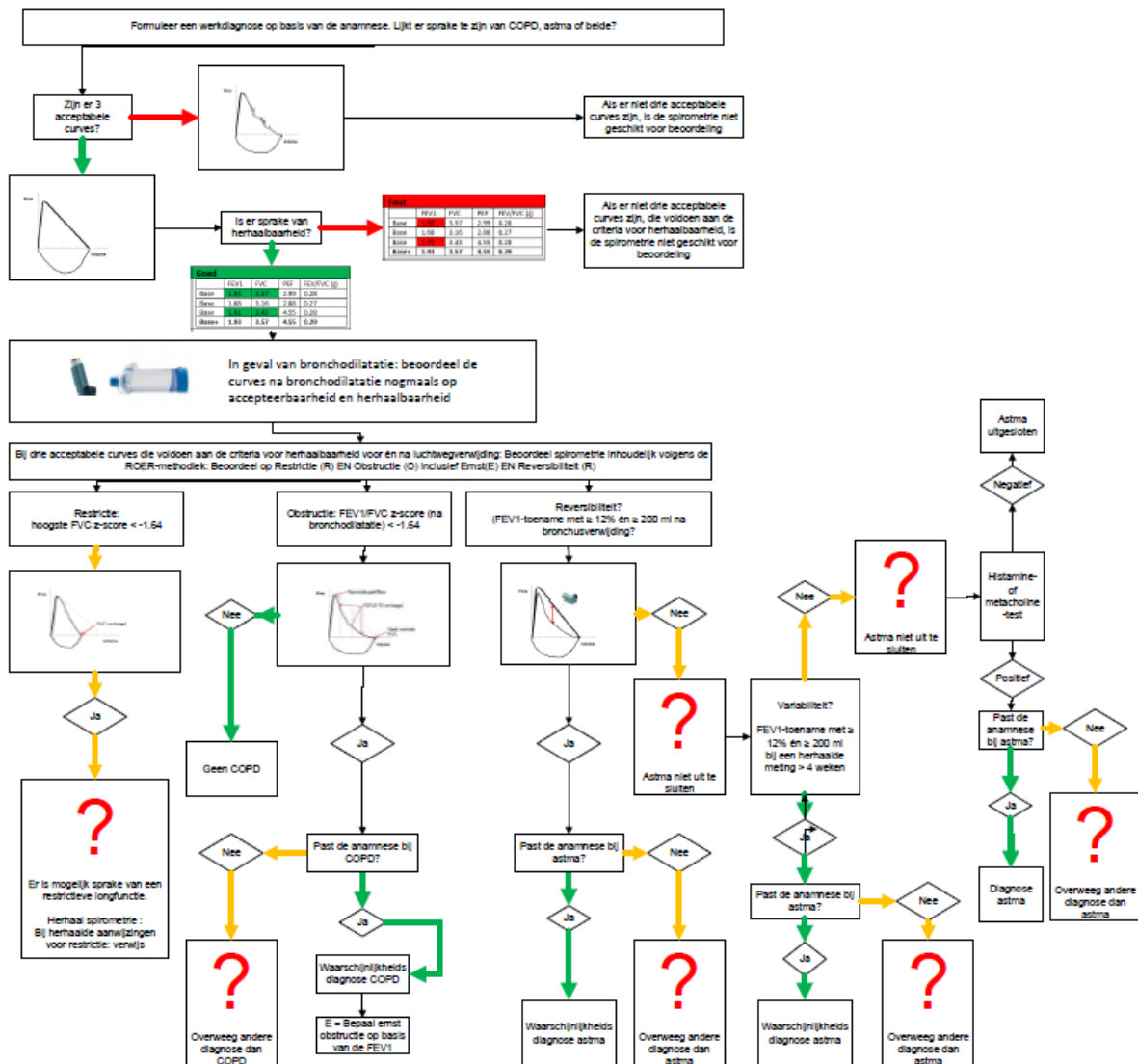
Er zijn verschillende redenen denkbaar op grond waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma.

Diagnose stellen

De huisarts stelt de diagnose COPD bij patiënten ouder dan 40 jaar met:

- Klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven **EN**
- Relevante rookhistorie (arbitrair > 10 jaar roken) of andere relevante expositie **EN**
- Bij spirometrie afwijkende (verlaagde) FEV1/FVC-ratio namelijk met een Z-score onder de minus 1.64, na gestandaardiseerde bronchusverwijding, vastgesteld bij 2 verschillende metingen met een interval > 4 weken. Er is uitgebreide informatie over de uitvoering en beoordeling van de spirometrie te vinden in de handreiking. Bij uitvoering in eigen praktijk is CASPIR vereist.

Onderstaand stroomdiagram maakt inzichtelijk hoe je met aanvullend onderzoek en anamnese kunt komen tot een waarschijnlijkheidsdiagnose COPD (of astma). Als de klachten uit de anamnese en de uitslag van het longfunctieonderzoek niet bij elkaar passen, blijft er sprake van diagnostische twijfel.



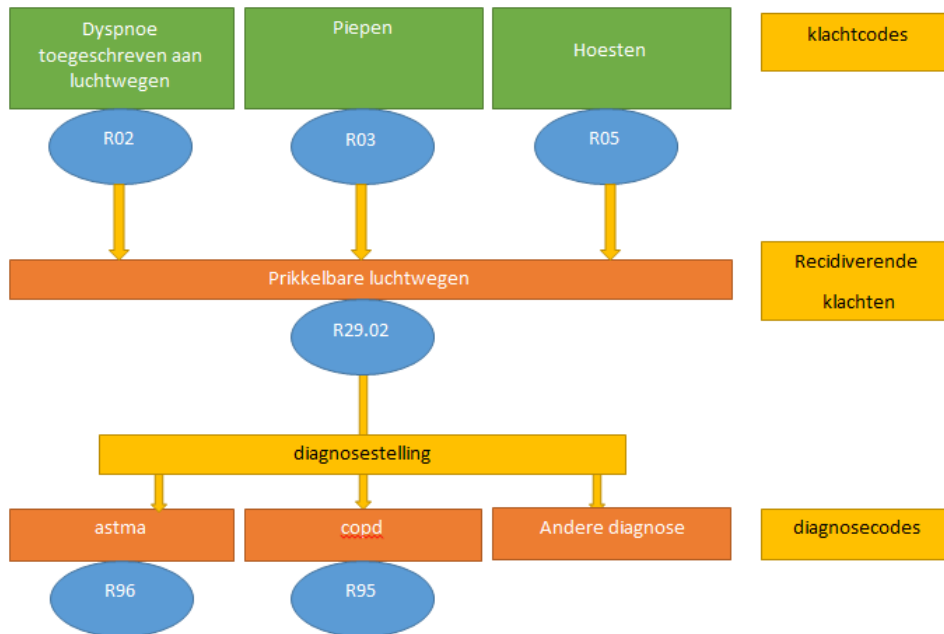
Als bij een patiënt de uitslag van het longfunctieonderzoek in combinatie met de anamnese, wijst op zowel astma als COPD, dan is er sprake van astma en COPD overlap (ACO).

Registratie

Als een patiënt bewezen COPD heeft, leg je dit vast met een ICPC-diagnosecode.

Voor patiënten met recidiverende klachten, bij wie je nog geen echte diagnose hebt gesteld, is een aparte ICPC-code (R29.02 prikkelbare luchtwegen) beschikbaar. Onderstaand schema geeft de mogelijkheden weer.

Stroomdiagram gebruik ICPC-codes luchtwegklachten



Het is mogelijk dat er sprake is van astma met (enige) blijvende obstructie, of van COPD met (geringe) reversibiliteit. Registreer bij patiënten met astma-COPD-overlap (ACO) de aandoening die het meest op de voorgrond staat. Je geeft in dat geval duidelijk in de naam weer wat de situatie is.

Noodzakelijk onderzoek in de monitoringsfase van COPD en interpretatie

Welk onderzoek?	Hoe vaak nodig?	Interpretatie
Aantal longaanvallen waarvoor een orale corticosteroïdkuur (al dan niet gecombineerd met antibiotica) of een ziekenhuisopname noodzakelijk is	Minimaal jaarlijks	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 1 longaanvallen: indicatie voor het bespreken van een longaanval actieplan ≥ 2 longaanvallen, behandeld met orale corticosteroïden per jaar, of ≥ 1 longaanval, waarbij opname noodzakelijk: de ziektelast is verhoogd ≥ 2 longaanvallen: overweeg inhalatiesteroïden
Rookstatus	Minimaal jaarlijks bij (ex-) rokers	Actief roken is een bespreekpunt

Medicatie	Minimaal jaarlijks	<ul style="list-style-type: none"> • Is de medicatiestap passend? • Is er sprake van eenheid van device? • Is de patiënt therapietrouw? • Is de inhalatietechniek correct?
CCQ	Minimaal jaarlijks	<ul style="list-style-type: none"> • CCQ totaalscore ≥ 2 is afwijkend • CCQ domeinscore mentaal >2 is afwijkend
MRC	Minimaal jaarlijks	MRC ≥ 3 is afwijkend
Gewicht	Minimaal jaarlijks	<ul style="list-style-type: none"> • Normaal: BMI ≥ 21 • Normaal: Geen ongewenst gewichtsverlies (5% gewichtsverlies binnen 1 maand of 10% gewichtsverlies in 6 maanden)
Spirometrie	<p>Bij een lichte ziektelast:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet- of ex-rokers: geen spirometrie • Rokers: eenmaal per drie jaar <p>Bij een verhoogde ziektelast:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ex-rokers: eenmaal per drie jaar • Rokers jaarlijks <p>Bij diagnostische twijfel</p>	<p>Technisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn minimaal 3 acceptabele curves • Er is sprake van herhaalbaarheid <p>Inhoudelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • FVC Z-score < -1.64 kan een aanwijzing zijn voor mogelijke restrictie • FEV1/FVC-ratio Z-score < -1.64: er is obstructie <ul style="list-style-type: none"> ○ FEV1%van voorspeld ≥ 80: licht ○ FEV1%van voorspeld $50 \leq$ en < 80: Matig ernstig ○ FEV1%van voorspeld $30 \leq$ en < 50: Ernstig ○ FEV1%van voorspeld < 30: Zeer ernstig <ul style="list-style-type: none"> • FEV1 toe- of afname $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml tussen pre- en postmeting: er is reversibiliteit. • FEV1 toe- of afname $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml tussen twee spirometrie-uitslagen: er is variabiliteit. • FEV1 daling over ten minste 3 jaar (≥ 3 metingen) met gemiddeld meer dan 150 ml/jaar is afwijkend.

Frequentie van controle

Stem de frequentie, als een stabiele situatie is bereikt, af op de behoeften en wensen van de patiënt. Als vuistregel geldt: bij lichte ziektelast jaarlijks; bij verhoogde ziektelast ten minste 2 maal per jaar.

Streefwaarden

COPD is meer dan spirometrie. Spirometrie geeft alleen een indicatie van de ernst van de luchtwegobstructie. De ernst van de luchtwegobstructie correleert slechts beperkt met de klachten die patiënten ervaren. De ernst van de COPD is gebaseerd op de ziektelast. Onderstaande tabel geeft aan hoe je de ziektelast kunt bepalen en wanneer deze verhoogd is.

Subdomein	Afwijkend indien
Klachten, hinder en beperkingen	MRC \geq 3 of CCQ \geq 2*
Longaanvallen	\geq 2 longaanvallen per jaar behandeld met orale corticosteroiden of \geq 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 \downarrow FEV ₁ $>$ 150 ml per jaar) gedurende \geq 3 jaar (\geq 3 metingen)
Ziektelast	
Lichte ziektelast	Geen van de subdomeinen afwijkend
Verhoogde ziektelast	\geq 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	

Als de ziektelast verhoogd is, heeft de patiënt zijn COPD sowieso niet goed onder controle. Om te beoordelen of een patiënt zijn COPD goed onder controle heeft, kijk je bovendien ook nog naar:

- De rookstatus
- Medicatiegebruik
 - Gebruikte geneesmiddelen
 - Gebruikte device(s)
 - Therapietrouw
 - Inhalatietechniek

Ook als de patiënt nog rookt of als er aandachtspunten zijn op het gebied van de medicatie (geneesmiddel, device, therapietrouw of techniek), is het verstandig hierover met de patiënt in gesprek te gaan.

Medicatie

Algemeen

- Bij het voorschrijven van elk nieuw inhalatiemedicament, ongeacht de aanleiding of voorschrijver, wordt altijd inhalatie-instructie gegeven in de huisartsenpraktijk.
- Controleer na twee tot vier weken
- Controleer altijd eerst de inhalatietechniek en therapietrouw voor de overstap op een volgende medicatiestap.

Voorschrijven: Keuze medicatiestap

Luchtwegverwijders: Stappenplan op basis van de ernst van de klachten.

Dit stappenplan is zowel bruikbaar bij ophogen als bij het verminderen van de medicatie.

Geen klachten

Bij patiënten met weinig klachten of beperkingen kan in overleg met de patiënt inhalatiemedicatie achterwege blijven.

Af en toe klachten

Geef een SABA of een SAMA. Onderhoudsbehandeling met SABA of SAMA (4 maal daags) wordt niet aanbevolen.

Regelmatige dyspneuklachten

Hinder of beperkingen en onvoldoende effect van zo nodig gebruik van een kortwerkende luchtwegverwijder: Start onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder een LAMA (langwerkend parasympatholyticum) of een LABA (langwerkend bèta-2-sympathomimeticum).



Persisterende dyspneuklachten

Start onderhoudsbehandeling met een combinatie van een LABA en een LAMA. Geen verbetering met 2 luchtwegverwijders? De effectiviteit van 2 luchtwegverwijders is beperkt; verwijs bij weinig verbetering naar een longarts.

Andere overwegingen die een rol spelen bij het maken van een keuze voor een luchtwegverwijder Longaanvallen

Een LAMA beschermt iets beter tegen longaanvallen dan een LABA en heeft daarom in geringe mate de voorkeur.

Contra-indicaties

Er zijn geen contra-indicaties voor SABA of LABA. Contra-indicaties voor een LAMA zijn urineretentie en glaucoom in de voorgeschiedenis: deze aandoeningen kunnen verergerd worden.

Bijwerkingen

SABA of LABA kunnen bijwerkingen geven. Deze kunnen bestaan uit tremor van handen en vingers, hoofdpijn, nachtelijke spierkrampen, stijging van de hartfrequentie. Dit kan een reden zijn om over te stappen op een SAMA of LAMA. Bijwerkingen van SAMA of LAMA zijn: een droge mond, urineretentie, tachycardie en accommodatiestoornissen, dit zijn anticholinerge effecten. Bij bijwerkingen kan op een SABA of LABA worden overstapt.

Tabel inhalatiemedicatie bij COPD Luchtwegverwijders












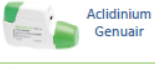


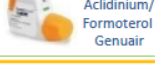

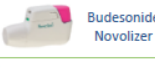





Middel	Dosering in microgram	Maximum/dag in microgram
Kortwerkende luchtwegverwijders		
SABA		
Salbutamol <ul style="list-style-type: none">InhalatiepoederDosisaerosol	1-4 dd 100-400 1-4 dd 100-200	800-1600, afhankelijk van de toedieningsvorm
Terbutaline <ul style="list-style-type: none">Inhalatiepoeder	1-4 dd 250-500	4000 (1000 microg/keer)
SAMA		
Ipratropium <ul style="list-style-type: none">InhalatiepoederDosisaerosol	1-4 dd 40 1-4 dd 40	240
Langwerkende luchtwegverwijders		
LABA		
Formoterol <ul style="list-style-type: none">InhalatiepoederDosisaerosol	1-2 dd 6-12 1-2 dd 6-12	24 (+ 24 indien extra inhalatie nodig zijn)
Salmeterol <ul style="list-style-type: none">InhalatiepoederDosisaerosol	2 dd 50 2 dd 50	100
Olodaterol <ul style="list-style-type: none">Mist inhaler	1 dd 5	5
Indacaterol <ul style="list-style-type: none">Inhalatiepoeder	1 dd 150-300	300
Vilanterol <ul style="list-style-type: none">Alleen als combi	1 dd 22	22
LAMA		
Tiotropium <ul style="list-style-type: none">Inhalatiepoeder*Mist inhaler	1 dd 18/10 1 dd 5	18/10 5
Acidinium <ul style="list-style-type: none">Inhalatiepoeder	2 dd 322	644
Umeclidinium <ul style="list-style-type: none">Inhalatiepoeder	1 dd 55	55

Glycopyrronium	• Inhalatiepoeder	1 dd 44	44
	• Dosisaerosol (alleen icm formo beclo)	2dd 18	36

Overweeg te starten met inhalatiesteroïden bij twee of meer longaanvallen (waarvoor een kuur prednis(ol)on) en/of een ziekenhuisopname nodig was) ondanks onderhoudsbehandeling met (een) langwerkende luchtwegverwijder(s). Een andere indicatie voor het voorschrijven van ICS aan een COPD-patiënt is de gelijktijdige aanwezigheid van astma.

Voorschrijven: Keuze inhalator

Bij het voorschrijven van inhalatiemedicatie aan een patiënt die nog geen inhalatiemedicatie gebruikt, kies je in principe een inhalator uit het regionale formularium. Het formularium is bedoeld voor nieuwe gebruikers.

		Formularium COPD			
		Droog Poeder Inhalator (DPI) <small>Eerste keus (i.v.m. teller) voor patiënten waarbij 1 teug inhalatie mogelijk is en wanneer de patiënt over voldoende inhalatiekracht beschikt (controleer eventueel m.b.v. de Incheck-Dial)</small>	Aerosolen (met voorzetskamer) <small>Wanneer 1 teug inhalatie niet mogelijk is of bij onvoldoende inhalatiekracht</small>	Soft Mist Inhaler & Ademgestuurde aerosol <small>Wanneer 1 teug methode mogelijk is bij onvoldoende inhalatiekracht</small>	
SABA	 Salbutamol Diskus	 Salbutamol Novolizer	 Salbutamol	 Berodual (SABA/SAMA)	 Salbutamol Redihaler
SAMA			 Ipratropium		
LABA	 Salmeterol Diskus	 Formoterol Novolizer	 Formoterol		 Olodaterol Respiant
LAMA	 Umeclidinium Ellipta	 Acidinium Genuair			 Tiotropium Respiant
LAMA/LABA	 Umeclidinium/Vilanterol Ellipta	 Acidinium/Formoterol Genuair			 Tiotropium/Olodaterol Respiant
ICS		 Budesonide Novolizer			 Beclometason Redihaler
ICS/LABA	 Fluticasonfuroaat/Vilanterol Ellipta				ICS uitsluitend bij persistente exacerbaties of astma component
ICS/LABA/LAMA	 Fluticasonfuroaat/Vilanterol/umeclidinium Ellipta				

Stap 1: SABA of SAMA en combineer zo nodig
Stap 2: LABA of LAMA

Stap 3 combinatie LABA/LAMA (of LABA/ICS bij persistente exacerbaties)
Stap 4: LABA/LAMA/ICS (alleen na overleg 2^e lijn)

Het gebrek aan een teller bij een aerosol kan eventueel opgelost worden door het gebruiken van een Countair.

Controle van inhalatiemedicatie

Sta bij elke controle stil bij de volgende vragen:

- Klopt de medicatiestap?
- Klopt de inhalator?
- Hoe is de therapietrouw?
- Hoe is de inhalatietechniek?

Controleer bij controle van de inhalatietechniek of de volgende stappen correct doorlopen worden:

- Goede voorbereiding
- Aannemen correcte houding, met name de kin omhoog (naar de bovenkant van de deur kijken)
- Volledig uitademen vooraf
- Inhaleren met de juiste kracht (soms krachtig, soms juist rustig, afhankelijk van de inhalator)
- De adem voldoende lang vasthouden na inhalatie (10 tellen of zo lang als comfortabel is)
- Netjes afronden
- De voorzetkamer goed onderhouden (indien van toepassing)

Uitgebreide informatie hierover (ook achtergronden) is te vinden in de [UNICUM handreiking COPD](#).

Longaanval

Maak onderscheid tussen een ABCDE-instabiele patiënt, en een ABCDE-stabiele patiënt met een ernstige of minder-ernstige longaanval.

ABCDE-instabiele patiënt:

Verwijs met spoed

ABCDE-stabiele patiënt, met een ernstige longaanval

Geef salbutamol per dosis-aerosol met voorzetkamer of met vernevelapparaat salbutamol en ipratropiumbromide. Verwijs na luchtwegverwijding als:

- Er na de inhalaties geen verbetering optreedt.
- Er thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn.
- Er ernstige interfererende comorbiditeit is.
- Er risicofactoren voor een ernstig beloop zijn: leeftijd \geq 65 jaar, fors verhoogde ademhalingsfrequentie, en/of beloop bij eerdere ziekenhuisopname.

Bij geen verwijsindicatie

- Geef een orale kuur prednisolon (eenmaal daags 40 mg) gedurende 5 dagen; afhankelijk van verbetering bij controle verlengen tot maximaal 14 dagen.
- Verhoog de dosering luchtwegverwijders
- Geef bij een ernstige longaanval antibiotica:
 - Bij infectieverschijnselen (> 38 °C, algemeen ziek zijn, veranderd hoestpatroon, veranderd sputum).
 - Aan kwetsbare patiënten, bijvoorbeeld met een reeds bekende ernstige bronchusobstructie.
 - Bij een voorgeschiedenis van ernstige longaanvallen waarbij steeds antibiotica nodig waren.
- Controleer bij voorkeur de volgende dag en plan een vervolgspraak bij de POH 2 weken na de longaanval voor het bespreken van een longaanval-actieplan.

ABCDE-stabiele patiënt, met een minder-ernstige longaanval

- Verhoog de dosering luchtwegverwijders gedurende de eerste 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis) en/of pas de toedieningsvorm aan.
- Stel bij het eerste consult of na herbeoordeling vast of behandeling met prednis(ol)on nodig is.
- Maak een controleafspraak op korte termijn, bijvoorbeeld 2 weken en maak in een vervolgspraak na de longaanval een (kort) longaanval-actieplan.

Er zijn meerdere longaanval-actieplannen (bijvoorbeeld voor laag-geletterden) te vinden in de [handreiking](#).

Capita selecta

In de handreiking zijn enkele capita selecta opgenomen over COPD op reis en COPD tijdens Covid.

Afspraken en verwijscriteria diëtist

Ondervoeding

- Een voedingsinterventie heeft alleen zin in combinatie met een bewegingsprogramma).
- Verwijs bij een BMI < 21 of ongewenst gewichtsverlies naar de diëtist (en fysiotherapeut!) voor een gecombineerde voedings- en bewegingsinterventie.
- Verwijs bij onvoldoende verbetering na 3 maanden, naar de longarts.

Overgewicht

- Verwijs bij obesitas (BMI hoger dan 30 kg/m²) naar de diëtist.

Afspraken en verwijscriteria fysiotherapeut

Indicaties voor verwijzing fysiotherapie zijn:

- Verhoogde ziektelast (met name bij CCQ-score ≥ 2). Bij deze patiënten kan de fysieke activiteit en/of capaciteit verminderd zijn door bijvoorbeeld (angst voor) kortademigheid of slijmvorming.
- Lichte ziektelast, bij patiënten die fysieke beperkingen ervaren (met name bij CCQ-score 1-2) om dezelfde redenen.
- Als aanvullende behandeling bij behandeling door de diëtist bij ondergewicht of gewichtsverlies.

Geef bij een verwijzing naar een fysiotherapeut de volgende informatie:

- FEV1
- MRC/CCQ-scores
- Aantal doorgemaakte longaanvallen waarvoor een orale corticosteroïdkuur (al dan niet gecombineerd met antibiotica) noodzakelijk was en/of ziekenhuisopnames in de afgelopen 12 maanden;
- Informatie over medicatie en comorbiditeit die relevant is voor inspannen, zoals coronair lijden, atriumfibrilleren of diabetes

Consultatie kaderarts

De kaderarts kan de huisarts adviseren op het gebied van diagnostiek en behandeling. De huisarts blijft daarbij hoofdbehandelaar. De kaderarts is te consulteren via VIPLive.

Afspraken met de specialist

Redenen om te verwijzen naar de longarts zijn:

- Onzekerheid over de diagnose zoals bij:
 - Discrepantie tussen onderzoek en ervaren klachten
 - COPD op jonge leeftijd (≤ 50 jaar)
 - Uitsluiting van restrictie
- Ernst van de klachten zoals:
 - Blijvende klachten, hinder en beperkingen (CCQ ≥ 2 , MRC ≥ 3) ondanks optimale behandeling
 - Een acute longaanval die niet voldoende verbetert na eerste interventies
 - Frequente longaanvallen waarvoor een orale corticosteroïdkuur (al dan niet gecombineerd met antibiotica) of een ziekenhuisopname noodzakelijk is (≥ 2 per jaar ondanks LAMA + LABA of combi met ICS)
 - Snel progressief beloop
 - FEV1 $< 50\%$ van de voorspelde waarde of $< 1,5$ l ondanks optimale behandeling
 - 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)
 - Werk gerelateerde problemen of belemmeringen (ook naar de bedrijfsarts)
 - Psychosociale problemen of problemen met het omgaan met de ziekte (ook naar poh-ggz)