

## COPD, hartfalen of allebei?

Dr. Frans Rutten, huisarts, Afdeling Huisartsgeneeskunde van het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht

COPD en hartfalen komen beide frequent voor bij ouderen. Roken is een belangrijke gemeenschappelijke risicofactor en chronische inflammatie leidt bij beide aandoeningen tot progressie van de ziekte. Herkenning van hartfalen bij patiënten met COPD wordt belemmerd door gelijkheid in klachten (kortademigheid, moeheid) en symptomen (longgeluiden). Eerdere studies lieten zien dat bij acute exacerbaties van COPD vrij vaak eveneens hartfalen (20-30%) aanwezig was.<sup>1</sup> Ook bij patiënten van 65 jaar en ouder met stabiel COPD bleek een kwart (26%) bijkomend hartfalen te hebben, waarvan de meerderheid (20,5%) niet-herkend was.<sup>2</sup> Het betrof 405 patiënten met een huisartsdiagnose COPD (ICPC code R91 en/of R95). In totaal 244 (60%) patiënten hadden COPD volgens de GOLD-criteria (postdilatoire FEV<sub>1</sub>/FVC <70%). Ook bij deze laatste groep was de prevalentie van niet-herkend hartfalen 20,5%. Er bestond geen relatie tussen de ernst van het COPD (volgens de GOLD-classificatie) en het al dan niet voorkomen van hartfalen.<sup>2</sup> Een panel dat de beschikking had over de uitslag van het echocardiogram bepaalde of er sprake was van hartfalen of niet ('gouden standaard').

Indien men de diagnose hartfalen wilde aantonen danwel uitsluiten, bleken een 4-tal klinische items van nut. Een electrocardiogram en een bloedbepaling van het NT-proBNP (hormoon dat in verhoogde mate wordt geproduceerd bij verhoogde wandspanning in de ventrikel zoals bij hartfalen) voegde nog extra diagnostische waarde toe, en een thoraxfoto niet. Het optimale afkappunt voor NT-proBNP was 15 pmol/l (125 pg/ml). De 4 klinische parameters die de kans op hartfalen verhoogden waren: een voorgeschiedenis van ischemische hartziekte, een BMI >30 kg/m<sup>2</sup>, een hartfrequentie >90 slagen/minuut en een ictus >medioclaviculairlijn in rugligging danwel een heffend verbrede ictus in linker zijligging.<sup>3</sup> Bij aanwezigheid van alle vier de items is de kans op niet-herkend hartfalen flink verhoogd (57%). Bij afwezigheid van alle vier de items en een NTproBNP <15 pmol/l (125 pg/ml) is de kans op niet-herkend hartfalen bij COPD-ers laag (5%).

### Conclusie voor de praktijk

- Bij COPD altijd ook aan hartfalen denken, het komt frequent voor bij COPD.
- Bepaling ('screenend') van (NT-pro)BNP dient men altijd te overwegen.
- Aan- of afwezigheid van enkele eenvoudig te bepalen klinische items verhogen of verlagen de kans op hartfalen en kunnen helpen bij het selecteren van patiënten die een echocardiogram nodig hebben.

Literatuur:

[www.CAHAG.nl](http://www.CAHAG.nl) → Bulletin

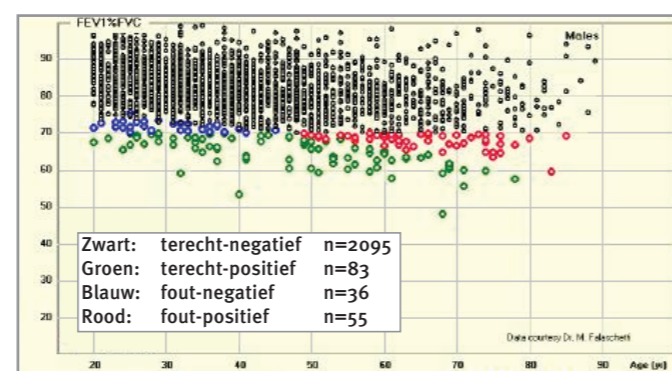
## Luchtwegobstructie en normaalwaarden voor spirometrie bij ouderen

Dr. Tjard Schermer, gezondheidswetenschapper, Drs. Daan Schellekens, arts afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum St Radboud

Zoals de naam al aangeeft, is er bij chronisch obstructief longlijden (COPD) sprake van vernauwing van de perifere luchtwegen. De huisarts kan bij verdenking op COPD spirometrie (laten) verrichten; de uitslag van de test moet vervolgens uitsluitend geven over de aan- of afwezigheid van luchtwegobstructie. De huidige NHG-Standaard voor diagnostiek van COPD<sup>1</sup> en internationale COPD-richtlijnen<sup>2</sup> adviseren het criterium FEV<sub>1</sub>/FVC <0,70 te gebruiken om obstructie aan te tonen. FEV<sub>1</sub> staat voor *Forced Expiratory Volume in one second*, oftewel de 'eensecondewaarde' en FVC voor *Forced Vital Capacity*, oftewel de 'geforceerde vitale capaciteit'. Maar zoals zo vaak geldt ook voor de longfunctie dat de ene persoon de andere niet is. Een vast afkappunt voor de FEV<sub>1</sub>/FVC is in de praktijk weliswaar eenvoudig in het gebruik, maar is helaas een onjuiste simplificatie van de werkelijkheid gebleken. De FEV<sub>1</sub>/FVC-waarde is namelijk afhankelijk van de leeftijd en het geslacht van de persoon in kwestie. De onderstaande figuur, waarin voor een steekproef van ruim 2000 gezonde mannelijke niet-rokers uit de Engelse bevolking de FEV<sub>1</sub>/FVC is afgezet tegen de leeftijd, laat duidelijk zien dat de FEV<sub>1</sub>/FVC-waarde afneemt met het stijgen van de leeftijd.<sup>3,4</sup>

Figuur 1.

FEV<sub>1</sub>/FVC versus leeftijd voor 2269 gezonde mannelijke niet-rokers uit de Engelse bevolking. Bron: [www.spirxpert.com](http://www.spirxpert.com)



Het vasthouden aan het criterium FEV<sub>1</sub>/FVC <0,70 voor obstructie veroorzaakt daardoor een percentage fout-positieve testuitslagen van maar liefst 40%.<sup>4</sup> Het probleem van de fout-positieve tests begint te spelen rond de leeftijd van 50 jaar, maar wordt groter naarmate de leeftijd stijgt. Vooral bij het screenen van niet-rokende mannen zonder luchtwegklachten - die daardoor een lagere voorafkans op COPD hebben - bestaat er dus een aanzienlijke kans dat ten onrechte luchtwegobstructie wordt vastgesteld.

Een ander relevant gegeven is dat de referentieformules van de Europese Gemeenschap voor Kolen en Staal (EGKS, in het Engels ECCS), die ook in ons land de standaard zijn voor het berekenen van voorspelde waarden voor de FEV<sub>1</sub>, bij ouderen te laag uitvallen.<sup>5</sup> Bij het uitdrukken van de FEV<sub>1</sub> als percentage van de voorspelde waarde, een gebruik dat de laatste jaren in zwang is geraakt voor uitdrukken van de ernst van luchtwegobstructie, leidt dit tot een onderschatting van de ernst van obstructie bij patiënten met chronische obstructieve luchtwegaandoeningen. Voor het Kaukasische deel van de Nederlandse bevolking kan deze onderschatting overigens worden gecorrigeerd door de EGKS-voorspelde waarde die de spirometer toont, te vermenigvuldigen met een factor 1,08.<sup>4</sup> Voor de in gang zijnde revisie van de NHG-standaarden zijn de definitie van luchtwegobstructie en de afkappunten voor toepassing bij diagnostiek en screening van COPD belangrijke aandachtspunten.

#### Conclusie voor de praktijk

- Bij ouderen (> 50 jaar) zal het afkappunt voor obstructie (FEV<sub>1</sub>/FVC < 0,7) vaak fout positief testuitslagen geven, met name bij niet-rokende mannen zonder luchtwegklachten.
- De voorspelde waarden voor de FEV<sub>1</sub> (berekend volgens EGKS) vallen bij ouderen te laag uit waardoor de ernst van obstructie onderschat wordt.
- De FEV<sub>1</sub> voorspeld kan voor het Kaukasisch ras gecorrigeerd worden met 1,08.

#### Literatuur:

[www.CAHAG.nl](http://www.CAHAG.nl) → Bulletin

## Zijn voedingsinterventies zinvol bij mild tot matig COPD en ondergewicht?

Dr. Ivo Smeele, huisarts te Eindhoven, coördinator CAHAG.

Het is bekend dat bij met name ernstig tot zeer ernstig COPD (GOLD stadia 3 en 4, i.h.a. bij de longarts onder behandeling) de prognose van de ziekte wordt bepaald door ondergewicht en gewichtsverlies naast de mate van dyspneu en comorbiditeit (m.n. hartfalen).<sup>1</sup> Voor de huisartspraktijk is het dan van belang te weten in hoeverre ondergewicht en gewichtsverlies ook van belang zijn bij mild en matig COPD die (80 % van de COPD patiënten, i.h.a. onder behandeling in de huisartspraktijk) en in hoeverre voedingsinterventies (diëtiste, voedings-supplementen) effectief zijn.

#### Prevalentie van slechte voedingstoestand bij mild tot matig COPD.

Uit een onderzoek in Zuid-Limburg bleek dat een slechte voedingstoestand (gedefinieerd als een BMI =< 21 voorkomt bij 6,5 % van de GOLD 1 en 10,5 % van de GOLD 2 patiënten).<sup>2</sup> Niet-gepubliceerde gegevens van de Copenhagen Study bevestigen dit (GOLD I 7%, GOLD II 10%).<sup>3</sup>

Echter, in de open bevolking (Belgische, Nederlandse gegevens ontbreken) komt een BMI < 20 (een lagere grenswaarde!) voor in 10 % van de personen (> 18 jaar).<sup>4</sup>

Kortom een lage BMI komt in de open bevolking vaker voor dan in een populatie milde tot matige COPD patiënten. De associatie van de lage BMI < 21 met COPD lijkt bij mild tot matig COPD daarom vooralsnog twijfelachtig.

#### Effectiviteit voedingsinterventies.

In een recente Cochrane is op basis van review van 12 gerandomiseerde studies (n=392) bij stabiele COPD patiënten bekeken wat de effecten zijn. Daaruit wordt geconcludeerd dat voedingsinterventie geen effect had op zowel lichaamsgewicht, de longfunctie (FEV<sub>1</sub>), de kracht van de ademhalingspijpen (o.a. PIMax), de conditie (6 minuten wandeltest) of kwaliteit van leven (CRQ). De studies betroffen in het algemeen ernstig tot zeer ernstige COPD patiënten.<sup>5</sup> Als er al effect is van voedingsinterventies, dan is dit alleen bij patiënten met ernstig COPD en kan voedingsinterventie alleen als component van een revalidatieprogramma zinvol zijn.

#### Conclusie voor de praktijk

- Bij patiënten met mild tot matig ernstig COPD en een verminderde voedingstoestand (te laag gewicht (BMI<21) of ongewenst gewichtsverlies (>5% binnen 1 maand of >10% binnen een half jaar), dient eerst de oorzaak van de verminderde voedingstoestand nagegaan te worden. Meestal zal de voedingstoestand passen bij de persoon, daarnaast zullen andere oorzaken uitgesloten dienen te worden.
- Indien er geen andere oorzaken worden gevonden dient verwijzing naar de 2e lijn te worden overwogen.
- Het zelf starten met een voedingsinterventie bij ondergewicht/gewichtsverlies bij mild tot matig COPD lijkt niet geïndiceerd.

#### Literatuur:

[www.CAHAG.nl](http://www.CAHAG.nl) → Bulletin

## Indicatoren voor astma & COPD zorg in de huisartspraktijk

Dr. Bart Thoonen, huisarts, coördinator kaderopleiding astma/COPD, Dr. Ivo Smeele, huisarts te Eindhoven, coördinator CAHAG.

Hoe weet u of u goed voor uw patiënten met astma en COPD zorgt? Indicatoren helpen u om deze vraag te beantwoorden. CAHAG en NHG hebben de meest relevante indicatoren over astma en COPD geformuleerd. Door systematisch uw zorg te registreren, kunt u op termijn eenvoudig deze indicatoren gebruiken voor bijvoorbeeld de praktijkaccreditering. Onderscheiden worden gegevens over de organisatie van de zorg en het medisch handelen. Welke zijn nu die indicatoren en wat moet u daarvoor registreren?

#### Organisatie van zorg indicatoren

- Het aanwezig zijn van afspraken over de follow-up (astma- en COPDpatiënten onttrekken zich hier vaak aan)

- Wie verricht de controles (huisarts, praktijkondersteuner)?
- Hoe wordt bewaakt dat patiënten komen?
- Welke afspraken zijn er over herhaalreceptuur?
- Welke afspraken zijn er over de inhoud en de frequentie van de controles?
- Welke taken heeft de assistente daarbij?
- De organisatie van de spirometrie. In de praktijk, elders, bewaking kwaliteit uitvoering, ijking, wie beoordeelt, afspraken met longarts en/of longfunctielaboratorium, enzovoort.

#### Indicatoren voor medisch handelen

De indicatoren voor het medisch handelen zijn samengevat in tabel 1, met daarbij voorbeeldcijfers van een groepspraktijk in Zuid-Nederland uit het jaar 2004.

Tabel 1

Indicatoren COPD- en astmazorg in een huisartspraktijk met registratiewijze en -waarden (in %) in 2004		
Indicator	Mogelijke registratiewijze	Resultaat 2004 (astma/COPD)
Aantal astma/COPD	Casus of probleem + ICPC	4,9%/1,6%
Aantal in behandeling praktijk	Idem	86%/57%
Aantal diagnose spirometrie	Meetwaarde spiro (uniform)	59%
Roken actueel	Meetwaarde	23%/49%
Waarvan 'stop met roken'-advies	Meetwaarde	22%/65%
Exacerbaties (+ pred.)	Zie boven + ICPC -exacerbaties + ATC -selectie	14%/20%

#### Hoe te registreren?

Als de huisartspraktijk goed registreert, zijn deze gegevens met de meeste HIS-sen te verzamelen. Indien dat nog niet is gedaan, zal eerst het nodige handwerk moeten worden gedaan in de zin van het in de HIS nalopen en coderen van alle bekende patiënten met astma en COPD.<sup>1</sup>

Ga in het HIS na hoe u selecties kunt maken: stem uw signalering/codes, enzovoort, daarop af. Spreek uniforme codes af (probleem, signalering, casus) en ken deze toe. Houd er rekening mee dat in ongeveer 10-20% van de gevallen het onderscheid tussen astma en COPD niet altijd duidelijk is; maak dan een keuze. Ken een signalering toe voor patiënten die uitsluitend in de eerste lijn worden behandeld en voor degenen die bij de longarts zijn.

#### Spirometrie, FEV<sub>1</sub> en FVC

Zorg ervoor dat spirometrie op een uniforme wijze wordt ingevoerd en dat hierop te selecteren is. Voorlopig zal de spirometrische waarde (met name FEV<sub>1</sub>) van een patiënt niet als indicator worden gebruikt. Voor het volgen van het beloop van de aandoening is het voldoende om alleen de FEV<sub>1</sub> (absoluut en

% voorspeld), FVC (absoluut en % voorspeld) en de ratio FEV<sub>1</sub>/FVC te noteren (absoluut). Bij astma kan ook de piekstroom worden genoteerd (absoluut).

De rookstatus kan het best in kaart worden gebracht door middel van de 'pack years'. Dit is het aantal jaren dat iemand een pakje per dag heeft gerookt (jaren x sigaretten per dag/20). Dit kan natuurlijk alleen bij benadering worden weergegeven. Noteer ook of iemand nu rookt, bijvoorbeeld door de meetwaarde 'roken nu' in te voeren en hoe lang iemand al gestopt is. Ga na of hier op te selecteren valt. Ken tenslotte een meetwaarde voor een 'stoppen met roken'-advies (gegeven/niet gegeven) toe. In de toekomst zal dit verder worden gedifferentieerd naar de aard van het advies.

Voor de indicator exacerbatie tellen alleen de met orale steroïden behandelde (matig ernstige) exacerbaties. Hiervoor dient aan dit contact een ICPC-codering te worden gegeven. Gecombineerd met de prescriptie van orale steroïden die op ATC-code kan worden teruggevonden, is deze groep patiënten dan gemakkelijk te selecteren binnen de groep bekende astma- en COPD-patiënten. Registreer systematisch en maak uniforme afspraken over registratie. Dan is het mogelijk periodiek de voorgestelde indicatoren uit te draaien. Maak hiervoor gebruik van de NHG Praktijkwijzer Jaarverslag/jaarplan (zie ook <http://nhg.artsennet.nl> → kwaliteitskoffer). Hierin staat duidelijk beschreven hoe dit aan te pakken is.

#### Literatuur:

Braspenning J. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk: Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.

## CAHAG Bulletin discussie

Het artikel vragenlijst voor casefinding bij COPD (auteurs van Schayck et al.) heeft bij diverse lezers vragen opgeroepen over de weging van de vraag over slijm ophoesten 's ochtends en allergie. De reactie van de auteurs treft u aan op de CAHAG website ([www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → praktijkondersteuning).

## CAHAG activiteiten: Astma & COPD voor en door huisartsen en praktijkondersteuners

### Astma & COPD voor Praktijkondersteuners: 19 april Amsterdam

Inschrijving: [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → praktijkondersteuning

### CAHAG netwerkdag: 5 juni 2007 Utrecht

De netwerkdag staat open voor CAHAG-leden en huisartsen met een meer dan gemiddelde betrokkenheid bij het onderwerp astma & COPD in de huisartspraktijk.

Centraal staat verdieping. Programma en aanmelden: [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → agenda.

**Adembenemend: 1-2 november 2007.**

2-Daagse nascholing voor huisarts en praktijkondersteuner samen. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → agenda.

**CAHAG astma & COPD jaarlijkse wetenschappelijke conferentie: 8 november 2007 Amsterdam**

Inschrijving, aanmelden abstracts en voorlopig programma: [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → agenda.

**CAHAG website ([www.cahag.nl](http://www.cahag.nl))**

Meer (praktische) informatie en/of links over astma & COPD zorg in de huisartspraktijk op onze website [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl). Nieuw zijn:

- De onderverdeling in 'voor de praktijk', 'scholing' en 'wetenschap'.
- Webpagina spirometrie. Praktische toepasbare informatie over spirometrie.
- Webpagina Wereld COPD dag. Handzame protocollen en materiaal voor de organisatie van Wereld COPD dag in de praktijk + discussie over het nut.
- Webpagina met praktische kwaliteit van leven vragenlijsten toepasbaar bij controles van COPD & astma in de huisartsenpraktijk, zoals de MON-RIQ en de CCQ.
- Webpagina met vragenlijst voor casefinding COPD in de huisartsenpraktijk.
- Downloads van presentaties op congressen, netwerkdagen en cursussen van de CAHAG.

**Colofon**

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma. Voor de doelstelling, activiteiten, samenwerking, structuur, leden en jaarplan 2003-2006 zie [www.cahag.nl](http://www.cahag.nl) → Over de CAHAG. Het CAHAG bulletin is een uitgave van de CAHAG en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartspraktijk op het gebied van astma en COPD. Daartoe publiceert het bulletin artikelen, berichten, verslagen en aankondigingen. De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Het CAHAG-bulletin verschijnt minimaal tweemaal per jaar.

**Redactie:**

dr. Bart Thoonen, dr. Ivo Smeele, mevr. Ilonka Godschalk, Thei Steenkamer, allen (kader)huisarts. Redactie-adres: mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat  
Domus Medica Postbus 3231 3502 GE Utrecht  
E-mail: [cahagsecretariaat@nhg-nl.org](mailto:cahagsecretariaat@nhg-nl.org)  
Tel. 030-2881700/Fax: 030-2870668

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door AstraZeneca, Boehringer Ingelheim en GlaxoWellcome (unrestricted grant).

# AstraZeneca



life inspiring ideas



## Boehringer Ingelheim

# GlaxoWellcome