

Recent herzien advies over de behandeling van patiënten met AAV

18 augustus 2016

INLEIDING

Een belangrijk aspect van de recent herziene aanbevelingen voor het behandelen van ANCA-geassocieerde vasculitis (AAV) is de gemeenschappelijke beslissingname tussen patiënten en artsen. De herziene aanbevelingen, uitgewerkt door een samenwerking tussen de Europese Liga tegen Reuma (EULAR, *European League Against Rheumatism*) en de Europese Renale Vereniging – Europese Dialyse- en Transplantatievereniging (ERA-EDTA, *European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association*), houden rekening met nieuw onderzoek naar de voordelen en veiligheidsbehandelingen voor AAV.

WAT WETEN WE AL?

Als iemand ANCA-geassocieerde vasculitis (AAV) heeft, valt het **immuunsysteem** – dat normaal gezien infecties bestrijdt – bij vergissing eigen **bloedvaten** aan. Dit kan de weefsels die de bloedvaten bevoorraden, aantasten waardoor een hele reeks symptomen kunnen veroorzaakt worden. Symptomen zijn onder andere neusbloedingen, korstvorming in de neus, hoesten en kortademigheid, vermoeidheid, spierpijn, verlies van het zicht of wazig en dubbel zicht zoals bij oogpijn, gezwollen, stijve en pijnlijke gewrichten, pijn of gevoelloosheid in armen en benen en verwarring. **Immunosuppressiva** kunnen helpen om dit te stoppen. Zij kunnen schade aan de bloedvaten verminderen en onomkeerbare schade en ongeschiktheid helpen voorkomen. Immunosuppressiva vormen de belangrijkste behandeling voor AAV. Er bestaan verschillende vormen, waaronder:

- Oudere standaardvormen, die chemisch geproduceerd worden: cyclofosfamide, steroïden, azathioprine, methotrexaat en mycofenolaat.
- Nieuwere vormen, vaak 'biologics' genoemd. Het belangrijkste geneesmiddel van dit type dat voor de behandeling van AAV gebruikt wordt is rituximab.

In bepaalde situaties kan het gepast zijn om patiënten via een infuus bloedproteïnen te geven. Men kan ook via een apparaat dat het bloed 'schoonmaakt' immuunproteïnen verwijderen. Omdat zoveel opties overwogen moeten worden, kan het een uitdaging zijn om over een behandelaanpak te beslissen. Dit omdat onderzoek geen duidelijke antwoorden geeft over welke aanpak het best werkt en het veiligst is. Om hierbij te helpen hebben de Europese verenigingen EULAR en ERA-EDTA een taskforce van in AAV gespecialiseerde artsen, verpleegkundigen en patiëntvertegenwoordigers opgericht om het huidige onderzoek te herzien en advies te geven. Zij hebben nu hun aanbevelingen vrijgegeven. Deze zijn een herziening van degenen die in 2009 gepubliceerd werden.

WAT ZEGGEN DE AANBEVELINGEN?

De herziene aanbevelingen benadrukken het belang van een **samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en patiënten** om de beste behandelaanpak te vinden. Daarbij wordt de nadruk gelegd op het feit dat de behandeling op gezamenlijke beslissingen tussen de patiënt en hun arts gebaseerd moet zijn. Andere sleutelpunten zijn:

- **Specialisten** met bijzondere interesse in en vakkennis over AAV moeten in de eerste plaats mensen met AAV behandelen.
- De **biopsie** van een aangetast orgaan (gewoonlijk de nier) kan nuttig zijn om een nieuwe diagnose van AAV te bevestigen of om een opstoot vast te stellen.
- Het doel van de behandeling moet **remissie** zijn.
- Artsen moeten patiënten met behulp van een gestructureerde **klinische** beoordeling controleren. Daarnaast moeten ze goedgekeurde middelen gebruiken om complicaties van AAV en de geneesmiddelen die bij de behandeling gebruikt worden te controleren.
- Een **combinatie** van steroïden en ofwel cyclofosfamide ofwel rituximab moet de eerste behandelmethode zijn die artsen en patiënten overwegen voor nieuw gediagnosticeerde orgaan- of levensbedreigende AAV.
- Patiënten en artsen kunnen het gebruik van steroïden (glucocorticoiden) als deel van de initiële behandeling overwegen (in combinatie met immunosuppressiva), maar het

gebruik van deze geneesmiddelen moet zo snel mogelijk **afgebouwd** en **stopgezet** worden.

- Als de eerste behandelaanpak onvoldoende effect heeft, moeten de patiënten naar een **expertisecentrum** voor een doorlopende aanpak en deelname aan klinische studies doorverwezen worden.
- Voor patiënten die een terugval kennen met ofwel een orgaanaandoening ofwel een levensbedreigende aandoening moet een **combinatie** van steroïden en ofwel cyclofosfamide ofwel rituximab de eerste behandelmethode zijn die artsen en patiënten overwegen.
- Als een patiënt succesvol behandeld is voor de initiële aandoening of terugval, moet een behandelperiode met **behoud van remissie** ingebouwd worden. De geneesmiddelkeuze omvat: azathioprine, rituximab, methotrexaat en mycofenolaat. Het precieze geneesmiddel hangt af van zowel het type AAV als van het geneesmiddel dat in eerste instantie de remissie teweegbracht.
- Als de AAV van een patiënt niet actief is (in remissie), moeten de **immunosuppressiva**, waaronder steroïden, **afgebouwd** worden. De behandeling voor het behoud van remissie moet echter voor minstens 24 maanden verdergezet worden bij patiënten met stabiele remissie (d.w.z. die tijdens deze periode geen terugval gekend hebben). Dit is een beslissing die aandachtig overwogen moet worden door de patiënt en diens arts.
- Als de behandeling aangepast moet worden, moet naast de ziekteactiviteit en het resultaat van de ANCA-titer van de patiënt ook rekening gehouden worden met **andere elementen**, waaronder andere ziektes, mogelijke bijwerkingen van de huidige of voorgaande behandeling en de ontwikkeling van schade door de tijd heen.

HOE BETROUWBAAR ZIJN DE AANBEVELINGEN?

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op een grondige herziening van het huidig onderzoek en de huidige kennis, net als op gesprekken tussen experts en patiëntvertegenwoordigers. Ze moeten betrouwbaar advies geven over de beste aanpak om AAV te behandelen.

WAT BETEKENT DIT VOOR MIJ?

Als u AAV heeft, geven deze aanbevelingen u nuttige inzichten over welke behandelingen u waarschijnlijk aangeboden worden en wanneer. Ze benadrukken ook dat u, als patiënt, uw behandeling mee moet kunnen bepalen. Als u vragen heeft of ergens bezorgd over bent, neem dan contact op met uw specialist.

Bron: Yates M, Watts RA, Bajema IM, et al. *EULAR and ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. Ann Rheum Dis 2016;75:1583-1594*
doi:10.1136/annrheumdis-2016-209133

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