

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

### INLEIDING:

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

### WAT WETEN WE AL?

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

In de behandeling van RA nemen DMARDs een belangrijke plaats in. Er zijn verschillende soorten.

=> **de oudere types**, de conventionele synthetische DMARDs, zoals methotrexaat, sulfasalazine en leflunomide.

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

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

## WAT ZEGGEN DE RICHTLIJNEN?

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

### *Andere belangrijke principes:*

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

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

### *De belangrijkste aspecten:*

- \* Patiënten zouden met DMARDs moeten starten zo gauw de **diagnose** van RA gesteld is.
- \* Het doel van de behandeling moet **ziekeremissie of een lage ziekteactiviteit** zijn.
- \* Wanneer de RA actief is, moeten artsen de patiënt elke maand tot drie maanden **monitoren**. Wanneer er geen verbetering merkbaar is na drie maanden of een vooropgesteld therapeutisch doel werd na zes maanden niet bereikt, moet de behandeling aangepast worden.
- \* **Methotrexaat** is in principe de eerste DMARD die moet gebruikt worden. Wanneer dit niet mogelijk is, zijn sulfasalazine en leflunomide de andere opties. Dit zijn allemaal conventionele synthetische DMARDs en kunnen op zich gebruikt worden of in combinatietherapie.
- \* De patiënt en zijn arts kunnen overwegen om **corticosteroiden** (cortisonen in de volksmond) in lage dosis te gebruiken, als deel van de initiële behandeling, samen met DMARDs. Deze medicijnen moeten echter zo snel mogelijk verminderd en gestopt worden, omwille van de nevenwerkingen. (*°Lees hieronder in de voetnoot een reactie van een onderzoeksteam van het UZ Leuven*)
- \* Wanneer de eerste aanpak niet aanslaat, kunnen andere **synthetische DMARDs** ingezet worden. Wanneer ook die falen, zijn biologische DMARDs een optie. Bij patiënten met een actieve RA en minder goede vooruitzichten kunnen deze ook vroeger ingezet worden.
- \* **Biologische DMARDs** worden meestal gebruikt in combinatie met methotrexaat.
- \* Wanneer een biologische DMARD niet helpt, kan een andere geprobeerd worden.
- \* Wanneer een patiënt niet langer corticosteroiden gebruikt en de RA is niet actief (in remissie) kan de dosis van de biologische DMARD verminderd worden.
- \* Wanneer een patiënt lange tijd in remissie is, kan de dosis van de synthetische DMARD verminderd worden. Deze beslissing moet echter gezamenlijk genomen worden, na grondig overleg.
- \* Wanneer de behandeling aangepast moet worden, is het belangrijk **het hele plaatje** te bekijken samen met de ziekteactiviteit. Andere aandoeningen die de patiënt heeft, mogelijke reacties op behandelingen en aantastingen aan de gewrichten zijn zaken die in overweging moeten genomen worden.

## HOE BETROUWBAAR ZIJN DEZE RICHTLIJNEN?

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

## WAT BETEKENT DIT VOOR MIJ?

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

April 2014

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

*° Een onderzoeksteam van het UZ Leuven stuurt de richtlijn ivm het gebruik van cortisonen ietwat bij. Recent onderzoek leverde immers nieuwe resultaten:*

*“ Bij beginnende RA verdient, uiteraard in combinatie met DMARDs, het gebruik van glucocorticoiden aanbeveling omdat deze geneesmiddelen, in tegenstelling tot DMARDs, het ziekteproces snel onder controle kunnen brengen. De kansen op een succesvol verder verloop van de behandeling vergroten op deze manier. Over de ideale begindosis van de glucocorticoiden is nog discussie maar er is bewijs dat schema's vertrekkende van matig hoge dosissen welke snel worden afgebouwd over de loop van een zestal weken en na een zestal maanden worden gestopt zeer succesvol zijn en bovendien veilig. Op langere termijn dient het gebruik van cortisone zo veel mogelijk te worden beperkt, wat in de praktijk beter lukt na een efficiënte aanpak met glucocorticoiden in de beginfase van de ziekte.”*

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