

## Inclusie en exclusiecriteria ketenzorg COPD Met toelichting

### Inclusiecriteria:

- Gemotiveerde patiënt voor het zorgprogramma
- De diagnose R95, COPD is juist gesteld<sup>1</sup>

### Exclusiecriteria:

- Er sprake is van een dubbeldiagnose met Astma (*zie Noot 1*)
- De specialist is hoofdbehandelaar
- De patiënt kan of wil niet deelnemen aan het ketenzorgprogramma
- De patiënt verschijnt structureel niet op de afgesproken controles (volg het no showbeleid).

---

<sup>1</sup> Diagnose COPD: bij patiënten > 40 jaar met dyspneu en/of hoesten, al dan niet met slijm opgeven, én relevante rookhistorie én obstructie ( $FEV_1/FVC$ -ratio < 5<sup>e</sup> percentiel) na gestandaardiseerde bronchusverwijding. Spirometrie <36mnd geleden.

## *Noot 1*

### **Richtlijn bij vermoeden dubbeldiagnose**

#### **Verwijzen provocatietest**

Indien vermoeden dubbeldiagnose COPD/astma of twijfel tussen beide aandoeningen: Indien geen reversibiliteit of variabiliteit van  $>12\%$  en 200ml aangetoond kan worden verwijs voor hulp bij diagnostiek naar de longarts. Via zorgdomein kies je het volgende zorgpad:

1. Longziekten
2. Zorgaanbod voor astma
3. Diagnostiek hulp bij astma  
Bezoek 1: Longfunctie  
Bezoek 2: Longarts en evt. methacholine provocatietest

#### **Behandeling**

Patiënten met kenmerken van astma én COPD worden medicamenteus behandeld volgens de NHG-Standaard Astma bij volwassenen en niet-medicamenteus (bijvoorbeeld over leefstijladviezen) volgens de NHG-Standaard COPD 2020.

#### **Registreren bij twijfel tussen astma en COPD ICPC R96 of R95?**

Bij de twijfel tussen de diagnose COPD en astma wordt gekozen voor die ICPC-code die het meest recht doet aan het pathofysiologisch profiel. Bij een relevante rookhistorie wordt gekozen voor ICPC- code R95 (COPD), bij het ontbreken daarvan en de aanwezigheid van een astmavoorgeschiedenis (of allergie) voor ICPC-code R96 (astma). Een toename van de FEV1  $> 12\%$  van uitgangswaarde (of  $> 200$  ml) kan bij een beperkt aantal patiënten met meer ernstig COPD ook voorkomen als gevolg van een vermindering van de hyperinflatie. Dit dient onderscheiden te worden van een astmacomponent.

Uitgangspunt is een patiënt:

- ouder dan 40 jaar
- met hoesten, dyspnoe en/of piepen
- én met reversibiliteit (toename FEV1 ten opzichte van de waarde voor bronchusverwijding met  $> 12\%$  en  $> 200$  ml)\*,
- én met een herhaalde post-bronchodilatatoire obstructieve longfunctie

Uitgaande van een patiënt die voldoet aan de bovenstaande criteria zijn er twee mogelijkheden:

1. ICPC R96 (astma) en het aanmaken van een episode 'astma en COPD-component' bij: astma of allergische rhinitis in de voorgeschiedenis of bij een positieve test op inhalatieallergenen, of het ontbreken van relevante rookhistorie ( $> 20$  jaar roken of  $> 15$  pakjaren). Overwegingen daarbij zijn dat de irreversibele obstructie mogelijk wordt verklaard door onderrapportage of non-compliance van de patiënt dan wel onderdiagnostiek of onderbehandeling door de arts. De kern van de persisterende obstructie is echter de inflammatie, welke voortschrijdt en onvoldoende behandeld is. Vergeet echter niet dat bij sommige patiënten met

ernstig astma ook bij maximale optimale behandeling ook irreversibele obstructie kan optreden!

2. ICPC R95 (COPD) en aanmaken van een episode 'COPD en astmacomponent' bij een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren). De astmacomponent wordt eventueel ondersteund door de aanwezigheid van astma en allergische rhinitis in de voorgeschiedenis en/of door een positieve test op inhalatieallergenen. Overwegingen hierbij zijn dat de irreversibele persisterende obstructie vooral wordt verklaard door de relevante rookhistorie (waar- voor een arbitrair afkappunt is gekozen van > 20 jaar roken of > 15 pakjaren), hetgeen het meest aansluit bij het patho- fysiologisch profiel van COPD. Het beleid dient dan gericht te zijn op de aanpak van dit ziektebeeld. Daarnaast is behandeling met ICS bij een rokende astmapatiënt minder effectief en dient de behandeling zich primair te richten op stoppen met roken. Het verdient wel aanbeveling na verloop van tijd bij de boven beschreven patiënten met ICPC-code COPD die gestopt zijn met roken, de ICPC-code en de episode aan te passen in 'astma met COPD-component' omdat bij hen de focus verschuift van stoppen met roken naar behandeling met ICS.

(Bron: CAHAG bulletin nr.1 2009; Dr. Ivo Smeele, kaderhuisarts astma/COPD, Eindhoven en Dr. Roeland Geijer, huisarts, stafid NHG, Utrecht.) Aangepast: Sandra Aengevaeren, okt 2021