

Hand-out longrevalidatie

Ziekteleer en revalidatie bij COPD

Wat is COPD?

COPD is een verzamelnaam voor onder meer de longziekten chronische bronchitis en longemfyseem. Het is een ongeneeslijke ziekte met ernstige benauwdheid als belangrijkste kenmerk.

Maar wat is COPD nu precies?

Simpel gezegd is COPD een ziekte waarbij de longen altijd vol zitten met kleine ontstekingen, die blijvende schade veroorzaken aan de luchtwegen en/of longblaasjes. Hierdoor vernauwen de luchtpijpjes, kan overmatig slijm ontstaan en kunnen longblaasjes beschadigen. In tegenstelling tot astma is de vernauwing die bij COPD in de luchtpijpjes optreedt permanent aanwezig terwijl deze bij astma weer normaal kan worden. De belangrijkste oorzaak van COPD is roken, waarbij de problemen vaak jaren later pas ontstaan. Ook mensen die een leven lang astmatisch zijn geweest kunnen uiteindelijk COPD ontwikkelen. COPD is helaas niet te genezen, wel kun je met puffjes proberen de luchtpijpjes rustig te houden (ontstekingsremming) en proberen zo goed mogelijk op te rekken (luchtwegverwijders).

Als u COPD heeft, heeft u daardoor vaak adem tekort. Bijvoorbeeld bij het traplopen, werken of aankleden. Ook kan er sprake zijn van overmatig slijmproductie. Dit laatste blijkt vaak lastig te beïnvloeden met therapie.

COPD is een verzamelnaam voor onder meer:

Chronische bronchitis: Bij chronische bronchitis zijn de bronchiën (de vertakkingen van de luchtpijp naar de longen) steeds ontstoken. Daardoor wordt er meer slijm aangemaakt en is ademen lastiger. De slijmproductie staat op de voorgrond.

Longemfyseem: Bij longemfyseem of emfyseem gaan er langzaam steeds meer longblaasjes verloren. De longblaasjes zorgen ervoor dat zuurstof na het inademen in uw bloed komt, en dat u afvalstoffen weer kunt uitademen. Hoe minder longblaasjes er zijn, hoe moeilijker dit wordt. Ook verliest de long hierdoor zijn elasticiteit wat het ademen eveneens moeilijker maakt.

Bij COPD onderscheidt men 4 klassen (GOLD 1-4) waarmee de ernst van de aandoening wordt weergegeven zoals je die met longfunctie onderzoek kunt meten. Tegenwoordig wordt ook gekeken naar de voedingstoestand, maar bijvoorbeeld ook naar de afstand die iemand kan lopen (6 minuten wandeltest). Ook worden vragenlijsten (CCQ, MRC) gebruikt die meer vertellen over hoe men zich voelt, ondanks de longaandoening. Op deze manier proberen we gericht hulp te bieden bij de longaandoening.

Afspraken over wie een COPD patiënt behandelt (longarts, huisarts of beide), wat daarbij moet worden onderzocht en hoe vervolgens de behandeling er uit moet gaan zien, staat beschreven in de zogenaamde 'Zorgstandaard COPD'. Hieraan hebben deskundigen vanuit alle richtingen meegewerkt: huisartsen, longartsen, diëtisten, maatschappelijk werk, fysiotherapeuten etc. Daarbij wordt de indeling niet meer alleen volgens de GOLD gemaakt

maar wordt gesproken van 'ziektelast'; dat wil zeggen in welke mate mensen problemen en klachten ondervinden van de COPD. De aanpak van COPD bij iemand met een lichte ziektelast is minder intensief dan die van iemand met zware ziektelast. Ook daarover zijn afspraken gemaakt tussen de huisarts en longarts.

Doel van alle aandacht voor iemand met COPD is hem of haar zo lang mogelijk te helpen zelfstandig te blijven functioneren.

Longrevalidatie

Longaandoeningen kunnen grote invloed hebben op het dagelijks functioneren, zowel in lichamelijk als in psychisch en sociaal opzicht. Het ene moment is iemand tot veel in staat, het andere moment steken de beperkingen de kop op en lijkt vrijwel niets mogelijk. Naast de behandeling met medicijnen kan aanvullende therapie in de vorm van een longrevalidatieprogramma zinrijk zijn. De longinhoud of longfunctie zal door deze aanpak niet verbeteren, wel biedt het een uitgelezen mogelijkheid beter met deze chronische aandoening te leren omgaan.

Om goed te begrijpen waarom in de longrevalidatie gebruik gemaakt wordt van de fysiotherapeut, diëtiste en maatschappelijk werkster, is basiskennis nodig van de ademhaling. Dat gaat niet alleen over de kennis van de bouw en het functioneren van de long, maar vooral ook over de samenhang tussen de verschillende onderdelen.

De ademhalingspomp

Het uiteindelijke doel van de ademhaling is uitwisseling van gassen: enerzijds de benodigde zuurstofopname en anderzijds koolzuurgas ('afval'-gas) afgifte. Dit wordt bewerkstelligd door de zogenaamde 'adempomp': het geheel van borstkas (thorax), spieren, zenuwbanen en long die er gecoördineerd voor zorgen dat men elke minuut 10-12 keer ademt.

Spieren vormen een essentieel onderdeel van deze keten: zonder spierkracht geen ademhaling. De belangrijkste spier is het middenrif (diafragma), die als een spierplaat tussen de borstholte en buikholte ligt en als een zuiger de long kan laten ontplooiën bij elke inademing. Spieren van de romp naar de hals, armen en buik dragen verder in belangrijke mate bij aan een goede werking van de pomp. De borstkas is stug en beschermt de long tegen invloeden van buitenaf. De long zelf is elastisch en heeft, net als een ballon, de neiging samen te vallen. Zenuwen zorgen via een nauwkeurig werkend (*elektrisch*) netwerk voor een adequate afstemming van functies op elkaar, zodat een optimale ademhaling ontstaat. Tot slot kan ons bewustzijn gedeeltelijk invloed uitoefenen op de ademhaling hoewel het merendeel automatisch en onafhankelijk functioneert.

Ontstaat er een ziekte van een van de bovenbeschreven componenten dan heeft dat direct gevolgen voor ademhaling en de uitwisseling van de gassen zuurstof en kooldioxide waardoor het functioneren direct wordt bedreigt. Als een van de componenten minder goed werkt moet de rest proberen dit te compenseren. Bestaat er bijvoorbeeld een ernstige longaandoening dan wordt het beroep op de ademhalingsspieren almaar groter. De inspanningscapaciteit neemt af en het wordt moeilijker overtollig slijm op te hoesten. Er ontstaat angst en onzekerheid als vanzelfsprekende dingen niet meer gaan zoals voorheen wat vaak leidt tot een gewijzigd ademhalingspatroon.

De fysiotherapeut

De speciaal daartoe opgeleide *long* fysiotherapeut kan u helpen om te leren gaan met de ontstane beperking. Door training op het juiste niveau wordt aan spierkracht en conditie gewerkt. Met behulp van specifieke technieken wordt het makkelijker slijm op te geven en bij kortademigheid de ademhaling te controleren. Bij afname van capaciteit wordt ook aandacht besteed aan temporiseren en de weg naar accepteren ...

De diëtist

Om de spieren van de ademhalingspomp goed te kunnen gebruiken en door training te kunnen versterken is optimale voeding van groot belang. Daarom beoordeelt de diëtist aan het begin en tijdens de revalidatie of er extra hulp nodig is in de vorm van adviezen of zelfs bijvoeding.

Maatschappelijk werk

De ademhaling gaat vanzelf waarmee je zuurstof binnenkrijgt en afvalgas (koolzuurgas) uitademt. Wat iemand hier vervolgens mee doet bepaalt diegene zelf: ga ik hardlopen of wandelen, doe ik iets of juist helemaal niets. Heb je een longaandoening dan is wat je wilt en wat je kunt helaas niet altijd hetzelfde. De ziekte zorgt voor een aantal onmogelijkheden. Hoe iemand daarmee omgaat is heel verschillend: de een zoekt voortdurend de grenzen op en voelt zich dan vaak kortademig terwijl de ander dit juist vermijdt en niet in beweging komt uit angst kortademig te worden. Uiteindelijk bepalen we dus zelf wat we met onze ademhaling doen en daarmee soms ook hoeveel last we er van hebben. Een goede balans tussen wat nodig is of juist vermeden moet worden is daarbij heel belangrijk. De maatschappelijk werker kan helpen hier inzicht in te krijgen.

Conclusie

Om de long goed te laten functioneren is aandacht nodig op meerdere niveaus waarbij naast training van spieren goed afgestemde voeding van belang is maar ook reële gedachten over wat je bij de ziekte wel en niet kan doen.

Kort gezegd: *“happen en stappen maar met het koppie erbij ...”*.