



Longziekten

Chronische obstructieve longziekten (COPD)

volwassenen

Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist:

Chronische obstructieve longziekten (COPD)

volwassenen

Voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist:

Na het stellen van de diagnose COPD gecombineerd met tenminste één van de volgende gegevens:

- BMI \leq 21 kg/m²
- ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden
- vetvrije massa index (VVMI) \leq 17 kg/m² (mannen) en \leq 15 kg/m² (vrouwen)
- ongewenste gewichtstoename, meer dan 5-10% in 1 maand en/of BMI > 30 kg/m² en/of BMI > 25 indien er sprake is van comorbiditeit en/of klachten als gevolg van het overgewicht

Relevante gegevens voor de diëtist:

- diagnose: COPD, eventuele comorbiditeit (inclusief psychische nevendiaagnoses zoals depressie ed.)
- symptomen: dyspnoe, algehele malaise
- medicatie: corticosteroïden, antibiotica, theofylline, beta-2-sympaticomimeticum + evt. voorgeschreven vitaminen of mineralen-suppletie
- Inflammatoire perioden/exarcebatiessoverig: lengte, gewicht(sverloop), vetvrije massa, bij obesitas middelomtrek.

Doelstelling behandeling diëtist:

- handhaven/verbeteren van de voedingstoestand
- handhaven/verhogen van de vetvrije massa
- Bij obesitas (BMI > 30 kg/m²): handhaven of reduceren van het lichaamsgewicht met behoud van spiermassa (door het intensiveren van lichamelijke inspanning en een adequate inname van eiwit en energie).

Dieetkenmerken:

- Energie volgens behoefte: rustmetabolisme (berekend met de WHO formule, de Harris en Benedict-formule of gemeten + toeslagen)
- Bij ondervoeding eiwitverrijkt: 1,2-1,5 g/kg actueel lichaamsgewicht of 1,5 gram/kg vetvrije massa (bij ondergewicht (BMI < 20) en overgewicht (BMI > 30) gewicht in deze formule corrigeren naar gewicht bij respectievelijk BMI=20 en BMI=27,5).
- calcium: 1000-1200 mg
- Vitamine D:
 - advies Gezondheidsraad
 - Patiënten die > 7,5 mg corticosteroïden per dag gedurende meer dan een half jaar gebruiken, dienen vitamine-D-suppletie te gebruiken in combinatie met voldoende calcium
- bij obesitas: zie te hoog gewicht. Hierbij is de behandeling gericht op gewichtsvermindering met behoud van spiermassa

Behandeltijd:

- zorgniveau 4*, zie 'werkwijze diëtist'.

Bijzonderheden:

- Een BMI \leq 21 detecteert niet alle patiënten met een verlaagde/slechte voedingstoestand. Het blijkt dat er een normaal gewicht of achter overgewicht alsnog een verlaagde spiermassa schuil kan gaan. Er wordt aangeraden om naast de BMI, ook de vetvrije massa Index (VVMI) te bepalen met een gekalibreerde bio impedantie meter en de formule van Rutten et al. wordt toegepast.
- Multidisciplinaire begeleiding: gezien de complexiteit is het gewenst om de patiënt met COPD multidisciplinair te behandelen. Binnen de multidisciplinaire behandeling zijn naast de longarts/huisarts, de diëtist, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de longverpleegkundige actief betrokken en/of maatschappelijk werk/psycholoog. In overleg met de andere disciplines



vindt afstemming plaats over de behandeling en evaluatie van het zelfmanagement van de patiënt. Indien dieetinterventie wordt ingezet moet dit altijd worden gecombineerd met inspanningsinterventie. Dit geldt zowel bij onder-als overgewicht. Dieetbehandeling alleen leidt vooral tot gewichtstoename in de vorm van vetmassa en niet van vetvrije massa (spiermassa). Wanneer (gespecialiseerde) fysiotherapie geen optie is, is het advies in gesprek te gaan met de patiënt welke andere mogelijkheden er zijn om adequate lichaamsbeweging te realiseren.

- Voor spiersynthese is beweging essentieel en is het belangrijk om de eiwitname over de dag te spreiden, met minimaal 20-30 g eiwit per maaltijd.
- Aangezien stabilisatie van het gewicht bij patiënten met matig of ernstige ziektelast bij COPD en BMI ≥ 25 kg/m² een gunstig effect op de overleving heeft, moet bij aanwezigheid van andere medische redenen die gewichtsvermindering vereisen, gekeken worden waar de prioriteit ligt qua behandeling.
- Patiënten met COPD hebben vaker een verhoogd risico op een lagere vitamine D-status. Dit wordt veroorzaakt door minder zonbloopstelling (minder buitenactiviteiten door verminderde fysieke fitheid), gebruik van corticosteroïden en de chronische ontsteking. Een lagere vitamine D-status is geassocieerd met een hogere ziekte-lasternst, een verminderde longfunctie en een verhoogd risico op luchtweginfecties.

Bronnen:

CBO, Richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD, Astmafonds, NVALT, NHG-CAHAG, actualisatie maart 2010, Utrecht

Rutten EPA, Spruit MA, Wouters EFM, critical view on diagnosing muscle wasting by single-frequency bio-electrical impedance in COPD, *Respiratory Medicine* (2010), 104, 91-98

Burd NA, Gorissen SH, van Loon NJ, Anabolic resistance of muscle protein synthesis with aging, *Exercise in Sport Science Reviews* (2013), 41 (3), 169-173

Kruizenga H, Wierdsma N. Zakboek diëtetiek. VU University Press, Amsterdam 2014. www.zakboekdiëtetiek.nl

Weijs PJM, Sauerwein HP, Kondrup J, Protein recommendation in the ICU: g protein/kg body weight-which body weight for underweight and obese patients?. *Clinical Nutrition* (2012), 31 (5), 774-775

Schmidt K, Froom H. Chronische obstructieve longaandoeningen (COPD). Uitgevers 2010 Gezondheidszorg, Maarssen: 2010

Riancho J.A 1987, Forli L.2004, Gilbert C.R.2009, Janssens W.2009, Janssens 2010, Lehouck A. 2012

Eiwitbalans bij ziekte, gezondheid en veroudering, Peter Weijs, *Ned. Tijdsch voor Voeding & Diëtetiek* – 2015;70(6)
E-book Vitamine D – www.vvoedingonline.nl

*De actualisering van **Chronische obstructieve longziekten (COPD)** is gerealiseerd door Saskia van Os, diëtist Eet-Wijzer, Zeewolde en Anke Kalisvaart, diëtist Ziekenhuis Rivierenland Tiel en diëtistenpraktijk De Lage Korn in Buren, mede namens het Landelijk Diëtisten Netwerk COPD (LDN-COPD)*