

# COPD Samenvattingskaart

ROER	beoordelen	afwijkend	conclusie
Restrictie	FVC	< 5 <sup>e</sup> percentiel = z-score < -1,64	Aanwijzingen voor restrictie
Obstructie	FER = FEV1/FVC	< 5 <sup>e</sup> percentiel = z-score < -1,64	Obstructie
Ernst	FEV1 % van voorspeld	Zie tabel	Ernst van obstructie
Reversibiliteit	FEV1 voor en na bronchusverwijding	Verschil ≥ 12% en ≥ 200ml	Reversibiliteit

GOLD-stadium	FEV1 % van voorspeld
Gold I – licht	> 80%
Gold II – matig ernstig	50 – 80%
Gold III – ernstig	30-50%
Gold IV – zeer ernstig	< 30 %

Ziekte last COPD	licht	matig/ernstig
MRC	0-2	≥ 3
CCQ	< 2	≥ 2
Aantal exacerbaties	0-1	2 of meer
FEV1	≥50% (Gold I-II)	<50% of < 1,5 l
Progressief longfunctieverlies	nee	ja
Voedingstoestand	BMI ≥ 21 en stabiel	BMI < 21 of ongewenst gewichtsverlies
Adaptatieproblemen	nee	ja

Behandeling COPD			
Stap 1	SABA of SAMA		Controleer na 2 weken
Stap 2	SAMA of SABA	Vervang of voeg toe	Idem
Stap 3	LAMA of LABA	Kies op basis van comorbiditeit	Bij FEV1 < 80% van voorspeld
Stap 4	LAMA plus LABA		
Starten ICS	≥ 2 exacerbaties/jaar	Overweeg ICS	Evalueer na 1 jaar
Staken ICS	onverminderd aantal exacerbaties	Stak ICS	Evalueer na 3 mnd
	2 jaar geen exacerbaties	Stak ICS	Evalueer na 3 mnd

## Inhalatiemedicatie bij COPD

Middel	Inhalatiepoeder	Dosisaerosol	Maximum/dag
<b>Kortwerkende luchtwegverwijders</b>			
<i>SABA (short acting beta-2-agonist)</i>			
Salbutamol	4 dd 100-400 microg	4 dd 100-200 microg	800-1600 microg, afhankelijk van de toedieningsvorm
Terbutaline	4 dd 500 microg	-	4000 microg (1000 microg/keer)
<i>SAMA (short acting muscarinic antagonist)</i>			
Ipratropium	3-4 dd 40 microg	3-4 dd 20-40 microg	320 microg
<b>Langwerkende luchtwegverwijders</b>			
<i>LABA (long acting beta-2-agonist)</i>			
Formoterol	1-2 dd 12-24 microg	1-2 dd 12-24 microg	48 microg
Salmeterol	2 dd 50 microg	2 dd 2 maal 25 microg	100 microg
<i>LAMA (long acting muscarinic antagonist)</i>			
Tiotropium	1 dd 18 microg	1 dd 2 maal 2,5 microg (soft mist inhaler)	18 microg (inhalatiepoeder) 5 microg (soft mist inhaler)
<b>Inhalatiecorticosteroïden (ICS)*</b>			
Beclometason†	2 dd 400 microg	2 dd 400 microg	1600 microg
Budesonide†	2 dd 400 microg	2 dd 400 microg	1600 microg
Fluticasonpropionaat	2 dd 500 microg	2 dd 500 microg	1000 microg

\* Indicatie: alleen bij ≥ 2 exacerbaties in het voorafgaande jaar, ondanks behandeling met LABA of LAMA.

† Beclometason en budesonide als monopreparaat zijn niet geregistreerd voor de behandeling van COPD (off label); bij beclometason extrafijn gelden lagere doseringen; dit middel is anno 2015 relatief duur.

# COPD Samenvattingskaart

Monitoring COPD	Frequentie controleconsult	Frequentie spirometrie
Instelfase COPD	Na verandering medicatie	1-2 keer
Lichte ziektelast: bij patiënten zonder klachten en die niet meer roken*.	Jaarlijks	Niet
Lichte ziektelast: bij patiënten met klachten of die roken**.	Tenminste jaarlijks	Eenmaal per 3 jaar
Matige ziektelast	Tenminste 2x per jaar	Jaarlijks; bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per 3 jaar.
Ernstige ziektelast	In de tweede lijn	In de tweede lijn
Beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Exacerbatie	Extra na behandeling van de exacerbatie	Niet extra

\*Zonder klachten: MRC < 2 en/of CCQ < 1 en zonder exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden.

\*\*Met klachten: MRC =2 of CCQ ≥1 en <2 of maximaal 1 exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden.

## Verwijzing of consultatie longarts bij COPD

### Diagnostische problemen

- Twijfel over de diagnose.
- Jonge leeftijd (arbitrair <50 jaar)

### Therapeutische problemen

- Blijvende matige en ernstige ziektelast.
- ≥ 2 exacerbaties per jaar, behandeld met orale corticosteroiden en/of antibiotica, ondanks behandeling met een langwerkende Luchtwegverwijder en ICS.
- Snel progressief beloop ondanks maximale behandeling, ook bij een FEV1 > 50%.
- Complicerende of ernstige comorbiditeit.
- Een verminderde voedingstoestand indien dit het gevolg lijkt van COPD.
- Werkgerelateerde problemen of belemmeringen.
- Complicerende psychosociale factoren of problemen met omgaan met de ziekte.
- Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling.
- Voor (poli)klinische longrevalidatie.

### Terugverwijzing

- De vraag van de huisarts of patiënt is beantwoord, de diagnostiek in de tweede lijn is afgerond of de zorg van de longarts draagt niet verder bij aan het verminderen van de ziektelast.
- Patiënten met lichte tot matige ziektelast bij wie de behandeldoelen zijn verwezenlijkt.
- Een patiënt in de palliatieve fase, in overleg met patiënt en huisarts.

## Verwijzing fysiotherapie bij COPD

### Aandachtspunten

- Verwijs naar een fysiotherapeut die aangesloten is bij het Long Revalidatie Netwerk Amsterdam (LoRNA – [www.lornamsterdam.nl](http://www.lornamsterdam.nl)).
- ALTIJD ook verwijzing naar diëtiste bij ondergewicht of ongewenst gewichtsverlies\* of bij ernstig overgewicht (BMI > 30).

### Indicaties

- Elke patiënt met COPD Gold I of II die na advies door de POH niet voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB).
- Bij ondergewicht of gewichtsverlies\*, nadat andere oorzaken dan COPD zijn uitgesloten en als er geen indicatie is voor revalidatie in de tweede lijn, in samenwerking met de diëtist.
- Bij ernstig overgewicht (BMI > 30, of > 25 bij grote buikomvang), in samenwerking met de diëtist.
- Bij klachten als dyspnoe bij inspanning, problemen met sputumklaring, verkeerde ademtechniek in rust of tijdens inspanning.

## Verwijzing diëtist bij COPD

- BMI ≤ 21 kg/m<sup>2</sup> en/of ongewenst gewichtsverlies, te weten 5% of meer binnen één maand of 10% binnen een half jaar (LET OP: eerst consultatie longarts!!).
- Overgewicht (BMI >25-30 kg/m<sup>2</sup>) en matige of ernstige ziektelast: alleen indien andere medische redenen gewichtsreductie vereisen of bij vergrote buikomvang (bij mannen ≥102cm, bij vrouwen ≥ 88cm).
- BMI ≥ 30
- Gewichtstoename na stoppen met roken ondanks advies door de POH.

## Verwijzing wijk-longverpleegkundige bij COPD

- Leefregels inpassen in leefpatroon
- Inhalatiemedicatie instructie, ook bij vernevelen.
- Ter ondersteuning bij het aanpassen van de leefstijl (SMR)
- Zogenaamde draaideurpatiënten na ziekenhuisopname.
- Zuurstofafhankelijke patiënt of CPAP.
- Thuissituatie in beeld brengen en ter ondersteuning van de mantelzorg.
- Ondersteuning thuiszorg: intensieve zorg nodig, zorgplan opstellen.
- Begeleiding in de laatste levensfase (palliatieve zorg).