

patiëntenbrochure

PSORIATISCHE ARTRITIS



Een uitgave van
de Vlaamse Reumaliga vzw



2004

PATIËNTENBROCHURE

PSORIATISCHE ARTRITIS

EEN UITGAVE VAN DE VLAAMSE REUMALIGA, VZW



2004



PSORIATISCHE ARTRITIS: WAT? HOE TE BEHANDELEN?

EEN WOORDJE GESCHIEDENIS:

Momenteel wordt een psoriatische artritis aanzien als een specifieke vorm van ontstekingsreuma maar het heeft eeuwen geduurd vooraleer deze aandoening als dusdanig werd erkend en beschreven.



fig. 1

Pas vanaf 1818 verschijnen sporadisch wetenschappelijke publicaties die een mogelijk verband beschrijven tussen psoriasis en gewrichtsontstekingen. Een nauwe relatie tussen psoriasis en artritis wordt het eerst omschreven in het boek “Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique en dartreuse” van Dokter P. Bazin (uitgegeven in Parijs in 1860). (zie fig.1)

Dokter Bazin creëerde de benaming: “psoriasis arthritique” en twintig jaar later, in 1888, beschreef dokter Bourdillon in zijn thesis 34 gevallen van psoriatische artritis waarbij hij de ontsteking van de eindgewrichtjes van de handen en tenen als een typisch kenmerk van deze vorm van artritis beschreef. Naderhand werd nog jarenlang geredetwist over de samenhang tussen de huid- en de gewrichtsverschijnselen. Trouwens de titel zelf van de thesis van dokter Bourdillon weerspiegelde een zekere

terughoudendheid wat deze samenhang betreft: “psoriasis **et** arthropathie”.

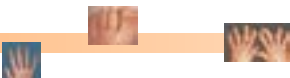
In 1960 lanceerde dokter Wright de term “psoriatic arthritis”. Deze benaming werd naderhand in alle talen overgenomen: psoriatische artritis, artritis psoriatica, arthrite psoriasique, enz. Vooral de laatste jaren werd er een enorme vooruitgang geboekt in de kennis van de psoriatische artritis en, wat voor de patiënten nog belangrijker is, in de behandeling ervan!

DEFINITIE:

Psoriasis is een frequent voorkomende chronische huidaandoening.

De oorzaak ervan is niet bekend. Wel spelen erfelijkheidsfactoren een grote rol en een toename van de huidletsels kan optreden op momenten van stress.

Een “genezende” behandeling bestaat tot op heden nog niet.



Een gedeelte van de mensen met een psoriasis ontwikkelt ook een typische vorm van artritis: een zogenaamde psoriatische artritis (PA) of artritis psoriatica.

Het is een artritis die zich onder veel vormen kan voordoen, variërend van een lichte tot een zeer ernstige vorm en die zekere gelijkenissen vertoont met een reumatoïde artritis (RA) maar ook met een spondylitis ankylosans (ziekte van Bechterew) (SpA).

Om veel redenen hoort een PA echter niet thuis in de groep van de reumatoïde artritis maar wel in de groep waartoe ook de spondylitis ankylosans behoort, namelijk de groep van de spondylartropathieën.

Tot voor kort werd aangenomen dat ongeveer 6 % van de psoriasis patiënten ook een PA ontwikkelen. Naarmate men echter meer inzicht is gaan krijgen in het wezen van een PA zal dit cijfer zeker wat moeten verhoogd worden.

Het is namelijk zo dat het bij een PA in eerste instantie gaat om een **entesitis** (een ontsteking op de plaats van aanhechting van de pezen en de gewrichtskapsels op het bot) en pas in tweede instantie om een echte artritis. Dit maakt dat er aanzienlijk meer dan 6 % van de psoriasis patiënten reumatische klachten hebben die in verband kunnen gebracht worden met hun psoriasis.

De psoriasis gaat meestal de artritis vooraf. Soms treden de huidpsoriasis en de artritis gelijktijdig op en een zeldzame keer gaat de artritis de psoriasis vooraf!

De artritis manifesteert zich vaak in de eindgewrichtjes van de vingers en de tenen (de zogenaamde DIP-gewrichtjes), en ze is meestal vrij asymmetrisch, soms is er een typische worstvormige zwelling van een of meerdere vingers en/of tenen. Dikwijls is er een artritis van de grotere gewrichten.

Vaak worden ook de gewrichten en de gewrichtstructuren van de wervelkolom (vooral in de lage rugstreek - met inbegrip van de gewrichten tussen het bekken en het heiligbeen - en in de nekstreek) aangetast.

DE OORZAAK:

Evenmin als bij een huidpsoriasis is de oorzaak van een PA bekend, maar ook hier spelen erfelijke factoren een belangrijke rol. Enkele merkwaardige vaststellingen:

- het risico bij een eerste graad verwante van een PA patiënt ook een PA te ontwikkelen is 40 x groter dan bij een gezond familielid.
- dubbel zoveel kinderen van een vader met PA ontwikkelen een PA als de kinderen met een moeder met PA.

Zoals ook bij psoriasis is de rol van stress aanzienlijk. Stress kan zelfs een PA uitlokken (maar is er uiteraard niet de eigenlijke oorzaak van).



EPIDEMIOLOGIE:

Psoriasis komt voor bij ongeveer 2 % van de West-Europese bevolking (120 000 patiënten in Vlaanderen). Even veel mannen als vrouwen worden door psoriasis getroffen. PA komt bij ongeveer 0,1 % van de bevolking voor (6000 patiënten in Vlaanderen). Bij familieleden in de eerste graad van een PA-patiënt stijgt dit cijfer met een factor 40 = 4 % kans ook een PA te ontwikkelen.

Artritis (gewrichtsontsteking) en arthralgieën (gewrichtspijnen zonder duidelijke ontstekingsverschijnselen) komen naargelang de studies, bij 3,5 à 10 % van de psoriasis patiënten voor. Volgens de gegevens van de National Psoriasis Foundation bij ± 30 % van de patiënten, maar ongetwijfeld zitten hier ook de patiënten met vage, weinig uitgesproken, gewrichtspijnen tussen!

Het frequent voorkomen (in 10 a 20 % van de gevallen) van psoriasis bij patiënten met een seronegatieve artritis (een artritis waarbij reumafactoren in het bloed negatief zijn) en het niet verhoogd voorkomen van psoriasis bij patiënten met een seropositieve artritis, toont duidelijk aan dat er een belangrijke correlatie bestaat tussen een psoriasis en een seronegatieve artritis en vice versa.

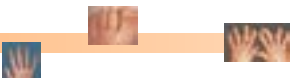
Psoriasis treedt meestal voor het eerst op tussen de 20 en 40 jaar. Een PA tussen de 30 en de 50 jaar maar ze kan zich ook op elke leeftijd voor het eerst manifesteren, zelfs bij kinderen.

KLINISCH BEELD:

Het klinisch beeld van een PA kan zeer verscheiden zijn. Het kan gaan van een lichte ontsteking van slechts een gewricht, over een discreet evoluerende ontsteking van slechts enkele gewrichten tot een hevige ontsteking van meerdere gewrichten. Dit maakt de diagnose niet gemakkelijk!



fig. 2: worstvormige zwelling van een teen en nagelpsoriasis



Soms is er een trage evolutie, over meerdere jaren, maar soms is er een zeer snelle evolutie waarbij er reeds na enkele maanden gewrichtsmisvormingen optreden. Soms ook valt de ziekte als het ware stil om dan na enige tijd plots verder te gaan evolueren.

Lange tijd kan er een verloop zijn met de aantasting van slechts een of weinige gewrichten om dan plots over te gaan in een vorm van artritis die vele gewrichten aantast.

Typisch is ook de opzwellen van een ganse vinger of teen in de vorm van een worst door de zwelling van zowel de gewrichten als van de peesstructuren tussenin. Men spreekt dan van een “worstvinger” of “worststeen” (de wetenschappelijke term hiervoor is een dactylitis). (zie fig. 2)

Vaak is er ook een duidelijke bewegingsbeperking van de getroffen gewrichten. Het eerste verschijnsel van een PA is dikwijls een mono-artritis (ontsteking van slechts één gewricht) en bij niet minder dan 7/10 van de gevallen is dit een knie! Dit maakt de diagnosestelling soms moeilijk omdat bij een aantasting van de knie bvb., vaak foutief de diagnose van een artrose van de knie of van een meniscus letsel wordt gesteld (zie fig. 3).



fig. 3: PA van de rechterknie
(psoriasis op beide onderbenen)

Na het kniegewricht worden vooral de gewrichten van de vingers en de tenen getroffen. Zelden in eerste instantie het heupgewricht. In principe kunnen alle gewrichten, met inbegrip van de kaakgewrichten, aangetast worden.

Bij een aantasting van meerdere gewrichten blijft de verdeling van de getroffen gewrichten meestal asymmetrisch maar bij enkele gevallen kunnen ze een symmetrisch patroon vertonen waarbij het dan moeilijker wordt een PA van een RA te onderscheiden.





fig. 4: aantasting van de eindgewrichtjes van de duim, wijs- en middenvinger bij PA

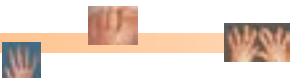
Typisch voor een PA is ook de aantasting van de eindgewrichtjes (de DIP-gewrichten) van de vingers, daar waar bij een RA vooral de “kneukel”- gewrichtjes (de MCP-gewrichten) worden getroffen (**zie fig. 4**).

In tegenstelling met een reumatoïde artritis (RA) is er -bij de inzet van de ziekte- meestal weinig morgenstijfheid aanwezig maar naar mate de ziekte evolueert treedt die stijfheid wel op en is ze vaak zeer uitgesproken (tot 60 % van de gevallen). Zelden komt de voor RA vrij typische knoopsgat- en zwanenhalsmisvorming van de vingers voor.

Een bijzonder agressieve vorm van PA is de zogenaamde “arthritis mutilans” met de vorming van typische telescoopvingers, een artritis die “zo snel als mogelijk van een gewricht iets maakt dat er niet meer als een gewricht uitziert”. Gelukkig is die vorm zeldzaam (slechts bij 3 à 5 % van de gevallen). (**zie fig. 5**).



fig. 5: psoriatische “verminkende” artritis



Ook de gewrichten van de rug kunnen aangetast worden. De PA behoort immers tot de groep van de spondylartropathieën wat betekent dat ook de gewrichten van de rug kunnen meespelen in het ziekteproces.

Het kan gaan om een sacro-iliitis (een ontsteking van het gewricht tussen het heiligbeen en het bekken) en/of een spondylartritis (een ontsteking van één of meerdere gewrichten van de wervelzuil zelf). Mannen worden er meer door getroffen dan vrouwen (tot 5 maal meer). En er is een duidelijke samenhang met een positieve HLA B 27 in het bloed.

De sacro-iliitis is vaak langdurig slechts aan één zijde aanwezig. Een spondylartritis zonder sacro-iliitis is zeldzaam. Als belangrijk onderscheid met een spondylitis ankylosans (ziekte van Bechterew) is er een meestal langzamer en minder pijnlijk verloop en meestal ook is er minder verstijving van de wervelkolom.

Dikwijls ook worden de gewrichtjes van de halswervelzuil aangetast met een zekere verstijving van die gewrichtjes als gevolg. De nek wordt dan pijnlijk en minder goed beweeglijk.

VERSCHIJNSELEN BUITEN DE GEWRICHTEN:

Zoals bij andere spondylartropathieën spelen ontstekingen ter hoogte van de aanhechtingsplaatsen van de pezen, de zogenaamde entesitiden, een belangrijke rol in het ziektebeeld. Ze komen vooral voor ter hoogte van de hiel, de knieschijf, het bekken en aan de buigpezen van de vingers en maken het ziektebeeld vaak verwarrend. Een reumatische oogontsteking kan zich voordoen, vooral bij PA-patiënten met een ontsteking van de wervelgewrichten.

DE LINK TUSSEN PSORIASIS EN PA:

Het is algemeen aanvaard dat de PA een welbepaalde ziekte is en niet zo maar het toevallig samengaan van een psoriasis met een artritis. Alhoewel beide aandoeningen qua ziekteverloop en qua ernst onafhankelijk van elkaar kunnen evolueren (een ernstige huidpsoriasis betekent niet noodzakelijker wijze een ernstige psoriatische artritis en vice versa) en opstoten van een huidpsoriasis niet gepaard hoeven te gaan met een opstoot van een PA, en vice versa, is er toch vaak een samenhang tussen beiden:

- het type psoriasis met een op jonge leeftijd optredend en familiaal karakter is het meest met PA gelinkt.
- Een psoriasis met PA is echter klinisch niet te onderscheiden van een psoriasis zonder PA. Elke vorm van huidpsoriasis komt voor bij een PA.
- De voor de patiënt lastige en moeilijk te behandelen psoriasis van de behaarde hoofdhuid zou een duidelijke correlatie vertonen met het aantal misvormde gewrichten, met worstvormige ontstekingen van de vingers en de tenen en met een ontsteking van de eindgewrichtjes van de vingers.
- Een psoriasis met artritis is vaak moeilijker te behandelen dan een psoriasis zonder artritis.



NAGELPSORIASIS EN PA:

Nagelpsoriasis (**zie fig. 6**) komt bij PA patiënten zeer frequent voor: in ongeveer 3/4 van alle gevallen. Bij een psoriasis zonder artritis in slechts 1/4 van alle gevallen.

Het niet aanwezig zijn van een nagelpsoriasis is een gunstig element qua optreden en ernst van een PA!



fig. 6: artritis van de grote teen met nagelpsoriasis



WELKE ELEMENTEN KUNNEN BEPALEND ZIJN VOOR EEN GUNSTIG OF EEN ONGUNSTIG VERLOOP VAN EEN PA?

Gecorreleerd met een gunstig verloop:

- lange tijd slechts 1 of enkele gewrichten aangetast
- slechts enkele teengewrichtjes aangetast
- langere perioden van rustig worden van de artritis
- geen nagelsoriasis.

Gecorreleerd met een ongunstig verloop:

- een ontsteking van de eindgewrichtjes van de vingers
- een groot aantal aangetaste gewrichten
- ontstekingsverschijnselen zonder tijdelijke verbeteringen
- de aanwezigheid van een nagelsoriasis.

En tenslotte nog dit:

Naast de enorme negatieve invloed op de levenskwaliteit die een psoriasis heeft en zeker ook wanneer daar een PA bijkomt, blijkt dat bij patiënten met een PA ook de levensverwachting is afgenomen: de mortaliteit (sterftecijfer) bij PA patiënten ligt 1,6 x hoger dan bij een referentie bevolking.

Gelukkig werden de laatste jaren opmerkelijk goede geneesmiddelen tegen PA ontwikkeld die een enorme verbetering van de levenskwaliteit geven en wellicht ook een gunstig effect hebben op het sterftecijfer!

DIAGNOSESTELLING:

Zoals ook bij andere vormen van artritis moet bij een beginnende PA de diagnose zo snel mogelijk worden gesteld. En hier loopt nogal vaak het een en ander mis.

Omdat de psoriasis meestal de artritis vooraf gaat is de patiënt sterk gefocust op de verzorging van de huidletsels en worden de gewrichts- en peesklachten veroorzaakt door een beginnende PA, vaak niet als dusdanig onderkend. De ontsteking van een groot gewricht als bvb een knie, wordt soms foutief als een artrose bestempeld. Zelfs na een arthroscopie. Nekpijn wordt toegeschreven aan een artrose met spierspasmen. Lage rugklachten worden vaak afgedaan als banale spierpijn tengevolge van degeneratieve letsels, enz.

Vaak zijn de huisarts en de huidarts gedurende lange tijd de enige behandelende geneesheren.



Pas wanneer de artritis verschijnselen sterk gaan toenemen en er misvormingen optreden wordt een reumatoloog (een geneesheer gespecialiseerd in de reumatische aandoeningen) geconsulteerd, die dan de diagnose met zekerheid stelt en een adequate behandeling voorschrijft.

Spijtig, want dank zij de momenteel beschikbare geneesmiddelen hadden er heel wat misvormingen voorkomen kunnen worden.

Enkele hulpmiddelen bij de diagnosestelling:

- Bij een RX onderzoek worden vaak de voor een PA typische afwijkingen gevonden wat van groot nut kan zijn bij de diagnosestelling.
- Een CT-scan laat toe in een vroeg stadium kleine erosies en haardjes van botverdichting te zien.
- Een isotopenscan is op zichzelf weinig specifiek maar is vaak samen met een RX onderzoek en een CT-scan een hulpmiddel bij de diagnosestelling.
- Bij het bloedonderzoek blijken bij RA de reumafactoren steeds negatief te zijn (dit is slechts bij 30% van de patiënten met RA het geval). Bij een 30-tal % van de patiënten met PA is er een positieve HLA B 27 aanwezig, een erfelijk bepaalde, voorbestemmende factor.

Een bepaling van de bloedbezinkingsnelheid en van het gehalte aan CRP's, samen met het opsporen van een eventuele bloedarmoede, en van een eventueel ijzertekort, van stoornissen van de bloedeiwitten, enz. laten de arts toe zich een idee te vormen van de hevigheid van de artritis.

Een regelmatig bloedonderzoek is ook nodig bij de monitoring van de diverse behandelingen voor PA.

DE BEHANDELING VAN EEN PA:

De PA patiënt komt vaak bij verschillende geneesheren terecht (huisarts, dermatoloog, orthopedist, reumatoloog) en die hebben zo wat hun eigen prioriteiten.

Slechts bij 1/5 van de PA patiënten wordt de juiste diagnose gesteld en de juiste behandeling toegepast.

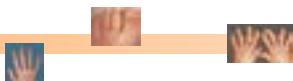
2/5 van de patiënten worden onvoldoende behandeld, 2/5 worden helemaal niet behandeld!

Ook het ziekteverloop wordt niet steeds juist ingeschat.

Nochtans is een correcte inschatting van dit ziekteverloop - dat bij een PA zeer wisselend kan zijn - van groot belang voor een optimale behandeling!

Omdat een gedeelte van de PA patiënten soms spontaan in remissie gaat moet, bij het uitstippelen van een lange termijn behandeling, rekening gehouden worden met het spontane verloop van een PA.

De behandeling moet worden toegespitst op de artritis en niet op de psoriasis omdat slechts zelden een verbetering van de psoriasis het verloop van de artritis positief beïnvloedt.



De vorm van een PA met slechts de aantasting van één of van weinige gewrichten en met lange perioden van remissie (tijdelijk stilvallen van de ontstekingsactiviteit) is niet zelden. In die gevallen is een pijnstillende- en ontstekingsremmende behandeling met een NSAID* (een niet-steroïdaal anti-inflammatoir geneesmiddel) of een COXIB* (een nieuwe generatie van NSAID's met een minder ongunstige invloed op de maag en de darmen) ondersteund door kinesiotherapie, meestal voldoende.

Ongeveer 85 % van de PA-patiënten gebruikt die ontstekingsremmende middelen. Bij 2/3 van de gevallen met een bevredigend resultaat en zonder een toename van de huidpsoriasis. Het best wordt gebruik gemaakt van medicaties met een relatief korte werkingsduur.

Wat de nieuwe generatie van de COXIB's betreft dient nog wel enig voorbehoud gemaakt te worden wegens de relatief korte ervaring er mee. Bij het gebruik maken van die COXIB's en zeker bij het overschakelen van een "klassiek" NSAID naar een COXIB omwille van maagproblemen moet er rekening mee gehouden worden dat ook de COXIB's -zij het in mindere mate- maagproblemen kunnen veroorzaken!

Wat het kuren betreft zoals die aan de Dode Zee wordt een gunstig effect beschreven zowel op de huidpsoriasis als op de gewricht- en wervelzuilklasten.

Een bewezen effect op de uiteindelijke evolutie van de artritis is er echter niet!

Vooraf bij een PA met de aantasting van weinige gewrichten is soms een lokale infiltratie met wat retard corticoïden** nuttig. Een dergelijke infiltratie geeft ook vaak uitstekende resultaten bij de behandeling van een ontstoken peesaanhechting (een zogenaamde entesitis) of een ontstoken peesschede (bij een worstvinger of -teen).

Bij alle agressieve en gevallen met een locatie in meerdere gewrichten en ook in de gevallen van de aantasting van slechts één of enkele gewrichten maar met een groot verminkend potentieel, is een behandeling met een zogenaamde DMARD ("disease modifying" drug of een "ziekte-beïnvloedende" medicatie) of een anti-TNF-alfa medicatie, ten zeerste aangewezen.

Het is zelfs een medische fout die patiënten niet met een dergelijke basismedicatie te behandelen.

Er is zelfs op wijzen dat in de gevallen van zuivere arthralgieën (gewrichtspijnen zonder artritis) deze basismedicaties zeker niet aangewezen zijn!

De beslissing tot het starten van een basisbehandeling, de keuze van de medicatie, de dosis ervan, het inschatten van het effect op korte en op lange termijn is werkelijk het domein van een reumatoloog. De laatste nieuwe medicaties zoals de anti-TNF-alfa medicaties mogen trouwens enkel door een reumatoloog worden voorgeschreven en dit zeer terecht!

(*) Een brochure over de NSAID's en de nieuwe COXIB's (met concrete richtlijnen voor een correct gebruik ervan!) kan op het secretariaat van de Vlaamse Reumaliga worden besteld.

(**) Cortisonen onder de vorm van langzaam oplopende kristalletjes die zo een langere plaatselijke werking verzekeren!



DE BASISBEHANDELINGEN VOOR PA:

Tot voor kort stonden 2 basismedicaties helemaal voorop bij de behandeling van een PA, namelijk sulfazalazine (Salazopyrine) en methotrexaat (Ledertrexate).

• **Salazopyrine:**

in een gemiddelde dosis van 4 co per dag (maximum 6 co per dag). Deze medicatie die ook een discreet gunstige invloed kan hebben op de huidpsoriasis, werd zeer veel bestudeerd en veelvuldig gebruikt bij de behandeling van een PA en bij de behandeling van andere spondylartropathieën.

Te nemen voorzorgen: het lichaam moet wat wennen aan de inname van deze medicatie en daarom wordt deze het best geleidelijk opgestart: 1 co 's avonds de eerste week, 1 co morgens en 1 co 's avonds de 2e week, 1 co morgens en 2 co 's avonds de 3e week en vanaf de 4e week 2 co 's morgens en 2 co 's avonds. Tijdens of juist na de maaltijd in te nemen. Een regelmatig bloedonderzoek (1 x om de 3 maanden en bij het begin van de behandeling wat frequenter) is noodzakelijk.

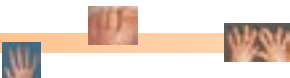
Onder meer het aantal witte bloedcellen (+ de differentiatie ervan), de bloedplaatjes, de rode bloedcellen en de leverfunctie moeten worden gecontroleerd. Bepaalde klachten kunnen wijzen op een sterke daling van de bloedcellen en/of de bloedplaatjes: aanhoudende koorts, veralgemeende blauwe plekken, tandvlesbloeden. Bij ernstige nevenwerkingen moet de behandeling onmiddellijk gestopt worden. Salazopyrine mag tijdens de zwangerschap enkel worden gebruikt wanneer dit strikt nodig is (en dit is zeldzaam het geval). Bij mannen vermindert de vruchtbaarheid door een daling van het aantal zaadcellen maar bij het stopzetten van de behandeling normaliseert dit zich. Ook bij het optreden van meerdere afters in de mond moet de behandeling stopgezet worden. Bij het onderbreken van de behandeling treedt meestal na verloop van tijd een opflakking van de artritis op. Af en toe ook tijdens de behandeling.

• **Ledertrexate:**

deze medicatie wordt 1 x per week in een dosis van 5 à 15 mg (soms 20 en maximaal 25 mg) toegediend, ofwel via tabletjes, ofwel via een intramusculaire inspuiting. De flacons van 5 mg moeten worden opgelost in telkens 2 cc water "voor injectie". Daags na de toediening van Ledertrexate moet 5 mg foliumzuur worden ingenomen (of dagelijks 1 mg, uitgenomen de dag van de toediening). Dit vermindert de toxiciteit van Ledertrexate. Soms wordt gestart met een orale toediening en bij onvoldoende effect wordt naar de intramusculaire toediening overgeschakeld (meestal dan in een ietwat hogere dosis). Soms wordt met de intramusculaire toediening gestart.

Ook Ledertrexate heeft vaak een gunstige werking én op de artritis én op de psoriasis. Het effect van de behandeling treedt meestal op binnen de 3 à 6 weken, maar een verdere verbetering de daarop volgende maanden is goed mogelijk. Bij het stopzetten van de behandeling treedt meestal na enkele weken een opflakking van de artritis op.

Te nemen voorzorgen: Bij het begin van de behandeling moet er een regelmatig bloedonderzoek gebeuren met onder meer een controle van het bloedbeeld (witte bloedcellen, bloedplaatjes, rode bloedcellen) en van de lever- en nierfunctietesten, en naderhand minstens 1 x om de 2 maanden. Het is ook wenselijk vóór het opstarten van de behandeling een radiografisch onderzoek van de longen te doen.



Een lichte stijging van de leverenzymen en een zekere daling van het aantal witte bloedcellen en bloedplaatjes is niet noodzakelijk een reden om de behandeling stop te zetten. Eventueel wel om de dosis te verlagen. Een sterke stijging van de leverenzymen, een vermindering van de nierfunctie en een belangrijke daling van de bloedplaatjes en/of de witte bloedcellen noopt tot een stopzetten van de behandeling. Zwangerschap moet absoluut vermeden worden. Indien een van de partners behandeld wordt met Ledertrexate moet een bevruchting worden vermeden gedurende 3 maanden na de behandeling voor de mannelijke patiënten gedurende minimum één ovulatiecyclus na de behandeling voor de vrouwelijke patiënten.

Ledertrexate moet zeer omzichtig worden toegediend bij patiënten met een voorgeschiedenis van een overmatig gebruik van alcohol of met een chronische hepatitis B of C. Een alarm signaal is ook het optreden van een droge hoest zonder fluimen: dit kan wijzen op een methotrexaat long en die kan op elk ogenblik optreden. Dit vereist een onmiddellijke raadpleging van een longarts en bij een bevestiging van een methotrexaat-long is een volledige en definitieve stopzetting van de behandeling vereist.

• Sinds kort is er nu ook **de anti-TNF-alfa medicatie etanercept (Enbrel):**

de Tumor Necrose Factor alfa (afgekort de TNF-alfa) stimuleert allerlei nefaste ontstekingsprocessen die uiteindelijk kunnen leiden tot een destructie van de gewrichten. Ze vervult een echte sleutelrol in heel het ontstekingsproces. Tegen deze schadelijke TNF-alfa werden recent biologische producten ontwikkeld die deze stof blokkeren (de zogenaamde anti-TNF-alfa's) wat dan leidt tot een stilvallen van het ontstekingsproces. Deze medicaties zijn zeer belovend bij de behandeling van een reumatoïde artritis, van een PA, en ook van een spondylitis ankylosans. De resultaten ervan zijn in veel gevallen zelfs spectaculair. Sinds enkele maanden is de anti-TNF-alfa medicatie etanercept (Enbrel) terugbetaald voor de meer ernstige vormen van PA die resistent zijn aan een behandeling met Ledertrexate (in sommige gevallen Ledertrexate én Salazopyrine) of bij die patiënten die deze medicaties niet verdragen. Ze is momenteel ook de enige terugbetaalde anti-TNF-alfa medicatie voor PA.

Enbrel wordt (en dit kan door patiënt zelf gebeuren of door iemand van het gezin) 2 x per week onderhuids toegediend (1 spuitje met 25 mg, 2 x per week of 2 spuitjes met 25 mg, 1 x per week). Te vermelden dat de anti-TNF-alfa medicaties ook vaak een spectaculaire verbetering van de huidpsoriasis laten zien en momenteel wordt nagegaan of ze ook niet bij de zeer uitgebreide en hardnekkige vormen van huidpsoriasis terugbetaald kunnen worden. De voornaamste beperking voor een meer algemeen gebruik van deze medicaties vormt de prijs (grotendeels ten laste van het RIZIV) maar hun zeer gunstig effect op de levenskwaliteit en het vermogen te blijven werken, verrechtvaardigt deze kostprijs.

Te nemen voorzorgen: De patiënt moet absoluut tuberculose vrij zijn vooraleer de behandeling mag gestart worden (verplicht radiografisch onderzoek van de longen + Mantoux* test). Omdat een anti-TNF-alfa medicatie de weerstand tegen infecties verzwakt moet een behandeling met Enbrel bij het optreden van een ernstige infectie - minstens tijdelijk - stopgezet worden. Verder blijkt het een zeer veilige medicatie te zijn maar omdat anti-TNF-alfa medicaties zeer ingrijpend zijn en nog zeer nieuw moet de veiligheid bij een langdurige toediening ervan nog blijken. Gelukkig werden tot nog toe geen belangrijke nevenwerkingen op termijn vastgesteld.

(*) Een positieve Mantoux test is een positieve reactie na de onderhuidse inspuiting van een kleine hoeveelheid tuberculine.



• **Vanaf 2005 ook leflunomide (Arava):**

een nieuwe medicatie voor PA is leflunomide (Arava) die zoals Ledertrexate en Enbrel meestal ook een zeer gunstig effect heeft, niet enkel op de artritis maar ook op de huidpsoriasis. Arava wordt reeds - mits enkele beperkingen - terugbetaald voor patiënten met een RA en over enkele maanden komt er een terugbetaling voor de patiënten met een PA.

Ook deze medicatie zal ongetwijfeld een aanzienlijke aanwinst betekenen in het therapeutisch arsenaal voor die patiënten die (nog) niet in aanmerking komen voor een behandeling met Enbrel. De VRL hoopt dat Arava terugbetaald zal worden voor alle PA patiënten die deze medicatie nodig hebben.

Arava wordt meestal toegediend in een dosis van 20 mg per dag, per os.

De mogelijke nevenwerkingen en de te nemen voorzorgen bij deze medicatie zijn ongeveer dezelfde als deze voor Ledertrexate.

Oudere medicaties die - in beperkte mate - nog gebruikt worden bij de behandeling van een RA zijn niet aan te bevelen bij de behandeling van een PA, zo onder meer de anti malaria middelen (chloroquine) en de goudzouten (Allochrysine).

Het gebruik van cortisone preparaten langs algemene weg is bij een PA niet aangewezen, tenzij in een zeer acute fase van de ziekte maar dan mits een zeer goede follow-up. Ze kunnen zelfs hevige huidreacties veroorzaken! Om die reden moet ook opgelet worden met het aanwenden van cortisonepreparaten op grotere huidoppervlakten.

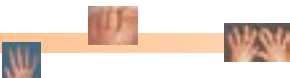
Een injectie met een cortisonepreparaat in een ontstoken gewricht daarentegen is vaak zeer nuttig en zelfs aangewezen vooral in die gevallen met één of een gering aantal getroffen gewrichten. Vooral wanneer die ontsteking zeer pijnlijk en handicaperend is en de actieve bewegingen belet.

De injecties moeten beperkt blijven tot maximum 4 per jaar. Ze mogen niet gebeuren op de plaats van een huidpsoriasis omdat dit het gevaar voor een infectie van het gewricht verhoogt!

De mogelijke nevenwerkingen en de te nemen voorzorgen bij het gebruik van de basis medicaties voor PA mogen de patiënten er niet van weerhouden die medicaties te gebruiken wanneer ze nodig zijn.

Het nuttig effect ervan is meestal veel groter zijn dan de mogelijke nevenwerkingen. Nevenwerkingen die bij een goed opgevolgde patiënt tijdig opgemerkt kunnen worden en in het merendeel van de gevallen reversibel zijn. Soms verplichten ze tot een stopzetting van de medicatie, maar meestal slechts tot een vermindering van de toegediende dosis van het geneesmiddel.

Het alternatief is in bijna alle gevallen een voortschrijdende verminking van de gewrichten met veel pijn en een onafwendbare invaliditeit.



Wat de denken over de “alternatieve” behandelingsmethoden voor PA?

Hierover kunnen we kort zijn: er bestaat geen bezwaar tegen het gebruik maken van alternatieve geneeswijzen, op voorwaarde dat de klassieke behandeling optimaal toegepast wordt. Wel moet gewaarschuwd worden voor het lukraak gebruik van kruiden en planten.

Op deze vorm van “natuur” geneeskunde is er maar weinig wetenschappelijke controle: kruiden en planten bevatten duizenden bestanddelen waarvan het effect op het organisme onbekend is. De relatieve waarde en de mogelijke schadelijkheid van onze inheemse planten is - door een eeuwenlange ervaring - vrij goed bekend, maar voor exotische planten en kruiden moet men danig op zijn hoede zijn. Sommige ervan kunnen zelfs levensgevaarlijk zijn. Plantengeneeskunde is geen homeopathische geneeskunde die onschadelijk is voor zover ze niet in de plaats treedt van de “klassieke” geneeskunde die ernaar streeft “evidence based*” te zijn.

Toch een waarschuwing voor het sap van bepaalde inheemse planten. Contact van de huid met het sap van bepaalde planten kan bij een blootstelling aan UV licht (en dan zeker bij een zonnebank- of PUVA sessie) een ernstige verbrandingsreactie van de huid veroorzaken door een zogenaamde fyto-fotosensibilisatie. Een van deze planten is onze welbekende selder die psoralene-achtige stoffen bevat. Wie zijn handen niet goed heeft gewassen na het manipuleren van selder kan bij een blootstelling aan UV licht een min of meer ernstige verbranding van de handen oplopen. De ervaring en ook gerichte studies, leerden wel dat bij het eten van selder en zelfs het drinken van seldersap normaliter geen sensibilisatie van de huid optreedt maar toch zijn er enkele individuele meldingen van een overgevoelighedsreactie bij een behandeling met PUVA. Oppassen dus!

Dr. Johan Waes
Reumatoloog
Voorzitter van de Vlaamse Reumaliga vzw

DE CRITERIA VOOR DE TERUGBETALING VAN ENBREL BIJ EEN PSORIATISCHE ARTRITIS.

Deze criteria verschillen naargelang het gaat om een OLIGO-ARTICULAIRE (weinig gewrichten aangetast) of een POLY-ARTICULAIRE (veel gewrichten aangetast) vorm van ernstige psoriatische artritis.

1. POLY-ARTICULAIRE PSORIATISCHE ARTRITIS: EROSIEF:

- Een onvoldoende respons op een voorafgaande optimale behandeling met methotrexaat (Ledertrexate): 15 mg per week gedurende minstens 3 maanden (of bij het niet verdragen van deze medicatie).
- De aanwezigheid van een actieve artritis in tenminste 5 gewrichten.

(*) Een “evidence based” geneeskunde is een geneeskunde die gebaseerd is op de resultaten van streng en volgehouden wetenschappelijk onderzoek.

- Een index van minstens 25 op de HAQ (Health Assessment Questionnaire = een vragenlijst over het vermogen om de dagdagelijkse handelingen (gemakkelijk, moeilijk, zeer moeilijk, onmogelijk) nog te kunnen uitvoeren).
- De huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose (onder meer aan de hand van een RX thorax en een Mantoux test).

2. OLIGO-ARTICULAIRE EROSIEVE PSORIATISCHE ARTRITIS: EROSIEF OF MET GEWRICHTSPLEETVERNAUWING:

- Een onvoldoende respons op een voorafgaande optimale gebruik van NSAID's: minimum 2 NSAID's aan een voldoende dosis gedurende minstens 3 maanden of een medische tegenindicatie voor het gebruik ervan.
- Een onvoldoende respons op het voorafgaand optimaal gebruik van sulfasalazine (Salazopyrine): 2000 mg per dag gedurende minstens 3 maanden) (of het niet verdragen van deze medicatie).
- Een onvoldoende respons op een voorafgaand gebruik van methotrexaat (Ledertrexate): 15 mg per week gedurende minstens 3 maanden (of bij het niet verdragen van deze medicatie).
- Twee inspuitingen van een cortisonepreparaat in hetzelfde gewricht binnen de 3 maanden tenzij hiervoor een contra-indicatie bestaat.
- Een actieve artritis ter hoogte van minimum 3 gewrichten, waarvan minstens één groter gewricht (heup, knie, enkel, schouder, elleboog, pols).
- Een score van minstens 4 op de NRS (Numerical Rating Scale = schaal van ziekteactiviteit) voor het meest aangetaste groter gewricht), afzonderlijk beoordeeld door de patiënt en door de geneesheer.
- De huidige afwezigheid van een evolutieve tuberculose.

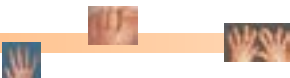
De patiënt moet ouder zijn dan 17 jaar. De criteria voor terugbetaling zijn dus strenger bij een oligo-articulaire vorm van PA dan bij een poly-articulaire vorm ervan.

De criteria voor terugbetaling zijn streng gezien de hoge kostprijs van de anti-TNF-alfa medicaties. Het is logisch dat goedkopere en vaak efficiënte geneesmiddelen eerst op een optimale manier moeten aangewend worden.

Daarbij is de ervaring die men met deze oudere medicaties heeft veel groter, ondermeer ook wat de mogelijke nevenwerkingen op langere termijn betreft.

Deze opsomming van de criteria voor de terugbetaling van Enbrel is vooral bedoeld als een eerste oriëntatie voor onze patiënten met een ernstige psoriatische artritis. Het is uiteraard aan de reumatoloog (de enige specialist trouwens die deze medicatie mag voorschrijven) om te bepalen of de patiënt wel aan alle criteria voor terugbetaling voldoet en/of het ook opportuun is haar of hem met Enbrel te behandelen.

Tot nu toe bestaat (nog) de budgettaire marge om voor elke patiënt die deze medicatie nodig heeft een terugbetaling te voorzien maar dit kan slechts zo blijven mits een zeer doordacht en verantwoord gebruik van deze medicatie en hierbij ligt de verantwoordelijkheid zowel bij de reumatoloog als bij de patiënt zelf. Maar dit geldt voor elke medicatie en voor elke vorm van behandeling!



Voor meer informatie:

de Vlaamse Reumaliga vzw
Bleekstraat 7, B-2800 Mechelen
Tel/fax 015 21 11 21 (tussen 9 en 12 u)
secretariaat@reumaliga.be
www.reumaliga.be



Help ons helpen en word lid
van de Vlaamse Reumaliga vzw.

**DE LIGA VAN EN VOOR
ALLE REUMAPATIËNTEN IN VLAANDEREN
EN VOOR AL WIE
HET REUMAPROBLEEM TER HARTE NEEMT!**

PSORIASIS *stichting* vzw

Voorzitter: **Paul De Corte**

Beervelde-Dorp 39
B-9080 Lochristi

Tel/fax 09 355 08 13
info@psoriasis-vl.be
www.psoriasis-vl.be