



INFORMATIE / INTERPRETATIE CCQ

De Clinical COPD Questionnaire (CCQ) is een korte, op COPD gerichte vragenlijst over de gezondheidstoestand van de patiënt. Het doel van de vragenlijst is te meten wat het effect is van de ziekte COPD op de gezondheidstoestand van de patiënt. Door middel van het meten van deze gezondheidstoestand kunnen de huisarts, longarts, praktijkondersteuner, maar ook de patiënt zelf meer inzicht krijgen in de ernst van de symptomen en beperkingen die door de ziekte veroorzaakt worden. Bovendien kan het effect van de behandeling op deze symptomen en beperkingen worden gemeten.

DE SCORES

CCQ Totaal	= gemiddelde score van de 10 vragen
CCQ Symptomen	= gemiddelde score van vraag 1 – 2 – 5 – 6
CCQ Functioneel	= gemiddelde score van vraag 7 – 8 – 9 – 10
CCQ Mentaal	= gemiddelde score van vraag 3 – 4

INTERPRETATIE SCORES

< 1	Goed
≥ 1 < 2	Instabiele situatie, mogelijke verbetering door interventie (medicatie / beweging / voeding / informatie)
≥ 2 < 3	Wijst op redelijk veel klachten en beperkingen, vraagt om interventie
≥ 3 < 4	Zeer veel klachten en forse beperking, vraagt om interventie. Is er sprake van langdurige exacerbaties?
≥ 4	Zeer veel klachten en forse beperking. Reden om acuut in te grijpen en behandeling te intensiveren

INTERPRETATIE CCQ DOMEINEN

Tijdens het consult met de patiënt kan de vraag waarop de patiënt het hoogst heeft gescoord als uitgangspunt van het gesprek dienen. De domeinscores kunnen met name richting aan de behandeling geven. Hebben mensen een hoge score op het symptomen domein, dan kan, naast stoppen met roken, het aanpassen van de medicatie uitkomst bieden. Hebben mensen met name in het functionele domein problemen, dan zou dit verbeterd kunnen worden door bijvoorbeeld reactivatie bij een fysiotherapeut of (nog mooier) een eerste-, tweede- of derdelijns revalidatieprogramma. Een score van meer dan één op het mentale domein is iets waar altijd aandacht aan geschonken moet worden. Die voorspelt namelijk een depressie of angststoornis.

Minimal Clinical Important Difference (MCID) = 0,4
Meer informatie op www.ccq.nl

INFORMATIE / INTERPRETATIE ACQ

De Asthma Control Questionnaire (ACQ) is een korte vragenlijst die is ontwikkeld om de astma controle bij patiënten met astma vast te stellen. Het is net als de CCQ een korte gezondheidstoestand vragenlijst, gericht op klachten die specifiek voorkomen bij astma. Ook hierbij is de beste score 0 en de slechtste score 6.

De ACQ geeft een indruk hoe een patiënt zijn astma onder controle heeft.

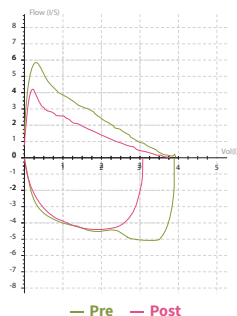
Uit onderzoek is gebleken dat bij patiënten met een onstabiel astma het risico op exacerbaties en ziekenhuisopnames het hoogst is. Daarom is het van belang dat met name aan deze groep in de huisartsenpraktijk, door de praktijkondersteuner, extra aandacht gegeven wordt: het geven van inhalatie-instructie, vragen naar therapietrouw en eventueel aanpassen van de medicatie.

INTERPRETATIE ACQ TOTAAL

< 0,75	Stabiel
≥ 0,75 < 1,5	Niet geheel stabiel, mogelijke verbetering door interventie (medicatie / beweging / voeding / informatie)
≥ 1,5	Onstabiel, vraagt om interventie

Minimal Clinical Important Difference (MCID) = 0,5

INTERPRETATIE VAN DE FLOW-VOLUME CURVE



Beste poging

Parameter	Eenheden	Ref. (LLN)	Pre	%Pred (z)	Post	%Pred (z)	%Change
FVC	(L)	4,22 (3,37)	4,25	100,7% (0,06)	4,77	113,1% (1,04)	12,3% (0,52)
FEV1	(L)	3,36 (2,91)	2,82	77,7% (-1,87)	3,48	96,0% (-0,34)	23,5% (0,66)
FEV1/FVC	(%)	86,5 (74,9)	66,2	76,6% (-2,56)	72,8	84,2% (-1,89)	10,0% (6,6)

Restrictie

FVC % pred (z)

< -1,64 : aanwijzing restrictie
≥ -1,64 : normaal

Obstructie

FEV1/FVC % pred (z)

< -1,64 : obstructie
≥ -1,64 : geen obstructie

Ernst obstructie

FEV1 (% pred)

≥ 80% : licht
≥ 50% < 80% : matig
≥ 30% < 50% : ernstig
< 30% : zeer ernstig

Reversibiliteit

FEV1 (% Change)

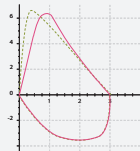
≥ 12% en ≥ 200 ml : reversibel
< 12% en < 200 ml : niet reversibel

STAPPENPLAN

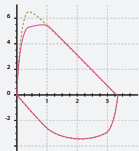
1 BEOORDELING CURVE

1.1 Kwaliteit van de curve in orde?

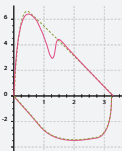
1. Zonder aarzeling?



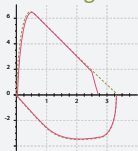
2. Met kracht?



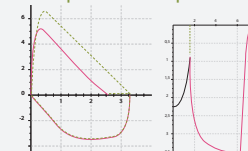
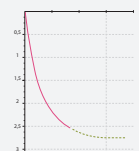
3. Vloeierend?



4. Volledig uit?



5. Expiratie ≥ inspiratie?



1.2 Goed beoordeelbaar?

2 INTERPRETATIE

R restrictie?

FVC % Pred (z)
na medicatie

GeForceerde Expiratoire Volume % pred = het volume dat maximaal uitgeblazen kan worden, uitgedrukt in de Z-score van de voorspelde FVC.

De Z-score geeft aan hoeveel standaard deviatie (SD) de gemeten waarde verschilt van de voorspelde waarde uit een normale populatie (Z-score < -1,64 definieert de onderste 5% van de normale populatie). Deze parameter is van belang om te kijken of er sprake is van een vermoeden tot restrictie. Er kan pas met zekerheid de diagnose 'restrictie' worden gesteld als de totale longcapaciteit (de TLC) kleiner is dan 85% van de voorspelde waarde. De TLC is een samengesteld volume dat bestaat uit de (F)VC en het residuaal volume (RV). Het RV wordt bepaald middels de Heliumverduunningsmethode of de TGV-meting in de plethysmograaf (bodybox) gemeten in het ziekenhuis.

O obstructie?

FEV1/FVC %
Pred (z) na
medicatie

GeForceerde Expiratoire Rate (FER) = het percentage van het totaal uitgeblazen volume dat in de eerste seconde is uitgeblazen, uitgedrukt in de Z-score van de voorspelde FEV1/FVC.
Is de Z-score < -1,64 dan spreekt men van obstructie.

E ernst obstructie

FEV1(%pred)
na medicatie

GeForceerde Expiratoire Volume in 1 seconde (% pred) = het volume dat maximaal in 1 seconde uitgeblazen kan worden, uitgedrukt in procenten van de voorspelde FEV1.
Indien er sprake is van obstructie dan wordt hier naar gekeken om de ernst van de obstructie te bepalen. Deze indeling wordt gedaan aan de hand van de volgende criteria:

- ≥ 80% : lichte obstructie
- ≥ 50% < 80% : matige obstructie
- ≥ 30% < 50% : ernstige obstructie
- < 30% : zeer ernstige obstructie

R reversibel?

FEV1
(% change)

$(FEV1 \text{ post} - FEV1 \text{ pre}) / FEV1 \text{ pre} * 100$ = het percentage FEV1 dat verbetert na bronchusverwijding ten opzichte van de uitgangswaarde (in procenten).
Deze parameter geeft de mate van reversibiliteit weer. Er is sprake van reversibiliteit indien de FEV1 ≥ 12% en 200 ml of meer is verbeterd t.o.v. de uitgangswaarde. Zo kan men het onderscheid maken tussen astma en COPD. Is er reversibiliteit aangetoond in een stabiele fase, dan is er zeer waarschijnlijk sprake van astma. Bij een afwezigheid van reversibiliteit en een obstructieve longfunctie, is er waarschijnlijk sprake van COPD maar sluit astma echter niet uit. Is er wel sprake van reversibiliteit maar is de longfunctie nog steeds obstructief na bronchusverwijding, dan kan er sprake zijn van zijn van het astma/COPD overlapsyndroom (ACOS).

Interpretatie van bovenstaande curve: reversibel, na medicatie een lichte obstructie.