

Een patiënt met COPD tijdens de COVID-19-pandemie

Lisette van den Bemt, Niels Chavannes, Jean Muris

De diagnostiek van longaanvallen bij COPD-patiënten is op zichzelf helder, maar over de rol van COVID-19 bij acute exacerbaties is veel nog onduidelijk. Deze casusbeschrijving poogt enig inzicht te geven in de begeleiding van COPD-patiënten tijdens deze pandemie en in de nazorg na een eventuele ziekenhuisopname wegens COVID-19.

Bij ongeveer 80% van de personen die een SARS-CoV2-infectie doormaken is het ziektebeloop mild, maar COPD-patiënten hebben een verhoogd risico op een ernstig beloop (OR 4,38; 95%-BI 2,34 tot 8,20).¹ Een longaanval kan veroorzaakt worden door virale verwekkers, waaronder het coronavirus SARS-CoV2, maar ook door bacteriële luchtweginfecties of door andere luchtwegprikkels. Bij infecties door het coronavirus treedt geregeld een verslechtering op nadat de patiënt al een dag of 7 relatief milde klachten gehad heeft, zoals in de casus. Karakteristiek lijkt ook te zijn dat vooral vermoeidheid en uitputting op de voorgrond staan (kortademigheid dus minder!). Naast hoesten en koorts worden vermoeidheid en spierpijn bij COVID-19 het meest gedocumenteerd.² De uitputting was voor de huisarts de belangrijkste reden om de heer Blaauw te laten opnemen.

Geadviseerd wordt patiënten met COPD en het vermoeden van COVID-19 actief te monitoren, in verband met het mogelijk ernstigere beloop en de plotse verslechtering na een week. Bij de heer Blaauw leidde de SARS-CoV2-infectie tot zowel een longaanval als interstitiële pneumonie. Bij die laatste treedt restrictie op en is de saturatie in rust lager dan normaal. Het advies is dan om aan de hand van de ABCDE-criteria te bepalen of de patiënt al dan niet thuis kan worden behandeld. Ten tijde van de verwijzing van de heer Blaauw waren diens ademfrequentie en saturatie (het B-criterium) afwijkend.

ICPC-codering

Het advies is om deze longaanval te coderen als een nieuwe exacerbatie COPD/astma (ICPC-code R95, emfyseem/COPD). Op een tweede E-regel kunt u aangeven dat er een vermoeden is van COVID-19. In de casus werd deze episode gecodeerd als R74 (acute infectie bovenste luchtwegen) met als extra omschrijving 'verdenking COVID-19'. Bij ontslag uit het ziekenhuis paste de huisarts de codering aan naar R83 (andere infectie(s) luchtwegen) met als extra omschrijving 'CO-

CASUS: COPD IN STABIELE FASE

Meneer Blaauw, 70 jaar, bekend met COPD in een stabiele fase met lichte ziektebeloop, belt de praktijk tijdens de coronapandemie. Hij is futloos, heeft een loom gevoel en heeft sedert 5 dagen geen eetlust meer. Daarbij heeft hij een droge hoest en koorts (38,9 °C rectaal). Patiënt is weliswaar kort van adem, maar is hiermee bekend en het lijkt nu niet veel erger. Hij kan de trap nog in 1 keer op lopen en klinkt aan de telefoon niet extreem kortademig. U adviseert de kortwerkende luchtwegverwijderaar op te hogen en terug te bellen bij verergering van de klachten.

Uitgeput en moe

Twee dagen later belt meneer terug, zijn temperatuur is 37,5 °C, de salbutamol lijkt iets te doen. Hij gebruikt deze vóór het aankleden, dat lukt dan wel, maar hij moet na 1 kledingstuk even op adem komen. Hij kan inmiddels nog geen 10 treden de trap op lopen zonder te stoppen. Voelt zich niet benauwd in rust, wel uitgeput en moe. U laat zijn echtgenote de ademhalingsfrequentie bepalen: 18 per minuut in rust. In verband met de uitputting en toegenomen dyspneu verwijst u de heer Blaauw naar een coronacentrum. Daar constateert de longarts bij het lichamelijk onderzoek beiderzijds bibasaal iets crepiteren; bloeddruk 132/93 mmHg; ademfrequentie 18 per minuut; saturatie 86%. Patiënt kan met moeite volzinnen voltooien. Er zijn geen aanwijzingen voor veneuze trombose. Het CRP is 95 mg/l en bij de bloedgasbepaling blijkt respiratoire alkalose met diepe hypoxie. Op de CT-thorax is een uitgebreid emfysemateus longbeeld zichtbaar met tekenen van chronische bronchiolitis, tevens perifeer gelegen matglasgebieden met reticulatie. Een PCR-swab blijkt positief voor het coronavirus, de urinesneltests op pneumokokken en legionella zijn negatief. Na bloedkweken wordt gestart met ceftriaxon i.v., chloroquine [off-label] en zuurstoftherapie met een streefsaturatie > 94%; en profylactisch dalteparine. Patiënt wordt opgenomen op de COVID-19-cohortafdeling.

Longembolieën

Na 3 dagen opname worden met CT-angiografie longembolieën gevonden. Hierop wordt gestart met een DOAC en in de eropvolgende dagen volgt een gestage klinische verbetering. Na 10 dagen kan de zuurstoftherapie worden gestaakt en verlaat de heer Blaauw het ziekenhuis in klinisch goede conditie. De huisarts wordt verzocht de controle op zich te nemen. Na enkele dagen bezoekt u de heer Blaauw thuis. Hij praat weer volop en is druk! Hij moet nog 5 dagen binnen blijven en afstand houden tot zijn echtgenote. Als hij niet opnieuw verkouden wordt mag hij daarna weer naar buiten. Hij heeft geen nachtmerries en praat veel over de ziekenhuisopname, dat doet hem goed. De POH zal de heer Blaauw oproepen voor een telefonische controle.

VID-19'. Alle consulten die gaan over ongerustheid of angst voor COVID-19 of over vragen met betrekking tot COVID-19 kunnen gecodeerd worden als A27 (angst voor andere ziekte), met de omschrijving 'ongerustheid/vragen COVID-19'.³



Stop tijdens een episode van COVID-19 niet met de reguliere COPD-medicatie.

Foto: Shutterstock

Laboratoriumonderzoek

Bij patiënten met een COPD-exacerbatie kan de CRP-sneltest veilig ingezet worden om een bacteriële infectie uit te sluiten.⁴ Voor het aantonen van COVID-19 heeft de CRP-bepaling geen diagnostische betekenis. Een PCR-test heeft duidelijker consequenties voor het beleid.

BEHANDELING

Reguliere COPD-medicatie

De huisarts van de heer Blaauw koos ervoor als eerste stap de rescuemedicatie op te hogen. Er leek in eerste instantie ook slechts sprake te zijn van een milde longaanval (mild piepen, gering verlengd expirium, geringe klachten), waarbij ophogen van de luchtwegverwijdende medicatie voldoende is. Bij een ernstige longaanval is een stootkuur prednisolon goed beleid, óók wanneer er een vermoeden bestaat van COVID-19. Bij de behandeling van COVID-19 op de IC is de rol van prednisolon discutabel,⁵ maar bij een exacerbatie COPD blijft een stootkuur prednisolon de effectiefste therapie ongeacht COVID-19. Daarom adviseert het Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) de reguliere korte stootkuren prednisolon bij longaanvallen te blijven voorschrijven.⁶ Het spreekt vanzelf dat bij COPD-patiënten de voorgeschreven luchtwegverwijders en inhalatiecorticosteroiden te allen tijde gecontinueerd moeten worden, ook tijdens longaanvallen en ook bij COVID-19.

Antibiotica

In het ziekenhuis werd de heer Blaauw behandeld met een antibioticum. Had de huisarts niet al bij het tweede contact een kuur moeten starten? Volgens de huidige inzichten niet. Een patiënt zonder koorts en zonder tekenen van pneumonie of ernstige purulente bronchitis (verandering van sputum, productief hoesten) heeft geen indicatie voor antibiotica. Antibiotica zijn alleen geïndiceerd als er aanwijzingen zijn voor een bacteriële infectie. COVID-19 is, net als alle andere virusinfecties, geen indicatie voor antibiotica in de huisartsenpraktijk.

DE KERN

- Bij COPD-patiënten met COVID-19 treedt geregeld verslechtering op na een eerste week van milde klachten.
- Bij verergering van klachten lijken vermoeidheid en uitputting op de voorgrond te staan, kortademigheid minder.
- Het is belangrijk tijdens een episode van COVID-19 niet te stoppen met de reguliere COPD-medicatie – zowel luchtwegverwijders als zo nodig prednisolon.
- Antibiotica zijn alleen geïndiceerd bij een bacteriële luchtweginfectie, niet bij COVID-19.

FOLLOW-UP

COVID-19 heeft de manier van werken in de huisartsenpraktijk veranderd en het is goed mogelijk dat sommige van deze veranderingen standhouden. Telefonisch monitoren blijkt goed te kunnen. Beeldbellen kan nog extra mogelijkheden bieden voor het beoordelen van bijvoorbeeld de kleur van de patiënt, het gebruik van hulpademhalingspijpen of de ademfrequentie. Bij patiënten met astma of COPD in de stabiele fase zouden de reguliere controles dan ook telefonisch of via beeldbellen kunnen plaatsvinden in plaats van op de praktijk. Of dat verantwoord is, moet per patiënt worden ingeschat. De NHG-Expertgroep CAHAG adviseert om controles bij niet-kwetsbare patiënten met een stabiel klachtenpatroon niet alleen maar op afstand uit te voeren, maar ook in de praktijk zelf. Face-to-facecontact blijft toch de optimale manier om COPD goed te controleren.

Een telefonisch of beeldbelconsult moet gedegen worden voorbereid. Stuur de patiënt vooraf een vragenlijst met de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) en de MRC-dyspneuschaal. Een digitale vragenlijst is praktischer, maar men kan ook een papieren vragenlijst gebruiken, mits die op tijd wordt geretourneerd. Vraag de patiënt om van tevoren zichzelf te wegen en zo mogelijk de instructie voor het juiste gebruik van de luchtwegmedicatie te raadplegen op de website inhalatorgebruik.nl. De ervaring leert dat laaggeletterde patiënten moeite hebben met het invullen van vragenlijsten en het bekijken van websites. Bij deze patiënten kan het beter zijn om de vragenlijsten en het actieplan longaanvallen samen door te nemen tijdens het consult.⁷

Besteed tijdens het consult ruim aandacht aan de reguliere aandachtspunten die in de NHG-Standaard COPD onder Monitoring beschreven worden.⁸ Bij een follow-up na COVID-19 is het van belang zeker ook te kijken naar tekenen van deconditionering: gewichtsverlies, spierverlies, vermoeidheid. Een in longreactivatie gespecialiseerde fysiotherapeut kan een nuttige rol vervullen met adviezen en oefentherapie. Indien geïndiceerd kan een diëtist worden ingeschakeld.

ADVIES

Telefonisch is het lastig om onderscheid te maken tussen een milde en een ernstige longaanval. Check bij de geringste twijfel de ABCDE-criteria en leg eventueel een huisbezoek af of nodig de patiënt uit voor het coronaspreekuur. Complicaties zoals pneumonie en longembolie komen veel voor tijdens een virale pandemie zoals COVID-19.

Voor COPD-patiënten die ontslagen zijn na een ziekenhuisopname voor COVID-19 is contact met de huisarts – telefonisch, op de praktijk of thuis – erg belangrijk. De huisarts moet kunnen beoordelen of er post-COVID-19-klachten zijn en of daarvoor interventies noodzakelijk zijn. Het kan bijvoorbeeld

nodig zijn een fysiotherapeut in te schakelen bij persisterende deconditionering. De reguliere astma- en COPD-controles bij COPD-patiënten die hersteld zijn van COVID-19 kunnen telefonisch worden uitgevoerd door de POH, mits de patiënt zich goed heeft voorbereid.

Over de klachten na COVID-19, de impact daarvan en de specifieke gevolgen voor patiënten met COPD is nog weinig bekend. Wel zijn de eerste aanzetten voor een leidraad en een handreiking ter zake al gegeven.^{9,10} ■

LITERATUUR

1. Zhao Q, Meng M, Kumar R, Wu Y, Huang J, Lian N, et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systemic review and meta-analysis. *J Med Virol* 2020;10.1002/jmv.25889.
2. Borges do Nascimento IJ, Cacic N, Abdulazeem HM, Von Groote TC, Jayarajah U, Weerasekara I, et al. Novel coronavirus infection (COVID-19) in humans: A scoping review and meta-analysis. *J Clin Med* 2020;9: 941.
3. Organisatie van de zorg: Spirometrie tijdens pandemie coronavirus. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2020. <https://corona.nhg.org>, geraadpleegd augustus 2020.
4. Cals JW, Smeele I. CRP bij COPD-exacerbaties. *Huisarts Wet* 2019;62(10)49..
5. Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet* 2020;395:473-5.
6. GOLD COVID-19 Guidance. Fontana (WI): Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2020. <https://goldcopd.org>, geraadpleegd augustus 2020.
7. Begeleiding van patiënten met astma en COPD in de eerste lijn tijdens corona-pandemie: Standpunt CAHAG 31 maart 2020. Utrecht: COPD en Astma Huisartsen Advies Groep, 2020. www.cahag.nl, geraadpleegd augustus 2020.
8. Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JC, et al. NHG-Standaard COPD, versie 4.1. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015.
9. Handreiking voor de zorg. Behandeling en begeleiding van post-COVID-19-patiënten: het COVID-19 Associated Syndrome. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2020.
10. Leidraad Nazorg voor patiënten met COVID-19. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2020.

Van den Bemt L, Chavannes NH, Muris JW. Een patiënt met COPD tijdens de COVID-19-pandemie. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI: 10.1007/s12445-020-0848-6.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. L van den Bemt, onderzoeker. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: prof. dr. N.H. Chavannes, huisarts, hoogleraar E-healthtoepassingen in disease management. Universiteit Maastricht, onderzoeksinstituut CAPHRI, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: prof. dr. J.W.M. Muris, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde: jean.muris@mumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.