

A large blue circle containing the main title text.

**Osteoporose
en
botbreuken**

A smaller blue circle containing the slogan text.

**samen
staan we
sterk**

INHOUD

Inhoud	2
Inleiding	3
Over de ziekte	4
Wat is osteoporose?	4
Functie van onze botten in het lichaam	6
Hoe ontstaat osteoporose	7
Hoe ontstaat een botfractuur?	8
Hoe verloopt osteoporose?	9
Wat merk je van osteoporose?	10
Fractuurpreventie: een vijfstappenplan	11
Leeftijdsggebonden risico op botbreuken	11
Belang van vermijden/voorkomen van vallen	11
Het vijfstappenplan bij fractuurpreventie	15
Over de diagnose	20
Hoe wordt de diagnose gesteld?	20
Over de behandeling	22
Belang van tijdige en goede behandeling	22
Wie is er bij de behandeling betrokken?	22
Medicijnen bij osteoporose	25
Praktisch bij medicijngebruik	29
Dagelijks leven met osteoporose	30
Omgaan met pijn	30
Werk	30
Seksualiteit	32
Hulp en aanpassingen	34
Meer informatie	34
Hulpverlening	34
Organisaties	35
Relevante adressen en websites	35
Dank!	37
Help mee!	37
Woordenlijst	38

INLEIDING

Een van de gevolgen van het ouder worden is dat botten hun stevigheid verliezen. Dit is een natuurlijk proces dat bij iedereen gebeurt. Bij sommige mensen worden de botten erg broos (poreus). Dan is er sprake van osteoporose. Wanneer je osteoporose hebt, heb je een grotere kans op een botbreuk. Deze aandoening komt veelal voor bij mensen ouder dan zestig jaar en neemt toe met ouder worden. Maar osteoporose kan omwille van enkele andere redenen (die verder in deze brochure toegelicht worden) ook op jongere leeftijd ontstaan.

Als je te horen krijgt dat je osteoporose en een verhoogde kans op botbreuken hebt, wil je natuurlijk meer weten over de ziekte. Waaruit bestaat de behandeling? Misschien ben je op zoek naar praktische tips en aandachtspunten voor in het dagelijks leven. En wil je weten bij welke organisaties je terecht kan voor meer informatie.

Opbouw van de brochure

Met deze brochure willen we je vragen beantwoorden. Je kan lezen wat osteoporose precies is, hoe de behandeling er uit ziet en hoe je in het dagelijks leven met de ziekte kan omgaan.

Heb je na het lezen van deze brochure nog vragen? Achteraan vind je een overzicht van websites en telefoonnummers van alle relevante organisaties.

Wil je nog meer weten over onderwerpen die met osteoporose te maken hebben? Kijk dan op www.reumanet.be.

OVER DE ZIEKTE

Wat is osteoporose?

Als je osteoporose hebt, worden je botten erg broos en kunnen ze makkelijker breken. Osteoporose wordt ook wel botontkalking genoemd. De aandoening komt regelmatig voor bij mensen boven de zestig jaar en neemt toe met ouder worden.

Soms ontstaat osteoporose op jongere leeftijd, bijvoorbeeld bij mensen met een reumatische aandoening zoals reumatoïde artritis (RA), Spondyloartritis of Systemische Lupus Erythematosus (SLE) en ziekten van de hormoonhuishouding. Ook langdurig gebruik van glucocorticoïden (bijnierschors hormoon) en darmproblemen waarbij er onvoldoende voedingsstoffen opgenomen worden, kunnen tot osteoporose leiden.

Vormen van osteoporose

Vaak spreken artsen over **primaire osteoporose** (door veroudering) en **secundaire osteoporose** (door ziekte of medicatie). De meest voorkomende vormen van osteoporose zijn:

- **Postmenopauzale osteoporose** (primaire osteoporose)
Ouderdomsgebonden botontkalking bij de vrouw na de menopauze.
- **Osteoporose bij de man** (primaire osteoporose)
Vooral bij mannen ouder dan zeventig jaar.
- **Osteoporose door gebruik van glucocorticoïden** (secundaire osteoporose)
Botontkalking bij personen die behandeld worden met glucocorticoïden (cortisonen) of geneesmiddelen die deze stof bevatten (bv. Medrol, Prednison).

Primaire osteoporose

De meest voorkomende vorm van osteoporose is de primaire vorm. Dit is een gevolg van normale lichamelijke processen zoals ouder worden en de menopauze.

Botverlies bij het ouder worden is vaak een geleidelijk proces. Verschillende factoren spelen een rol. Rond het dertigste levensjaar is de dichtheid van de botten het grootst en na je 45e wordt er meer bot afgebroken dan aangemaakt. Daarnaast lijken de darmen minder calcium te absorberen, scheiden de nieren meer calcium uit en eten veel mensen minder calcium als ze ouder worden. Ook komen oudere mensen minder vaak buiten in de zon, waardoor ze een tekort aan vitamine D krijgen.

Bij vrouwen speelt nog een bijkomend element een rol in het ontstaan van osteoporose: doordat het lichaam van een vrouw minder oestrogenen produceert – zowel een aantal jaar voor, tijdens als na de menopauze – treedt er een versnelde botafbraak op.

Secundaire osteoporose

Bij secundaire osteoporose ligt de oorzaak van botverlies bij andere aandoeningen. Ook langdurig gebruik van bepaalde geneesmiddelen – zoals glucocorticoïden die vaak worden voorgeschreven bij long- en reumatische aandoeningen – verhogen de kans op botontkalking. Soms is osteoporose ook het gevolg van een bepaalde aandoening én van de behandeling voor die aandoening: zo kan osteoporose bij patiënten met reumatische aandoeningen het gevolg zijn van de reumatische aandoening zelf én van de inname van glucocorticoïden als behandeling hiervoor.



Aandoeningen die secundaire osteoporose kunnen veroorzaken

Osteoporose kan ontstaan doordat je een andere aandoening hebt. Indien dit zo is, spreken we van ‘secundaire osteoporose’. Volgende aandoeningen kunnen het risico op secundaire osteoporose vergroten:

- Reumatoïde artritis (RA)
- Spondylitis ankylosans
- Ernstige psoriasis artritis
- Systemische lupus erythematoses (SLE of lupus)

- COPD (chronische obstructieve longziekte)
- Diabetes mellitus
- Het syndroom van Cushing
- Vervroegde overgang (< 45 jaar)
- Schildklier- of bijschildklieraandoeningen
- Darmaandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa
- Slecht werkende nieren
- Orgaantransplantaties

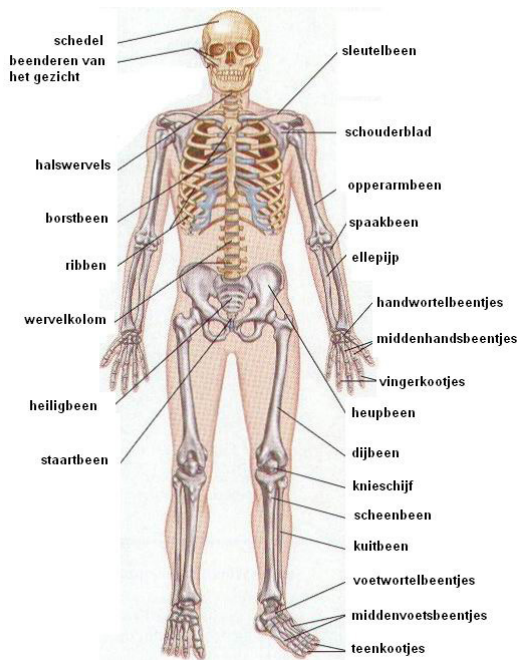
Het verloop van de andere aandoening bepaalt vaak hoe de osteoporose zich ontwikkelt. Je arts behandelt je dan voor beide aandoeningen.

Mensen met reumatoïde artritis hebben twee keer zoveel kans op osteoporose. Door de chronische gewrichtsontstekingen kan de kwaliteit van de botten aangetast worden.

Functie van onze botten in het lichaam

Ons lichaam bestaat uit 206 botten. Deze botten zijn met elkaar verbonden en vormen zo het geraamte of skelet van je lichaam. Onze botten hebben **zes** verschillende functies:

- ze geven steun aan ons lichaam
- ze beschermen onze organen
- ze zijn noodzakelijk voor de beweeglijkheid van ons lichaam
- ze zorgen voor de opslag van mineralen
- ze staan in voor de vorming van bloedcellen
- ze zijn de opslagplaats voor verschillende signaalmoleculen die de functie van andere organen beïnvloeden. Zo produceert het bot bijvoorbeeld signaalmoleculen die de insulineproductie-en secretie beïnvloeden.



De botstructuur van mannen en vrouwen is verschillend: zo hebben mannen langere en bredere botten dan vrouwen. De vorm van onze botten is afhankelijk van waar ze voor dienen. Zo hebben de wervels van onze wervelkolom een complexe vorm.

Hoe ontstaat osteoporose

Het bot wordt tijdens het hele leven omgebouwd, met miljoenen microscopische hardjes waar oud bot wordt afgebroken en nieuw bot wordt aangemaakt. Op die manier wordt oud bot met microfracturen als gevolg van onze dagelijkse activiteiten vervangen door nieuw bot. Bij volwassenen duurt een heropbouwcyclus van de botten 90 tot 130 dagen. Het volwassenen skelet wordt gemiddeld om de zeven jaar volledig vernieuwd door deze botombouw.

Botombouw is dus een permanent proces van botaanmaak en botaafbraak. Voor de leeftijd van dertig jaar is de opbouw groter dan

de afbraak; het bot groeit en wordt steviger. Vanaf 45 jaar wordt de afbraak van het bot groter dan de aanmaak. De botten verliezen dan hun sterkte. Bij vrouwen versnelt de botafbraak bovendien na de menopauze, doordat het beschermend effect van het vrouwelijk geslachtshormoon wegvalt.

Osteoporose en botverlies ontstaan dus wanneer de afbraak van het botweefsel sneller verloopt dan de aanmaak. Dit gebeurt bij iedereen die ouder wordt. Het afnemen van de botdichtheid (de sterkte van je botten) is een natuurlijk proces. Toch zijn er ook een aantal risicofactoren die dit proces versnellen. Voorbeelden hiervan zijn reumatische aandoeningen, ontstekingsziekten en het gebruik van glucocorticoïden.

Osteoporose is een chronische aandoening waarbij de kwaliteit en de kwantiteit van het bot in zo een mate gedaald is, dat de patiënt een verhoogd risico heeft op fracturen (breuken).



Hoe ontstaat een botfractuur

Er zijn verschillende redenen waardoor een botfractuur kan ontstaan bij patiënten met osteoporose.

- direct inwerkend geweld (een val, klap of stoot), zelfs indien laag-energetisch (bv. een polsfractuur na struikelen)
- spontaan (bv. een spontane wervelinzakking)

Oudere personen hebben bovendien vaak een verlies van spiermassa en spierkracht en een verminderd evenwicht, waardoor het valrisico toeneemt. Een persoon met osteoporose heeft dan een verhoogd risico op een botfractuur door de combinatie van het verhoogd valrisico en het botverlies.

Hoe je het risico op botfracturen kan vermijden/beperken, lees je verder in deze brochure bij het vijfstappenplan van fractuurpreventie.

Meest voorkomende breuken ten gevolge van osteoporose

De meest voorkomende breuken ten gevolge van osteoporose bevinden zich ter hoogte van de pols, heup en wervelkolom. Wanneer de diagnose te laat wordt gesteld, ziet men vaak een opeenvolging van breuken.

Hoe verloopt osteoporose?

Osteoporose ontstaat geleidelijk. Vaak wordt pas na een botbreuk aan osteoporose gedacht.

Geleidelijk begin zonder klachten

Osteoporose wordt ook wel 'een stille ziekte' genoemd. De reden hiervoor is dat botverlies geleidelijk optreedt en aanvankelijk zonder klachten verloopt. Als jij of je arts tijdig de risicofactoren herkennen dan kan osteoporose in een vroeg stadium opgespoord en behandeld worden. Hierdoor kan de botdichtheid verbeteren en het risico op fracturen dalen.

Diagnose vaak na botbreuk

Meestal wordt de diagnose van osteoporose pas gesteld nadat je iets gebroken hebt. De kans dat je na een botbreuk nog iets breekt, is groot, vooral op korte termijn na een botbreuk.

Wat merk je van osteoporose?

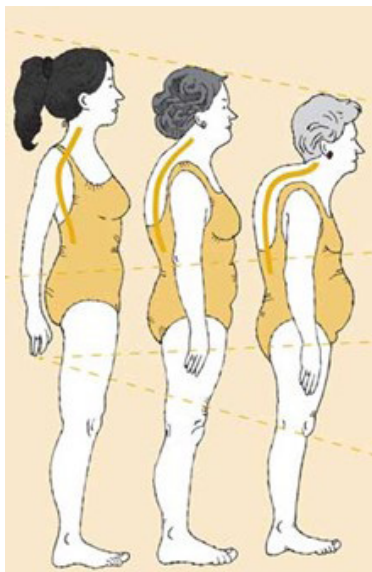
Je hebt spontaan of na een laag-energetisch trauma een botbreuk opgelopen

Breuken treden meestal op als gevolg van de combinatie van verminderde botsterkte en een verhoogd valrisico.

Hevige pijn in de rug

Wervelbreuken kunnen het gevolg zijn van een val, maar de meeste wervelbreuken ontstaan bij plotse of herhaalde overbelasting zoals het heffen van een zware last, een onverwachte draaibeweging enz. Een wervelfractuur kan ook spontaan optreden, dwz. zonder duidelijk voorafgaand trauma of uitlokkende beweging.

Wervelfracturen zijn de meest frequente botbreuken, maar worden dikwijls over het hoofd gezien omdat de meeste wervelbreuken niet gepaard gaan met acute pijn. Ongeveer een derde van de patiënten krijgt rugpijn wanneer een wervel inzakkt. Deze pijn vermindert na een aantal weken. Een ingezakte wervel verhoogt de kans op inzakking van andere wervels en andere botbreuken. Als meerdere wervels inzakken, leidt dit tot meer pijn in de rug en dit vooral tijdens het bewegen.



Je wordt kleiner

Wanneer meerdere wervels inzakken, wordt de wervelkolom korter. Je kan daarbij 5 tot 15 cm kleiner worden. Je kan dit zelf gemakkelijk nakijken door je huidige lengte te vergelijken met de lengte die je op jongvolwassen leeftijd had. Door de inzakkende wervels krijg je bredere heupen. Het kan zijn dat je onderste rib de rand van je bekkenkam raakt. Ook kan je een voorovergebogen houding krijgen. Deze houding heet 'kyfose'.

Figuur: Verkromming van de bovenrug bij osteoporose en afname van de lichaamslengte

FRACTUURPREVENTIE: EEN VIJFSTAPPENPLAN

Leeftijdsgebonden risico op botbreuken

Na de leeftijd van vijftig jaar zullen één op twee vrouwen en één op vijf mannen een botbreuk oplopen. Na de leeftijd van 65 jaar vallen jaarlijks één op drie vrouwen en mannen.

Fractuurpreventie is daarom gericht op verbetering van de botsterkte en vermindering van het valrisico bij personen die herhaaldelijk vallen.

Belang van vermijden en voorkomen van vallen

Osteoporotische breuken van de heup, pols, schouder,... ontstaan meestal door een schijnbaar alledaagse val door bijvoorbeeld een losliggend tapijtje of een klein niveauverschil.



VALPREVENTIE
blijf er even bij stilstaan!

Een losliggend tapijt of een niveauverschil zijn voorbeelden van extrinsieke valrisicofactoren. Bij vallen spelen zowel extrinsieke risicofactoren (factoren die buiten het lichaam liggen) als persoonsgebonden risicofactoren (intrinsieke factoren) een rol.

Extrinsieke valrisicofactoren zijn corrigeerbaar met de volgende tips.

Algemene valveilige tips:

- Zorg ervoor dat je vloer niet stroef is en niet glad.
- Werk kabels weg of bevestig deze aan de muur.
- Draag je een bril, zet deze dan altijd op en zorg dat deze altijd proper is. Ga één keer per jaar langs bij een oogarts.
- Draag goede, stevige schoenen en pantoffels die goed omsloten zijn voor- en achteraan je voeten.
- Beweeg voldoende; probeer om de dertig minuten even te bewegen zoals wandelen.
- Mors je, kuis dit dan onmiddellijk op. Dit vermijdt uitglijden.
- Doe altijd het licht aan; ook 's nachts. Een tip is om aan elke doorgang verlichting te voorzien die je makkelijk kan bedienen.
- Gebruik meubelverhogers die je kunnen helpen bij het rechtstaan uit bed, zetel of stoel.
- Probeer om niet te snel recht te komen uit bed, stoel, zetel.
- Vermijd dubbeltaken, doe geen twee dingen tegelijk.
- Plaats niets hoger dan 140 cm of lager dan 50 cm in kasten.
- Voorzie stevige handgrepen op aangepaste hoogte naast de douche, bad of toilet.

Valpreventie per leefruimte

Toegang tot de woning:

- Zorg ervoor dat het pad naar het huis effen ligt.
- Idealiter is de inkomdeur minimum 90 cm breed.
- Zorg voor automatische verlichting of voor verlichting die bedienbaar is langs de buitenzijde van de woning.

Inkom:

- Zorg voor een veilige drempel die niet te hoog is en die voldoende zichtbaar is.
- Als er een deurmat ligt, voorzie je deze best van een antislip-laag.
- Indien je brievenbus in de deur zit, voorzie dan een omkasting om de post op te vangen.

Trap:

- Het tredeoppervlak is best stroef.
- De trap is voldoende breed (90 cm) en de treden zijn diep genoeg.
- De verlichting is best bedienbaar van zowel bovenaan als onderaan de trap. Let er eveneens op dat de eerste en de laatste trede goed zichtbaar zijn.
- Leg geen obstakels op de trap.
- Voorzie minstens één stevige trapleuning; indien mogelijk voorzie je er twee.

Woonkamer:

- Meubels plaats je best niet te ver uit elkaar, maar ook niet te kort bij elkaar. Je moet je vlot kunnen bewegen tussen de meubels maar ze moeten ook de functie van steunpunt kunnen opnemen indien nodig.
- Vermijd onstabiele meubels en meubels op wieltjes.
- De zetel en stoel zijn op een aangepaste hoogte zodat opstaan makkelijker wordt.
- Plaats de telefoon op een centrale plaats in de woonkamer en zorg dat deze niet te hoog staat.

Keuken:

- Huishoudtoestellen staan op een aangepaste, goede werkhoogte.
- Zware potten en pannen kan je over het aanrecht schuiven door er een handdoek onder te leggen.
- Beperk zoveel mogelijk bruusk draaien van het lichaam door alle benodigheden aan één zijde van het aanrecht te plaatsen.

Badkamer:

- Voorzie een antislipmatje of een antislipbodem in de douche of in het bad.
- De rand om in het bad of de douche te stappen is best niet hoger dan 15 cm.
- Voorzie een zitbankje of douche-stoel in de douche.
- De wastafel is best op aangepaste hoogte zodat men zich niet moet bukken of moet voorover buigen.





Toilet:

- Het toilet moet hoog genoeg zijn. Er bestaan toiletverhogers om het toilet te verhogen.
- In het toilet voorzie je best een stevige handgreep die goed bevestigd is aan de muur.

Slaapkamer:

- Het toilet is makkelijk bereikbaar vanuit de slaapkamer. Als dit niet zo is, kan je een toiletstoel voorzien.
- Voorzie voldoende bewegingsruimte naast het bed.
- De hoogte van het bed is ideaal wanneer je met de voeten aan de grond kan wanneer je op de rand van het bed zit.
- De centrale verlichting kan bediend worden vanuit je bed. Als dit niet kan, kan je een lampje voorzien dat voldoende licht geeft en dat wel bedienbaar is vanuit het bed.
- Als je 's nachts opstaat, doe je altijd het licht aan, zet je je bril op en draag je aangepaste pantoffels.

Berging:

- Er is een veilige trap naar de berging.
- Het rek of de opbergkast is stevig.

Naast de corrigeerbare extrinsieke valrisicofactoren zijn er ook persoonsgebonden valrisicofactoren (intrinsieke factoren) die een verhoogd valrisico met zich mee kunnen brengen:

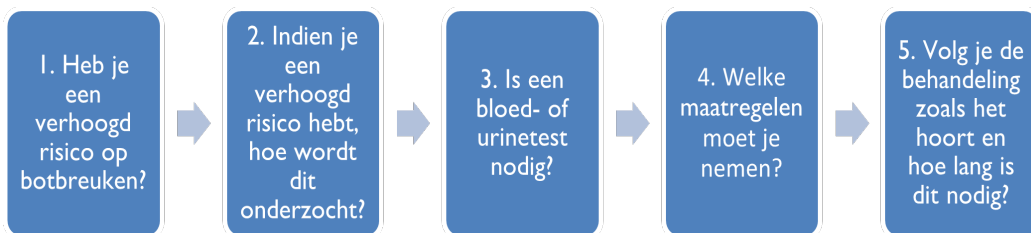
- Stoornissen in evenwicht, spierkracht, gang en/of mobiliteit
- Cognitieve stoornis: stoornis op gebied van onder meer geheugen, intelligentie, taal en concentratie
- Verminderd zicht
- Orthostatische hypotensie (plotse bloeddrukdaling bij het te snel opstaan)
- Valangst
- Pijn
- Urine-incontinentie
- Laag vitamine D-gehalte. Een vitamine D-tekort kan leiden tot

zwakke spieren en een minder goed evenwicht, waardoor men vaker kan vallen.

- Risicogedrag
- Hoge leeftijd
- Valgeschiedenis

Deze persoonsgebonden factoren zijn niet allemaal corrigeerbaar (bv. hoge leeftijd of valgeschiedenis).

Het vijfstappenplan bij fractuurpreventie



Stap 1: Heb je een verhoogd risico op botbreuken?

Je hebt een verhoogd risico op botbreuken als

- je recent een botbreuk hebt opgelopen.
- je aan bepaalde ziektes lijdt (een lijst vind je vooraan in deze brochure).
- je volgende medicatie inneemt: glucocorticoïden (> 5 mg prednisolone per dag en dit langer dan drie maanden), anti-epileptica, anti-hormonale therapie bij borst- en prostaatkanker. Ook slaap- of kalmeringsmiddelen kunnen het risico om te vallen, en dus om te breken, vergroten.
- je ouder bent dan zestig jaar.
- je mager bent (lichaamsgewicht < 60 kg of BMI < 20 kg/m²).
- je ouders een botbreuk hadden, in het bijzonder een heupbreuk

Stap 2: Hoe wordt onderzocht of je een hoge kans heb op botbreuken?

Er zijn verschillende onderzoekstechnieken waarmee men het risico op botbreuken in kaart kan brengen. De toelichting van deze technieken kan je terugvinden onder het onderwerp **'Hoe wordt de diagnose gesteld?'**.

Daarnaast zijn er, zoals reeds eerder besproken, specifieke risicofactoren die de kans op botbreuken verhogen. Deze factoren moeten worden nagekeken/bevraagd om je kans op botbreuken in te schatten:

• Zijn er risicofactoren?

Je kan zelf je persoonlijk risico op het krijgen van een osteoporotische fractuur inschatten. Een voorbeeld is de Frax-score. Met dit instrument kan je op basis van een lijst met risicofactoren het risico berekenen dat je de komende tien jaar een botbreuk door osteoporose oploopt. Je kan het FRAX-instrument vinden op www.shef.ac.uk/frax. (Mogelijkheid om België en Nederlandse taal te selecteren)

• Heb je botbreuken in de wervels?

Als een wervel is gebroken ('ingezakt'), kan hevige pijn in de rug ontstaan die na een aantal weken weer vermindert. Een ingezakte wervel verhoogt de kans op inzakkingen van andere wervels. Als meerdere wervels inzakken, leidt dit tot meer rugpijn, met name bij bewegen.

• Ben je het laatste jaar gevallen?

Omdat vallen een belangrijke risicofactor is voor een botbreuk, zal je arts ook willen weten hoe groot het risico is dat je valt. De belangrijkste vraag die je arts stelt, is hoe vaak je het afgelopen jaar bent gevallen. Indien je het laatste jaar gevallen bent, heb je een verhoogd risico om opnieuw te vallen en een botbreuk op te lopen. Daarnaast kan je arts ook een gericht lichamelijk onderzoek doen om te weten te komen hoe groot je spierkracht is en hoe goed je in balans kan blijven. Als je verminderde spierkracht hebt of als je snel uit balans bent, dan kan kinesitherapie aangeraden zijn om dit te verbeteren en het valrisico te verminderen.

Stap 3: Is een bloed en -urinetest nodig?

Een bloedonderzoek dient **niet** om de diagnose van osteoporose te stellen, maar is nodig om veel voorkomende oorzaken van (secundaire) osteoporose op te sporen. Deze oorzaken kunnen onder andere zijn:

- Vitamine D tekort
- Diabetes mellitus
- Verhoogde schildklier – of bijschildklierwerking

Wanneer dergelijke zaken worden vastgesteld, vereist dit immers aangepaste behandeling.

In het bloed kan men ook de botbouwmerkers bepalen. Deze botbouwmerkers kunnen gebruikt worden om het effect van de therapie en de therapietrouw te beoordelen.

Naast bloedonderzoek wordt soms ook een urineonderzoek gedaan. In de urine kan men het calcium meten. Overmatig calciumverlies via de urine kan een oorzaak zijn van osteoporose.

Stap 4: Welke maatregelen moet je nemen?

Fractuurpreventie is gericht op een verbetering van de botsterkte en een vermindering van het valrisico.

Je zal je levensstijl moeten aanpassen: **niet roken, beperken van alcoholinname, beperken van koffie en cafeïnehoudende dranken, gezond eten met voldoende zuivelinname, regelmatig wandelen en een oefenprogramma volgen.**

- Stop met roken. Naast alle andere negatieve effecten bevordert roken ook de botontkalking.
- De inname van te veel cafeïnehoudende dranken zorgt voor een verhoogde afscheiding van calcium en magnesium in de urine. Zeker na de overgang hebben koffie en cafeïnehoudende dranken een negatieve invloed op de botdichtheid.
- Gezond eten voor sterke botten (zie verder).
- In beweging blijven, voldoende bewegen, en spierkracht en evenwicht trainen zijn essentieel om het risico op osteoporose en botbreuken te verminderen.

Als je het laatste jaar gevallen bent, neem je best maatregelen om opnieuw vallen te vermijden, zoals fysieke oefeningen en de voorzorgsmaatregelen die eerder in deze brochure werden besproken. Kinesithérapie en ergotherapie kunnen hierbij helpen.

Kinesithérapie is er op gericht de conditie van gewrichten, spieren en pezen in stand te houden of te verbeteren en je een goede houding en een goede manier van bewegen aan te leren.

Ergotherapie heeft tot doel een zo zelfstandig mogelijk functioneren in het dagelijks leven te behouden en/of te bereiken.

Je behandelend arts zal mogelijk medicijnen voorschrijven die verder botverlies beperken of, bij ernstige osteoporose, die zorgen voor botopbouw, om zo het risico op breuken te verminderen. Zie verder in deze brochure voor meer informatie over medicijnen.

Stap 5: Volg de behandeling zoals het hoort, ook op langere termijn.

Je kan osteoporose helpen voorkomen door een gezonde levensstijl aan te nemen en te behouden. Alle informatie over een gezonde levensstijl kan je vinden in het hoofdstuk 'Welke maatregelen moet je nemen?'

Belang van therapietrouw

Indien je de medicatie niet correct neemt, kan de behandeling niet aanslaan. Op deze manier loop je risico op complicaties (breuken) en dus op verminderde levenskwaliteit en hospitalisatie.

Het belangrijkste doel van therapietrouw is je ziekte onder controle krijgen en houden.



OVER DE DIAGNOSE

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Voorgeschiedenis van een spontane of laag-energetische fractuur

De diagnose van osteoporose kan reeds gesteld worden wanneer een postmenopauzale vrouw of een man van 50 jaar of ouder een spontane of laag-energetische fractuur heeft opgelopen. Aangezien een dergelijke fractuur het risico op nieuwe fracturen sterk verhoogt, vormt een eerdere spontane of laag-energetische fractuur een strikte indicatie om osteoporosebehandeling op te starten.

Botmeting: heb ik te weinig bot?

Je arts kan je botdichtheid laten meten. Je botdichtheid wordt gemeten

met een DXA-scan (Dual Energy X-ray Absorptiometry of Dubbele Energie X-stralen Absorptiometrie). Een DXA-scan werkt met röntgenstralen, maar de straling is kleiner

dan bij een gewone röntgenfoto. Bij een DXA-meting wordt de botdichtheid van je heup en onderrug gemeten. Het resultaat wordt uitgedrukt als de T-score.

De diagnose van osteoporose wordt gesteld wanneer de T-score ≤ -2.5 . Het is aangewezen een DXA te laten uitvoeren wanneer er risicofactoren voor osteoporose zijn. Bovendien zou iedere vrouw > 65 jaar en iedere man > 75 jaar minstens 1x een botmeting moeten laten uitvoeren om te screenen op osteoporose.



Niet alle personen met een typische osteoporotische breuk hebben ook osteoporose op DXA (dwz een T-score ≤ -2.5).

De sensitiviteit (gevoeligheid) van een botdensitometrietest is immers beperkt. Zo detecteert DXA bij slechts ongeveer de helft van de heupfractuurpatiënten, een T-score ≤ -2.5 . De test sluit dus de diagnose van osteoporose op basis van fracturen zeker niet uit.

VFA-onderzoek of röntgenonderzoek van de wervelzuil

Het wordt aangeraden de DXA-meting aan te vullen met een Vertebral Fracture Assessment (VFA, ook wel wervelkolommeting genoemd), waarbij de hoogte van de afzonderlijke wervels bepaald wordt. Als alternatief kan een röntgenfoto van je rug gemaakt worden om de wervelhoogte te evalueren.

Het doel van beide onderzoeken is om na te gaan of wervelbreuken aanwezig zijn die vooraf niet bekend waren en veel voorkomen bij patiënten met een andere fractuur dan een wervelfractuur en bij patiënten met andere ziekten of die bepaalde medicijnen nemen. De vaststelling van een (spontane of laag-energetische) wervelinzakking volstaat voor de diagnose van osteoporose.

OVER DE BEHANDELING

Een strategie voor het verminderen van de kans op botbreuken vergt een aanpak op lange termijn met regelmatige opvolging van risicofactoren, evolutie van de botdichtheid en het opvolgen van fracturen, inclusief wervelbreuken.

Belang van tijdige en goede behandeling

Met een goede behandeling verloopt het ziekteproces opmerkelijk trager en loop je minder risico op blijvende beschadigingen. De behandeling is erop gericht om je gezondheidstoestand optimaal te houden, zodat je zo goed mogelijk je gewone dagelijkse leven kan leiden. Omdat de ziekte bij iedereen anders verloopt, krijg je een behandeling op maat. Het doel is om samen met je arts de aanpak zo goed mogelijk onder controle te houden. De behandeling van osteoporose vraagt naast doorzettingsvermogen en discipline ook een dosis geduld, want je zal niet direct resultaten zien.



Wie is er bij de behandeling betrokken?

Bij osteoporose heb je vaak te maken met meerdere hulpverleners. Met wie je te maken krijgt, hangt af van je persoonlijke omstandigheden.

Wie kan je helpen?

Voor meer informatie en uitleg over aanpassingen en/of hulpmiddelen, kan je terecht bij de volgende hulpverleners:

- **De huisarts**

Je huisarts is de eerste bij wie je terecht kan voor een diagnose of een behandeling van osteoporose. Hij/zij zal jou doorverwijzen naar

een specialist (bv. reumatoloog, geriater, endocrinoloog,...) voor een uitgebreidere diagnosestelling en/of afstemming van de behandeling. Andere taken die je huisarts kan opnemen:

- Herkennen van de risicofactoren voor osteoporose
- Evalueren van valrisico, voorstellen van valpreventiemaatregelen en/of verwijzen naar kinesist, ergotherapeut of valkliniek
- Beslissen voor verdere onderzoeken zoals een DXA-meting
- Verwijzing naar een specialist bij onduidelijke oorzaak van osteoporose of bij vragen over behandeling (voor- en nadelen, alternatieven,...)
- Algemene opvolging van de behandeling: tolerantie van de medicatie, therapietrouwheid, duur van de behandeling, effect van de therapie



• De chirurg die de fractuur behandelt

Hij/zij zal de patiënt met een recente fractuur wijzen op de grote kans op een nieuwe fractuur en de patiënt verwijzen voor verdere evaluatie, inclusief DXA, VFA en laboratoriumonderzoeken.

• De reumatoloog

De reumatoloog is een medisch specialist met speciale kennis en deskundigheid van de reumatische aandoeningen. De reumatoloog kan vaststellen of je osteoporose hebt en een gepaste behandeling voorschrijven.

• De geriater

De geriater staat in voor de primaire en secundaire fractuurpreventie bij geriatrische patiënten van 75 jaar en ouder. Hij/zij neemt ook de orthogeriatrische zorg op zich voor gehospitaliseerde patiënten met een osteoporotische fractuur, zoals een heupfractuur. Hiertoe dient er een samenwerking te zijn tussen de diensten orthopedie en geriatrie.

• De endocrinoloog

De endocrinoloog is een arts-specialist met kennis van hormonale aandoeningen die kunnen leiden tot secundaire osteoporose.

• De gynaecoloog

Tijdens de menopauze daalt het oestrogeen. Dit veroorzaakt een versnelling van de botafbraak, alsook de typische klachten bij de menopauze. Een gynaecoloog kan hulp bieden om deze menopauzale klachten onder controle te krijgen.

• De kinesitherapeut

Een kinesitherapeut kan een belangrijke rol spelen bij de behandeling en preventie van osteoporose. Dit doet hij/zij door de conditie van gewrichten, spieren en pezen optimaal te maken en te houden.

• De ergotherapeut

De ergotherapeut kan je adviseren over eventuele aanpassingen en hulpmiddelen. Hij/zij kan samen met jou bekijken hoe je bepaalde dagelijkse handelingen thuis, op het werk of gedurende je vrije tijd op een minder belastende manier kan uitvoeren. De ergotherapeut kan ook adviezen geven om het valrisico te verminderen.



• De tandarts

Een goede tandhygiëne is essentieel, ook bij patiënten met osteoporose. Osteoporose kan leiden tot een snellere botafbraak van de kaak en verhoogt het risico op parodontitis (tandvleesontsteking). Patiënten met osteoporose wordt geadviseerd om, net als de algemene populatie, één keer per jaar bij de tandarts langs te gaan. Kaakbeen necrose is een uiterst zeldzame bijwerking van antiresorptieve therapie voor osteoporose. Het opstarten van deze medicatie vereist geen specifiek voorafgaand tandnazicht indien de patiënt zijn/haar tandarts minstens 1x per jaar bezoekt of tandoos is. Indien een invasieve ingreep op het kaakbot gepland is (bvb tand trekken) en in geval van slechte mondhygiëne, dient er wel een tandnazicht te gebeuren voordat deze therapie wordt opgestart.

• **De arbeidsgeneeskundige dienst** (van je werkgever) of de dienst arbeidsbeperving van de VDAB (DABP) – voor aanpassingen op het werk

Medicijnen bij osteoporose



De arts kiest in overleg met jou voor een bepaald medicijn op basis van de botmeting, de ernst van het fractuurrisico, al dan niet eerdere osteoporotische breuken, eerder genomen medicatie en specifieke contra-indicaties. Hij/zij houdt ook rekening met de bijwerkingen die het middel kan geven en hoe je lichaam hierop reageert.

Heb je last van bijwerkingen, contacteer dan zo snel mogelijk je arts: stop niet zomaar je medicatie, overleg eerst voordat je beslist om met een bepaald medicijn te stoppen.

Het is belangrijk dat je de medicijnen inneemt zoals ze zijn voorgeschreven. Alleen dan kunnen jij en je arts vaststellen of de behandeling aanslaat.

Sommige mensen hebben er moeite mee om regelmatig medicijnen te nemen of zijn bang voor eventuele bijwerkingen. Verberg deze gevoelens niet, maar bespreek ze met je arts.

Hoe lang je medicijnen moet innemen, bespreek je best met je arts. Bij bepaalde medicijnen is na een bepaalde behandeltime de kans op bijwerkingen groter. Andere medicijnen zal je levenslang moeten blijven nemen.

Pijnstillers

Pijnstillers zorgen ervoor dat je de pijn minder voelt en beter kan bewegen. Ze beïnvloeden het pijngevoel, maar hebben geen botherstellend effect. Ze werken snel, maar zijn ook weer snel uitgewerkt. Voorbeelden van de meest gebruikte pijnstillers zijn paracetamol, paracetamol met codeïne en tramadol.

Overleg met je arts welke dosering je per dag kan aanhouden en hoelang je deze medicatie mag gebruiken.

Medicijnen die de botafbraak remmen en/of de botaanmaak stimuleren

Er zijn twee soorten medicaties voor osteoporose. Antiresorptieve medicatie vermindert de botafbraak, terwijl anabole medicatie nieuw bot aanmaakt.

Antiresorptieve medicatie

Bisfosfonaten verminderen de botafbraak en doen de botdichtheid toenemen. Hierdoor vermindert de kans op een botbreuk met ongeveer 50%. Bisfosfonaten kunnen worden ingenomen als pil (meestal wekelijks) of worden via infuus toegediend (éénmaal per jaar). De behandeling met bisfosfonaten duurt drie tot vijf jaar, maar kan worden verdergezet bij blijvend verhoogde kans op botbreuken. Bij een laag fractuurrisico kan de behandeling (tijdelijk) gestaakt worden, gevolgd door een herevaluatie van het fractuurrisico na twee tot drie jaar.

Wanneer je bisfosfonaten niet verdraagt of niet mag gebruiken (bv. omwille van slechte nierfunctie), dan kan je arts **denosumab** (Prolia®) voorschrijven. Denosumab is een humaan monoclonaal antilichaam dat zich richt tegen de moleculen die botafbraak stimuleert. Denosumab wordt zesmaandelijks toegediend via een onderhuidse inspuiting. De behandeling met denosumab mag nooit zonder advies van je arts gestopt worden omdat er dan snel botverlies optreedt.

Raloxifeen heeft voor een deel dezelfde werking als het vrouwelijke hormoon oestrogeen en remt dus de botafbraak. Hierdoor kan de bestaande bothoeveelheid in stand gehouden worden. Er is aangetoond dat raloxifeen de kans op wervelbreuken vermindert, maar een vermindering van het risico op heupfracturen werd niet aangetoond. Daarom is deze medicatie vooral geschikt bij jonge postmenopauzale vrouwen die een laag risico hebben op heupfracturen. Bijkomend voordeel is dat raloxifeen beschermt tegen borstkanker.

Anabole medicatie

Teriparatide (Forsteo®) maakt nieuw bot aan en is aangewezen bij patiënten met ernstige osteoporose (meerdere wervelbreuken en een lage botdichtheid) die opnieuw breken onder behandeling

met bisfosfonaten of raloxifeen. Teriparatide wordt toegediend via dagelijkse onderhuidse inspuitingen gedurende achttien maanden (in België, elders gedurende 24 maanden). Na deze periode moet antiresorptieve therapie opgestart worden om het bekomen effect te consolideren.

Romosozumab (Evenity®) is een nieuwe vorm van osteoporose-behandeling die tegelijk de botafbraak remt en de botaanmaak stimuleert. Deze therapie kan voorgeschreven worden aan postmenopauzale vrouwen met ernstige osteoporose en een recente (< 2 jaar) osteoporotische breuk. Romosozumab wordt gedurende 1 jaar maandelijks toegediend via een onderhuidse inspuiting. Net zoals bij teriparatide dient nadien behandeling met antiresorptieve therapie te volgen.

Voedingssupplementen: vitamine D en calcium

Calcium

Calcium heeft een cruciale rol bij de opbouw van de beenderen. Tijdens de kinderjaren is dit belangrijk voor de opbouw van de botsterkte, nadien voor het behouden van de botmassa en later voor het beperken van het verlies van botmassa. Het voldoende aanbren-gen/opnemen van calcium is dus een heel leven lang noodzakelijk voor de botten. Naast de botten is calcium ook belangrijk voor de werking van alle spieren. Als er in het bloed te weinig calcium is (door onvoldoende inname/opname uit de voeding), trekt je lichaam calcium uit de botten. Je lichaam zorgt er in eerste instantie dus voor dat de calciumvoorraad in je spieren voldoende is, maar dit gaat ten koste van de botten die calcium verliezen (= botontkalking of osteoporose).

Calcium zit onder andere in zuivelproducten (kaas, melk, yoghurt). Daarnaast levert een gezond dieet, bestaande uit dagelijks bruin brood en groene groenten, 300 mg calcium per dag aan. Aangezien we over het algemeen te veel vet en suiker opnemen via de voeding, is het aangeraden dat onze voorkeur uitgaat naar



magere of halfvolle ipv. volle zuivelproducten (behalve voor kinderen onder zes jaar, waarbij net wel wordt aangeraden om zuivel op basis van volle melk te consumeren) en naar producten met minder toegevoegde suikers. Magere, halfvolle en volle producten leveren dezelfde hoeveelheid calcium.

De aanbevolen dagelijkse hoeveelheid is 800 mg calcium voor iedereen die ouder is dan 21 jaar. Tijdens de ontwikkeling, zwangerschap en borstvoeding wordt een dosis van 900 mg calcium per dag aanbevolen. Dat zijn ongeveer 3 zuivelproducten per dag bovenop een normaal dieet dat, zoals aangegeven, ook wat calcium bevat. Indien je meer dan de dagelijks aanbevolen hoeveelheid calcium per dag inneemt, dan heeft dit geen positiever effect op de botopbouw tijdens de jonge jaren en neemt hierdoor de kans op botbreuk op latere leeftijd niet af. Voor postmenopauzale vrouwen is de aanbevolen hoeveelheid 1000-1200 mg calcium per dag, wat neerkomt op een gezond dieet met 5 zuivelproducten per dag. Indien deze aanbeveling niet gehaald wordt, dient een calciumsupplement (500 mg of 1000 mg) opgestart te worden.

Vitamine D

Vitamine D zorgt ervoor dat calcium uit de voeding wordt opgenomen in je lichaam. De belangrijkste, natuurlijke aanbrengrer van vitamine D zijn de ultraviolette stralen (UVB) van het zonlicht, die de huid stimuleren om vitamine D aan te maken. Daarnaast krijg je ook een beperkte hoeveelheid vitamine D binnen via de voeding.

Vitamine D is een vetoplosbaar vitamine dat in verschillende hoeveelheden voorkomt in vetrijke voedingsmiddelen van dierlijke herkomst (vis, vlees, lever, soms in kaas en volle melk). De hoogste hoeveelheden worden gevonden in vette vissoorten (bv. sardienen, haring, zalm, makreel). In ons land, waar zonlicht soms zeldzaam is, is minstens één keer per week vette vis op het

menu een belangrijke bron van vitamine D.

Plantaardige voedingsmiddelen kunnen verrijkt zijn met vitamine D, zoals dat wettelijk ook voorzien is bij plantaardige minarines en



margarines met vitamine D. Vitamine D (aangemaakt door de huid of opgenomen via de voeding) moet in het lichaam eerst in de lever en dan in de nieren een reactie ondergaan vooraleer het volledig actief wordt. Een goede lever- en nierfunctie is dus noodzakelijk.

Een tekort aan calcium en vitamine D speelt een beslissende rol in het minder sterk worden van de botten: een calciumtekort tast direct het bot aan, terwijl een tekort aan vitamine D (dat de absorptie van calcium vanuit de darm bevordert) de toestand nog verergert. Aan-gezien osteoporose, zeker bij oudere personen, meestal het gevolg is van een gecombineerd tekort aan calcium en vitamine D, zal calcium alleen in combinatie met een voldoende hoge dosis vitamine D zorgen voor sterkere botten/een grotere botdichtheid.

Vitamine D in een dosis van 800 eenheden per dag (of 25 000 eenheden per maand) is aangewezen bij patiënten onder osteoporosebehandeling (aangezien de meeste klinische studies die de werkzaamheid van osteoporosemedicatie onderzochten, zijn uitgevoerd met gelijktijdig gebruik van vitamine D), alsook bij mensen in woonzorgcentra en na een recente fractuur. De twee laatste groepen hebben immers bijna altijd een te laag gehalte vitamine D in het bloed. De behandelend arts zal dan een aanvullende dosis vitamine D voorschrijven om ervoor te zorgen dat deze patiënten zeker voldoende vitamine D hebben.

Praktisch bij medicijngebruik

Sommige mensen hebben moeite met het doorslikken van tabletten. Bespreek dergelijke problemen altijd open en eerlijk met je arts, zodat je samen naar een alternatief kan zoeken. Ook een (reuma)verpleegkundige kan je hierbij helpen.

Moet je veel medicijnen innemen, dan kan een weekdoosje een oplossing zijn. Dit is een medicijnendoosje waarin je per dag de medicatie die je dagelijks moet innemen, kan verdelen. Zo'n doosje is onder andere verkrijgbaar bij de apotheek.



Reis je naar een andere tijdzone? Overleg dan met je arts hoe je dan omgaat met het innemen van je medicijnen. Vraag ook tijdig na hoe het zit met bv. douane als je naar het buitenland reist (spuitjes, een attest van de specialist over de noodzaak van de te gebruiken medicatie, ...).

DAGELIJKS LEVEN MET OSTEOPOROSE

Omgaan met pijn

De eventuele pijn wordt veroorzaakt door een botbreuk of bij wervelindeukingen. Het eerste doel van de behandeling is daarom nieuwe breuken voorkomen. Welke pijnstillers je nodig hebt, hangt af van de hoeveelheid pijn die je ervaart. Pijnstillers zullen het proces van osteoporose niet vertragen of stoppen.

Werk

Hoeveel problemen osteoporose geeft, is afhankelijk van het soort werk dat je doet en de ernst van je klachten. Als de klachten ernstiger zijn, kan het zelfs zijn dat je je werk niet meer kan doen zoals je gewoon was. Toch betekent de diagnose osteoporose niet meteen dat je moet stoppen met werken. Integendeel. De kans is groot dat je nog heel lang kan blijven werken, zeker met een tijdige en adequate behandeling. Dit is erg belangrijk, want werk betekent afleiding van de pijn en de beperkingen. Werk vervult, naast het verdienen van inkomen, ook behoeften op sociaal-emotioneel gebied, zoals het hebben van een dagritme, sociale contacten en zelfontplooiing.

Hoe kan je omgaan met bepaalde zaken waar je tegenaan loopt?

Op het werk

De aard van het werk en de reacties van de omgeving zijn voor iedereen weer anders en bepalen of iemand blijft werken of niet. Je eigen inzet is ook belangrijk. Kijk vooral naar wat je nog wel kan, maar blijf reëel en objectief. Breng je beperkingen zo goed mogelijk in beeld en probeer te bekijken of er in je werk of de organisatie daarvan aanpassingen mogelijk zijn.

Voorbeelden van aanpassingen op je werkvloer na een botbreuk:

- Wissel zwaar en licht fysiek werk zoveel mogelijk af
- Geef je grenzen goed aan
- Neem vaker een korte pauze en pas je werktempo aan – zo verdeel je je energie beter
- Pas je werkrooster beter aan aan je mogelijkheden
- Zorg voor een voldoende afwisselende houding (staan/zitten/ rondstappen)
- Vermijd repetitieve bewegingen

Sommige werkvloeren hebben een sociale dienst of personeelsdienst/dienst human resources waar je met specifieke vragen terecht kan. Ook externe diensten kunnen je helpen op de werkvloer. Zo kan je terecht bij gespecialiseerde loopbaancentra voor advies in het kader van je loopbaan. Voor de aanvraag van bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen kan je dan weer terecht bij de VDAB. Meer informatie kan je vinden [op de website van ReumaNet](#).



Als werken niet (meer) gaat

Wanneer je je huidig werk omwille van je aandoening niet meer kan uitvoeren, kan je terecht bij verschillende diensten die jou kunnen begeleiden in je zoektocht naar aangepast werk. Er zijn diensten die samen met jou en je werkgever kunnen zoeken naar een aangepaste functie binnen het bedrijf of aangepaste arbeidsomgeving. In de wet is vastgelegd dat je werkgever de plicht heeft je weer aan het werk te helpen of te houden, eventueel in een andere, meer aangepaste functie. Hij mag je niet zomaar ontslagen wegens medische redenen. Neem contact op met je vakbond om na te gaan welke rechten en plichten je hebt en wat je in jouw situatie kan ondernemen. Er zijn ook diensten die je kunnen begeleiden naar een andere job bij een nieuwe werkgever. Ook heroriëntering en omscholing hoort tot de mogelijkheden. Je arbeidsgeneesheer en/of adviserende geneesheer van de mutualiteit kunnen je hier meer over vertellen.

Meer informatie vind je ook [op de website van ReumaNet](#).

Terug aan het werk

Er bestaan verschillende manieren om je talenten weer te gebruiken. Sommige mensen gaan onbetaald werk doen. Anderen starten een eigen bedrijf. Als je gaat solliciteren kan de VDAB je daarbij helpen. VDAB werkt samen met gespecialiseerde diensten zoals GTB. GTB begeleidt mensen met een arbeidsbeperking naar de arbeidsmarkt. Zij helpen je bijvoorbeeld ook met de aanvraag van bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen.

[Op de website van ReumaNet](#) vind je heel veel informatie over dit onderwerp, opgedeeld volgens een aantal specifieke situaties. Raadpleeg ook vrijblijvend de ReumaCoach via anja@reumanet.be

Seksualiteit

Seksualiteit kan op verschillende manieren beleefd worden. Alleen of met een partner; met de nadruk op lichamelijke aspecten of met het accent op het ervaren van intimiteit en geborgenheid. Iedereen vult zijn eigen seksualiteit in.

Door de pijnklachten eigen aan osteoporose is het mogelijk dat je seksleven verandert.

Minder zin in seks

Misschien ben je boos of verdrietig nu je osteoporose hebt. Misschien vind je je lichaam minder aantrekkelijk. Het kan zijn dat je te moe bent voor seks, of dat je pijn hebt.



Veranderingen in de relatie

Jij en je partner kunnen het best samen aftasten wat je aandoening precies met je doet. Wanneer heb je zin in seks? Waarin heb je geen zin? Wat is lichamelijk mogelijk en wat niet? Blijf samen praten over je wensen, verwachtingen en mogelijkheden.

Omgaan met de veranderingen

Alleen als je eerlijk bent over wat je wil, kan je samen werken aan een bevredigend seksleven. Probeer van seks te blijven genieten door er anders mee om te gaan. Kies bijvoorbeeld andere momenten om seks te hebben, of ga in een andere houding zitten of liggen. Masseren en strelen kunnen ook heel bevredigend zijn. Voor het vrijen kan je een extra pijnstillertje nemen en/of je kan eventueel een hulpmiddel gebruiken tijdens het vrijen.

Hulp nodig?

Geef jezelf de tijd om aan de nieuwe situatie te wennen. Kom je er niet uit? Dan kan je advies vragen aan een seksuoloog. Ook als je geen partner hebt kan je bij hen terecht voor adviezen voor een beter seksleven. Je kan eventueel ook praten met je huisarts, specialist of reumaverpleegkundige.

Vruchtbaarheid en zwangerschap

Osteoporose komt niet vaak voor bij mensen onder de vijftig jaar. Hierdoor zijn er maar weinig mensen die osteoporose krijgen tijdens de jaren dat ze vruchtbaar zijn. Voor vrouwen die osteoporose krijgen tijdens de vruchtbare jaren en die een kindervens hebben, wordt de behandeling aangepast.

Als je een kindervens hebt, bespreek dit dan zeker met je behandelende arts. Zeldzaam kan osteoporose voorkomen tijdens/na de zwangerschap en borstvoeding, raadpleeg dan een specialist.

Hulp en aanpassingen

Het kan zijn dat je moeite krijgt met de dingen die je in je dagelijks leven doet: jezelf verzorgen, gaan werken of hobby's uitoefenen.

Hulpmiddelen en andere toepassingen kunnen het leven gemakkelijker maken. Er bestaan verschillende soorten hulpmiddelen, variërend van een wandelstok tot een sta-op-stoel. Ze helpen je zelfstandig te blijven functioneren en kunnen voorkomen dat je klachten verergeren.

MEER INFORMATIE

Hulpverlening

Heb je medische klachten en ben je op zoek naar een diagnose of behandeling? Dan kan je terecht bij je huisarts, specialist of reumaverpleegkundige. Vragen over je gezondheid, je aandoening en de behandeling ervan kan je altijd aan je arts stellen.

Wat doen de huisarts en de specialist?

Je huisarts is de eerste bij wie je terecht kan voor een diagnose of een behandeling. Hij/zij zal jou doorverwijzen naar een specialist voor een uitgebreidere diagnosestelling en/of afstemming van de behandeling.

Vragen over je gezondheid, de behandeling en over de diagnosestelling kan je het beste altijd aan je arts stellen. Maak eventueel een lijstje met vragen zodat je niets vergeet. Duurt het nog een tijd voordat je een afspraak hebt? Je kan de specialist alvast vragen om een telefonisch consult.

Wanneer naar de reumaverpleegkundige?

Een reumaverpleegkundige of reumaconsulent is een verpleegkundige, gespecialiseerd in reumatische aandoeningen. Ook de sociale en emotionele kant van de ziekte kan je met de reumaverpleegkundige

opnemen.

Een reumaverpleegkundige of reumaconsulent vind je in het ziekenhuis of medisch centrum. Meer informatie over reumaverpleegkundigen vind je via de website van NVKVV, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen: www.nvkvv.be

Organisaties

ReumaNet vzw

ReumaNet vzw verenigt Vlaamse patiëntenverenigingen die reumatische aandoeningen onder de aandacht brengen.

ReumaNet ijvert voor regelgevingen die:

- het leven voor de duizenden patiënten vergemakkelijken
- een betaalbare en adequate zorg garanderen
- patiënten actief houden op de arbeidsmarkt en in het onderwijs
- vrijetijdsbesteding voor reumapatiënten mogelijk maken

Kortom, ReumaNet vzw ijvert voor een betere levenskwaliteit voor mensen met een reumatische aandoening.

Meer informatie vind je op: www.reumanet.be

Momenteel bestaat er in Vlaanderen geen patiëntenorganisatie of werkgroep die zich specifiek richt tot mensen met osteoporose. Heb je zelf osteoporose en wil je een steentje bijdragen aan een werkgroep of patiëntenorganisatie? Geef dan gerust een seintje aan ReumaNet vzw. Je kan ReumaNet bereiken via info@reumanet.be

Relevante adressen en websites

ReumaNet vzw

www.reumanet.be

Zaventem

ReumaHuis

Imperiastraat 16, 1930

Facebookgroepen, beheerd door ReumaNet

www.facebook.com/ReumaNet

Internationale websites

www.eular.org

<https://www.osteoporosenews.be/> (Kies je eigen taal, ook Nederlands)

Ergotherapeuten (wanneer je problemen ervaart bij dagdagelijkse handelingen en in het kader van hulpmiddelen, woningaanpassingen en werk(hervatting)):

www.ergotherapie.be

info@ergotherapie.be

Sommige mutualiteiten hebben ook ergotherapeuten in dienst waar je beroep kan op doen

Meer informatie over valpreventie:

www.valpreventie.be



Dank!

Deze brochure is mede gebaseerd op de kennis van Professor emeritus Dr. Piet Geusens (Universiteit Hasselt en Maastricht) en Professor Dr. Stefan Goemaere (Universitair Ziekenhuis Gent) en de tekst van de brochure 'Osteoporose' van ReumaNederland. Voor het gedeelte over valpreventie konden we beroep doen op de kennis van ergotherapeute Tinneke Claes en Ergotherapie Vlaanderen. Bijzondere dank aan Professor Evelien Gielen (UZ Leuven) voor een grondige herwerking in de zomer van 2023.

We willen de auteurs van deze brochures graag danken voor de mogelijkheid hun teksten te gebruiken. Daarnaast willen we natuurlijk iedereen die heeft meegewerkt aan deze brochure (reumatologen, reumaverpleegkundigen en patiënten) van harte bedanken!

Help mee!

ReumaNet is er voor mensen met een reumatische aandoening. Wij vinden het belangrijk om correcte informatie te geven. ReumaNet heeft echter een beperkt budget.

We willen een warme oproep doen aan iedereen: we kunnen uw financiële steun goed gebruiken! **Alle giften, groot en klein, zijn welkom!**

Je ondersteunt daarmee samen met ReumaNet de vele reumapatiënten in Vlaanderen.

Giften kunnen overgemaakt worden aan het **Fonds Vrienden van ReumaNet** van de Koning Boudewijnstichting, op volgend rekeningnummer:

IBAN: BE10 0000 0000 0404 op naam van Koning Boudewijnstichting

Met verplichte vermelding: **014/0530/00086**

Giften vanaf 40 euro en MET DE JUISTE VERMELDING zijn fiscaal aftrekbaar!

Woordenlijst

- **Alternatieve of complementaire behandeling:** behandeling die niet tot de reguliere geneeskunde behoort; bij de complementaire behandeling streeft de behandelaar samenwerking na met de reguliere behandelaar.
- **BMI:** Body Mass Index drukt de verhouding uit tussen je gewicht en lengte
- **Codeïne:** een stof die lijkt op morfine. Codeïne vermindert kriebelhoest. Verder werkt het pijnstillend.
- **Colitis ulcerosa:** Chronische ontsteking van het slijmvlies van de dikke darm.
- **COPD:** Afkorting van Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD is een verzamelnaam voor de ziekten chronische bronchitis en longemfyseem.
- **Diabetes mellitus:** Ziekte waarbij de regeling van het bloedsuikergehalte verstoord is, meestal door een tekort aan het hormoon insuline. In de volksmond heet het suikerziekte.
- **Menopauze:** Dit is de overgangperiode bij vrouwen waarin de eierstokken geen vrouwelijke hormonen meer gaan produceren.
- **NSAID:** Afkorting van Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug. Dit zijn medicijnen die de verschijnselen van een ontsteking verlichten en pijn en stijfheid verminderen.
- **Oestrogeen:** Vrouwelijk geslachtshormoon.
- **Psoriasis arthritis:** een vorm van ontstekingsreuma die voorkomt bij mensen met de huidziekte psoriasis. De ziekte veroorzaakt huidproblemen en gewrichtsklachten. Een aandoening met chronische gewrichtsontstekingen in combinatie met huid- en/of nagelpsoriasis.
- **Regulier:** Een behandeling is regulier als er wetenschappelijk voldoende bekend is over de werking en de bijwerkingen ervan. Hierdoor is in veel gevallen voorspelbaar wat de effecten van zo'n behandeling kunnen zijn.
- **Reumatische aandoening:** Onder reumatische aandoeningen vallen een groot aantal ziekten, die gepaard gaan met klachten en afwijkingen van het bewegingsapparaat. Ook kunnen andere (inwendige) organen bij deze ziekten betrokken raken. Zij zijn niet veroorzaakt zijn door letsel van buitenaf.
- **Reumatoïde Artritis:** Een ontsteking van meerdere gewrichten die langer dan drie maanden duurt. Mensen met RA hebben last van

pijn, stijfheid en zwelling van gewrichten. Op langere termijn kan beschadiging van het gewricht optreden. Alle gewrichten kunnen aangetast worden.

- **Reumatoloog:** De reumatoloog is een medisch specialist met speciale kennis en deskundigheid van de reumatische ziekten. Hij/zij is bij uitstek aangewezen om reumatische ziekten te behandelen waarbij ontsteking in gewrichten optreedt, maar ook inwendige organen betrokken kunnen zijn.
- **SLE:** Systemische lupus erythematosus (SLE) is een auto-immuunziekte die de huid, gewrichten en interne organen kan aantasten. Er bestaan verschillende vormen van lupus; elke vorm heeft zijn eigen verschijnselen en klachten: ofwel beperkt het zich tot de huid (huidlupus) ofwel breidt het uit tot alle organen (systeemlupus).
- **Syndroom van Cushing:** Klachten die ontstaan doordat het hormoon cortisol langdurig in te hoge hoeveelheid aanwezig is in het lichaam. Dit kan onder meer veroorzaakt worden door langdurig gebruik van prednison.
- **Tai chi:** Een Chinese bewegingsmethode die ontspanning nastreeft in de letterlijke zin van het woord: 'ontspanning' van lichaam en geest.
- **Tramadol:** Pijnstiller, stofnaam van Tramal®. Wordt gebruikt bij matige tot ernstige pijn.
- **Ziekte van Crohn:** Chronische ontstekingsziekte van het maagdarm- kanaal.



Belgian Health Professionals
in Rheumatology vzw/asbl



ReumaNet verenigt:



Chronische
Inflammatoire
Bindweefselziekten



ReumaNet vzw

www.reumanet.be - info@reumanet.be
ReumaHuis, Imperiastraat 16, 1930 Zaventem,
tel: 0470/329.457

