

Nieuwe ontwikkelingen in de herziene NHG-Standaard COPD

Jip de Jong, Margriet Bouma

De NHG-Standaard COPD is volledig herzien door een brede werkgroep. Daarin zaten (kader)huisartsen, een POH, een longarts en 2 ervaringsdeskundigen. Het beleid bij aanwijzingen voor restrictie is verduidelijkt. Ook is de standaard vereenvoudigd, onder meer door de niveaus van ziektelast terug te brengen van 3 naar 2. Verder is er aandacht voor het verwijfsbeleid naar fysiotherapie en is er een stappenplan toegevoegd voor medicamenteuze behandeling. De herziene NHG-Standaard beoogt de ziektelast door COPD terug te dringen en de prognose te verbeteren. De standaard sluit aan bij de zorgstandaard COPD.

BELEID BIJ AANWIJZINGEN VOOR RESTRICTIE

Het komt regelmatig voor dat er bij spirometrie aanwijzingen zijn voor restrictie (Z -score FVC < -1,64). Een knelpunt was dat bij verwijzing zelden werkelijke restrictie blijkt, maar de aanwijzing vaak een gevolg is van een technisch onvoldoende spirometrie. Die is onder meer te herkennen aan het ontbreken van een lange uitademing (ten minste 6 seconden) of het ontbreken van een duidelijk plateau in het volumetijddiagram. Aanbevolen wordt om – alvorens te verwijzen – eerst de anamnese verder uit te diepen, na te gaan of er eerdere aanwijzingen voor restrictie waren en om de spirometrie te herhalen met aandacht voor de technische uitvoering.

BEHANDELING VAN COPD

De behandeling van COPD bestaat uit begeleiding bij stoppen met roken om de prognose te verbeteren en interventies in de relevante subdomeinen om de ziektelast te verminderen. Daarbij is het van belang om in samenspraak met de patiënt persoonlijke behandeldoelen op te stellen. Betrek ook (met toestemming van de patiënt) aanwezige gezinsleden, mantelzorger(s) of verzorgenden bij de behandeling van COPD.

ZIEKTELAST VAN 3 NAAR 2 NIVEAUS

De ernst van COPD wordt sinds de vorige versie van de standaard uitgedrukt in ziektelast, omdat de ernst van de luchtwegobstructie slechts in beperkte mate correleert met de klachten die patiënten ervaren. De ziektelast heeft 4 subdomeinen: klachten en beperkingen, longaanvallen, voedingstoestand en mate van luchtwegobstructie. De ervaren problemen in deze subdomeinen worden tijdens het consult in kaart gebracht. Bij afwijkingen in 1 of meer van de 4 subdomeinen is de ziektelast verhoogd.



Foto: iStock

De herziene NHG-Standaard COPD drukt de ernst van de ziektelast bij COPD uit op 2 niveaus: lichte en verhoogde ziektelast.

In de praktijk bleek het onderscheid tussen ‘matige’ en ‘ernstige’ ziektelast uit de vorige standaard niet altijd duidelijk, omdat de overgang van matige naar ernstige ziektelast een glijdende schaal was. De nieuwe versie van de NHG-Standaard drukt de ernst van de ziektelast bij COPD uit op 2 niveaus: lichte en verhoogde ziektelast. Verhoogde ziektelast correspondeert met de oude ‘matige ziektelast’. Patiënten met een verhoogde ziektelast hebben in de regel meer zorg nodig dan patiënten met een lichte ziektelast. Blijvende verhoogde ziektelast is een verwijfsreden.

FYSIOTHERAPIE

Bij de behandeling van COPD-patiënten hebben niet-medicamenteuze adviezen een belangrijke plaats. Bewegen draagt bij aan het verbeteren of stabiel houden van het fysiek functioneren. Bij COPD-patiënten kan er sprake zijn van verminderde activiteit en/of capaciteit (conditie), bijvoorbeeld door (angst voor) kortademigheid. Overweeg daarom COPD-patiënten te verwijzen naar een fysiotherapeut met voldoende kennis van en ervaring met de behandeling van patiënten met COPD.

EEN NIEUW MEDICAMENTEUS STAPPENPLAN

Het vernieuwde medicamenteuze stappenplan is gebaseerd op 2 parameters: klachten/beperkingen en de preventie van longaanvallen. Stap 1 bij klachten/beperkingen bestaat uit

een kortwerkende luchtwegverwijder. Stap 2 bestaat uit een langwerkende luchtwegverwijder (LABA of LAMA). Bij onvoldoende effect van 1 langwerkende luchtwegverwijder is de nieuwe aanbeveling om een tweede uit de andere groep toe te voegen, dus een combinatie van LAMA en LABA. De indicatie voor een inhalatiecorticosteroid (ICS) is niet veranderd, namelijk meer dan 2 longaanvallen of 1 ziekenhuisopname wegens COPD per jaar.

COPD-patiënten gebruiken nog regelmatig een ICS zonder dat daarvoor een duidelijke indicatie is. Daarom is in de herziene standaard een aanpak voor het staken van ICS opgenomen. ■

De Jong J, Bouma M, namens de NHG-werkgroep COPD. Nieuwe ontwikkelingen in de herziene NHG-Standaard COPD. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1064-6. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: De Jong J, senior wetenschappelijk medewerker, j.de.jong@nhg.org; Bouma M, senior wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. De NHG-werkgroep bestond uit (op alfabetische volgorde): Bischoff E, Bouma M, Broekhuizen L, De Jong J, Donkers J, Hallensleben C, In 't Veen JC, Snoeck-Stroband J, Van Vugt S, Wagenaar M.

Raadpleeg de volledige NHG-Standaard COPD op <https://richtlijnen.nhg.org>.