

GEWRIJCHTS



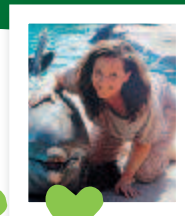
‘Vrouwen hebben ongeveer twee keer zoveel kans op het ontwikkelen van gewrichtsklachten als mannen’

Een derde van de mensen met IBD heeft ook gewrichtsklachten, blijkt uit onderzoek van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Maar pijnlijke gewrichten hebben niet altijd dezelfde oorzaak en vragen ook een andere behandeling. Crohniek ging in gesprek over de definitieve resultaten van het onderzoek.

‘Doel van het onderzoek was om gewrichtsklachten bij IBD-patiënten in kaart te brengen en aan te tonen of bepaalde factoren gewrichtsklachten bij IBD veroorzaken’, legt Sanne van Erp uit, promovenda op de MDL-afdeling van het LUMC en sinds november 2014 betrokken bij het onderzoek. ‘IBD-patiënten die aangaven gewrichtsklachten te hebben, werden verder onderzocht. Dit gebeurde op de JOINT-poli, die speciaal voor het onderzoek in het LUMC is opgezet. Een jaar lang zijn 155 patiënten met en 100 patiënten zonder gewrichtsklachten intensief gevolgd.’

Klachten

Van Erp vervolgt: ‘Er werd aan het begin van het onderzoek en na een jaar gekeken naar de mate waarin mensen gewrichtsklachten hadden, de mate waarin de IBD actief was, en of patiënten ook andere klachten hadden zoals huidafwijkingen of last van hun ogen. Bij de mensen met gewrichtsklachten keken we naar de plek van hun pijn; was deze in de wervelkolom/rug (axiaal) of meer in de knieën of handen (perifeer). Deelnemers kregen naast routinezorg met bijvoorbeeld pijnstillers of fysiotherapie geen specifieke behandeling voor hun gewrichtsklachten.’



KLACHTEN

in kaart gebracht

Definitieve resultaten

‘De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat de meeste patiënten met pijnklachten, geen ontsteking hebben. De oorzaak van hun pijn is helaas niet gevonden. Slechts bij één op de tien mensen met IBD werden echte gewrichtsontstekingen (artritis/red.) gevonden’, vervolgt de promovenda. ‘Wel zien we dat mensen met actieve IBD vier keer zoveel kans hebben op het krijgen van gewrichtsklachten dan patiënten met IBD in remissie. Ook opvallend is dat vrouwen ongeveer twee keer zoveel kans hebben op het ontwikkelen van gewrichtsklachten als mannen. Hiernaast zien we dat rokers twee keer zoveel risico lopen op het hebben van gewrichtsklachten in vergelijking met patiënten die niet roken. Bij ruim 80 procent van de ondervraagde patiënten met gewrichtsklachten zijn de gewrichtsklachten pas ontstaan na de diagnose IBD. Bij 52 procent is er sprake van perifere klachten. Ruim 8 procent heeft last van axiale klachten en 40 procent van de patiënten had zowel axiale als perifere klachten.’

Gevolgen

‘Vaak weten MDL-artsen niet goed wat ze met de gewrichtsklachten aan moeten’, vervolgt Andrea van der Meulen-de Jong, MDL-arts in het LUMC, en vanaf het begin in 2009 betrokken bij het onderzoek. ‘Artsen sturen de patiënten door naar de reumatoloog. Als die geen ontstekingen vindt, dan stuurt deze de patiënt terug naar de MDL-arts. Zo wordt de klacht niet goed behandeld en voelt de patiënt zich onbegrepen. Het is daarom belangrijk dat de MDL-arts onderscheid kan maken tussen een gewrichtsontsteking en gewrichtspijn bij IBD.’ Van Erp vult aan: ‘Patiënten met gewrichtsontsteking moeten verder onderzocht worden door de reumatoloog, terwijl patiënten met gewrichtspijn gewoon onder behandeling van de MDL-arts blijven. Het is voor deze laatste groep belangrijk om te leren omgaan met

hun pijn. We zien namelijk dat de meeste patiënten langdurig klachten houden van hun gewrichtspijnen. Deze gaan dus zeker niet spontaan over. Gewrichtspijn heeft veel invloed op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. We zijn daarom de vervolgstudie ‘Grip op pijn’ gestart.’ Van der Meulen vult aan: ‘We zijn afgelopen januari begonnen met een pilot in drie ziekenhuizen in Leiden en Den Haag. Patiënten worden eerst eenmalig gezien door een klinisch psycholoog. Vervolgens krijgen zij een op maat gemaakt eHealth-programma, waarmee zij via het eCoach-programma zelf aan de slag gaan. Patiënten kunnen thema’s als stemming, activiteit en vermoeidheid, gedachten, communicatie en sociale omgeving doorlopen. Zij kunnen vragen stellen als dat nodig is en er is een therapeut die online meekijkt en feedback geeft. De duur en intensiteit van het traject varieert, afhankelijk van de behoeften van de patiënt. Eind van dit jaar ronden we de pilot af en gaan we evalueren. Bij een positieve evaluatie is het de bedoeling het eHealth-programma ook aan patiënten in andere ziekenhuizen aan te bieden.’

Andere adviezen en ontwikkelingen?

Tot slot heeft Van Erp nog goede tips en adviezen voor mensen met gewrichtsklachten: ‘Dagelijkse beweging is goed. Daarnaast blijkt uit onderzoek bij reuma- en fibromyalgiepatiënten dat fysiotherapie en mindfulness ook helpen bij het voorkomen van en leren omgaan met de pijn als gevolg van gewrichtsklachten. Dit is wellicht ook zinvol voor IBD-patiënten. Rekening houdend met de genoemde onderzoeksresultaten, adviseer ik om te stoppen met roken. Ook is het belangrijk om de IBD in remissie te krijgen, omdat de gewrichtsklachten dan vaak afnemen. Het in remissie brengen van de ziekte is uiteraard altijd het doel van de MDL-arts. Ten slotte zien we dat door het gebruik van biologicals gewrichtsklachten ook vaak verminderen.’