Invloed van behandeling van comorbiditeiten van COPD op de impact van COPD

Haio: DE WILDE Arnout , KUL
Promotor: BUFFELS Johan
Praktijkopleider: COLOGNE Geert

Context: De Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) voorspelt dat in 2030 COPD wereldwijd de 3e meest frequente oorzaak zal zijn van morbiditeit en mortaliteit. De laatste jaren blijkt uit studies dat COPD meer en meer als een systemisch inflammatie proces beschouwd wordt in plaats van alleen een pneumologisch probleem. Deze ziekte geeft een verminderde kwaliteit van leven en is frequent geassocieerd met comorbiditeit. De comorbiditeit wordt in de dagdagelijkse praktijk afzonderlijk behandeld al dan niet aan de hand van de nieuwste richtlijnen. In huisartsgeneeskunde is omgaan met comorbiditeit een dagelijks gegeven. De compatibiliteit van de richtlijnen voor comorbiede aandoeningen wordt zelden nagegaan. De impact van lege artis behandeling van comorbiditeit op een index aandoening (zoals hier COPD) is nog weinig gedocumenteerd.

Onderzoeksvraag: Heeft het optimaliseren van geselecteerde comorbiditeiten van COPD aan de hand van de actuele richtlijnen een invloed op de impact van de COPD van de patiënt?

Methode: In 2 huisartspraktijken zullen patiënten ouder dan 45 jaar die gebruik maken van inhalatiemedicatie worden opgespoord via het elektronisch medische programma waarna zal gekeken worden of er een onderbouwde diagnose van COPD of astma aanwezig is. Zo niet zal er een verder diagnostisch onderzoek plaatsvinden met onder meer longfunctietesting. Een ziektespecifieke quality of life vragenlijst, COPD Assessment Test (CAT) zal worden afgenomen bij de patiënten met bevestigd COPD. Een vragenlijst uit het onderzoek van Van Calsteren die polst naar enkele comorbiditeiten van COPD zal ook aan de patiënten worden voorgelegd. Daarna zullen de richtlijnen geconsulteerd worden van elke concomitante aandoening. De compatibiliteit van de verschillende richtlijnen die van toepassing zijn, wordt vervolgens nagegaan. Zo nodig wordt de aanpak van de concomitante aandoeningen geoptimaliseerd. Na 3 maanden wordt een nieuwe CAT test afgenomen bij de doelpopulatie.

Resultaten: Het proefproject heeft 12 mensen kunnen includeren met gemiddelde leeftijd van 67,83 ± 7,63 jaar, een gemiddelde Tiffeneau index van 59,42 ± 6.50% met een gemiddelde FEV1 waarde van 54,25 ± 14,35%. Het grootste deel van de patiënten komt uit GOLD II en III en GOLD klasse B en D. Met een gemiddeld aantal aanwezige comorbiditeiten van 6,83 ± 1,40 per patiënt werd er bij gemiddeld 2,92 ± 0,90 comorbiditeiten een wijziging uitgevoerd waar er uiteindelijk gemiddeld 1,08 ± 0,79 comorbiditeit succesvol werd gewijzigd. De gemiddelde CAT score bij de start van het proefproject bedroeg 16,83 ± 6,51 punten en na een follow up van 3 maanden met een medicatiewijziging werd een gemiddelde CAT score van 16,67 ± 6,43 punten bereikt.

Conclusie: Het proefproject heeft geen duidelijke verbanden kunnen aantonen tussen een medicatie optimalisatie van de opgelijste comorbiditeiten volgens hun actuele richtlijnen en een verbetering van de CAT score. Het aantal geïncludeerde patiënten is zeer laag en we kunnen dus geen causale conclusies trekken uit de geobserveerde trends in de verschillende subgroepen en comorbiditeiten.