

Artritis Psoriatica

Artritis Psoriatica

Inleiding Psoriasis	Blz. 3
Inleiding artritis psoriatica	Blz. 3
Verschijselen artritis psoriatica	Blz. 3
Diagnose artritis psoriatica	Blz. 4
Oorzaken artritis psoriatica	Blz. 6
Lokale behandelingen bij psoriasis	Blz. 7
Lichtbehandeling bij psoriasis	Blz. 8
Medicijnen bij psoriasis	Blz. 8
Medicijnen bij artritis	Blz. 9
Biologicals	Blz. 11
Pijnbestrijding	Blz. 13
Diverse therapieën	Blz. 15
Omgaan met artritis psoriatica	Blz. 16
Werk en artritis psoriatica	Blz. 18
Bronvermelding	Blz. 21

Inleiding Psoriasis

Bij psoriasis is er een verstoring van de levensloop van de hoorncellen. Er vindt een versnelde celdeling plaats die gepaard gaat met een verminderde rijping van de cellen. Hierdoor hecht de hoornlaag minder goed, waardoor deze gaat schilferen. Er vormen zich ontstekingscellen in de hoornlaag, zodat de opperhuid breder wordt. Door de ontstekingen gaan de bloedvaten wijder open staan, zodat de huid rood kleurt.

Soorten psoriasis

- psoriasis vulgaris: duidelijk begrensde schilferende plekken “plaques”
- psoriasis capitis: psoriasis op de hoofdhuid
- psoriasis inversa: psoriasis in de huidplooien
- psoriasis unguium: nagelpsoriasis (putjes, verkleuringen)
- psoriasis guttata: talrijke druppelgrote plekjes
- pustuleuze psoriasis: puistjes met vocht gevuld “pustels”
- psoriasis universalis: hele huid kleurt rood
- arthritis psoriatica: psoriasis in combinatie met gewrichtsontstekingen

Inleiding artritis psoriatica

Bij ongeveer 5 procent van de mensen met psoriasis (meestal psoriasis vulgaris) komt ook artritis voor. Zo'n 75% van de mensen krijgt eerst te maken met psoriasis en ontwikkelt daarna pas artritis. Bij 15% van de mensen begint de psoriasis en de artritis tegelijk en bij 10% van de mensen begint eerst de artritis. Artritis psoriatica komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Er is geen samenhang tussen de activiteit van de huid en de activiteit van de artritis. Vaak begint artritis psoriatica tussen de 20 en 30 jaar, maar de ziekte kan in principe op elke leeftijd beginnen. De ernst van de ziekte scheidt erg van persoon tot persoon, maar wordt nog vaak door artsen onderschat. Vroeger dacht men dat het een vrij onschuldige ziekte was, waarbij maar weinig gewrichten betroffen waren, maar inmiddels weet men dat het een ernstige ziekte kan zijn met grote gevolgen voor de levenskwaliteit van de betroffene.

Soorten artritis

- distale artropathie: ontstekingen in gewrichten vingerkootjes, aangrenzend aan de nagels
- daktylitis: ontstekingen in gewrichten vingers/tenen, worstvingers – of tenen
- oligoarticulaire artritis: maximaal 4 ontstoken gewrichten
- polyarticulaire artritis: meer dan 4 ontstoken gewrichten
- artritis mutilans: zeer agressieve verminkende ontstekingen, zeer zeldzaam
- sacroiliitis: ontsteking in gewricht tussen heiligbeen van wervelkolom en bekken
- spondylitis: ontstekingen in de wervelkolom
- enthesopathie: ontstekingen van aanhechtingen van pezen, ligamenten en gewrichtskapsels

Verschijnselen artritis psoriatica

Bij artritis psoriatica treden er ontstekingen op in de gewrichten, gewrichtskapsels, peesaanhechtingen en slijmbeurzen. Ook kunnen er ontstekingen ontstaan op de plekken waar pezen en spieren aan het botvlies hechten, dit noemt men enthesiopathie. Meestal begint de artritis in de eindgewrichtjes van de vingers of tenen, daktylitis. Men spreekt ook wel van de zogenaamde worstvinger of worststeen. Bij ongeveer 20 tot 30% van de mensen met artritis psoriatica speelt ook de wervelkolom mee. Vaak treden er ook Bechterew-achtige klachten op en zijn kleine wervelgewrichten tussen het borstbeen en de ribben betroffen, spondylartritis genoemd. Er kan ook een ontsteking optreden van het gewricht tussen het heiligbeen en het bekken, sacroiliitis.

De verschijnselen die kunnen voorkomen, zijn:

- pijn;
- (ochtend)stijfheid;
- vermoeidheid/lusteloosheid;
- zwellingen (men ziet vaak minder zwellingen dan bij andere vormen van reuma);
- roodheid;
- gevoeligheid bij aanraking en drukpijn;
- warmte.

Naast de bovenstaande verschijnselen zijn er een aantal bijkomende klachten die vaak bij mensen met ap voorkomen. Dit zijn o.a.:

- darmklachten (prikkelbaar darm syndroom);
- oogontstekingen (uveïtis);
- blaasproblemen (stressblaas);
- rusteloze benen (restless legs syndroom).

Ook allergieën kunnen vaker voorkomen bij artritis psoriatica. Onderzoek heeft uitgewezen dat mensen met de ziekte psoriasis te weinig histamine afbreken. Door een teveel aan histamine in het bloed kunnen allerlei klachten ontstaan, zoals jeuk, roodheid, allergieën en benauwdheid.

Voor meer informatie over deze bijkomende klachten, zie website onder "verschijnselen".

Nieuwe onderzoeken

Herpes virus

Uit een onderzoek van een ziekenhuis in Sousse in Tunesië is gebleken dat mensen met psoriasis vaker het herpes virus (HHV-8) bij zich dragen. Er zijn bij het onderzoek in totaal 80 mensen onderzocht, waarvan 40 met psoriasis en 40 zonder psoriasis. Van de psoriasispatiënten droeg 55% het herpes virus bij zich, terwijl dit bij de patiënten zonder psoriasis slechts 12,5% was. Virussen zijn vaak de uitlokkers voor psoriasis of kunnen de psoriasis doen verergeren. De verdere samenhang tussen het herpes virus en psoriasis moet nog verder onderzocht worden.

(Bron: www.psoriasis-netz.de)

Tongafwijkingen

Uit een onderzoek van de universiteit van Xochimilco in Mexico is gebleken dat mensen met psoriasis vaker last hebben van afwijkingen van het mondslijmvlies. Vooral de fissuurtong (tong met kloof in het midden) en de landkaarttong (tong met gekleurde vlekken) komen vaker voor. Er zijn bij het onderzoek in totaal 207 patiënten onderzocht, waarvan 80 met psoriasis en 127 zonder psoriasis. Bij 67,5% van de psoriasispatiënten konden afwijkingen van de tong geconstateerd worden, bij de patiënten zonder psoriasis was dit 49,6%.

soort afwijking	patiënten met psoriasis	patiënten zonder psoriasis
fissuurtong	47,5%	20,4%
landkaarttong	12,5%	4,7%
beiden	7,5%	2,4%
Totaal	67,5%	27,5%

(Bron: www.medicinaoral.com)

Diagnose artritis psoriatica

De diagnose kan gesteld worden als er psoriasisplekken zijn in combinatie met gewrichtspijnen, rugpijn of stekende pijn achter het borstbeen. Bij mensen met artritis psoriatica komt vooral vaak nagelpsoriasis voor (in 60 tot 90% van de mensen) en ook vaker psoriasis op de hoofdhuid. De psoriasisplekken zijn vaak zo kenmerkend dat de diagnose zo gesteld kan worden. Soms is er een biopsie nodig dat onder plaatselijke verdoving wordt weggenomen door een dermatoloog. Dit wordt dan onder de microscoop bekeken.

Bij artritis kan geconstateerd worden dat er sprake is van zwellingen, roodheid, warmte en stijfheid van de gewrichten. Ook kunnen aan de hand van röntgenfoto's beschadigingen of afwijkingen worden vastgesteld.

Bloedonderzoek

Door bloedonderzoek te doen kan men bekijken of de bloedbezinking te hoog is. Dit wordt ook wel de BSE waarde genoemd (bezinkingsnelheid van de erythrocyten). Een te hoge BSE waarde duidt op ontstekingen. Vaak ziet men bij artritis psoriatica dat deze waarde echter normaal is of slechts gering verhoogd, terwijl de ziekte zeer actief kan zijn.

Ook kan men bekijken of de CRP waarde (c-reactieve proteïne) verhoogd is. Door ontstekingen wordt er meer proteïne gevormd, waardoor de CRP waarde in het bloed stijgt.

De reumafactor, die vooral bij mensen met reumatoïde artritis aanwezig is, komt zeer zelden voor (in slechts 4 tot 6% van de gevallen).

Ook komt het in een gering aantal gevallen voor dat er in het bloed ANF (anti nucleaire factor) wordt gevonden. Dit zijn antistoffen die vooral bij de reumatische aandoening systemische lupus erythematoses voorkomen.

Voor de diagnose artritis psoriatica te kunnen stellen kan de CASPAR methode (the classification of psoriatic arthritis study) worden toegepast.

De criteria zijn:

Ontstekingen in gewrichten, wervelkolom of enthesitiden, met drie of meer van de volgende punten:

1. aanwezigheid van psoriasis, nu, in het verleden of in de naaste familie;
2. nagelafwijkingen;
3. negatieve reumafactor;
4. aanwezigheid van dactylitis, nu of in het verleden;
5. röntgenafwijkingen.

Het is soms moeilijk om artritis psoriatica te onderscheiden van andere vormen van reuma. Er zijn echter toch een aantal duidelijke verschillen.

Reumatoïde artritis

begint vaak polyarticulair
vaak symmetrisch
reumafactor
verhoogde BSE waarde
reumaknobbels
geen enthesitiden
geen sacroiliitis
geen worstvingers of worsttenen
vaker osteoporose
meer ochtendstijfheid
meer drukpijn
minder remissies
geen nagelpsoriasis

Artritis psoriatica

begint vaak mono- of oligoarticulair
vaak asymmetrisch
geen reumafactor
vaak geen verhoogde BSE waarde
geen reumaknobbels
vaker enthesitiden
vaker sacroiliitis
wel worstvingers of worsttenen
nauwelijks osteoporose
beperkt ochtendstijfheid
minder drukpijn
langere remissies
wel nagelpsoriasis

Vaak is het ook moeilijk om artritis psoriatica van de ziekte van Bechterew te onderscheiden, met name als de artritis psoriatica gepaard gaat met spondylartritis. Beiden gaan vaker gepaard met oogontstekingen en er treden vaker enthesitiden op.

Bechterew

vaak symmetrisch
geen worstvingers of worsttenen
vaker osteoporose
meer ochtendstijfheid
geen nagelpsoriasis

Artritis psoriatica

vaak asymmetrisch
wel worstvingers of worsttenen
nauwelijks osteoporose
beperkt ochtendstijfheid
wel nagelpsoriasis

Oorzaken artritis psoriatica

Bij mensen met artritis psoriatica zijn het aantal T-lymfocyten verhoogd aanwezig in het bloed, de plaques en in de synoviaal membranen van de getroffen gewrichten. Dit zijn bepaalde witte bloedcellen die een belangrijke rol spelen bij het afweersysteem. Ze richten zich niet alleen tegen indringers van buitenaf, maar ook tegen eigen lichaamscellen. Dit noemen we een auto-immuunziekte. Ook is er meer TNF alpha (tumor necrosis factor) aanwezig in de ontstoken gebieden. TNF alpha is een eiwit, behorende tot de cytokinen, die ook een belangrijke rol spelen bij ontstekingen. TNF alpha hecht zich op zogenaamde receptoren (ontvangercellen) van het afweersysteem, zodat deze cellen te lijf worden gegaan.

Erfelijkheid

De T-lymfocyten moeten eigen cellen van vreemde cellen kunnen onderscheiden. Dit gebeurt door middel van HLA moleculen (human lymphocytic antigen), die zich als een soort vlaggetjes op de cellen bevinden. De HLA antigenen zijn erfelijk bepaald. Daar er meerdere genen een rol spelen, is er sprake van een polygene aandoening.

	Psoriasis	AP	AP met spondylartritis
B13	16%	8%	19%
B17	32%	24%	12%
B38	4%	28%	18%
B39	12%	19%	50%
B27	7%	14%	45%
Cw*6	65%	14%	14%
Cw*0602	50%	32%	24%

Defensive gen

Een van de genen die bijdragen aan het ontstaan van psoriasis is het defensive-gen. Mensen met de ziekte psoriasis hebben meer van deze genen in hun DNA, waardoor ze meer defensines produceren in de huid. Defensines zijn kleine eiwitten die zorgen voor de bescherming tegen infecties. Daardoor reageert de huid ook sterker op ontstekingsprikkels, waardoor er een grotere kans is op psoriasis.

Inwendige factoren die een rol kunnen spelen bij artritis psoriatica:

- stress;
- overbelasting (bij artritis);
- infecties die het immuunsysteem verzwakken (m.n. keel, urineweg, tandwortel);
- hormonale invloeden;
- alcohol en roken;
- geneesmiddelen (malariapillen, lithium, betablokkers);
- HIV besmetting.

Uitwendige factoren die een rol kunnen spelen bij psoriasis:

- wondjes;
- andere huidaandoeningen;
- chemische prikkels.

Lokale behandelingen bij psoriasis

Het doel van lokale behandelingen is het remmen van de versnelde celdeling en het verminderen van de jeuk. Er is keuze uit zalf, crème, lotion of shampoo. Voor de behandeling begint, is het vaak beter de huid eerst te ontschilferen met een zalf met salicylzuur.

Soorten werkende stoffen:

- calcipotriol;
- corticosteroiden;
- koolteer;
- ditranol.

Calcipotriol

Dit is een synthetische stof afgeleid van vitamine D. Het middel remt de celdeling en is verkrijgbaar in zalf, crème en lotion. Deze stof geeft amper bijwerkingen, soms lichte irritaties.

Merknaam: Daivonex.

Tegenwoordig is er ook een nieuw middel op de markt, een combinatie van calcipotriol met betamethasonpropionaat.

Merknaam: Dovobet.

Corticosteroiden

Dit zijn hormoonpreparaten afgeleid van het natuurlijke hormoon van de bijnierschors. Ze remmen de ontstekingen, bevorderen het loslaten van de schilfers en remmen daardoor de jeuk. Ze zijn verkrijgbaar als zalf, crème en lotion. Er zijn 4 klassen van zwak werkend tot zeer sterk werkend. De bijwerkingen van corticosteroiden zijn dat er na verloop van tijd verdunning van de huid plaatsvindt (atrofie), er kan vermeerderde haargroei optreden, er kan couperose en striae ontstaan.

Koolteer

Dit is gezuiverde steenkool en is de oudste behandelmethode. Het helpt tegen de ontstekingen en tegen de jeuk. Koolteer is er in de vorm van een zalf, crème, lotion of shampoo. Er treden bij koolteer nauwelijks bijwerkingen op, nadelen zijn echter de doordringende geur en de vlekken op kleding, die moeilijk te verwijderen zijn. Koolteertherapie kan nooit samen gaan met lichttherapie in verband met een grotere kans op verbrandingen.

Merknaam: Resdan, Denorex.

Ditranol

Dit is een synthetische stof afgeleid van chrysopaanzuur (afkomstig van de rabarber). Deze stof wordt ook wel cignoline genoemd, het remt de celgroei en zorgt voor het loslaten van de schilfers. Ditranol is alleen verkrijgbaar als crème en wordt meestal op recept van de dermatoloog door de apotheker samengesteld. Bijwerkingen zijn tijdelijke paarse verkleuring en irritatie van de huid. Ook kan deze stof vlekken geven op kleding, die moeilijk te verwijderen zijn.

Merknaam: Psoricrème.

Occlusie

Dit betekent dat men een verbandlaag over de zalf of crème aanbrengt, waardoor het de opname van de zalf of crème verhoogt en daarmee de werking versterkt. Bovendien beschermt dit tegen het krabben, verzacht het de jeuk en voorkomt het wrijving met kledingstukken.

Lichtbehandeling bij psoriasis

Lichtbehandeling is een behandeling met kunstmatig ultraviolet licht UVA of UVB. Ultraviolet licht kan de groei en ontsteking van de huid remmen. Meestal wordt lichttherapie alleen toegepast als er minimaal 20% van de huid betroffen is en lokale behandelingen niet meer afdoende werken. Lichttherapie werkt het beste bij psoriasis vulgaris en werkt bijna niet bij nagelpsoriasis en pustuleuze psoriasis. Bijwerkingen van lichtbehandeling zijn roodheid, jeuk, uitdroging van de huid en verbranding. Bij UVA behandeling kunnen tevens blaren ontstaan. Op de lange termijn vindt er een snellere veroudering van de huid plaats en is er een grotere kans op het krijgen van huidkanker.

UVB

De behandeling met UVB licht noemt men ook wel fotherapie en verdient de voorkeur. Deze behandeling kan tegenwoordig ook gewoon thuis plaatsvinden. Er kan belichtingsapparatuur gehuurd of gekocht worden. Alvorens men met de therapie thuis begint, dient men altijd te overleggen met de dermatoloog, zodat er samen een goed lichtschema kan worden opgesteld. Voor een goed resultaat zijn gemiddeld 25 tot 30 behandelingen nodig. Er zijn tegenwoordig ook zogenaamde psorikammen verkrijgbaar voor de behandeling van de hoofdhuid.

UVA

Voor deze vorm van therapie, die ook wel fotochemotherapie wordt genoemd, zijn medicijnen noodzakelijk. Voorafgaand aan de behandeling moet er psoraleen geslikt worden, of aan het badwater toegevoegd worden, om de huid lichtgevoeliger te maken. Daarna volgt de behandeling in een lichtkast PUVA. Door het gebruik van psoraleen kunnen er bijwerkingen ontstaan zoals duizeligheid, misselijkheid en diarree. Meestal vindt deze behandeling 2 à 3 keer per week plaats gedurende zes tot tien weken.

Dagbehandelingscentra

Men kan de lichtbehandelingen ook volgen in de verschillende dagbehandelingscentra. Daar wordt een combinatietherapie aangeboden van baden in zoutwater en lichttherapie. Dit wordt ook wel balneofotherapie genoemd.

Medicijnen bij psoriasis

Er zijn vijf soorten medicijnen:

1. methotrexaat;
2. ciclosporine;
3. retinoïden;
4. fumaraten;
5. leflunomide.

Methotrexaat

Zie medicijnen bij artritis.

Ciclosporine

Zie medicijnen bij artritis.

Retinoïden

Dit zijn stoffen afgeleid van vitamine A en wordt ook wel acitretine genoemd. De bijwerkingen van deze stof zijn uitdrogen van de huid, lippen en slijmvliezen en irritatie van de ogen. Op de lange termijn kan het leiden tot leverbeschadiging.

Merknaam: Neotigason.

Fumaraten

Dit is een therapie die ontdekt is door een Duitse chemicus en in Zwitserland verder ontwikkeld is. De therapie is erop gebaseerd dat mensen met psoriasis een tekort zouden hebben aan fumaarzuur, een stof die in alle cellen van ons lichaam zit. Daardoor zouden er giftige afvalstoffen ontstaan, die opgeslagen worden in het onderhuids vetweefsel en de bindweefselstructuren rond de gewrichten. Later is de psorinotherapie ontwikkeld waarbij er ook vanuit wordt gegaan dat mensen met psoriasis een teveel aan pyrodruivenzuur zouden hebben. Pyrodruivenzuur zit in druiven, krenten, rozijnen, wijn, maar ook in andere fruitsoorten, sommige noten en oosterse specerijen. Een dieet in combinatie met fumaraten zou goed aanslaan. Wetenschappelijk is dit echter nog niet genoeg bewezen, daarom wordt het middel in Nederland nog maar in beperkte mate voorgeschreven. Dit terwijl in Duitsland dit medicijn juist erg veel wordt voorgeschreven met uitstekende resultaten.

Fumaraten worden met name door dermatologen voorgeschreven bij patiënten vanaf 17 jaar met ernstige tot zeer ernstige psoriasis. Het middel heeft ook een positief effect op de gewrichtsklachten. De dosis moet langzaam worden opgebouwd en de effectieve werking is merkbaar na zo'n 3 tot 9 maanden. Het middel kan bijwerkingen hebben zoals opvliegers, maag- en darmklachten, misselijkheid, gewichtstoename en tijdelijke toe- of afname van bepaalde witte bloedcellen. Regelmatig urine- en bloedonderzoek is bij fumaraten noodzakelijk. Bij langdurig gebruik kunnen er lever- en nierfunctiestoornissen optreden.
Merknaam: Fumaderm, Psorinovo.

Leflunomide

Zie medicijnen bij artritis.

Medicijnen bij artritis

Er zijn 4 soorten medicijnen:

1. pijnstillers;
2. NSAID's;
3. DMARD's;
4. Corticosteroiden.

Pijnstillers

De belangrijkste pijnstiller is paracetamol. Een gewone pijnstiller werkt alleen pijnstillend en koortsverlagend en de werkzaamheid is vaak van korte duur (3 tot 6 uur). De werking van paracetamol kan worden versterkt door het toevoegen van codeïne of tramadol (Zaldiar).

NSAID's

NSAID staat voor non-steroidal anti-inflammatory drug. Deze middelen hebben een langere werkingsduur (3 tot 12 uur, afhankelijk van de soort) en zijn zowel pijnstillend en koortsverlagend als ook ontstekingsremmend. Ze remmen het enzym cyclo-oxygenase, dat betrokken is bij de vorming van prostaglandines. Prostaglandines spelen een rol bij ontstekingen. Er zijn twee soorten van dit enzym. COX-1, dit enzym zorgt o.a. voor de bescherming van het maagslijmvlies. COX-2 is het enzym dat verantwoordelijk is voor de ontstekingen. Klassieke NSAID's remmen zowel COX-1 als COX-2, daarom dienen bij deze middelen vaak maagbeschermende middelen te worden ingenomen, zoals Zantac, Losec of Nexium. Diclofenac kan ook in combinatie met de maagbeschermer misoprostol gegeven worden, merknaam Arthrotec. De nieuwere NSAID's, de zogenaamde COX-2 selectieve remmers, blokkeren COX-2 in meerdere mate dan COX-1, er is daarom bij deze middelen een kleinere kans op maagproblemen. Wel is er bij deze medicijnen een groter risico op hartproblemen.

De klassieke NSAID's:

Stofnaam

acetylsalicylzuur
azapropazon
diclofenac
ibuprofen
indometacine
naproxen
piroxicam

Merknaam

Aspirine
Prolixan
Diclofenac, Voltaren, Cataflam
Ibuprofen, Brufen, Nurofen, Advil
Indometacine, Indocid, Dometin
Naproxen, Naprosyne, Naprovyte, Naprelan, Naprocoat, Aleve
Brexine, Feldene, Piroxicam

De COX-2 selectieve remmers:

Stofnaam	Merknaam
meloxicam	Movicox, Meloxicam
nabumeton	Mebutan, Nabumeton
celecoxib	Celebrex
rofecoxib	Vioxx (<i>dit middel is inmiddels uit de handel genomen</i>)
etoricoxib	Arcoxia
valdecoxib	Bextra

Een NSAID kan de psoriasis verergeren. Deze zorgen namelijk voor meer aanmaak van leukotrine, een stof die in de psoriasis huid verhoogd aanwezig is.

DMARD's

DMARD staat voor disease modifying anti rheumatic drug. Deze middelen zijn echte reumaremmers. Ze werken niet zo snel en hebben veel bijwerkingen, waardoor regelmatig bloedonderzoek noodzakelijk is.

Er zijn 7 soorten DMARD's:

1. methotrexaat;
2. sulfasalazine;
3. goud;
4. (hydroxy)chloroquine;
5. azathioprine;
6. ciclosporine;
7. leflunomide.

Methotrexaat

Dit is een cytostaticum. Het remt de celdeling en werkt ontstekingsremmend. De werking begint na zo'n 4 à 12 weken. Het middel heeft een gunstig effect op de psoriasis en op de artritis in de gewrichten, er is minder resultaat bij artritis in de wervelkolom en werkt nauwelijks bij enthesitiden. Dit middel kan tot ernstige bijwerkingen leiden, zoals leverbeschadiging, tekort aan bloedcellen, haaruitval, kortademigheid, hoesten, zweertjes in de mond. Het middel kan niet samen met antibiotica worden voorgeschreven. Door de vele bijwerkingen die dit medicijn kent, dient er regelmatig bloedonderzoek plaats te vinden en zal er na een paar jaar een leverbioptie worden uitgevoerd. Het slikken van foliumzuur kan een gedeelte van de bijwerkingen tegengaan. MTX is er in tabletvorm of als injectie en moet 1x per week worden ingenomen.

Merknaam: Ledertrexate (tablet) en Emthexate (injectie).

Sulfasalazine

Dit middel was oorspronkelijk bedoeld voor darmziekten en kan leiden tot bloedarmoede en leverfunctiestoornissen. De werking begint na zo'n 4 à 12 weken. Dit middel heeft een gering effect op de psoriasis en een gering effect op artritis en werkt niet bij enthesitiden.

Merknaam: Salazopyrine.

Goud

Dit middel is er in injecties (aurothioglucose) of tabletvorm (auranofin). De werking begint na zo'n 16 à 24 weken. Dit middel kan de psoriasis verergeren en heeft een gering effect op artritis.

Merknaam: Auromyose (injectie) en Ridaura (tablet).

(Hydroxy)chloroquine

Dit is een antimalariamiddel met voornamelijk oogafwijkingen als bijwerking. De werking begint na zo'n 16 à 24 weken. Dit middel kan de psoriasis verergeren en heeft een gering effect op artritis.

Merknaam: Plaquenil (hydroxychloroquine), Nivaquine (chloroquine).

Azathioprine

Dit is een cytostaticum. Het remt de celdeling en heeft bloedafwijkingen en leverfunctiestoornissen als bijwerking. De werking begint na zo'n 4 à 12 weken. Er is geen studie verricht naar de werking van dit middel bij artritis psoriatica.

Merknaam: Imuran.

Ciclosporine

Dit is een uit schimmels geïsoleerde stof die het afweersysteem onderdrukt. Dit middel wordt ook wel gebruikt bij orgaantransplantaties. Het werkt erg snel en kent flinke bijwerkingen zoals overbehairing, tandvleesproblemen, nierbeschadigingen en grotere kans op infecties. Ciclosporine mag daarom nooit langdurig worden voorgeschreven. De werking begint na zo'n 4 à 12 weken. Het middel werkt goed bij psoriasis, maar minder bij artritis en werkt niet bij enthesitiden.

Merknaam: Neoral.

Leflunomide

Dit is een nieuw medicijn, wat vergelijkbaar is met methotrexaat, maar kent minder bijwerkingen en werkt sneller dan de meeste DMARD's. Het middel heeft een goed effect op de psoriasis en de artritis in de gewrichten, er is echter nog weinig bekend over het resultaat bij artritis in de wervelkolom en bij enthesitiden.

Merknaam: Arava.

Werking van de DMARD's bij artritis psoriatica:

DMARD	Psoriasis	Artritis	Spondylartritis	Enthesiopathie
Methotrexaat	++	++	- / +	-
Sulfasalazine	+	++	+	-
Goud	--	+	- / +	-
(Hydroxy)chloroquine	--	+	- / +	-
Azathioprine	<i>hier is geen studie naar verricht!</i>			
Ciclosporine	++	+	- / +	-
Leflunomide	++	++	- / +	-

Corticosteroiden

Dit zijn hormoonpreparaten afgeleid van het natuurlijk hormoon van de bijnierschors. Ze remmen ontstekingen, maar er treden vaak bijwerkingen op zoals gewichtstoename en botontkalking. Een bekende soort is prednison. Corticosteroiden kunnen ook geïnjecteerd worden in het gewricht, de peesschede of de slijmbeurs. Er treden hierbij minder gauw bijwerkingen op dan bij tabletten.

Er zijn drie soorten:

- stof triamcinolonacetonide merknaam Kenacort, Albicort;
- stof triamcinolon hexacetonide merknaam Lederspan;
- stof methylprednisolon merknaam Depo medrol.

Bij daktyliden en enthesitiden kunnen injecties gegeven worden met glucocorticoïde. Dit kan maximaal 3 tot 6 keer per jaar. Deze injecties kunnen echter wel de psoriasis doen verergeren.

Biologicals

Dit is een geheel nieuwe vorm van therapie en erg kostbaar. De biologicals werken sneller en krachtiger dan de DMARD's. Vaak worden ze voorgeschreven in combinatie met methotrexaat. Biologicals mogen alleen voorgeschreven worden als minstens twee DMARD's niet afdoende werkzaam of onverdraagzaam zijn en de VAS-score (visual analogue scale) hoog genoeg is.

De VAS-score wordt vastgesteld door de reumatoloog en wordt bepaald door:

- het aantal pijnlijke en gezwollen gewrichten;
- de waarde van de bloedbezinking;
- hoe de ernst van de ziekte door de patiënt wordt ervaren.

De VAS-score kan een waarde hebben tussen de 0 en de 10:

- een waarde groter als 5.1 is hoog;
- een waarde minder dan 3.2 is laag;
- een waarde minder dan 1.6 betekent dat de ziekte in remissie is.

Daar de bloedbezinking vaak normaal is bij artritis psoriatica is het erg moeilijk voor deze biologicals in aanmerking te komen.

Soorten biologicals

Infliximab	merk Remicade	antilichaam remt TNF alpha	infuus 3x in 6 wk, daarna 1x in 8 wk
Adalimumab	merk Humira	antilichaam remt TNF alpha	injectie om de week (injectiepen)
Etanercept	merk Enbrel	proteïne remt TNF alpha en beta	injectie 1x of 2 x per wk (injectienaald)
Rituximab	merk Mabthera / Rituxan	remt B-cellen	infuus 2x met 2 wk ertussen
Abatacept	merk Orencia	proteïne remt T-cellen	infuus 1x per 28 dgn
Tocilizumab	merk Actemra	antilichaam remt interleukine 6	infuus 1x in 4 wk
Anakinra	merk Kineret	remt interleukine 1	injectie dagelijks
Efalizumab	merk Raptiva	antilichaam remt T-cellen	injectie 1x per wk
Alefacept	merk Amevive	proteïne remt T-cellen	injectie om de 12 wk

Alleen de eerste drie zijn geregistreerd voor artritis psoriatica en zijn zogenaamde TNF-remmers. Infliximab en Adalimumab zorgen ervoor dat TNF alpha niet gaat hechten aan de cellen. Etanercept bevat nepreceptoren, zodat TNF alpha zich wel hecht aan de cellen, maar er geen reactie plaatsvindt.

Werking van de geregistreerde biologicals bij artritis psoriatica:

Biological	Psoriasis	Artritis	Spondylartritis	Enthesiopathie	Vermoeidheid
Etanercept	++	++	++	++	++
Infliximab	++	++	++	++	+
Adalimumab	++	++	++	++	+

Naar efalizumab is wel onderzoek gedaan en helpt wel bij psoriasis, maar niet bij artritis. Door de vele bijwerkingen wordt middel waarschijnlijk uit de handel genomen! Naar alefacept is ook onderzoek gedaan en deze biological helpt bij zowel de psoriasis als de artritis, maar werkt wel langzamer. Door het gebruik van een biological is er een verhoogde kans op infecties, daarom moet er vooraf een longfoto en een mantouxtest worden afgenomen om een longinfectie en tuberculose uit te sluiten. De meest voorkomende bijwerkingen zijn neusinfecties, ademhalingsproblemen, daling van de bloeddruk en reacties op de injectieplekken. Bijwerkingen bij een infuus kunnen verminderd worden door het infuus langzamer te laten lopen of anti histamine toe te dienen.

Bij het gebruik van biologicals is er een kans om antistoffen tegen dit middel te ontwikkelen. Het middel werkt dan niet meer effectief. Ook kunnen er dan bijwerkingen ontstaan doordat het geneesmiddel zich bindt aan de antistoffen. De kans op aanmaken van antistoffen bij Infliximab is groter omdat dit biological uit muiscomponenten bestaat. Bij Etanercept kan dit niet gebeuren. Om het aanmaken van antistoffen te voorkomen kan tegelijk met de biological methotrexaat worden voorgeschreven. Methotrexaat gaat namelijk de ontwikkeling van antistoffen tegen. Ook kan de dosis van de biological verhoogd worden, als blijkt dat er antistoffen worden aangemaakt. Onderzoekers pleiten er voor om na toediening van biologicals altijd bloedonderzoek te doen om te bekijken of er antistoffen aangemaakt worden. Helaas gebeurt dit nog nauwelijks.

Er worden steeds weer nieuwe biologicals ontwikkeld en voor psoriasis of artritis psoriatica toegelaten. Zo is er in januari 2009 door de Europese Commissie een nieuwe biological toegelaten voor psoriasis met de naam Ustekinumab. Het middel wordt alleen voorgeschreven aan volwassenen die middelzware tot zware psoriasis hebben en waarbij ciclosporine, methotrexaat en de PUVA niet voldoende werken of niet verdragen kunnen worden. Ustekinumab, merknaam Stelara, is een antilichaam dat interleukine 12 en 23 remt.

Het wordt als injectie toegediend om de vier weken. Uit een onderzoek uit Amerika blijkt dat Ustekinumab beter werkt bij psoriasis dan Etanercept. Het wordt in Amerika ook voorgeschreven aan artritis psoriatica patiënten.

Ook is onlangs de nieuwe biological Golimumab door de Europese Commissie toegelaten voor mensen met ernstige artritis psoriatica. Golimumab, merknaam Simponi, wordt als injectie een keer per maand toegediend.

Pijnbestrijding

Pijnmedicatie

Als een gewone pijnstiller of een NSAID niet afdoende werken tegen de pijn, kunnen er nog een aantal andere soorten medicijnen voorgeschreven worden om de vaak slopende pijn te verzachten. Bedenk wel dat deze medicijnen veel bijwerkingen hebben (zoals het verminderen van het reactievermogen en sufheid) en verslavend kunnen werken. Voor gedetailleerde informatie over de verschillende medicijnen kunnen bijsluiters geraadpleegd worden, b.v. via de website www.consumed.nl.

Spierverslappers

Deze middelen werken kalmerend, slaapverwekkend en spierverslappend.

Voorbeelden hiervan zijn:

Stofnaam	Merknaam
diazepam	Diazepam, Stesolid, Valium
lorazepam	Lorazepam, Temesta
oxazepam	Oxazepam, Seresta
temazepam	Temazepam, Normison, Normitab
baclofen	Baclofen, Lioresal

Opioiden

Bij een ondraagbare pijn, worden ook wel eens opioiden voorgeschreven. Er zijn zwakkere opioiden, zoals codeïne en tramadol, die vaak aan paracetamol toegevoegd worden:

Stofnaam	Merknaam
codeïne	Codeïne (in combinatie met paracetamol)
tramadol	Tramadol, theradol, Tramagetic, Tramal, Zaldiar (in combinatie met paracetamol)

Er zijn ook sterkere opioiden, enkele voorbeelden hiervan zijn:

Stofnaam	Merknaam
buprenorfine	Temgesic (tabletten/injecties), Transtec (pleisters)
morfine	Morfine retard, Skenan, Noceptin, MS Contin, Kapanol
fentanyl	Durogesic (pleisters)
methadon	Methadon (drank), Symoron (tabletten)

Anti-depressiva

Deze middelen remmen de pijn prikkelgeleiding. Nadeel van deze medicijnen is dat de werking pas na 1 à 2 weken merkbaar is en ze vaak na 2 à 3 maanden weer minder werkzaam worden.

Voorbeelden hiervan zijn:

Stofnaam	Merknaam
amitriptyline	Amitriptyline, Sarotex, Tryptizol
venlafaxine	Efexor
imipramine	Tofranil

Anti-epileptica

Deze middelen werken vooral bij zenuwpijn.

Voorbeelden hiervan zijn:

Stofnaam	Merksnaam
carbamazepine	Carbamazepine, Carbymal, Tegretol
gabapentine	Neurontin
valproïnezuur	Convulex, Depakine, Natriumvalproaat, Orfiril, Propymal
pregabaline	Lyrica

Pijndagboek

Het bijhouden van een pijndagboek is handig om goed inzicht te krijgen over je pijn. Houd elke dag bij welke activiteiten je doet, het tijdstip van het innemen van je medicatie en de hoeveelheid daarvan en geef jezelf een cijfer voor de pijn, hierbij is 0 geen pijn en 10 vreselijk veel pijn. Dit is de zogenaamde VAS-score (visual analogue scale). Ook kun je eventueel je vermoeidheid een cijfer geven. Als het pijndagboek goed wordt bijgehouden, kun je er achter komen welke activiteiten je pijn bevorderen en welke juist de pijn verminderen. Voor een voorbeeld van een pijndagboek, zie website onder "pijnbestrijding".

TENS

TENS staat voor transcutane elektrische neurostimulatie. Hierbij worden er zelfklevende elektrodes op de huid geplakt ter hoogte van het pijngebied. Deze elektrodes zijn verbonden met een neurostimulator, een klein apparaatje dat stroomstootjes afgeeft, waardoor de zenuw geblokkeerd wordt en er geen pijn prikkel meer wordt afgegeven aan de hersenen, zodat er ook geen pijn meer wordt ervaren. Deze behandeling helpt helaas lang niet bij iedereen en het nadeel is dat het alleen zeer plaatselijk werkt.

Pijnpoli

De reumatoloog kan u doorverwijzen naar een pijnpoli. Hier kunt u behandeld worden door een anesthesist, die eventueel een andere combinatie van medicijnen kan voorschrijven of een zenuwblokkade kan plaatsen. Bij een zenuwblokkade wordt de zenuw verdoofd die naar de pijnlijke plek loopt. Hierbij wordt er eerst een proefblokkade geplaatst, daarna volgt de definitieve blokkade, deze kan een werking hebben van een paar maanden tot ongeveer een half jaar.

Revalidatiearts

Een revalidatiearts werkt samen met een anesthesist, fysiotherapeut, psycholoog en maatschappelijk werker. Er wordt een revalidatieplan gemaakt met als doel de kwaliteit van het leven met de ziekte en bijbehorende pijn te bevorderen.

Cryotherapie

Het behandelen van het ontstoken gebied met koude pakkingen (coldpacks) werkt pijnstillend. Bovendien gaat het eventuele zwellingen tegen, waardoor er een betere beweging mogelijk is en werkt koude ontstekingsremmend. De koude pakkingen moeten eerst in een doek (theedoek) worden gewikkeld alvorens ze op de huid worden gelegd. Het koelen moet lang genoeg gebeuren, bij kleinere gewrichten 15 tot 20 minuten en bij grotere gewrichten 20 tot 30 minuten, zodat niet alleen de huid afgekoeld wordt, maar ook het ontstoken weefsel. De doorbloeding blijft gedurende die tijd gehandhaafd. De werking van de koeling houdt ongeveer 3 uur aan, zodat de behandeling het beste 4 keer per dag kan plaatsvinden met een tussenperiode van 3 uur.

Kältekammertherapie

Door te bewegen in een cabine, gevuld met vloeibare stikstof van ongeveer -110 graden celsius kunnen ontstekingen geremd worden en kan het immuunsysteem versterkt worden. Met het hoofd, handen en voeten beschermd tegen bevriezing verblijft men ½ tot 3 minuten in deze cabine. De ijzige kou veroorzaakt een extreem sterke doorbloeding. Hierdoor wordt de bijnierschors gestimuleerd om het lichaamseigen hormoon cortisol aan te maken, waardoor de ontstekingsactiviteit afneemt. Ook wordt er door de sterke doorbloeding meer van de stof endorphine, het zogenaamde "gelukshormoon", aangemaakt.

Tevens wordt het immuunsysteem sterker gemaakt. Deze therapie is niet geschikt voor mensen met hartproblemen of een te hoge bloeddruk.

Een andere vorm van deze therapie is dat vloeibare stikstof van -30 graden celsius via een slang over de huid geblazen wordt. Deze behandeling duurt ongeveer 2 à 3 minuten.

Bij beide vormen van therapie geldt dat er zo'n 12 behandelingen nodig zijn om een goed effect te bereiken. Helaas zijn deze therapievormen in Nederland en in België niet mogelijk. Men kan hiervoor wel op vele plaatsen in Duitsland terecht.

Diverse therapieën

Er zijn verschillende therapievormen die bij artritis psoriatica kunnen helpen.

Fysiotherapie

Bij fysiotherapie ligt de nadruk op de bevordering van de beweeglijkheid, de bevordering van de spierfunctie en het verminderen van de pijn. Er zijn verschillende therapieën mogelijk. Om de beweeglijkheid en de spierfunctie te verbeteren kan men oefentherapie of hydrotherapie volgen. Om de pijn te verminderen en de doorbloeding te verbeteren, zijn er verschillende mogelijkheden:

- massage;
- ultrageluid (dit zijn geluidsgolven die via de huid in het lichaam gebracht worden);
- stroom (zie ook TENS);
- warmte (warme pakkingen of infraroodlamp);
- koude (koude pakkingen).

Warmte wordt gebruikt voor het verminderen van spierpijn en spierspanningen, bij ontstekingen moet er juist koude worden toegepast.

Manuele therapie

De manuele therapie gaat er van uit dat iedereen voorkeursbewegingen heeft. Hieruit volgen automatisch ook beperkingen. Door de therapeut wordt dan ook bekeken waarom het bewegen naar de ene zijde van lichaam makkelijker gaat dan naar de andere zijde. Door het aftasten van de afzonderlijke wervels kunnen bewegingsbeperkingen worden vastgesteld en worden behandeld. Er wordt hierbij uitgegaan van 3 soorten bewegingen:

- de beweging van de lage wervelkolom ten opzichte van het bekken;
- de beweging van de borstwervelkolom ten opzichte van de ribben en het borstbeen;
- de beweging van de nek ten opzichte van de schedel.

Cesar en mensendiecktherapie

Hier leert men bewust te kijken naar de eigen lichaamshouding en het bewegingspatroon. Door middel van oefeningen leert men zichzelf te corrigeren, zodat de belasting op het lichaam beter verdeeld wordt.

Ergotherapie

Een ergotherapeut leert hoe je het beste je dagelijkse handelingen, thuis of op je werk, kunt uitvoeren.

Osteopathie

Osteopathie is een manuele geneeswijze waarbij de oorzaak van een klacht wordt aangepakt. Het kan zijn dat deze oorzaak zich op een andere plaats bevindt dan waar de pijn ervaren wordt. Buikpijn, hoofdpijn, darmklachten of chronische rugpijn is meestal een uiting van een verstoord evenwicht binnen het lichaam, terwijl men zich niet bewust hoeft te zijn van de oorsprong van deze verstoring. De osteopathie gaat uit van de gedachte dat de mens een eenheid is in lichaam, geest en ziel met een zeer sterk ontwikkeld zelfhelend vermogen. Het lichaam bestaat uit verschillende systemen die elkaar in evenwicht houden. Van nature zal er altijd naar gestreefd worden dit evenwicht te handhaven. Als er een verstoring plaatsvindt, door b.v. een operatie, ongeval, stress, slechte voeding, ontsteking, overbelasting of een zware bevalling dan reageert het lichaam met een aanpassing om een nieuw evenwicht te vinden. Dit zal zich herhalen tot het lichaam zich niet

meer kan aanpassen en men klachten krijgt. Deze kunnen jaren later tot uiting komen. De osteopaat corrigeert waar mogelijk de oorzaak van de klacht en kijkt daarbij voornamelijk naar de voelbare bewegingstoornissen in dit gebied. Beweging is in het hele lichaam van essentieel belang. Het lichaam blijft gezond, zolang alle vloeistofstromen intact blijven en de weefsels soepel, elastisch en beweeglijk zijn. Door die beweeglijkheid te herstellen, stimuleert de osteopaat het zelfhelend vermogen van het lichaam. De beweeglijkheid wordt gecorrigeerd op drie niveaus:

- het bewegingsapparaat zoals de botten, spieren en het bindweefsel;
- de organen zoals de lever, darm, blaas en baarmoeder;
- de schedel en het zenuwstelsel, het zogenaamd cranio-sacraal systeem.

Omgaan met artritis psoriatica

Mensen met de ziekte artritis psoriatica leveren constant een gevecht tegen pijn en vermoeidheid en krijgen daarbij vaak te maken met veel onbegrip van hun omgeving, met name ook van artsen. Hierdoor komt men vaak in een negatieve spiraal van pijn, vermoeidheid, pijn enz. terecht, met depressiviteit tot gevolg. Hierna volgen een aantal tips om beter met de gevolgen van de ziekte te leren leven.

Bijkomende klachten

Bedenk dat er bij de klachten van de psoriasis en de artritis vaak nogal wat andere vage klachten optreden, die vaak door artsen niet serieus genomen worden. Een aantal van deze klachten zijn: darmklachten, blaasproblemen en rusteloze benen. Vaak kan de arts geen afwijkingen vinden en neemt de klachten daarom niet echt serieus. Veel mensen met artritis psoriatica hebben echter deze klachten en ze horen dus wel degelijk bij de ziekte. Vaak kun je zelf best wat doen om deze klachten te verminderen.

Voor meer informatie over deze bijkomende klachten, zie website onder "verschijnselen".

Communicatie met artsen

Een goed contact met de behandelend arts is bij mensen met artritis psoriatica heel belangrijk. Een goede voorbereiding op een gesprek met de arts is hierbij van groot belang. Zet van tevoren op papier wat de klachten precies zijn, welke medicatie je gebruikt en maak een lijstje met de vragen die je wilt stellen. Neem dit als geheugensteuntje mee naar het gesprek, zodat je niets vergeet te vermelden of te vragen.

Het eerste gesprek

Bij een eerste gesprek is het handig van tevoren voor jezelf de vragen, die gesteld zullen gaan worden door de arts, alvast door te nemen. Dit zijn de standaardvragen bij gewrichtsklachten, indien er nog geen diagnose is:

- Welke gewrichten zijn allemaal pijnlijk?
- Is er alleen pijn bij het bewegen of ook in rust?
- Is er sprake van ochtendstijfheid en hoe lang duurt dit?
- Wanneer zijn de klachten begonnen?
- Is er koorts of een griepachtig gevoel, is er gewichtsverlies?
- Zijn er nog andere klachten, zoals darmklachten of psoriasis?
- Zijn er nagelafwijkingen? (putjes in de nagels kan ook duiden op psoriasis)

De diagnose artritis psoriatica

Om de diagnose artritis psoriatica te stellen, gebruikt de arts vaak de CASPAR criteria, zie voor uitleg "Diagnose artritis psoriatica". Bekijk eens voor jezelf of je aan deze criteria voldoet.

Bloedwaarde

Artsen focussen zich te vaak op de uitslagen van de bloedwaarden. Als de bloedbezinking te hoog is, is er sprake van een ontsteking. Dit is bij vele reumatische aandoeningen zo, maar bij artritis psoriatica patiënten is dit in veel gevallen niet zo. Als de bloedbezinking normaal is, betekent dit echter meestal niet dat de ziekte niet actief is. Bedenk dat je klachten echt serieus zijn, ondanks een goede bloedwaarde en laat je hierdoor niet afschepen.

Second opinion

Als de communicatie met de behandelend arts niet goed loopt of als je twijfelt aan de diagnose of de behandeling, bedenk dan dat je altijd recht hebt op een second opinion. De zorgverzekeraar kan je hierbij helpen.

Uitleg geven en hulp vragen

Vaak zien de mensen in je omgeving niet aan je dat je ziek bent. Je krijgt vaak te horen "je ziet er toch goed uit!" Probeer het onbegrip uit de weg te ruimen door de mensen uit te leggen wat je klachten zijn en wat je wel en niet kunt op dat moment. Durf om hulp te vragen als je die nodig hebt, je hebt er recht op! Leg ook uit dat je door de ziekte vaak meer emoties hebt, zoals angsten, boosheid, verdriet en machteloosheid.

Bewegen

Door de vreselijke pijn en vermoeidheid heb je vaak de neiging minder te bewegen. Hierdoor wordt je spierkracht en conditie minder, waardoor je uiteindelijk meer pijn en ook meer vermoeidheid zult ervaren. Je moet dus blijven bewegen. Zoek bewegingsmogelijkheden die je wel nog kunt en die bij je passen, zodat je ze ook kunt volhouden. Voorbeelden zijn wandelen, fietsen, zwemmen in extra warm water, yoga of tai-chi.

Het is belangrijk een evenwicht te vinden tussen pijn en bewegen. Het is daarbij vaak moeilijk om je grenzen te bepalen. Er zijn wel een paar vuistregeltjes. De pijn in de gewrichten, die ontstaat na het bewegen, mag maximaal twee tot drie uur aanhouden, anders is er sprake van overbelasting. Je kunt het beste voor jezelf een basisniveau bepalen: wat is haalbaar zonder te veel pijn. Je kunt dan het beste 10 tot 20% onder je basisniveau starten en als het goed gaat tweewekelijks 10% erbij doen. Op slechte dagen is het verstandig toch te blijven bewegen en op 75% van je basisniveau te gaan zitten. Bewegen moet langzaam opgebouwd worden. Het kan helpen een oefenplan op te stellen, waarbij je jezelf doelen stelt. Elke week kan dan bekeken worden of de doelen bereikt zijn en kan het plan eventueel bijgesteld worden. Kleine stapjes nemen is hierbij belangrijk, omdat kleinere stapjes langer volgehouden worden en je het zo ook leuk kunt blijven vinden. Beloon jezelf als er een doel behaald is. Dat bevordert je motivatie. Een pijndagboek kan ook een handig hulpmiddel hierbij zijn.

Voor meer informatie en een voorbeeld van een pijndagboek, zie website onder "pijnbestrijding".

Nieuwe activiteiten zoeken

Probeer je te focussen op de dingen die je wel nog kunt in plaats van op de dingen die je niet meer kunt. Bekijk activiteiten die niet meer zo goed willen lukken opnieuw. Bijvoorbeeld als een half uur stofzuigen niet meer lukt, lukt het misschien wel twee keer een kwartier verdeeld over de dag. Probeer nieuwe activiteiten te zoeken die je wel nog kunt en die je plezier en afleiding bezorgen. Leer bij alle activiteiten die je doet je grenzen te bepalen, probeer niet te weinig te doen, maar ook niet teveel.

Je grenzen bepalen is niet eenvoudig, dat leer je door vallen en opstaan. Plan alle activiteiten zodanig dat er voldoende kleine rustpauzes tussendoor zijn. Zorg voor afwisseling van lichte en zware werkzaamheden en van vervelende en leuke klussen.

Ontspanning

Stress zorgt er voor dat de klachten sterk toenemen. Zorg elke dag voor een ontspanningsmoment, zodat je spieren kunnen ontspannen en je hoofd leeg gemaakt wordt. Heel goed is het doen van ademhalingsoefeningen of te mediteren.

Reumaconsulent

In veel ziekenhuizen vind je tegenwoordig een reumaconsulent bij de poli reumatologie. Dit is een verpleegkundige die gespecialiseerd is in de reumazorg. De reumaconsulent kan je begeleiden bij het omgaan met de ziekte, het verkrijgen van hulpmiddelen en het helpen met diverse regelingen waarmee je te maken kunt krijgen.

Literatuur

Er zijn een aantal boeken die kunnen helpen bij het omgaan met de ziekte:

- * De pijn de Baas, Frits Winter, ISBN 978-90-5513-411-3
- * Reumahulpboek, J. Fries & K. Lorig, ISBN 90-5352-961-6
- * Zorgboek artritis psoriatica, Stg. September
- * Zorgboek psoriasis, Stg. September
- * Zorgboek pijn, Stg. September

De laatste drie boeken zijn alleen verkrijgbaar via www.boekenoverzichten.nl of te bestellen bij de apotheek.

Lotgenotencontact

Het zoeken van lotgenotencontact is heel belangrijk. Het lucht erg op te praten of schrijven met mensen die dezelfde ziekte hebben. Ze maken hetzelfde mee en begrijpen je gelijk. Lotgenotencontact kun je vinden via de diverse patiëntenverenigingen en lotgenotencontact via de mail is mogelijk door contact op te nemen met info@arthritis-psoriatica.nl.

Werk en artritis psoriatica

Bedrijfsarts

Door de ziekte is het vaak niet meer mogelijk je werk in de volle omvang te verrichten. Gelukkig kan met aanpassing van werktijden of inzet van hulpmiddelen de baan toch behouden worden. Veel mensen zullen vroeg of laat in contact komen met de bedrijfsarts. Het is van cruciaal belang je goed op de gesprekken met de bedrijfsarts voor te bereiden. Welke vragen kunnen er verwacht worden?

Algemene gezondheidsvragen:

Wat zijn de klachten?

Wat is de diagnose?

Welke behandelingen hebben er plaatsgevonden?

Welke medicatie wordt gebruikt?

Wat is het advies van de behandeld arts?

Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst?

Functioneren in het algemeen:

Geef hier zo duidelijk mogelijk aan wat je wel en niet meer kunt, zowel lichamelijk als mentaal.

Functioneren op het werk:

Geef precies aan welke werkzaamheden je op dit moment niet kunt doen en geef aan waarom. Bedenk zelf alvast mogelijke oplossingen, dan sta je altijd sterker. Geef ook aan wat je wel nog zou kunnen doen. Bedenk wat er nodig is om wel weer aan de slag te kunnen, b.v. ondersteuning van collega's en leidinggevende, hulpmiddelen, andere werktijden. Maak zelf eventueel een tijdschema waarop je vermeldt wanneer je welke taken en/of uren kunt werken. Probeer wel realistisch te blijven, neem niet te veel hooi op de vork, maar ook niet te weinig.

Ook erg belangrijk is het om over de dag verdeeld kleine rustpauzes voor jezelf in te lassen, waarbij je even kunt ontspannen, tot rust kunt komen. Ook kan het helpen licht en zwaar werk goed met elkaar af te wisselen. Het is belangrijk om zelf na elk gesprek een kort verslagje te maken over wat er is gezegd en wat er is afgesproken, zodat je hier altijd op terug kunt vallen.

Arbeidsdeskundige:

Het is mogelijk dat de arbodienst met goedkeuring van de werkgever een arbeidsdeskundige inschakelt om jouw situatie in kaart te brengen en te bekijken wat er allemaal moet gebeuren om goed te kunnen reïntegreren. Hierbij wordt door de bedrijfsarts een FML (Functionele Mogelijkheden Lijst) ingevuld, waarbij je lichamelijke en mentale beperkingen aan de orde komen.

Deze lijst is vervolgens het uitgangspunt voor de arbeidsdeskundige. Er zullen vervolgens gesprekken plaatsvinden met de werkgever en werknemer en ook de werkplek zelf zal bezocht worden. De volgende zaken zullen hierbij zeker aan bod komen:

- inhoud werkzaamheden;
- lichamelijke en mentale werkdruk;
- werktijden;
- werkomstandigheden (inrichting werkplek, omgang met collega's, klimaat e.d.);
- je lichamelijke en mentale beperkingen (aan de hand van de FML);
- je CV (wat is je niveau, welke opleidingen heb je genoten, welke ervaringen heb je).

Bij het reïntegreren is er sprake van twee sporen, die achtereenvolgens doorlopen kunnen worden.

Spoor 1 betekent een werkaanpassing in je huidige functie of een andere functie binnen de organisatie.

Spoor 2 betekent een andere functie bij een andere werkgever, als is aangetoond dat er geen passende functie is binnen de organisatie.

Ziekteverzuimproces (Wet Verbetering Poortwachter)

Voor veel mensen is het erg onduidelijk wat ze te wachten staat bij een ziekmelding voor langere tijd. Daarom volgt hier in het kort het proces wat doorlopen moet worden na de ziekmelding.

Probleemanalyse

Deze dient in week 6 opgesteld te worden door de bedrijfsarts. Hier komt o.a. in te staan:

- waarom niet of minder kunnen werken;
- beperkingen in eigen werk;
- wanneer weer aan het werk kunnen.

Deze analyse zal ongeveer elke 6 weken opnieuw bekeken worden.

Plan van aanpak WIA

Deze dient in week 8 opgesteld te worden door werkgever en werknemer. Het uitgangspunt hierbij is de probleemanalyse van de bedrijfsarts. Hier moet vermeld worden wat er samen gedaan kan worden om het werk weer te hervatten of ander werk te vinden. Zaken die hier aan bod dienen te komen, zijn:

- aanpassingen werk (werkplek, arbeidsvoorwaarden, taken/tempo);
- trainingen / therapieën (fysiotherapie, psychotherapie, timemanagement enz.);
- begeleiding naar ander werk (omscholing, beroepskeuzetest enz.).

Dit plan dient regelmatig besproken te worden en eventueel aangepast te worden.

Evaluatie eerste ziektejaar

In week 44 stuurt het UWV de werknemer een brief over de evaluatie van het eerste ziektejaar. Deze dient door werkgever en werknemer te worden opgesteld en vormt een onderdeel van het totale reïntegratieverslag.

Aanvraag WIA

In week 87 ontvangt u van het UWV de aanvraag voor de WIA. Deze dient uiterlijk in week 91 te worden ingediend bij het UWV.

Hierbij dient meegestuurd te worden:

- de probleemanalyse en eventuele bijstellingen van de probleemanalyse;
- het actueel oordeel, dat opgesteld dient te worden door de bedrijfsarts;
- het plan van aanpak en eventuele bijstellingen van het plan van aanpak;
- de eerstejaarsevaluatie;
- de eindevaluatie, die opgesteld dient te worden door werkgever en werknemer;
- medische informatie.

Logboek ziekteverzuimproces

Het is erg belangrijk zelf elke stap in het ziekteverzuimproces goed bij te houden. Als hulpmiddel is er een logboek ontwikkeld om alle afspraken per stap te noteren.

Voor het downloaden van het logboek, zie website onder "werk en artritis psoriatica".

WIA keuring

Bij de WIA keuring dien je goed voorbereid te zijn. De arts bespreekt welke lichamelijke en/of psychische klachten er spelen. Verder worden er een aantal persoonlijke vragen gesteld zoals je dagelijkse activiteiten, hobby's ed. Daarna volgt een lichamelijk onderzoek. Het kan zijn dat er nog aanvullende informatie nodig is van de huisarts of specialist, daarvoor is wel jouw toestemming nodig. Het is prettig iemand mee te nemen bijvoorbeeld een partner of goede vriend(in) om achteraf het gesprek samen nog eens te bespreken.

Na de keuring volgt een gesprek met de arbeidsdeskundige. Aan de hand van het verzekeringsgeneeskundige rapport wordt bekeken welk werk je nog in jouw situatie kunt doen. Zo wordt bepaald in hoeverre je arbeidsongeschikt bent. Het loon dat je met dit werk nog kunt verdienen, wordt vergeleken met het loon dat je verdiende voor je ziek werd. Met deze informatie wordt daarna je uitkering vastgesteld.

Uitslag WIA keuring

Er zijn vier mogelijkheden:

Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt voor 80 – 100%. Je ontvangt tot je 65ste een uitkering van 70% van je laatst verdiende loon.

Volledig en niet duurzaam arbeidsongeschikt voor 80 – 100%. Je ontvangt een WGA uitkering (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten) van 70% van het verschil tussen je laats verdiende loon en de resterende restcapaciteit. Je krijgt jaarlijks een herkeuring.

Gedeeltelijk arbeidsongeschikt 35 – 80%. Je ontvangt een uitkering van 70% van je laatst verdiende loon minus het bedrag dat je nog verdiend met gedeeltelijk werken. Je krijgt regelmatig een herkeuring.

Gedeeltelijk arbeidsongeschikt < 35%. Er zijn nu twee mogelijkheden. Je werkgever houdt je in dienst en ontvangt voor 2 jaar een WGA uitkering of de werkgever ontslaat je en dan ontvang je een WW uitkering van 70% van je laatst verdiende loon. De duur van deze uitkering is afhankelijk van je arbeidsverleden.

Reïntegratiebureau

Mocht je op spoor 2 terecht komen, wordt er door je werkgever een reïntegratiebureau ingeschakeld. Mocht dit na 104 weken niets hebben opgeleverd en de loonbetaling is gestopt, krijg je de mogelijkheid van het UWV een IRO (individuele reïntegratieovereenkomst) aan te vragen. De keuze is dan aan jou wie je inschakelt, let daarbij wel op dat je met iemand in zee gaat die ervaring heeft met chronische ziekten en dus weet waar je over praat en kan inspelen op je beperkingen. Samen gaan jullie dan op zoek naar een passende betaalde baan.

Bronvermelding

Brochures

Fysiotherapie bij reumatische aandoeningen, brochure Reumafonds
Pijnbestrijding bij fibromyalgie, brochure FES
Reuma, een special over ... medicijnen, brochure Reumafonds
Reuma, u weet het pas ... artritis psoriatica, brochure Reumafonds
Zelfzorgmiddelen en voeding bij psoriasis, brochure PVN
Ziek zijn; een ervaring apart, brochure Reumafonds

Boeken

Arthritis Psoriatica, Wolfgang Miehle, ISBN 3-9806607-4-5
Psoriasis and psoriatic arthritis, Gordon & Ruderman, ISBN 3-540-212809
Psoriatic and reactive arthritis, Ritchlin & Fitzgerald, ISBN 13 978-0-323-03622-1
Een andere aanpak van reumatische aandoeningen, Dr. P. Lam & J. Horstman, ISBN 90-215-3578-5
Natuurlijk pijn overwinnen, Leon Chaitow, ISBN 90-5764-489-4
Psoriasis Beeld Beleving Behandeling, PVN, ISBN 90-70415-28-3
Reuma leren begrijpen, Prof. Dr. Filip de Keyser, ISBN 90-209-5283-8
Zorgboek pijn, Stg. September, ISBN 907224881-3
Reumatologie, Bijlsma & Voorn, ISBN 90-313-2773-5

Websites

www.psoriasis-netz.de
www.rheuma-liga.de
www.rheuma-online.de
www.arthritis.org
www.psoriasis.org