

NIEUWE INZICHTEN IN DE BEHANDELING VAN RA, EVIDENCE BASED

Bron

Deze tekst werd gecreëerd door de werkgroep 'Update lesinhoud Patient Partners Program Reumatoïde Artritis'
– studiedag PPP vzw februari 2016 – www.patient-partners.be

RA au sérieux nemen

Dit in tegenstelling tot vroeger, in de jaren 80, toen moest de reumatoloog de mensen naar huis sturen met een schouderklopje: 'Je moet er leren mee leven'!

RA is en blijft een ernstig te nemen aandoening, maar je kan er iets aan doen.

RA is in de meeste gevallen goed onder controle te krijgen door vroegtijdig en intensief te behandelen

Er wordt zo snel mogelijk een intensieve combinatietherapie opgestart die men nadien kan afbouwen (step down therapie)

Beter in het begin agressief werken en afbouwen dan omgekeerd, want dan loopt men achter de feiten aan

Dank zij een kordate en krachtige aanpak kan de levenskwaliteit van de patiënt snel verbeteren en hoog blijven, vooral aan het werk kunnen blijven is heel belangrijk.

Intensief!

- **1^{ste} stap: Methotrexaat en cortisone**
 - **MTX is de gouden standaard** (anti-inflammatoire dosissen)
Negatieve percepties bestaan nog altijd en zijn niet gegrond, wat voortdurend wordt bewezen in het dagdagelijks gebruik (evidence based).
Correcte opvolging is nodig.
Het duurt 2 à 3 maanden vóór deze DMARD maximaal effect heeft.
DMARDs (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs) zijn medicijnen tegen reuma die het ziekteverloop beïnvloeden en controleren (werken niet pijnstillend of ontstekingsremmend).
Je moet behandelen, niet pijn verlichtend of ontstekingsremmend, maar bij de bron!
 - **Cortisone is een tijdelijke krachtige ontstekingsremmer en perfecte overbrugger**
De corticoïden leggen het gesofisticeerde ontstekingsproces snel stil tot de klassieke antireumamiddelen gaan werken. Dus perfect te gebruiken in de vroege intensieve combinatietherapie om zo te voorkomen dat de gewrichten en pezen te veel schade oplopen.
Cortisone kent een revival, de negatieve connotatie die er lang is geweest is, is niet meer terecht: het kan echt geen kwaad cortisone strategisch in te zetten als krachtige ontstekingsremmer **(1)**
De nevenwerkingen van cortisone (o.a. vollemaansgezicht) zijn tijdelijk.
 - **NSAIDs zijn onvoldoende, ze zijn in de behandeling van RA hulpmedicatie**

- **Wat als MTX niet kan?**

Onderzoek (2) toont aan dat MTX en cortisone de ziekte onder controle krijgen in 70% van de gevallen.

Naast MTX zijn er nog middelen om RA te behandelen:

- De conventionele synthetische DMARDs naast methotrexaat zijn sulfasalazine, leflunomide en plaquenil
- De laatste jaren zijn er biologische DMARDs (de zogenaamde biologicals): hieronder vallen de TNF alfa remmers, de anti-B-cel therapie e.a. Van het moment dat je ze als patiënt nodig hebt, heb je er recht op en krijg je ze als je voldoet aan de criteria, opgesteld door de overheid in samenspraak met de KBVR. Je mag er niet mee starten (geen plaats voor biologicals in aanvangsbehandeling), MTX en cortisone zijn evenwaardig

- **In vergelijking met vroeger: meten en evalueren van gewrichten**

Metten is weten!

HAQ (Health Assessment Questionnaire) (3)

= functionele vragenlijst

- HAQ wordt bepaald door een mix van inflammatie en gewrichtsschade alsmede psychosociale factoren
- HAQ is in het begin van de ziekte bepaald door inflammatie en bij gevorderde ziekte ook door gewrichtsschade
- Hoe hoger de HAQ (hoe slechter de functie)... hoe meer kosten verbonden aan RA, hoe groter de statistische kans op vervroegd overlijden...

DAS (Disease Activity Score) (3)

= ziekteactiviteit

- DAS is een gewogen instrument bepaald door pijnlijke, gezwollen gewrichten, een globale patiëntenscore (VAS) en ontstekingsstekens in het bloed
- Hoe langer een hogere DAS... hoe meer gewrichtsschade in de toekomst in klinische trials. De DAS dient dus zo laag mogelijk te komen bij behandeling
- In de dagelijkse praktijk blijken patiënten die gevolgd worden met regelmatige formele DAS metingen het beter te doen dan diegenen die niet formeel gemeten worden.

In de handleiding is hierover meer uitgebreide informatie te vinden.

(1) Zeer belangrijke voetnoot van

Prof. Dr. P. Verschueren, reumatoloog UZ Leuven (12/03/2015), Update dossier richtlijnen: Kwalitatieve informatie voor patiënten (Eular)

“Bij beginnende reumatoïde artritis verdient, uiteraard in combinatie met DMARDs, het gebruik van glucocorticoïden aanbeveling omdat deze geneesmiddelen, in tegenstelling tot DMARDs, het ziekteproces snel onder controle kunnen brengen en als dusdanig de kansen op een succesvol verder verloop van de behandeling vergroten, conform de zogenaamde “window of

opportunity” theorie. Over de ideale initiële dosis van de glucocorticoïden is nog discussie maar er is evidentie dat schema’s vertrekkende van matig hoge dosissen welke snel worden afgebouwd over de loop van een zestal weken en na een zestal maanden worden gestopt zeer succesvol zijn voor remissie inductie en bovendien veilig. Op langere termijn dient het gebruik van cortisone zo veel mogelijk te worden beperkt, wat in de praktijk beter lukt na een efficiënte aanpak met glucocorticoïden in de beginfase van de ziekte.”

(2) Methotrexate in combination with other DMARDs is not superior to methotrexate alone for remission induction with moderate-to-high-dose glucocorticoid bridging in early rheumatoid arthritis after 16 weeks of treatment: the CareRA trial

P Verschueren,^{1,2} D De Cock,¹ L Corluy,^{3,4} R Joos,⁵ C Langenaken,^{3,4} V Taelman,⁶ F Raeman,⁵ I Ravelingien,⁷ K Vandevyvere,⁸ J Lenaerts,^{3,4} E Geens,⁵ P Geusens,^{9,10} J Vanhoof,⁹ A Durnez,⁸ J Remans,¹¹ B Vander Cruyssen,⁷ E Van Essche,¹² A Sileghem,¹³ G De Brabanter,¹⁴ J Joly,² S Meyfroidt,¹ K Van der Elst,^{2,15} R Westhovens^{1,2}

(3) PPP Studiedag 21 oktober 2006, Reumatoïde Artritis: een update, Prof. Dr. R. Westhovens