

Richtlijnen farmacotherapie



NHG-Standaard 'COPD' (Gebu 2008 (juli); 42: 71-72)

In de tweede herziening van de NHG-Standaard 'COPD' worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van COPD 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease' (COPD).¹ De Standaard is gebaseerd op de CBO-richtlijnen over COPD en gaat uit van de indeling naar ernst volgens de 'Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease' (GOLD)-criteria (licht, matig-ernstige, ernstige en zeer ernstige). COPD komt vrijwel uitsluitend voor bij rokers ouder dan 40 jaar en wordt gekenmerkt door hoesten, al dan niet in combinatie met het opgeven van slijm, en geleidelijk progressieve dyspnoe door een niet volledig reversibele luchtwegobstructie ten gevolge van een chronisch inflammatoir proces. Aan alle patiënten vanaf 40 jaar met een relevante rookhistorie die de huisarts bezoeken met langdurige of recidiverende luchtwegklachten wordt spirometrie aanbevolen. Aan patiënten die (nog) roken wordt vervolgens een stoppen-met-roken-interventie aangeboden (*Gebu 2008; 42: 59-60*).

Achtergrond. Er is een duidelijke relatie tussen de totale tabaksconsumptie en de ernst van de longfunctievermindering. Bij COPD heeft stoppen met (mee)roken zowel op de korte termijn (verbetering van de longfunctie) als op de langere termijn (vertraging van de verdere achteruitgang van de longfunctie) meer effect dan medicamenteuze behandeling. Het bespreken en motiveren van stoppen met roken is het belangrijkste onderdeel van de behandeling. Klachten worden symptomatisch behandeld met bronchusverwijders. Als frequent exacerbaties optreden, kan het aantal exacerbaties worden verminderd met inhalatiecorticosteroïden. De huisarts kan de meeste patiënten met licht en matig-ernstige COPD zelf volgen en behandelen, mits spirometrie en interpretatie van longfunctieonderzoek in eigen beheer mogelijk is.

Medicamenteuze therapie. Bij COPD wordt gebruik gemaakt van inhalatiemiddelen via dosisaërosol of poederinhalator. Inhalatie-instructie is erg belangrijk en dient tenminste eenmaal per jaar te worden herhaald. Bij adequate coördinatie en voldoende inspiratoire luchtstroomsterkte kan een droge poederinhalator of dosisaërosol worden gebruikt. Bij onvoldoende adequate coördinatie kan men kiezen voor een droge poederinhalator, een dosisaërosol met inhalatiekamer of een inademinggestuurde dosisaërosol. Bij onvoldoende inspiratoire luchtstroomsterkte wordt gekozen voor een dosisaërosol met inhalatiekamer of een inademinggestuurde dosisaërosol. Aangeraden wordt om te starten met een kortwerkende luchtwegverwijder, zoals het anticholinergicum ipratropium of een β 2-sympathicomimeticum, zoals salbutamol of terbutaline, en empirisch na te gaan welke luchtwegverwijder of combinatie van luchtwegverwijders bij de patiënt het meest werkzaam is. Na twee weken wordt bij aanhoudende dyspnoe klachten een andere soort luchtwegverwijder gekozen of wordt een middel van de andere soort toegevoegd. Bij patiënten met matig-ernstige of ernstige COPD met aanhoudende klachten van dyspnoe en/of exacerbaties wordt overgestapt op een onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder, zoals het anticholinergicum tiotropium of een β 2-sympathicomimeticum, zoals salmeterol of formoterol. In geval van ernstige COPD is er een lichte voorkeur voor tiotropium door betere werkzaamheid (minder ziekenhuisopnamen en een iets hoger geforceerd expiratoir volume in één seconde (FEV1)) en een gunstiger bijwerkingenprofiel (minder cardiotoxiciteit) ten opzichte van langwerkende β 2-sympathicomimetica.² Zonodig kunnen beide soorten langwerkende middelen worden gecombineerd. De combinatie met inhalatiecorticosteroïden kan in overweging worden genomen bij patiënten met ≥ 2 exacerbaties per jaar. Dit zijn meestal patiënten met (zeer) ernstige COPD.³ Bij patiënten met stabiel matig-ernstige COPD die inhalatiecorticosteroïden gebruiken, kan worden overwogen deze als proef te staken en het vervolgbeleid te laten afhangen van exacerbaties of toename van luchtwegklachten in de volgende twee maanden.⁴ Starten met een vaste combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende β 2-sympathicomimeticum wordt afgeraden omdat hiervoor alleen een indicatie bestaat bij (zeer) ernstige COPD. Acetylcysteïne en onderhoudsbehandeling met orale corticosteroïden worden niet aanbevolen bij COPD vanwege respectievelijk het ontbreken van effect en de slechts geringe toegevoegde waarde bij een aanzienlijke kans op bijwerkingen.^{5 6}

Bij exacerbaties raadt men aan om de dosering van de bronchusverwijders tijdelijk te verdubbelen of een bronchusverwijder uit de andere groep toe te voegen. Bij onvoldoende



Doel en werkwijze

Verantwoording en abonnementen

Links



Aims and basic principles

Disclaimer

effect wordt een prednisolonstootkuur gegeven. Antibiotica, zoals amoxicilline of doxycycline, worden alleen geadviseerd bij koorts, algemeen ziek zijn in combinatie met een bekende zeer slechte longfunctie of met onvoldoende verbetering na vier dagen.

Wijzigingen. De definitie en indeling van COPD is aangepast aan de internationale GOLD-richtlijn. Astma met persisterende obstructie is vervangen door de dubbeldiagnose astma en COPD. Een diagnostische prednisolontest is niet meer vereist voor de diagnose COPD en het gebruik van acetylcysteïne bij frequente exacerbaties wordt niet meer geadviseerd. Stoppen met roken en meer bewegen vormen de basis van het beleid. De indicatie voor het gebruik van inhalatiecorticosteroiden bij COPD is verder ingeperkt.

mw drs M.M. Verduijn

Plaatsbepaling

In de NHG-Standaard 'COPD' wordt aangeraden om bij COPD-patiënten te beginnen met inhalatie van de afzonderlijke luchtwegverwijders. In de NHG-Standaard wordt het belang onderschreven om eerst de effectiviteit van de afzonderlijke componenten bij de patiënt te onderzoeken, zoals ook is opgemerkt in het artikel over combinatiepreparaten (*Gebu 2007; 41: 125-131*).

De belangrijkste farmacotherapeutische wijzigingen zijn het versmallen van de indicatie voor inhalatiecorticosteroiden en het niet langer adviseren van acetylcysteïne bij COPD. Eerder werd al bericht dat inhalatiecorticosteroiden niet als onderhoudsbehandeling bij patiënten met 'zuivere COPD' dus zonder astma, dienen te worden voorgeschreven (*Gebu 2003;37: 114-115*) zodat ze hun noodzakelijk effect bij het behandelen van exacerbaties kunnen behouden. Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden gaat echter gepaard met het optreden van meer pneumoniën. In 2005 werd bericht dat acetylcysteïne geen effect heeft op de preventie van exacerbaties en longfunctieachteruitgang bij COPD (*Gebu 2005; 39: 132*). In de NHG-Standaard worden ook richtlijnen gegeven voor een terughoudend gebruik van antibiotica bij COPD-exacerbaties, waarvan het gebruik in deze situaties inderdaad twijfelachtig is (*Gebu 2003; 37: 21*). Gezien het geringe effect van de behandeling kan men zich afvragen waarom de mogelijkheid voor spirometrie in eigen beheer als voorwaarde wordt gesteld voor de begeleiding en behandeling van patiënten met COPD in de eerste lijn.

1. Smelee IJM, et al. NHG-Standaard COPD. Huisarts Wet 2007; 50: 362-376.
2. Barr RG, et al. Tiotropium for stable chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. Thorax 2006; 61: 854-862.
3. Gartlehner G et al. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis of health outcomes. Ann Farm Med 2006; 4: 253-262.
4. Wouters EF, et al. Withdrawal of fluticasone propionate from combined salmeterol/fluticasone treatment in patients with COPD causes immediate and sustained disease deterioration: a randomised controlled trial. Thorax 2005; 60: 480-487.
5. Decramer M, et al. Effects of N-acetylcysteine on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2005; 365: 1552-1560.
6. Walters JA, et al. Oral corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2005; CD005374.