

Reumatoïde artritis is tegenwoordig beter behandelbaar dan een tiental jaar geleden. UZ Leuven lag mee aan de basis van een revolutionaire aanpak die de levenskwaliteit van de patiënten sterk verbetert. Prof. dr. René Westhovens en prof. dr. Patrick Verschueren (reumatologie) leggen uit.



REUMATOÏDE ARTRITIS

Ad van Poppel

Agressieve aanpak bi hogere levenskwalite

In de volksmond wordt er gesproken over reuma. Maar, zo zegt prof. dr. René Westhovens, kliniekhoofd reumatologie UZ Leuven, "... eigenlijk bestaat reuma niet. Wat de mensen 'reuma' noemen is heel uiteenlopend. Net zo uiteenlopend als 'buikpijn'. Het heeft geen zin om tegen een patiënt te zeggen: 'Je hebt reuma'. Daarmee weet hij nog niets." Voor velen is reuma een schrikbeeld. Bij het woord denken ze al snel aan pijnlijke gewrichten en kromme vingers. Maar bij reumatoïde artritis behoort dat beeld stilaan tot het verleden. Reumatoïde artritis is een ontstekingsziekte die de gewrichten beschadigt. De ontsteking begint met een stoornis in het immuunsysteem van de patiënt. Dankzij medicijnen slaagt men er

tegenwoordig in dat proces stop te zetten en onder controle te houden. "Als je het adequaat en op tijd aanpakt, is reumatoïde artritis goed te behandelen en is er een goede evolutie", zegt prof dr. Westhovens. Adjunct-kliniekhoofd prof. dr. Patrick Verschueren voegt eraan toe dat "... het leiden van een normaal leven het streefdoel is." De ontsteking is agressief en de veroorzaakte schade is blijvend. Naarmate de ziekte in de tijd vordert, neemt ook de mate van beschadiging toe. "Van reumatoïde artritis kun je invalide worden", zegt prof. dr. Westhovens. Bovendien treft het vooral jonge mensen. "De ziekte heeft niets te maken met oud worden. De meeste patiënten krijgen de kwaal tussen dertig en veertig jaar.

Veertig procent van hen is man, zestig procent is vrouw." Prof. dr. Verschueren stipt aan dat de aanpak vaak mensen treft die professioneel actief zijn. "Daarom moet je kort op de bal kunnen spelen." Belangrijk daarbij is ook het feit dat er sprake is van een onomkeerbaar ziekteproces. De ziekte begint met nachtelijke pijn in de gewrichten, ochtendlijke stijfheid en zwelling van de gewrichten. Die stijfheid is niet van korte duur, maar houdt een half uur tot een uur aan. Het kunnen aantonen van de aandoening is echter een subtiel gebeuren. "De röntgenopnamen geven soms een normaal beeld, de labresultaten kunnen eveneens normaal zijn. Er zijn niet altijd afwijkende bloedwaarden. En

*Prof. dr. Patrick Verschuere en
prof. dr. René Westhovens
(reumatologie UZ Leuven):
'Agressieve aanpak levert
resultaten op'*

Verlichten

Tot zo'n tien jaar geleden was de behandeling van de aandoening symptomatisch en ging het om het

te toxisch waren om er vroeg mee te starten. Het zijn inderdaad geen 'snoepjes'. Maar zo'n tien tot vijftien jaar geleden heeft een deel van de artsen de redenering omgedraaid." Niet dat er plots nieuwe revolutionaire geneesmiddelen beschikbaar waren. Het idee was dat het de moeite waard is die bestaande klassieke agressieve middelen direct te gebruiken in het efficiënt bestrijden van de ziekte. En zo te voorkomen dat die zich kan

'Je probeert het ziekteproces een tik te geven met een initieel heel krachtige therapie'

verlichten van de pijn. Maar sindsdien is de strategie van de artsen sterk veranderd. "Je kunt het vergelijken met de aanpak in oncologie. Je probeert het ziekteproces een tik te geven met een initieel heel krachtige therapie", aldus prof. dr. Verschuere. "We verminderen de ziekteverschijnselen. Dat geeft rust, zodat je nog weinig merkt van de ontstekingen." Het komt er volgens zijn collega op aan de ziekte zo vroeg mogelijk en zo volledig mogelijk te onderdrukken, waardoor de vooruitzichten op lange termijn goed zijn.

Hoe pakte men vroeger dan de behandeling aan? Er was sprake van een voorzichtige benadering van de ziekte. Prof. dr. Verschuere: "Men startte met ontstekingsremmers en wat kinesitherapie. Als dat niet hielp, ging men over op wat agressievere antirheumageneesmiddelen. Men vond dat die middelen

installeren. Genezing is bijna niet mogelijk. Prof. dr. Westhovens: "Er is een spontane genezing bij minder dan tien procent van de gevallen, dus je moet wel behandelen, niet pijnverlichtend maar bij de bron." Hij voegt er aan toe dat men rond diezelfde tijd meer inzicht kreeg in de factoren die de ziekte startten en onderhielden.

Applaus

In verschillende centra dachten artsen op die manier, onder meer in UZ Leuven. Maar dat betekende niet dat hun ideeën op applaus onthaald werden. Integendeel. Prof. dr. Verschuere: "We deden samen met enkele Nederlandse centra mee aan een test in 1993. Veel reumatologen zeiden ons dat het levensgevaarlijk was voor de patiënt." Vooral de cortisonen deden de tegenstanders van de nieuwe methoden terugdeinzen.

edt
it

toch kan er sprake zijn van beginnende reumatoïde artritis. Je moet als arts wat getraind zijn", zegt prof. dr. Westhovens.

2



*Prof. dr. René Westhovens,
kliniekhofd reumatologie
UZ Leuven: 'Eigenlijk bestaat reuma
niet. Wat de mensen 'reuma' noemen,
is heel uiteenlopend'*

Cortisonen zijn sinds de jaren vijftig ingezet als snel werkend anti-onstekingsmiddel. Maar het middel heeft een slechte naam. "Op zich is er niets mis met cortisone, maar het heeft een slechte reputatie gekregen door langdurig gebruik in situaties waarvoor het middel niet bedoeld was. Dat leidde tot verdunde huid, verzwakking van de spieren, bijnierproblemen en risico op botbreuken. Cortisonen zijn niet onschuldig, maar als je ze strategisch inzet

Patiënt als trainer

Huisartsen moeten snel kunnen doorverwijzen bij een vermoeden van reumatoïde artritis. In dat kader is de rol van de zogenaamde patiënt-partners belangrijk. Het gaat om patiënten die lijden aan reumatoïde artritis en bij de opleiding van artsen betrokken worden. "De artsen in opleiding krijgen lessen in het onderzoek van gewrichten. Ze krijgen ook het verhaal van de patiënten te horen", zegt prof. dr. Patrick Verschueren. "Zo hopen we dat er meer aandacht voor de aandoening komt en dat de doktors de ziekte beter kunnen herkennen."

De patiënt-partners helpen ook bij het opleiden van andere patiënten, de zogenaamde peer-to-peer educatie. "De boodschap komt beter aan als die komt van de mensen die in eenzelfde situatie zitten en dus ervaringsdeskundige zijn. Dat biedt perspectieven, want meestal zijn het positieve verhalen. Lotgenoten met elkaar in contact brengen kan een belangrijke hulp zijn."

is het gebruik ervan perfect te verantwoorden."

Door direct met zware middelen te beginnen, kan men die na verloop van tijd afbouwen in een zogenaamde step-down therapie. Het komt erop neer dat men met de cortisonen direct de ontsteking kan remmen. Tegelijkertijd geeft men klassieke middelen om de reuma te behandelen. Die vragen echter tijd - twee maanden - om aan te slaan. De corticoiden leggen het ontstekingsproces stil tot die andere medicijnen gaan werken. Als men alleen de klassieke antireumamiddelen inzet, blijft de ontsteking verder woekeren. Tijdens het eerste jaar dat men de ziekte behandelt, gebeurt dat eerst met cortisonen,

die dan volgens een afbouwschema worden toegediend. Het tweede jaar is er dan veel minder nood aan cortisone. "In ons schema gebruiken we achtentwintig weken cortisonen, eerst veel en dan snel minder. Om de ziekteverschijnselen te verminderen, is er wel een jaar nodig", weet prof. dr. Verschueren. "Die eerste twee à drie maanden zijn cruciaal in het verloop van de ziekte naderhand."

Discipline

De therapie vraagt van de patiënten wel discipline en therapietrouw, nu en later. Prof. dr. Verschueren: "Het betekent levenslang geneesmiddelen nemen. Je moet de patiënten ervan overtuigen dat het zinvol is."

3

Reumatoïde artritis: geen ouderdomskwaal

"Reumatoïde artritis heeft niets te maken met oud worden", zegt prof. dr. René Westhovens. De meeste patiënten bij wie de aandoening geconstateerd wordt, zijn tussen dertig en veertig jaar oud. Veertig procent van hen zijn mannen en zestig procent vrouwen. 0,8 procent van de bevolking heeft de ziekte. Men spreekt dan ook van een relatief frequente aandoening.

"Omdat jonge mensen vaak op het hoogtepunt van hun familiaal en professioneel leven met de ziekte te maken krijgen, is er op het vlak van behandeling geen tijd te verliezen. Dankzij een kordate en krachtige aanpak kan de levenskwaliteit van de patiënt snel verbeteren en hoog blijven", zegt prof. dr. Patrick Verschueren. Bovendien kan hij in die levensfase makkelijker zijn werk behouden, soms met kleine aanpassingen. "Er zijn niet alleen fysieke redenen te geven voor het risico op jobverlies, maar ook psychosociale", stelt hij. "Iemand die te lang van zijn werk afwezig is, riskeert ontslagen te worden. Hij ziet het soms ook niet meer zitten om het werk te hervatten. De inzichten en toekomstperspectieven die patiënten hebben over hun ziekte worden tijdens de eerste maanden van de aandoening gevormd, niet in het minst door de respons die ze ondervinden op de gekozen behandeling."



Prof. dr. Patrick Verschueren, adjunct-kliniekhoofd reumatologie UZ Leuven: 'Beter in het begin agressief werken en later afbouwen dan omgekeerd'

Beter in het begin agressief werken en afbouwen dan omgekeerd, waarin je in een opbod van middelen terecht komt. De mensen aanvaarden het om medicijnen te nemen als je er succes mee boekt. Bij een 'opbodtherapie' is dat moeilijker te accepteren." Hij zegt ook dat niet alleen de reumatoloog bij de behandeling betrokken is, maar ook verpleegkundige specialisten, sociale werkers, kinesitherapeuten en ergotherapeuten.

Als een patiënt bij de reumatoloog komt wanneer de aandoening al in een verder gevorderd stadium is, wordt het moeilijker. "Als de klassieke antireumatica dan falen, hebben we nu de beschikking over nieuwere therapieën die gebaseerd zijn op inzichten in het ontstaansmechanisme van reumatoïde artritis. Deze biologische therapieën zijn eiwitten die via een baxter of onderhuidse weg ingespoten worden om de ziekte te bekampen. Een nieuwe strategie die vaak succesvol is als de klassieke middelen niet meer volstaan."

Weet men overigens wat de ziekte veroorzaakt? "We weten een aantal zaken", zegt prof. dr. Verschueren, "maar zeker nog niet alles. Er is een genetische voorbeschiktheid, maar dat is slechts één factor. Een andere factor is roken. Er is een bewezen

interactie tussen roken en de genetische achtergrond in het ontstaansmechanisme van reumatoïde artritis. Er zijn veel zaken die op het immuunsysteem kunnen inwerken en het ontstaan van de aandoening in gang kunnen zetten bij mensen met een aanleg. Ergens is er een vonkje nodig om het vuurtje te laten ontbranden."

Daarom blijft het zaak reumatoïde artritis vroeg te ontdekken, met de agressieve aanpak te starten en de therapie vol te houden. Uiteindelijk zal de levenskwaliteit van de patiënten hoog blijven. "Die is in veel gevallen gelukkig niet zo verschillend van de mensen die de aandoening niet hebben", aldus prof. dr. Patrick Verschueren. ▀

4