



NASCHOLING

Ernstig COPD: alle behandelopties nagaan

Met medewerking van:



Dr. Marlies van Dijk,
Longarts UMCG



Jessica Brussee

Samenvatting

Patiënten met ernstig COPD kenmerken zich door een hoge ervaren ziektelast. Zij hebben vaak veel last van symptomen als dyspnoe, hoesten, vermoeidheid of spierzwakte en/of hebben regelmatig last van exacerbaties. Voor deze patiëntengroep kan het lonen om alle behandelbare kenmerken, ofwel 'treatable traits', goed in kaart te brengen en deze stuk voor stuk te behandelen. Als ook dit onvoldoende effect heeft zijn er, voor een deel van de patiënten, aanvullende geavanceerde behandelopties mogelijk, zoals longrevalidatie in een expertisecentrum, bronchoscopische interventies, niet-invasieve ventilatie of een longtransplantatie. Daarnaast is het, voor de gehele groep patiënten met ernstig COPD, verstandig om aandacht te besteden aan advance care planning en palliatieve zorg.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- Weet u wat de kenmerken zijn van ernstig COPD;
- Heeft u een beeld van de ziektelast die patiënten met ernstig COPD ervaren;
- Weet u dat het aanpakken van behandelbare kenmerken (treatable traits) verlichting kan brengen voor patiënten met (ernstig) COPD;
- Bent u globaal op de hoogte de geavanceerde behandelopties die beschikbaar zijn voor (een deel van de) patiënten met ernstig COPD;
- Kent u het belang van advance care planning en palliatieve zorg voor patiënten met ernstig COPD.

COPD is, na ischemische hartziekten en beroertes, de derde belangrijkste doodsoorzaak wereldwijd en leidt tot een hoge ziektelast.[1] In Nederland lijden ruim een half miljoen mensen aan COPD.[2] In 2018 gingen, als gevolg van COPD, ongeveer 188.500 levensjaren verloren als gevolg van vroegtijdige sterfte en verlies aan kwaliteit van leven (Disability Adjusted Life Years; DALY's).[3] Een deel van de COPD-patiënten heeft ernstig COPD. Hoewel een precieze definitie voor ernstig COPD ontbreekt, evenals een schatting van het aantal patiënten dat hieraan lijdt, zijn er wel algemene kenmerken van deze patiënten te beschrijven. Zo ervaren mensen met ernstig COPD een hoge ziektelast. Zij hebben veel klachten in het dagelijks leven en/of regelmatig exacerbaties.

Kwaliteit van leven

De hoge ziektelast bij ernstig COPD heeft een grote, negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Zo kan kortademigheid, de meest voorkomende klacht bij COPD, problemen geven op verschillende domeinen. Allereerst kan het leiden tot het vermijden van inspanning en daarmee tot een verminderd functioneren in het dagelijks leven. Patiënten kunnen problemen ervaren met huishoudelijke taken of persoonlijke verzorging. Daarnaast kan kortademigheid leiden tot angst, wat op zijn beurt weer kan leiden tot (meer) kortademigheid. Als een patiënt door de COPD-klachten zijn of haar beroep niet meer kan uitoefenen heeft dit zowel gevolgen voor zijn of haar maatschappelijke deelname als voor de financiële situatie. Tot slot heeft COPD ook gevolgen voor de naasten, die zich mochten aanpassen aan de beperkingen van hun familielid én een rol krijgen in de zorg.[4] Naast kortademigheid ervaren mensen met ernstiger COPD ook veel andere klachten, zoals hoesten, vermoeidheid en spierzwakte.[5] Een Britse studie laat zien dat de ervaren kwaliteit van leven en het emotioneel welbevinden

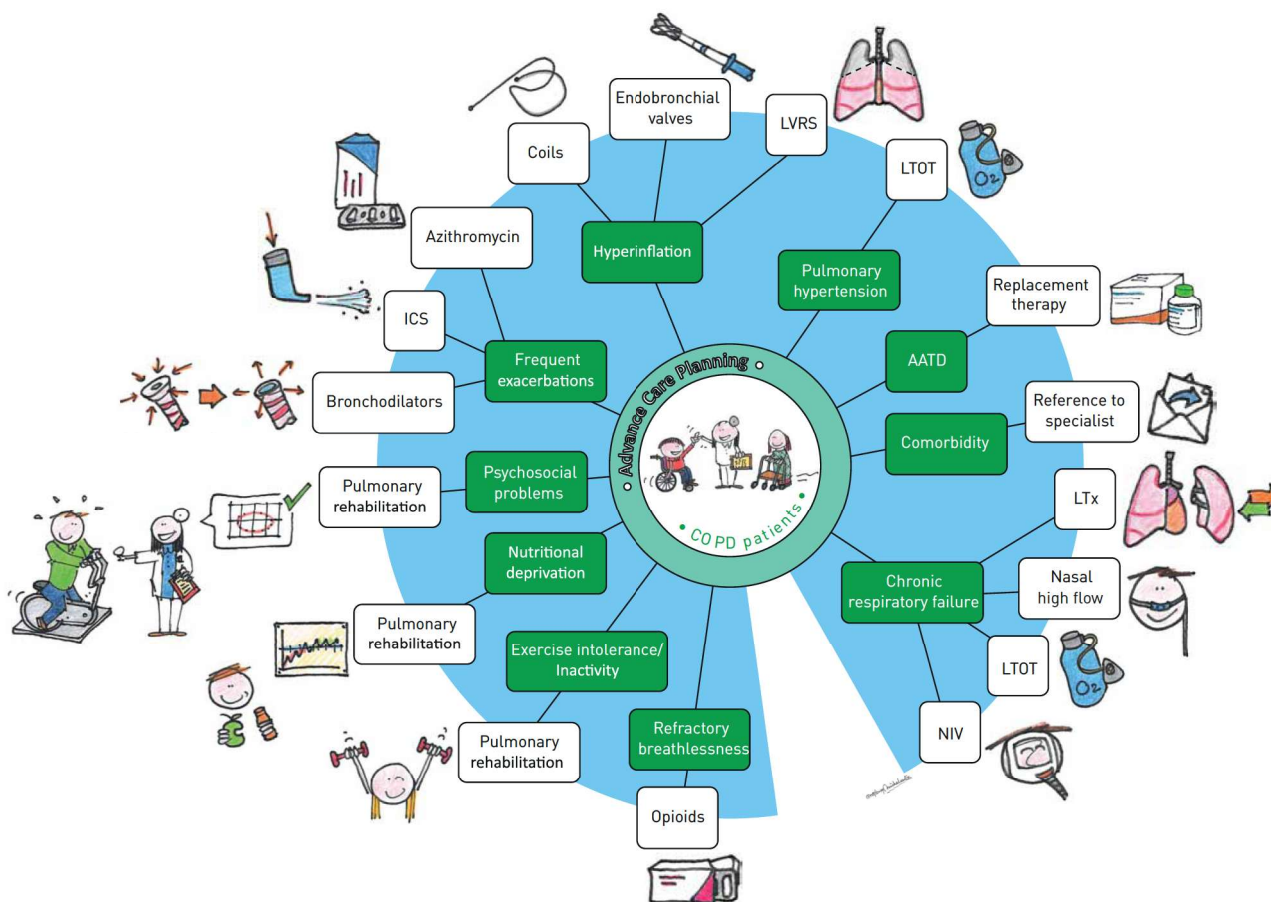
van patiënten met ernstig COPD zelfs lager is dan die van patiënten met longkanker (niet-kleincellig longcarcinoom; NSCLC).[6]

Ook co-morbiditeit komt veel voor bij COPD.[7] Een Nederlandse prospectieve observationele studie bracht dertien objectief vastgestelde vormen van co-morbiditeit in kaart. Dit gebeurde onder 213 mensen met matig tot ernstig COPD (Gold stadium II-IV) die deelnamen aan een longrevalidatieprogramma. De studie laat zien dat vrijwel alle COPD-patiënten in deze groep (97,7%) ten minste één comorbiditeit hebben. Ruim de helft (53,5%) had zelfs vier of meer comorbiditeiten.[8]

Prognose

COPD als ziektebeeld is onvoorspelbaar. De hoge ziektelast kan jarenlang aanhouden en plotseling verergeren. Dit maakt het zowel voor artsen als voor patiënten lastig om vooruit te kijken. Van de patiënten die met een exacerbatie worden opgenomen in het ziekenhuis overlijdt ongeveer de helft binnen twee jaar na opname.[9]

Er zijn een aantal factoren die een ongunstige prognose kunnen voorspellen, zoals de BODE-index. Deze index, opgebouwd uit de FEV1, zes-minuten-wandeltest (6MWD), de modified Medical Research Council (mMRC) dyspneu-score en de body mass index (BMI; voornamelijk als indicator voor cachexie), voorspelt het risico op overlijden aan respiratoire of andere oorzaken binnen vier jaar.[10] De European COPD Audit bestudeert het risico op overlijden tijdens of na een ziekenhuisopname in verband met een COPD-exacerbatie. Deze studie laat zien dat een hogere leeftijd bij opname, de aanwezigheid van comorbiditeiten en een respiratoire acidose waarvoor beademing nodig is risicofactoren zijn voor overlijden tijdens de ziekenhuisopname



Afbeelding 1. Overzicht van treatable traits bij ernstig COPD met mogelijke behandelopties. AATD: alfa-1-antitrypsinedeficiëntie, LVRS: longvolumereductie, LTOT: langetermijn-zuurstoftherapie, NIV: non-invasieve ventilatie, ICS: inhalatiecorticosteroïden.

of in de 90 dagen daarna. Patiënten die worden opgenomen hebben daarnaast een grotere kans om binnen 90 dagen nogmaals te worden opgenomen.[11]

Behandelbare kenmerken

COPD is een heterogeen ziektebeeld. Omdat het zich op verschillende manieren kan uiten is het, zeker bij patiënten met ongecontroleerd COPD, zinvol om goed te kijken welke factoren hieraan ten grondslag liggen. Het traditionele model voor de behandeling van COPD hanteert een stapsgewijze benadering, waarbij de medicatie steeds iets wordt aangepast wanneer een patiënt hier onvoldoende op reageert. De laatste jaren wordt steeds meer gewerkt met een model dat uitgaat van behandelbare kenmerken, ofwel *treatable traits*. Hierbij onderscheidt de arts alle kenmerken van de patiënt of aandoening waarvoor een behandeling beschikbaar is. Het kan daarbij gaan om pulmonale kenmerken, extra-pulmonale kenmerken en leefstijlfactoren. [12,13] Voorbeelden van pulmonale kenmerken zijn bijvoorbeeld hyperinflatie, pulmonale hypertensie of respiratoire insufficiëntie. Ook is het belangrijk om te controleren of er misschien sprake is van alfa-1-antitrypsine-deficiëntie. Bij extra-pulmonale kenmerken gaat het bijvoorbeeld om co-morbiditeiten,

een slechte voedingstoestand of psychosociale problemen. Bij de leefstijlkenmerken zijn stoppen met roken en therapietrouw belangrijke factoren.

Geavanceerde behandelingen

Als al deze factoren zijn uitgesloten of optimaal behandeld met de meest gangbare methoden, en de patiënt nog steeds veel klachten en/of exacerbaties houdt, dan is het de moeite waard om te kijken naar meer geavanceerde behandelopties. Hierbij zijn verschillende opties, zoals longrevalidatie in een expertisecentrum, niet-invasieve ventilatie, bronchoscopische interventies of een longtransplantatie.

Welke behandeling het meest passend is, hangt wederom af van de kenmerken van de patiënt of de aandoening. Voor patiënten met problemen op verschillende domeinen kan longrevalidatie in een expertisecentrum een oplossing bieden. Denk bijvoorbeeld aan patiënten die last hebben van kortademigheid, exacerbaties (pulmonaal domein), ondergewicht en moeite met acceptatie van de aandoening (extrapulmonaal domein). Patiënten bij wie hyperinflatie op de voorgrond staat komen mogelijk in aanmerking voor een bronchoscopische interventie, zoals de plaatsing van

De longfalenpolikliniek in het UMCG

In het UMCG wordt intensief samengewerkt om patiënten met ernstig COPD te behandelen. Sinds 2005 worden patiënten besproken in een multidisciplinair overleg (MDO) gericht op longfalen. Daaraan nemen longartsen deel van de relevante subspecialismen: longrevalidatie, bronchoscopische interventies, thuisbeademing en longtransplantatie. In 2019 is deze samenwerking in een nieuwe vorm gegoten en is, naast het MDO, een longfalenpolikliniek opgericht.[14] Zij beoordelen patiënten met ernstig COPD via een uitgebreid protocol en bekijken of er, als alle behandelbare kenmerken via de reguliere weg zijn aangepakt, nog geavanceerde behandelmogelijkheden overblijven voor een patiënt. Iedere longarts (in opleiding), verpleegkundig specialist of physician assistant longziekten in Nederland kan patiënten naar de longfalenpolikliniek verwijzen.

Tijdens een dagbezoek aan het UMCG doorlopen mensen een volledig diagnostisch proces. Na een welkomstsprek volgt een uitgebreide longfunctiemeting, een looptest, een hartfilmpje, een CT-scan (met in- en expiratiebeelden), een bloedgasanalyse en een algemeen bloedonderzoek. Daarnaast vullen patiënten vragenlijsten in over hun symptomen en kwaliteit van leven. Tot slot volgt een consult met een van de longartsen of arts-assistenten uit het team, die het ziektebeeld en de diagnostische testen met de patiënt bespreekt en tevens ingaat op wat COPD voor de patiënt betekent.

Tot slot bespreken de artsen de patiënt tijdens het MDO en zetten zij op een rijtje wat de extra behandelopties zijn voor deze specifieke patiënt. De patiënt wordt gebeld om dit toe te lichten en de verwijzer ontvangt een uitgebreide brief met daarin de adviezen. Als een geavanceerde behandeling is aangewezen, zal een patiënt in veel gevallen intern worden doorverwezen binnen het UMCG. In andere gevallen kan de verwijzer de vervolgbehandeling zelf oppakken.

longventielen. Momenteel wordt ook onderzoek gedaan naar de toepassing van bronchoscopische interventies bij mensen met frequente exacerbaties en chronische bronchitisklachten. Patiënten met respiratoire insufficiëntie met hypercapnie kunnen in aanmerking komen voor (nachtelijke) niet-invasieve ventilatie (NIV) via één van de vier centra voor thuisbeademing in Nederland. Tot slot is longtransplantatie een optie voor een geselecteerde groep patiënten.

Alle bovenstaande technieken worden doorlopend verbeterd; in de eerste plaats om de kwaliteit van leven en overleving van patiënten nog verder te doen toenemen. Daarnaast wordt continu gezocht naar mogelijkheden om meer patiënten te kunnen helpen met deze behandelingen.

Advance Care Planning en palliatieve zorg

Naast aandacht voor reguliere en geavanceerde behandelingen voor mensen met ernstig COPD is aandacht voor advance care planning (ACP) en palliatieve zorg essentieel. Ook deze zorg kan de kwaliteit van leven verbeteren. In de praktijk vormt de onvoorspelbaarheid van de aandoening vaak een uitdaging voor behandelaars, want wat is het juiste moment om een gesprek over ACP te beginnen? Daarnaast is het een uitdaging om tegelijkertijd zowel aandacht te besteden aan geavanceerde behandelingen en ACP en palliatieve zorg. Het mooiste zou zijn om het gesprek over ACP samen met de patiënt steeds verder op te bouwen. ACP is immers niet met één gesprek klaar, en voorkeuren van de patiënt kunnen over de tijd veranderen.[14]

Conclusie

Patiënten met ernstig COPD ervaren een hoge ziektelast en hierdoor een lage kwaliteit van leven. Bij de behandeling van deze patiënten is het belangrijk om alle behandelopties systematisch na te gaan. Dat kan door een overzicht te maken van alle behandelbare kenmerken van een persoon en deze stuk voor stuk aan te pakken.

Als al deze kenmerken optimaal zijn behandeld en de patiënt nog steeds veel klachten of exacerbaties houdt, kan verwijzing naar een expertisecentrum zinvol zijn. Daar kan worden beoordeeld of de patiënt in aanmerking komt voor een geavanceerde behandeling, zoals longrevalidatie in een expertisecentrum, een bronchoscopische interventie, niet-invasieve ventilatie of een longtransplantatie. Hoewel er op dit moment nog niet voor alle patiënten met ernstig COPD een behandeling beschikbaar is, zijn er veel nieuwe ontwikkelingen gaande. Hierdoor neemt het aantal patiënten dat toch nog aanvullend behandeld kan worden steeds verder toe. Voor alle patiënten met ernstig COPD is het essentieel om aandacht te besteden aan advance care planning en palliatieve zorg. ●

Hoe identificeer je mensen met ernstig COPD?

Er is geen precieze definitie voor ernstig COPD en herkennen van deze patiënten is soms lastig. Mogelijk is de indeling naar ernst zoals die gebruikt wordt bij astma ook zinvol voor patiënten met COPD. Bij astmapatiënten wordt allereerst, op basis van klachten en exacerbaties, onderscheid gemaakt naar gecontroleerd en ongecontroleerd astma. Vervolgens worden patiënten geïdentificeerd met moeilijk behandelbaar astma. Binnen deze groep is er weer een kleine subgroep waarbij, ook na bevestiging van de diagnose en optimale maatregelen op het gebied van medicatie, inhalatietechniek, therapietrouw, reductie van blootstelling aan uitlokkende factoren, behandeling van onderliggende ziekten en intensieve begeleiding, nog steeds veel klachten en/of exacerbaties blijven bestaan. Deze groep heeft ernstig astma.[15]

Voor COPD bestaan de GOLD-criteria. Deze delen patiënten in naar ernst op basis van de mate van luchtwegobstructie (FEV1, GOLD-stadium I-IV) en op basis van symptomen en exacerbaties (categorie A t/m D). Mogelijk zou het een beginpunt kunnen zijn om eerst patiënten in GOLD categorie B t/m D te selecteren op basis van symptomen en/of exacerbaties. Afhankelijk van de vraag of er nog behandelbare kenmerken zijn die aangepakt kunnen worden zou je hen nader kunnen indelen naar 'moeilijk behandelbaar COPD' of 'ernstig COPD'.

In de GOLD-criteria worden de modified Medical Research Council dyspneu (mMRC)- en COPD Assessment Test (CAT)-vragenlijsten gebruikt. In Nederland wordt ook veelvuldig gebruik gemaakt van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ). Er is discussie mogelijk over de afkapwaarden van deze vragenlijsten. Sluit je aan bij de afkapwaarden zoals gebruikt in GOLD of leg je die juist iets lager of hoger? Afhankelijk van je keuze geef je meer of minder mensen de mogelijkheid om een uitgebreide evaluatie voor aanvullende behandelopties te doorlopen. Dit aantal heeft ook weer invloed op de werkbelasting van de betrokken zorgprofessionals.

Referenties

- World Health Organization (WHO). Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability (2019). Geraadpleegd op 07 nov 2022. Beschikbaar via URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.
- VZinfo.nl. COPD. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): Bilthoven. Geraadpleegd op 07 nov 2022. Beschikbaar via URL: <https://www.vzinfo.nl/copd>.
- VZinfo.nl. Ranglijsten | Aandoeningen op basis van ziektelast (in DALY's). Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): Bilthoven. Geraadpleegd op 07 nov 2022. Beschikbaar via URL: <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-ziektelast>.
- Janssen DJA, Wouters EFM, Spruit MA. Psychosocial consequences of living with breathlessness due to advanced disease. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(3):232-237.
- Janssen DJA, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JMGA, Wouters EFM. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med*. 2011;14(6):735-743.
- Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000;55:1000-1006.
- Janssen DJA, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JMGA, Wouters EFM. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med*. 2011;14(6):735-743.
- Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Groenen M, et al. Clusters of Comorbidities Based on Validated Objective Measurements and Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(7):728-735.
- Connors AF, Dawson NV, Thomas C. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:959-967.
- Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004;350:1005-1012.
- Hartl S, Lopez-Campos JL, Pozo-Rodriguez F, et al. Risk of death and readmission of hospital-admitted COPD exacerbations: European COPD Audit. *Eur Respir J*. 2016;47:113-121.
- Agusti A, Barnes N, Cruz AA, et al. Moving towards a Treatable Traits model of care for the management of obstructive airways diseases. *Respir Med*. 2021;187:106572.
- Singh D, Agusti A, Anzueto A, et al. global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the GOLD science committee report 2019. *Eur Respir J*. 2019;53:1900164.
- Van Dijk M, Gan CT, Koster TD, et al. Treatment of severe stable COPD: the multidimensional approach of treatable traits. *ERJ Open Res*. 2020; 6: 00322-2019.
- Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van ernstig astma. Geraadpleegd op 08 nov 2022. Beschikbaar via URL: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diagnostiek_en_behandeling_van_ernstig_astma/diagnostiek_van_ernstig_astma.html.