

Behandeldoelen

De behandeling van COPD moet zowel gericht zijn op de fysiologische component (de longfunctie gedefinieerd als de FEV₁) als het welzijn van de patiënten en zijn of haar vermogen om in het dagelijks leven te functioneren.

De behandeldoelen zijn:

Voorkomen van ziekteprogressie:

De meeste schade aan de longen ten gevolge van COPD is irreversibel. Toch kan een snelle diagnose gevolgd door een plan van aanpak waarin stoppen met roken een centrale rol speelt, een verdere achteruitgang van de longfunctie vertragen.

Verlichten van symptomen:

De meeste patiënten zoeken medische hulp om verlichting te krijgen van hun symptomen, in het bijzonder de chronische hoest en dyspneu.

Voorkomen van complicaties en exacerbaties:

Veelvuldige exacerbaties gaan gepaard met een slechte prognose, een verminderde kwaliteit van leven en een toename van het aantal ziekenhuisopnamen.

Verbeteren van de inspanningstolerantie:

Het verbeteren van de inspanningstolerantie stelt de patiënt in staat deel te nemen aan lichamelijke activiteiten, en draagt bij aan het tegengaan van een veelheid aan lichamelijke en psychosociale problemen waaronder gewichtsverlies, afname van de spierkracht, sociale isolatie en depressie.

Verbeteringen van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven:

Een gebruikelijke reden voor het zoeken van hulp is het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Mortaliteitsreductie:

Voor het bereiken van dit uiteindelijke doel zijn tot nu toe alleen stoppen met roken en langdurige toediening van zuurstof effectief gebleken.

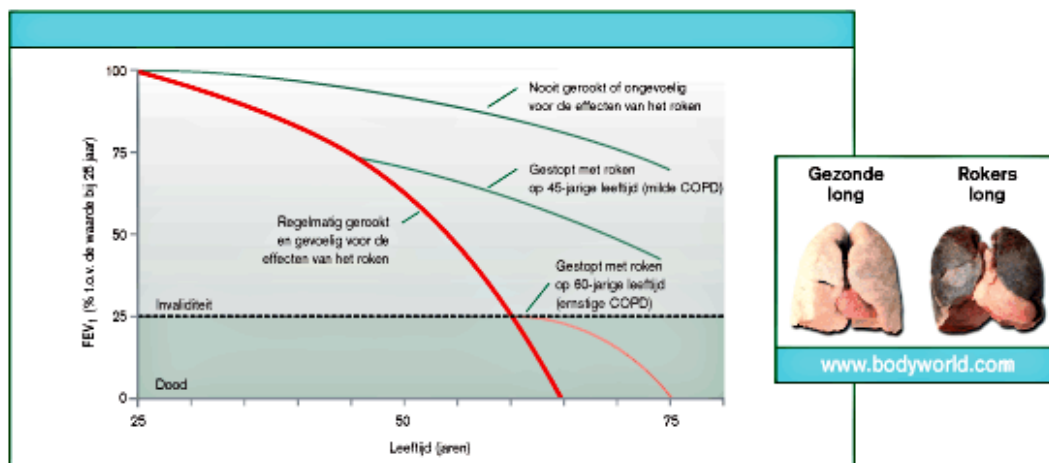
De diverse richtlijnen die er in verschillende landen zijn voor diagnostiek en behandeling van COPD zijn niet allemaal volledig consistent, en vormen in zekere zin een afspiegeling van de cultuurverschillen tussen diverse landen.

Toch is er algemene overeenstemming over de zin en de noodzaak van de volgende interventies:

Vermindering van risicofactoren:

De eerste stap om de behandeldoelen te verwezenlijken, is het voorkomen of beperken van verdere irritatie van de longen. De meest voorkomende bronnen van irriterende stoffen zijn sigarettenrook en vervuilende stoffen uit de omgeving. Bij patiënten met COPD is het tempo van achteruitgang van de longfunctie sterk afhankelijk van de vraag of en hoeveel er wordt gerookt. Stoppen met roken is (afgezien van zuurstofsuppletie in vergevorderde stadia) de enige interventie met een aangetoond levensverlengend effect. Rokers die stoppen kunnen de snelheid van de achteruitgang van hun FEV₁ terugbrengen tot de normale achteruitgangssnelheid ten gevolge van veroudering, maar verloren longfunctie kan niet worden hersteld.

Fletcher-curve



▲ Gezonde personen hebben na het vijfentwintigste levensjaar een geleidelijke vermindering van de longfunctie. Bij COPD vermindert de longfunctie sneller.

Figuur 4 - Afname van FEV₁ bij rokers gevoelig voor longschade

Uit: Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. (Br Med J.1977;1: 1645-1648.)

Beleid t.a.v. symptomen

Zelfs patiënten die in staat zijn verdere irritatie van de luchtwegen te voorkomen, zullen klachten houden en hebben dus behoefte aan medicamenteuze behandeling. Deze moet gericht zijn op vermindering van symptomen, vermindering van het aantal en de ernst van exacerbaties en verbetering van de inspanningstolerantie en de algemene gezondheidstoestand.

Beleid t.a.v exacerbaties

Patiënten die gestopt zijn met roken en waarvan de longfunctie is geoptimaliseerd, zullen mogelijk nog exacerbaties doormaken. Symptomen daarvan zijn toename van kortademigheid, hoesten opgeven van sputum en een purulent aspect van het opgegeven sputum. Doel van iedere behandeling is het aantal exacerbaties terug te brengen en de ernst van eventuele exacerbaties te verminderen.