

[Redacted]

Verwijsformulier Fysiotherapie, [Redacted] april 2019 (op advies Spec. Arne)

Hr./ Mw/Kind

Adres

Postcode & woonplaats

Telefoon

Geb.datum

Polisgegevens

[Redacted]

Klacht/hinder

COPD gold III/c met chron.
hypoxie

Medicatie

(Spirometrie : zeer obstructieve curve zonder
reversibiliteit)

LABA / LAMA, Spiolto

Met vriendelijke groet,

[Redacted signature]

weer als voorheen. Merkt wel dat ze niet kan praten en lopen tegelijk en dat ze kortademig is bij boodschappen sjouwen bijvoorbeeld. Positief ingesteld, nu weer helemaal aan het werk. Heeft in het verleden fysiotherapie gehad, ging toen erg goed. Is wat verwaterd geraakt. Voor laatste exacerbatie eigenlijk jaren geen exacerbaties gehad. Nu 2 jaar gestopt met roken, voorheen zeer veel gerookt. Is therapietrouw, neemt puffers goed in.

Aanvullend onderzoek:

Arterieel bloedgas 29-3-19:

pH=7,433 ; PaCO₂=5,6 kPa; PaO₂=7,9 kPa; Hb tot=8,9 mmol/L; HbO₂=86,4%; HbCO=2,3%. TSpO₂=93%

Longfunctie 29-3-2019:

Pre Salbutamol:

Spirometrie: FVC=2,48 L(86,15 %); FEV₁=1,03 L(45,42 %); FEV₁%M=39 %.

Post Salbutamol:

Spirometrie: FVC=2,48 L(86,15 %); FEV₁=1,02 L(44,98 %); FEV₁%M=40 %.

Diffusie: TLCocSB=4,61 mmol/(min*kPa) (73,27 %); VA-SB=3,35 L(75,73 %);

KCoc=1,37 mmol/(min*kPa*L) (95,48 %); HbCO= 2.3%.

Conclusie: zeer obstructieve curve zonder reversibiliteit.

Diffusiecapaciteit laag normaal. Afname van FEV₁ ten opzichte van 2017**Beeldvorming:**

X-thorax 24-2-19:

Tonvormige thorax met toename retrosternale ruimte, afgeplatte diafragmata.

Geen pleuravocht.

Geen aanwijzingen voor pneumonie.

CTA thorax 24-2-19:

Geen longembolieën.

Diffuus verspreid tree-in-bud gebieden met mucusplugging en bronchopathie DD bronchiolitis.

Bespreking:

Het betreft een 63-jarige vrouw, bekend met COPD en reuma die werd gezien op de polikliniek ter controle na presentatie op SEH in verband met exacerbatie COPD. Op CT werd toen een bronchiolitisbeeld gezien. Patiënte is inmiddels opgeknapt, maar het herstel heeft lang geduurd. In de arteriele bloedgas wordt een hypoxemie gezien zonder tekenen van respiratoire insufficiëntie. Longfunctie laat een forse obstructie zie zonder reversibiliteit waarbij de eensecondewaarde is afgenomen ten opzichte van 2017. De diffusiecapaciteit is laag normaal. Er wordt op dit moment niet gedacht aan pulmonale betrokkenheid van de reuma. Er was reeds op de SEH gestart met maximale bronchusverwijding, hetgeen wordt voortgezet. Omdat de laatste exacerbatie de eerste in jaren was, is besloten geen inhalatiecorticosteroid bij te starten. In overleg met patiënte verwijzen wij haar voor verdere begeleiding van de COPD weer terug naar de huisarts. Zij zal weer starten met longfysiotherapie. Bij verdere achteruitgang kan zij opnieuw verwezen worden uiteraard.

Conclusie:

COPD gold III/C met chronische hypoxemie, status na ongoing exacerbatie bij bronchiolitisbeeld.

Beleid:

- LABA/LAMA voortzetten, start Spiolto in plaats van Spiriva en Serevent in het kader van gebruiksgemak.
- indien toch opnieuw exacerbaties dan ICS bijstarten
- Verwijzing longfysiotherapie via huisarts, indien verdere klinische achteruitgang kan longrevalidatie overwogen worden. Patiënte voelt hie nu niet voor.
- verdere behandeling in de 1e lijn

Behandeldoelen: maximale luchtwegverwijding, optimaliseren conditie, therapietrouw zijn en voorkomen van exacerbaties.

Actuele medicatie

- aerochamber met mondstuk 4+ jr blauw, 1 stuk, inhalatie, Volgens toedieningsinstructies
- amLODipine 5 mg tablet, 10 mg, oraal, 2dd
- EERSTE UITGIFTE SPIOLTO VI-332, 2 inhalatie, inhalatie, 1dd
- leflunomide (LEFLUNOMIDE RATIOPHARM) 10 mg tablet, 10 mg, oraal, 1d
- omeprazol (TEVA OMEPRAZOL) 20 mg capsule MSR, 20 mg, oraal, 1dd
- salbutamol 100 mcg/dosis aerosol, 200 microgr, inhalatie, 4dd ZN

Met collegiale hoogachting,
[REDACTED]

AMC, Meibergdreef 9, Amsterdam, telefoon 020-5669111

Cc:
Geen ontvangers