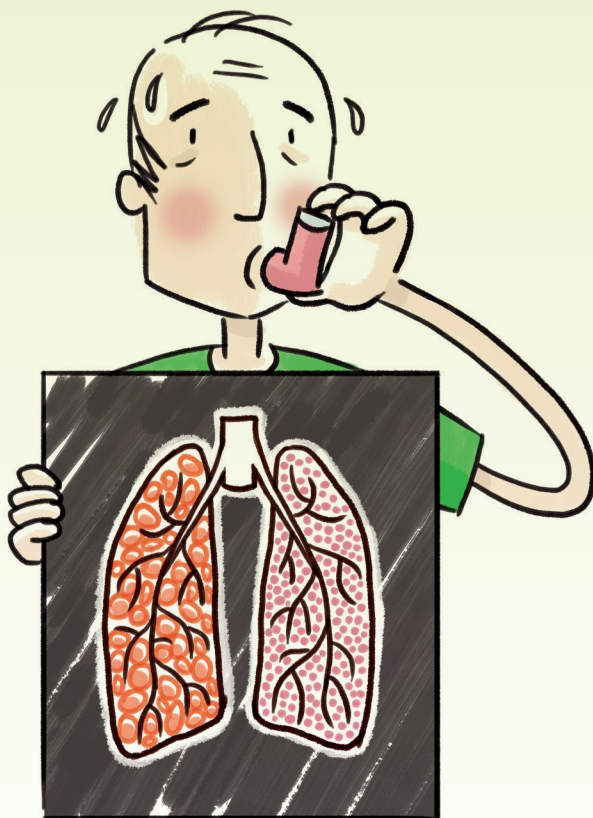




RIZIV

# COPD

Wat moet je weten?



DEZE PATIËNTENFOLDER KWAM TOT STAND IN  
SAMENWERKING MET DE VERBRUIKERSUNIE TEST-AANKOOP

.be

# Inhoud

Inleiding .....	2
I. COPD: een woordje uitleg .....	3
1. Chronische ontsteking.....	3
2. Vooral door roken .....	3
II. De klachten.....	4
III. Niet alleen de longen.....	5
IV. Cijfers over COPD .....	6
V. De diagnose .....	7
VI. De geneesmiddelen.....	8
1. Luchtwegverwijders.....	8
2. Corticosteroïden.....	9
3. Antibiotica.....	10
4. Vaccins .....	10
VII. Correct gebruik van de inhalator .....	11
1. Therapietrouw.....	11
2. De juiste techniek .....	11
VIII. Algemene maatregelen .....	14
1. Rookstop .....	15
2. Voeding.....	15
3. Lichaamsbeweging.....	15

# Inleiding

COPD en astma zijn de 2 meest voorkomende longziekten en het aantal patiënten blijft stijgen. 10 jaar geleden nam ongeveer 1 miljoen Belgen geneesmiddelen voor die aandoeningen, vandaag zitten we al aan bijna anderhalf miljoen. De laatste jaren zijn er nieuwe behandelingen bijgekomen. Tegelijk echter zijn er voor bepaalde geneesmiddelen ook nieuwe ongewenste bijwerkingen vastgesteld. Om die redenen organiseerde het RIZIV op 11 mei 2017 een consensusvergadering over 'Het rationeel gebruik van geneesmiddelen in de onderhoudsbehandeling van COPD en astma bij de volwassene'.



Daar kwamen experts de wetenschappelijke stand van zaken voorstellen. Op basis hiervan heeft een onafhankelijke jury een rapport met aanbevelingen opgesteld (vrij te raadplegen op [www.riziv.be](http://www.riziv.be) > Publicaties).

Dat rapport is echter in de 1<sup>e</sup> plaats bedoeld voor zorgverleners met medische voorkennis, in het bijzonder voor artsen en apothekers.

**Om ook de gewone burger beter te informeren over COPD is deze patiëntenfolder opgesteld. De folder geeft niet enkel achtergrondinformatie over COPD, maar ook de belangrijkste aanbevelingen voor patiënten uit het juryrapport. Hierbij is medische vaktaal zo veel mogelijk vermeden.**

**Informatie over astma staat in een aparte brochure: 'Astma bij volwassenen: wat moet je weten?'.**

# I. COPD: een woordje uitleg



De afkorting **COPD** staat voor 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease'. In het Nederlands: chronische obstructieve longziekte. Er is met andere woorden sprake van een blijvende, niet omkeerbare belemmering van de ademhaling.

## 1. Chronische ontsteking

Bij COPD zijn de luchtwegen chronisch ontstoken. Een van de gevolgen is de aanmaak van te veel slijm. Ook is er een progressieve vernauwing van de luchtwegen, die ademen geleidelijk moeilijker maakt.

Een ander kenmerk van COPD is de aantasting van de longblaasjes. De longblaasjes of 'alveoli' brengen zuurstof in het bloed en geven bij het uitademen koolstofdioxide af. Beschadiging van de longblaasjes bij COPD vermindert het vermogen van de longen om zuurstof in het bloed te brengen en om koolstofdioxide te verwijderen.

De schade aan de longen is blijvend en verergert meestal geleidelijk.



Ondanks alle waarschuwing- en rookt nog altijd 20 % van de Belgen.

## 2. Vooral door roken

De meeste gevallen van COPD zijn bij ons te wijten aan roken. Daarom spreekt men soms ook van 'rokerslong'. De overgrote meerderheid van de patiënten zijn rokers of ex-rokers.

Ook op de werkvloer inademen van schadelijke stofdeeltjes, gassen en dampen kan uitmonden in COPD.

Studies leggen ook een verband tussen luchtvervuiling en een verhoogd risico op COPD.

Bij sommige mensen speelt een (zeldzame) erfelijke aandoening een rol: bij ongeveer 1 % van de COPD-patiënten maakt de lever te weinig alfa-1-antitrypsine aan. Dat is een stof die de longen beschermt. Bij een tekort raken de longen makkelijker beschadigd. Bij mensen met een aangeboren alfa-1-antitrypsine-deficiëntie kan COPD al op vroege leeftijd optreden, soms vóór 35 jaar.

In andere delen van de wereld zijn ook de dampen en gassen die in de woningen hangen een belangrijke oorzaak van COPD. De verbranding van hout, twijgen, uitwerpselen van dieren, houtskool en kolen om te koken en zich te verwarmen, verklaart het grote aantal niet-rokende vrouwen met COPD in delen van het Midden-Oosten, Afrika en Azië.

## II. De klachten

De meest voorkomende klachten zijn:

- **Kortademigheid:** snel buiten adem zijn. In het begin vooral bij stevige fysieke inspanning, maar na verloop van tijd kan zelfs een lichte inspanning al voldoende zijn.
- **Wheezing:** een piepend of fluitend geluid bij het ademen.
- **Hoesten:** dat gaat dan vaak gepaard met het opgeven van fluïmen.
- **Vermoeidheid:** door slecht slapen wegens nachtelijk hoesten of door een tekort aan zuurstof en te veel koolstofdioxide in het bloed.

De klachten worden meestal geleidelijk erger.



Het belangrijkste symptoom is doorgaans het tekort aan adem.

Die ademnood kan steeds erger worden. Gewone handelingen worden geleidelijk lastiger: de trap oplopen, werken, zich aankleden, tuinieren, boodschappen doen, fietsen enz. Sommige mensen moeten uiteindelijk noodgedwongen stoppen met werken.

COPD-patiënten kunnen ook last hebben van plotse opflakkingen of 'exacerbaties' van de ziekte, die meerdere dagen kunnen aanhouden. 'Exacerbaties' gaan gepaard met een verergering van kortademigheid, hoesten en het opgeven van slijmen. Ze kunnen zo ernstig zijn dat een ziekenhuisopname nodig is.

## III. Niet alleen de longen



COPD gaat vaak gepaard met andere aandoeningen.

COPD verzwakt de natuurlijke afweer, waardoor men vatbaarder wordt voor infecties door ziektekiemen.

COPD kan de druk verhogen in de longslagader die bloed van het hart naar de longen brengt. Dat heet pulmonale hypertensie. Die verhoogde bloeddruk in de longen kan uitmonden in hartfalen, een minder goed functioneren van het hart. Dat maakt het gebrek aan adem nog erger en kan ook vochttopstapeling in de benen veroorzaken.

Mensen met COPD lopen ook een groter risico op uiteenlopende hartaandoeningen, zoals hartinfarct of beroerte. .

Vergeleken met rokers zonder COPD hebben rokers met COPD een nog hoger risico op longkanker.

Verder gaat COPD gepaard met een groter risico op het ontwikkelen van diabetes (suikerziekte).

De ziekte zorgt vaak ook voor emotionele problemen. Doordat zijn bewegingsvrijheid afneemt, kan iemand geïsoleerd raken. Weten dat je met een ziekte zit die niet te genezen is, kan leiden tot een gevoel van machteloosheid en zelfs uitmonden in depressie. Het frequente tekort aan adem kan angstaanvallen uitlokken.

## IV. Cijfers over COPD

De diagnose van COPD gebeurt het vaakst in de leeftijdsgroep 65-69 jaar. Vóór de leeftijd van 45 jaar is de ziekte zeldzaam.

COPD is vandaag de 4e doodsoorzaak wereldwijd. Elk jaar sterven meer dan 3 miljoen mensen door COPD, dat is bijna 6 % van alle overlijdens.

De gemiddelde levensverwachting van mensen met COPD ligt zowat 10 jaar lager dan die van de doorsnee bevolking.

Het aantal Europeanen met COPD wordt geschat tussen 4 en 10 %.

In België ligt het aantal patiënten met COPD grof geschat rond de 400.000. Rekening houdend met de mensen die de aandoening hebben, maar bij wie de diagnose nog niet is gesteld, loopt het cijfer wellicht op tot 700.000 (zekere cijfers ontbreken).



### COPD en astma

Hoewel COPD en astma een aantal kenmerken delen, zijn het 2 verschillende aandoeningen. Het is belangrijk ze goed te onderscheiden en een juiste diagnose te stellen, want de optimale behandeling verschilt. Wel kan er bij sommige patiënten sprake zijn van een mengvorm van COPD en astma. De behandeling kan dan wat verschillen van de behandeling van 'zuivere' COPD.

Meer over astma in de patiëntenbrochure 'Astma bij volwassenen: wat je moet weten?'.

## V. De diagnose

Kortademigheid, veel hoesten en het opgeven van fluïmen zijn weliswaar typische symptomen van COPD, maar ze volstaan uiteraard niet om met zekerheid de diagnose te stellen. Vele andere aandoeningen kunnen vergelijkbare klachten veroorzaken. Alvorens aan COPD te kunnen denken, moet men ook andere zaken bekijken. Zo is de waarschijnlijkheid dat er sprake is van COPD veel groter bij een man van 60 die al 40 jaar dagelijks 2 pakjes sigaretten rookt dan bij een vrouw van 30 die nooit heeft gerookt.

Als er genoeg aanwijzingen zijn dat de klachten te wijten kunnen zijn aan COPD, dan is verder onderzoek aangewezen. Om COPD te bevestigen of uit te sluiten gebeurt er meestal een meting van de longfunctie. Hiervoor maakt men gebruik van een spirometer, een meettoestel waarin de patiënt zo snel en zo hard mogelijk moet blazen. Wijkt de meting af van wat men bij een gezond iemand zou verwachten, dan is er een herhaling van de test, maar pas na het inademen van een middel dat de luchtwegen verwijdt. Is de meting dan wél normaal, dan wijst het eerder in de richting van astma. Is de meting niet of slechts deels verbeterd, dan wijst het meer op COPD.

Soms kan aanvullend onderzoek nodig zijn, zoals een radiografie van de longen of een CT-scan, om meer informatie te krijgen of om andere mogelijke oorzaken uit te sluiten.



## VI. De geneesmiddelen

COPD echt genezen is vandaag nog niet mogelijk. Wel zijn er geneesmiddelen waarmee men de ziektelast kan verminderen en het voortschrijden van de ziekte kan afremmen. Patiënten die roken moeten er zich echter van bewust zijn dat het voor hen het allerbelangrijkste is de sigaret vaarwel te zeggen: dat is de meest doeltreffende maatregel om de versnelde aftakeling van de longfunctie tegen te gaan.

De belangrijkste geneesmiddelen voor de behandeling van COPD zijn luchtwegverwijders of 'bronchodilatatoren'. De toediening gebeurt doorgaans via inhalatie (inademen).

### 1. Luchtwegverwijders

Ze zorgen voor een verwijding van de luchtwegen doordat ze de spiertjes errond ontspannen. Dat vergemakkelijkt het inademen en vermindert de benauwdheid.

Men onderscheidt 2 klassen van luchtwegverwijders, elk met hun eigen werkingsmechanisme: enerzijds de anticholinergica, anderzijds de bèta-agonisten (artsen gebruiken ook nog andere namen).

Binnen elke klasse zijn er verder kortwerkende en langwerkende middelen.

Kortwerkende luchtwegverwijders komen eigenlijk alleen in aanmerking voor mensen met milde COPD die maar af en toe last hebben van een moeilijke ademhaling. Ze zetten de luchtwegen open, verlichten de klachten snel en zijn te gebruiken op het ogenblik dat ze plots last krijgen van kortademigheid.

Maar voor alle andere patiënten, met ernstiger vormen van COPD, is een dagelijks gebruik van medicatie nodig om de klachten voldoende onder controle te houden. Men spreekt dan van een onderhoudsbehandeling.

Hiervoor gebruikt men langwerkende luchtwegverwijders. Ze verlichten de ademhalingsklachten, houden de luchtwegen langer open en verminderen de kans op exacerbaties. Doordat ze lang doorwerken, volstaan normaal 2 inhalaties per dag, soms zelfs 1.

Wanneer monotherapie (ofwel een anticholinergicum, ofwel een bèta-agonist) onvoldoende effect heeft, kan men 2 geneesmiddelen combineren (van elke klasse één).

## 2. Corticosteroiden

Corticosteroiden zijn ontstekingsremmende geneesmiddelen die ook inzetbaar zijn bij de behandeling van COPD. Inhalatiecorticosteroiden kunnen met name worden gebruikt in combinatie met een langwerkende luchtwegverwijder, wanneer die alleen niet volstaat om het aantal exacerbaties (opflakkingen) voldoende te verminderen. In sommige gevallen is zelfs een zogenaamde 'triple therapy' aangewezen: 2 luchtwegverwijders plus een corticosteroïde.

Inhalatiecorticosteroiden hebben echter als nadeel dat ze de natuurlijke afweer verzwakken, waardoor de patiënten vatbaarder zijn voor pneumonie (longontsteking). Zeker bij mensen met COPD is dat een gevaarlijke aandoening. Corticosteroiden zijn dus best alleen te gebruiken in specifieke gevallen, wanneer ze echt nodig zijn, voornamelijk bij een blijvende te hoge frequentie van exacerbaties. Het gebruik ervan bij COPD moet een weloverwogen beslissing zijn. En bij wie hiermee al wordt behandeld, is in sommige gevallen het afbouwen van het middel te overwegen.

### 3. Antibiotica

Soms voegt de arts aan een behandeling met luchtwegverwijders (al dan niet in combinatie met een corticosteroïde) nog andere geneesmiddelen toe. Bv. azithromycine, een antibioticum dat naast een antibacteriële werking ook een ontstekingsremmend effect heeft. Een aanvullende behandeling met azithromycine gedurende een bepaalde periode valt soms te overwegen als de patiënt ondanks een optimale behandeling herhaalde exacerbaties blijft vertonen.

Men moet echter rekening houden met de mogelijke nadelige effecten van het antibioticum. Er is een risico van interacties met andere geneesmiddelen. Langdurig gebruik kan ook het opduiken van resistente bacteriën in de hand werken. En azithromycine kan ongewenste bijwerkingen hebben, vooral op het hart, bv. hartritmestoornissen. Daarom kan een voorafgaand electrocardiogram aangewezen zijn, om eventuele bestaande hartafwijkingen op te sporen waarbij het beter is om het middel niet te gebruiken.

### 4. Vaccins

Bij mensen met COPD kunnen de klachten ernstig verergeren als ze een infectie van de luchtwegen oplopen, zoals griep of longontsteking. Daarom is veiligheidshalve vaak een jaarlijkse griepvaccinatie aanbevolen. Ook vaccinatie tegen infecties door pneumokokken, die onder meer longontstekingen veroorzaken, is te overwegen.

# VII. Correct gebruik van de inhalator

Geneesmiddelen kunnen de klachten verlichten en de frequentie en ernst van exacerbaties verminderen, de algemene gezondheid verbeteren en maken dat men minder snel buiten adem is.

De behandeling kan echter maar effect hebben als men zijn medicatie correct gebruikt en het door de arts aanbevolen toedieningsschema nauwgezet naleeft. In de praktijk is niet iedereen daar even consequent in.

## 1. Therapietrouw

Sommige mensen vergeten gewoon geregeld hun medicatie te gebruiken. Anderen geven er soms de brui aan, bv. omdat ze zich depressief voelen. Weer anderen voelen zich dan net weer zo goed dat ze menen wel een tijdje zonder medicijnen te kunnen. Zo zijn er nog meer redenen waarom niet iedereen altijd even trouw is aan zijn behandeling. Nochtans is het zeer belangrijk om het geneesmiddel te blijven gebruiken zoals afgesproken. Wie hierbij moeilijkheden ondervindt, moet die bespreken met zijn arts en/of apotheker.

## 2. De juiste techniek

Ook zeer belangrijk is het correcte gebruik van de inhalator, het apparaatje waarmee men de medicatie tot in de luchtwegen moet brengen.

Men onderscheidt 3 grote groepen:

- **Dosisaerosols ('puffers')**: zij verstuiven het geneesmiddel automatisch, bv. door middel van een drijfgas.
- **Poederinhalators**: het geneesmiddel in poedervorm komt in de luchtwegen door de kracht van het inademen.
- **Vernevelaars**: het geneesmiddel bevindt zich in een oplossing die wordt verneveld door ultrasoongeluid of perslucht en vervolgens ingeademd via een mondmasker.

Binnen elke groep zijn er nog een aantal onderverdelingen. Zodoende zijn er vandaag heel wat soorten inhalatietoestellen op de markt, allemaal met hun eigen specifieke voor- en nadelen. Dosisaerosols bv. hebben als voordeel zeer compact te zijn, maar vergen een goede coördinatie tussen verstuiving en inademing. Met poederinhalators is dat probleem er niet, maar die zijn dan weer alleen geschikt voor mensen die nog hard genoeg kunnen inademen. Vernevelaars worden nog maar zelden gebruikt, maar kunnen in enkele specifieke gevallen toch nuttig zijn.

Uiteindelijk komt het erop aan een toestel te kiezen waarmee men zelf goed overweg kan. Bij fout gebruik raakt er immers te weinig van het geneesmiddel tot in de luchtwegen en slaat de behandeling niet aan. Ook is er dan een grotere kans op bijwerkingen, bv. omdat er te veel van het geneesmiddel in de mond en de keel blijft hangen.



Meer uitleg over het correcte gebruik van inhalators op de website van de Belgische Vereniging voor Pneumologie: [www.bvp-sbip.org](http://www.bvp-sbip.org).

Als de voorgeschreven behandeling niet het verhoopte resultaat geeft, is het correcte gebruik van de inhalator het eerste wat men moet nagaan, voor men overweegt andere geneesmiddelen te proberen of eventueel een ander type inhalator. Onderzoek toont aan dat de inhalatietechniek bij vele patiënten ondermaats is.

Wie niet tevreden is over zijn toestel of vragen heeft over het gebruik ervan, spreekt er best zo vlug mogelijk over met zijn arts en/of apotheker.

Regelmatig en correct gebruik van de inhalator is van essentieel belang. Er te veel van afwijken kan uitmonden in meer exacerbaties en zelfs in ziekenhuisopnames.

## VIII. Algemene maatregelen

Naast de medische behandeling zijn bij COPD ook een aantal meer algemene maatregelen van belang.



## 1. Rookstop

Wie rookt, moet alles op alles zetten om ermee te stoppen. Dat is immers de belangrijkste maatregel om de evolutie van de ziekte af te remmen. Blijven roken staat een doeltreffende behandeling met medicatie in de weg.

## 2. Voeding

Mensen met een ernstige vorm van COPD hebben het door hun klachten soms moeilijk om genoeg te eten. Dat kan uitmonden in bepaalde tekorten, met als gevolg een verergering van de klachten en een verhoogde kans op infecties allerhande. Hoe men die situatie kan voorkomen, kan men bespreken met zijn arts en eventueel ook met een diëtist.

## 3. Lichaamsbeweging

Bij mensen met COPD lokt fysieke inspanning makkelijk klachten uit. Hierdoor zijn patiënten vaak geneigd om inspanningen zo veel mogelijk uit de weg te gaan. Maar een gebrek aan lichaamsbeweging heeft tot gevolg dat de fysieke conditie er nog meer op achteruitgaat en men nog vaker in ademnood geraakt. Het is dus belangrijk om genoeg te blijven bewegen. Bv. dagelijks een half uur wandelen, fietsen, zwemmen of fitnesssen. Bij ernstig conditieverlies kan men eventueel een beroep doen op inspanningstraining onder begeleiding van een kinesitherapeut. In sommige gevallen kan de arts longrevalidatie in het ziekenhuis voorschrijven, waar de patiënt samen met een team zorgverleners aan het verbeteren van zijn gezondheid werkt.





**Verantwoordelijke uitgever**  
J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

**Realisatie**  
Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV  
in samenwerking met de Verbruikersunie Test-Aankoop

**Grafisch ontwerp**  
Communicatiecel van het RIZIV

**Illustraties**  
Claire Lerustre

**Publicatiedatum**  
November 2018

**Wettelijk depot**  
D/2018/0401/42