



## ***ReumaNet-Nieuws nr. 11*** **Maart 2015**

### Dossier Richtlijnen: kwalitatieve informatie voor patiënten

Sinds 2010 worden patiënt onderzoek partners betrokken bij diverse wetenschappelijke initiatieven van EULAR, de Europese Liga tegen Reuma. Op die manier wordt de expertise van patiënten ingebed in onderzoek. Ook in Vlaanderen hebben we ondertussen enkele mensen die zich hiervoor inzetten.

De Annals of Rheumatic Diseases, het officiële tijdschrift van EULAR, startte in het najaar van 2014 met een nieuw initiatief: het vertalen van wetenschappelijke publicaties naar leekentaal. Op die manier kunnen patiënten zonder een wetenschappelijke achtergrond toch wat meepikken van de laatste ontwikkelingen in onderzoek.

ReumaNet plant de vertaling van deze samenvattingen om ook Vlaamse patiënten het nieuws heet van de naald te kunnen brengen. Voorlopig zijn er een twintigtal samenvattingen gepubliceerd, die zijn te vinden op de website van The Annals of Rheumatic Diseases, <http://ard.bmj.com/> (volg de link 'Lay summaries'). Elke maand komen er drie publicaties bij.

Een voorsmaakje:

#### **Advies over het gebruik van DMARDS bij RA: EULAR update**

##### Introductie

Bij het updaten van richtlijnen voor de behandeling van reumatoïde artritis (RA) met DMARDS (medicijnen tegen reuma die het ziekteverloop beïnvloeden) wordt specifieke aandacht besteed aan het gezamenlijk beslissingen nemen van patiënten en artsen. Deze update houdt ook rekening met recent onderzoek naar de voordelen en het veilige gebruik van deze medicijnen.

##### Wat weten we al?

Wanneer iemand RA heeft, valt het immuunsysteem, dat normaalgezien infecties bestrijdt, de gewrichten aan. Deze zijn gezwollen, stijf en voelen pijnlijk aan. DMARDS zijn medicijnen die dit helpen voorkomen door het verminderen van schade aan de gewrichten en het voorkomen van onomkeerbaar functieverlies. Daarom zegt men dat ze het ziekteverloop beïnvloeden.

In de behandeling van RA nemen DMARDS een belangrijke plaats in. Er zijn verschillende soorten. => de oudere types, de conventionele synthetische DMARDS, zoals methotrexaat, sulfasalazine en leflunomide.

=> de nieuwere types die meestal in de categorie van de biologische DMARDs (biologicals) vallen. Hieronder vallen de TNF alfa (tumor necrosis factor) remmers (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab en infliximab), abatacept, tocilizumab en rituximab.

Er zijn dus heel wat mogelijkheden om RA te behandelen. Beslissen welke behandeling de beste is, is dus best een uitdaging, vooral omdat onderzoek geen duidelijkheid schept over welke DMARDs het beste werken of het veiligst zijn in gebruik. Om hierbij te helpen riep EULAR, de Europese Liga tegen Reuma, een groep van specialisten (reumatologen), experts in andere domeinen en patiënt vertegenwoordigers samen om de huidige stand van zaken in wetenschappelijk onderzoek te bekijken en een leidraad te ontwikkelen. Hun bevindingen, die een update zijn van richtlijnen gepubliceerd in 2010, leest u hieronder.

### Wat zeggen de richtlijnen?

De bijgewerkte richtlijnen benadrukken het belang van artsen en patiënten die samenwerken om de beste aanpak te vinden. De behandeling moet gebaseerd zijn op een gezamenlijke beslissing van de patiënt en zijn of haar reumatoloog.

#### *Andere belangrijke principes:*

- \* Mensen met RA moeten bij voorkeur opgevolgd worden door een reumatoloog.
- \* Reumatologen moeten de economische, sociale en individuele kosten van de aandoening en zijn behandeling afwegen wanneer beslissingen over de zorg worden genomen.

De richtlijnen gaan ook in detail in op de beste aanpak om RA met DMARDs aan te pakken.

#### *De belangrijkste aspecten:*

- \* Patiënten zouden met DMARDs moeten starten zo gauw de diagnose van RA gesteld is.
- \* Het doel van de behandeling moet ziekteremissie of een lage ziekteactiviteit zijn.
- \* Wanneer de RA actief is, moeten artsen de patiënt elke maand tot drie maanden monitoren. Wanneer er geen verbetering merkbaar is na drie maanden of een vooropgesteld therapeutisch doel werd na zes maanden niet bereikt, moet de behandeling aangepast worden.
- \* Methotrexaat is in principe de eerste DMARD die moet gebruikt worden. Wanneer dit niet mogelijk is, zijn sulfasalazine en leflunomide de andere opties. Dit zijn allemaal conventionele synthetische DMARDs en kunnen op zich gebruikt worden of in combinatietherapie.

#### **\* (1) Zie ook voetnota voor meer uitleg bij volgende richtlijn:**

*De patiënt en zijn arts kunnen overwegen om corticosteroïden (cortisonen in de volksmond) in lage dosis te gebruiken, als deel van de initiële behandeling, samen met DMARDs. Deze medicijnen moeten echter zo snel mogelijk verminderd en gestopt worden, omwille van de nevenwerkingen.*

- \* Wanneer de eerste aanpak niet aanslaat, kunnen andere synthetische DMARDs ingezet worden. Wanneer ook die falen, zijn biologische DMARDs een optie. Bij patiënten met een actieve RA en minder goede vooruitzichten kunnen deze ook vroeger ingezet worden.
- \* Biologische DMARDs worden meestal gebruikt in combinatie met methotrexaat.
- \* Wanneer een biologische DMARD niet helpt, kan een andere geprobeerd worden.
- \* Wanneer een patiënt niet langer corticosteroïden gebruikt en de RA is niet actief (in remissie) kan de dosis van de biologische DMARD verminderd worden.
- \* Wanneer een patiënt lange tijd in remissie is, kan de dosis van de synthetische DMARD verminderd worden. Deze beslissing moet echter gezamenlijk genomen worden, na grondig overleg.
- \* Wanneer de behandeling aangepast moet worden, is het belangrijk het hele plaatje te bekijken

samen met de ziekteactiviteit. Andere aandoeningen die de patiënt heeft, mogelijke reacties op behandelingen en aantastingen aan de gewrichten zijn zaken die in overweging moeten genomen worden.

#### Hoe betrouwbaar zijn deze richtlijnen?

Deze punten zijn gebaseerd op een grondige review van de huidige stand van zaken in wetenschappelijk onderzoek en algemene kennis, en discussies tussen medische experts en patiënt experts. De richtlijnen zijn een betrouwbare leidraad om tot de beste behandeling van RA met DMARDs te komen.

#### Wat betekent dit voor mij?

Deze aanbevelingen geven een handig overzicht van mogelijke behandelingsopties voor mensen met RA. Ze benadrukken ook dat u zelf, als patiënt, een stem hebt in de keuze van behandeling. Spreek met uw behandelende arts wanneer u vragen hebt of bekommerd bent om iets.

April 2014

Bron: Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2014;73:492–509. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204573LaySummary

**Noot: Deze informatie vervangt medisch advies niet. Raadpleeg uw arts wanneer u een medisch probleem hebt.**

#### **(1) Voetnoot bij deze specifieke richtlijn**

Enige nuancering is nodig:

*“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.”*

Prof. Dr. Patrick Verschueren, reumatoloog UZ Leuven (12/03/2015)