

Omgaan met jicht

EULAR-aanbevelingen geven advies aan artsen, verpleegkundigen en patiënten over de beste manier om ziekten te behandelen en te managen. EULAR heeft haar aanbevelingen over de behandeling van mensen met jicht geactualiseerd.

Artsen, gezondheidswerkers en patiënten hebben samengewerkt om deze aanbevelingen te ontwikkelen. De patiënten in het team hebben ervoor gezorgd dat het standpunt van de patiënt in de aanbevelingen werd geïntegreerd. De auteurs hebben gekeken naar het bewijs voor medicijnbehandelingen bij mensen met jicht.

WAT WETEN WE AL?

Jicht is een veel voorkomende ziekte die tot 2,5% van de mensen in Europa treft. Het kan pijn en invaliditeit veroorzaken. De symptomen hebben de neiging om met opstoten te verlopen. Deze opstoten ontwikkelen zich op een paar uur tijd en veroorzaken hevige pijn in de gewrichten.

Jicht wordt veroorzaakt door afzettingen van urinezuurkristallen in de gewrichten van een persoon. Deze afzettingen leiden tot ontstekingen. Mensen met jicht kunnen ook tophi ontwikkelen, waarbij de urinezuurkristallen zich onder de huid verzamelen in harde, pijnlijke knobbels. Als je jicht hebt, is het belangrijk om een laag niveau van serum urinezuur in je bloed te behouden. Dit houdt de vorming van urinezuurkristallen tegen en laat toe om al de kristallen op te lossen.

Eerdere EULAR-aanbevelingen voor jicht zijn in 2006 geschreven. Sindsdien zijn er nieuwe geneesmiddelen beschikbaar en zodus zijn de aanbevelingen geactualiseerd.

WAT ZEGGEN DE AANBEVELINGEN?

In het algemeen zijn er drie overkoepelende principes en elf aanbevelingen.

De overkoepelende principes:

- Elke persoon die jicht heeft, moet verteld worden hoe de ziekte zich ontwikkelt, welke complicaties of andere geassocieerde ziekten ze zouden kunnen krijgen en welke behandelingen er beschikbaar zijn.
- Elke persoon met jicht moet worden verteld hoe hij/zij met individuele aanvallen om moeten gaan en hoe hij/zij aanwezige urinezuurkristallen kunnen helpen verdwijnen door levenslang urinezuur in het serum laag te houden.

- Elke persoon met jicht zou een leefstijladvies moeten krijgen over hoe hij of zij met zijn of haar gewicht om moet gaan. Mensen met jicht moeten alcohol en suikerhoudende dranken vermijden en niet te veel vlees of zeevruchten eten. Regelmatige lichaamsbeweging moet worden geadviseerd.
- Tot slot, als je jicht hebt moet jouw arts controleren of je nog andere gerelateerde ziekten hebt, en of je het risico loopt om in de toekomst een hart- en vaatziekte te ontwikkelen.

De elf aanbevelingen:

- **Behandel acute opflakkingen van jicht zo vroeg mogelijk. De keuze van het middel hangt af van de timing, de contra-indicaties, jouw eerdere ervaring met behandelingen, en het aantal en type gewrichten dat wordt getroffen.**

Als je jicht hebt, moet je instructies krijgen van jouw arts, zodat je in staat bent om bij de eerste symptomen van een opflakking zelfmedicatie te gebruiken. Het medicijn dat je gebruikt is afhankelijk van een aantal factoren. Sommige mensen kunnen contra-indicaties hebben wat betekent dat ze een bepaald medicijn niet kunnen gebruiken. De keuze van het medicijn kan ook afhangen van hoe goed je in het verleden op bepaalde behandelingen hebt gereageerd. Timing is ook belangrijk, want sommige medicijnen moeten binnen een bepaald aantal uren na het begin van de opflakking worden gebruikt. Zo werkt colchicine bijvoorbeeld goed als het binnen 12 uur na aanvang van de klachten wordt gegeven. Het aantal en de soort gewrichten die door de opflakking worden beïnvloed, kunnen ook van invloed zijn op welke medicijnen worden gebruikt.

- **De aanbevolen eerste optie voor de behandeling van de opflakking is colchicine (binnen 12 uur) en/of een NSAID of corticosteroiden.**

Binnen 12 uur na aanvang van de symptomen van een opflakking is de eerste keuze voor behandeling een dosis colchicine van 1 mg, 1 uur later gevolgd door 0,5 mg. Je kan hetzelfde schema herhalen (1 mg dosis colchicine, 1 uur later gevolgd door 0,5 mg) de tweede dag en de dagen erna, indien nodig. Een alternatief is het gebruik van niet-steroidale ontstekingsremmende middelen (vaak afgekort tot NSAID's) of corticosteroiden gedurende drie tot vijf dagen. Als je NSAID's neemt, kan het zijn dat je ook een protonpompremmer (PPI) moet nemen om je maag te beschermen. Als je corticosteroiden krijgt, kan dat zowel in pilvorm als via een injectie. Als je nierinsufficiëntie hebt, mag je geen colchicine en NSAID's nemen. Je mag ook geen colchicine nemen als je sterke P-glycoproteïne en/of soorten enzymremmers zoals cyclosporine of sommige antibiotica, met name macroliden zoals claritromycine neemt. Deze geneesmiddelen kunnen in wisselwerking staan met colchicine en gevaarlijke bijwerkingen veroorzaken.

- **Als je regelmatig opflakkingen hebt, maar niet in staat bent om colchicine te nemen, kan je mogelijk NSAID's, corticosteroiden of IL-1-blokkers nemen om**

opflakkingen te behandelen. De dosering van jouw urinezuurverlagende therapie moet indien nodig worden aangepast om je te helpen jouw doel te bereiken zodra de opflakking is opgelost.

IL-1-blokkers (canakinumab, anakinra) kunnen worden gebruikt als je niet in staat bent om NSAID's of steroïden te nemen voor de behandeling van opflakkingen. Je mag geen IL-1-blokkers nemen als je infecties hebt. Nadat je IL-1-blokkers voor een opflakking hebt genomen, is het belangrijk om jouw urinezuurverliesbehandeling aan te passen. Dit helpt je om toekomstige opflakkingen te vermijden. *(Noot voor België: Deze IL-1 blokkers zijn duur en in België momenteel niet terugbetaald)*

- **Je arts moet je uitleggen waarom je de eerste zes maanden van de start van de urinezuurverlagende therapie een extra behandeling moet ondergaan.**

Wanneer je voor het eerst met de urinezuurverlagende therapie begint, zullen de afzettingen van urinezuurkristallen die zich in jouw lichaam bevinden, beginnen op te lossen. Dit kan jou voor een tijdje meer risico op opflakkingen geven. Gedurende de eerste zes maanden van de urinezuur verlagende therapie moet je ook een extra behandeling met colchicine krijgen, 0,5-1 mg/dag (of NSAID's). Deze extra preventieve behandeling (ook wel profylaxe genoemd) is om de opflakkingen te stoppen en je te helpen het meeste uit jouw behandeling te halen. Als je een beperkte nierfunctie hebt of statines (cholesterolverlagers) inneemt, zal de dosis lager zijn en moet je uitkijken voor eventuele bijwerkingen. Terwijl je colchicine neemt, mag je geen sterke P-glycoproteïne en/of een soort enzymremmer genaamd CYP3A4-remmers nemen. Dit omvat cyclosporine en macrolide antibiotica, met name claritromycine. Deze geneesmiddelen kunnen in wisselwerking staan met colchicine en gevaarlijke bijwerkingen veroorzaken. Als je geen colchicine kunt nemen, dan kan je NSAID's in een lage dosis overwegen indien er geen contra-indicatie is. Jouw arts kan je dit volledig uitleggen.

- **De urinezuurverlagende therapie (ULT) moet worden gegeven aan iedereen met terugkerende opflakkingen, tophi (jichtknobbels), gewrichtspijn in verband met jicht of nierstenen. Dit moet worden besproken tijdens het eerste bezoek aan de kliniek met elke persoon die de diagnose jicht krijgt. Mensen met jicht moeten volledige informatie krijgen en volledig worden betrokken bij de besluitvorming over hun urinezuurverlagende therapie.**

Als je terugkerende opflakkingen, tophi, gewrichtspijn of nierstenen hebt, moet je urinezuurverlagende therapie krijgen. Jouw arts moet hierover met je praten zodra de diagnose jicht wordt gesteld. Sommige mensen moeten zo snel mogelijk beginnen met de urinezuurverlagende therapie. Dit omvat mensen onder de 40 jaar, mensen met een zeer hoog urinezuurgehalte (serumniveaus van urinezuur van meer dan 8,0 mg/dL of 480 mmol/L) of mensen die andere ziekten hebben zoals nierinsufficiëntie, hoge bloeddruk, ischemische hartziekte of hartfalen. Jouw arts moet je alle informatie geven die je nodig hebt om jouw medicijn te begrijpen en waarom je een urineverminderingstherapie nodig hebt.

- **Mensen die urinezuurverlagende therapie krijgen, moeten hun niveau van urinezuur in het serum laten dalen tot en houden beneden 6 mg/dL (360 mmol/L). Een lager doel (<5 mg/dL; 300 mmol/L) kan worden gesteld bij mensen met ernstige jicht totdat de kristallen zijn opgelost en de jicht onder controle is.**

Als je jicht hebt, zal je arts jouw urinezuur niveaus laten controleren. Probeer jouw serum urinezuurgehalte te verlagen tot minder dan 6 mg/dL (360 mmol/L). Een lager doelwit (onder 5 mg/dL of 300 mmol/L) kan worden gesteld als je ernstige jicht hebt met tophi, chronische artropathie of zeer frequente aanvallen. Op lange termijn mag jouw urinezuurgehalte niet lager zijn dan 3 mg/dL.

- **Uw urinezuurverlagende therapie moet worden gestart met een lage dosis en vervolgens geleidelijk worden verhoogd totdat je jouw doel bereikt.**

De urinezuurverlagende therapie moet beginnen met een lage dosis en geleidelijk worden verhoogd totdat je jouw doel bereikt. Als je jicht hebt, moet je jouw serum urinezuurgehalte onder 6 mg/dL (360 mmol/L) houden voor de rest van jouw leven.

- **Bij mensen met een normale nierfunctie is allopurinol de eerste keuze voor een urinezuurverlagende therapie. Jouw arts zal beginnen met een lage dosis en deze zo nodig elke 2 tot 4 weken verhogen tot het doel is bereikt. Als het doel niet kan worden bereikt met allopurinol, zal jouw arts omschakelen naar febuxostat of een uricosuric.**

Als je een normale nierfunctie hebt, moet allopurinol het eerste geneesmiddel zijn en worden gestart met een lage dosis (100 mg/dag). Dit kan elke 2 tot 4 weken met 100 mg worden verhoogd totdat je jouw doel betreffende serum urinezuur bereikt. Als je jouw doel niet kunt bereiken met allopurinol, of als je allopurinol om welke reden dan ook niet kunt innemen, dan kan je febuxostat of een uricosurisch medicijn zoals benzbromaron of probenecid proberen.

- **Bij mensen met nierinsufficiëntie moet de maximale dosis allopurinol worden aangepast. Als het doel niet kan worden bereikt bij deze dosis, moet worden overgeschakeld op febuxostat of benzbromaron.**

Als je een nierfunctiestoornis hebt, kunnen jouw nieren mogelijks allopurinol niet uitscheiden. Dit kan het risico op toxische bijwerkingen met zich meebrengen. De maximale dosis allopurinol die je kunt nemen is afhankelijk van de regels in jouw land. Als jouw doel van urinezuur verlaging niet kan worden bereikt bij de maximaal toegestane dosis, en als je een geschatte glomerulaire filtratiesnelheid van meer dan 30 mL/min hebt, moet je overschakelen op febuxostat of benzbromaron.

- **Als je bewezen jicht hebt met tophi (met bewijs van voorkomen van urinezuurkristallen) met ernstig verloop en een belangrijke vermindering van levenskwaliteit, en wanneer de jicht niet reageert op andere behandelingen, dan kan je pegloticase proberen.**

Mensen met zeer ernstige jicht die niet reageert op andere behandelingen kunnen pegloticase proberen. Als alle tophi verdwenen zijn, schakel dan terug naar een standaard urinezuurverlagende therapie.

- **Als je lus- of thiazide-diuretica krijgt, kan het diureticum worden vervangen door een ander medicijn.**

Als je een diureticum voor hypertensie (hoge bloeddruk) neemt, kan jouw arts je in plaats daarvan omschakelen naar losartan of calciumkanaalblockers.

SAMENVATTING

In het algemeen benadrukken de aanbevelingen het algemeen management voor mensen met jicht. Als je jicht hebt, geven deze aanbevelingen je enige aanwijzingen over wat je van jouw arts kan verwachten en welke behandelingen je kunt krijgen.

Als je vragen of zorgen hebt over jouw ziekte of medicatie, moet je contact opnemen met een gezondheidsprofessional die betrokken is bij jouw zorg.

Noot van ReumaNet: Deze informatie vervangt medisch advies niet. Raadpleeg jouw arts wanneer je een medisch probleem hebt.

Deze tekst bevat heel veel medische termen. Het is belangrijk om een goed zicht te behouden op je bloedwaardes. Overleg daarom goed met je arts en vraag om verduidelijking wanneer iets niet helder is.

Deze tekst werd nagelezen door Professor René Westhovens, reumatoloog, en patiënt experten Karen De Hertog en Wim Pauwelyn.

Bron: Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209707

Disclaimer: Dit is een samenvatting van een wetenschappelijk artikel geschreven door een medische professional. De samenvatting is geschreven om niet-medisch geschoolde lezers te helpen de algemene punten van het Oorspronkelijke Artikel te begrijpen. Het wordt geleverd "zoals het is" zonder enige garantie. je dient er rekening mee te houden dat het Oorspronkelijke Artikel (en de Samenvatting) mogelijk niet volledig relevant of accuraat is, aangezien de medische wetenschap voortdurend verandert en er fouten kunnen optreden. Het is daarom zeer belangrijk dat lezers niet vertrouwen op de inhoud van de Samenvatting en hun medische professionals raadplegen voor alle aspecten van hun gezondheidszorg en alleen op de Samenvatting vertrouwen als hun medische professional hen daartoe opdracht geeft. Bekijk onze volledige Website Voorwaarden.

Copyright © 2019 BMJ Publishing Group Ltd & European League Against Rheumatism. Medische professionals mogen kopieën afdrukken voor hun en hun patiënten en studenten voor niet-commercieel gebruik. Andere personen mogen een enkel exemplaar afdrukken voor persoonlijk, niet-commercieel gebruik. Voor ander gebruik kunt je contact opnemen met ons Rechten- en Licentieteam.