



**DOSSIER**  
*polymyalgia rheumatica*

# REUMATOLOGEN KUNNEN MEER VOOR MENSEN MET PMR DOEN

**De plannen van de Sint-Maartenskliniek in Nijmegen behelzen een ingrijpende wijziging van PMR-zorg: meer medicijnen en vaker behandelen in de tweede lijn, door de specialisten. “We gaan hierover natuurlijk in gesprek met de huisartsen, maar inhoudelijk is dit wat de zorg op termijn nodig heeft.”**

“De achtergrond van het nieuwe expertisecentrum polymyalgia rheumatica (PMR) is dat tegenwoordig op een andere manier naar de behandeling van deze ziekte wordt gekeken”, zegt David ten Cate, reumatoloog bij de Sint-Maartenskliniek. “Zo hebben we hier laten zien dat het direct toevoegen van methotrexaat (MTX) aan de behandeling een toegevoegde waarde kan hebben. Dit suggereert een window of opportunity, een concept dat we kennen uit de reumatoïde artritis-zorg: direct in het begin stevig behandelen. Ook bij PMR zie ik die beginfase als een goed moment om in te grijpen. Als je langer wacht, houden de klachten wellicht langer aan, en ten koste van meer medicatiegebruik.”

Tot nu toe is prednison hét middel bij de behandeling van PMR en voorlopig kunnen we niet zonder, zegt Ten Cate, maar het heeft ook nadelen. “Er zijn de bekende bijwerkingen zoals infecties en botontkalking. Daarnaast is prednison in zekere zin verslavend. Sommige mensen vinden het moeilijk om ermee te stoppen. Als zij hieraan beginnen, krijgen ze ontwenningssverschijnselen, die bovendien op PMR-klachten kunnen lijken, wat het afbouwen opnieuw moeilijker maakt. Afbouwen van prednison is een belangrijk doel, maar lukt niet altijd. Wellicht gaat het beter als je in het begin meer medicijnen geeft en de ziekte sterker onderdrukt.”

## **Subsidieaanvraag**

De Maartenskliniek heeft een subsidieaanvraag ingediend om te onderzoeken of je minder medicatie nodig hebt, als je in het begin direct stevig behandelt en de ziekte daarna rustig blijft. In deze studie willen de onderzoekers sommige patiënten zelfs drie middelen tegelijk geven. “We werken met

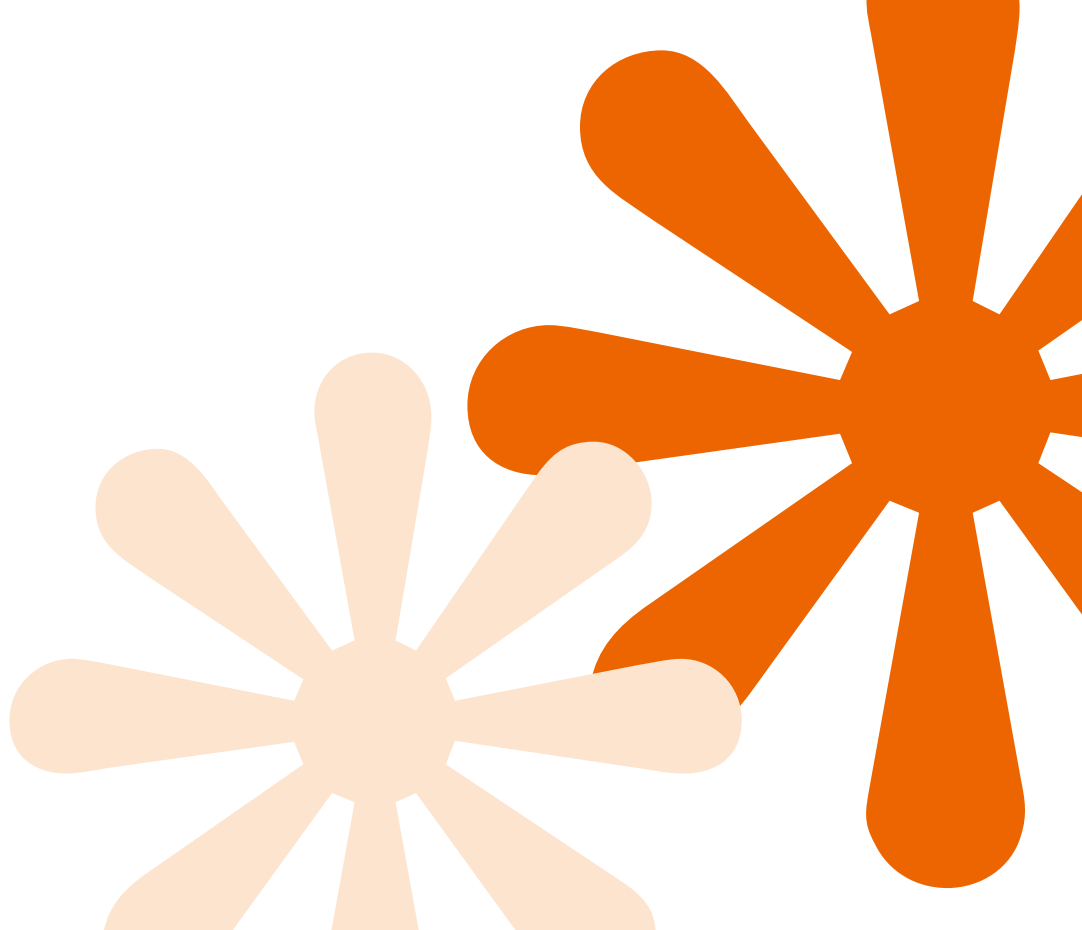
groepen van deelnemers. De eerste groep krijgt alleen prednison, zoals dat nu gebruikelijk is. De tweede groep krijgt daarnaast ook MTX. De derde groep krijgt daar nog een biological bij, bijvoorbeeld een IL6-remmer. Al deze middelen pakken het immuunsysteem weer op een andere manier aan, en we denken dat je op deze manier de ziekte het beste onderdrukt.”

## **Te duur?**

Biologicals zijn duurdere medicijnen. Wordt de zorg niet onbetaalbaar, als je deze toedient naast andere medicijnen? David ten Cate: “Een nadeel van ziek zijn is niet alleen dat je pijn hebt en andere klachten, maar ook dat je vaak niet kunt werken of anderszins geen bijdrage kunt leveren aan de maatschappij. PMR komt vooral voor bij ouderen, maar ook zij spelen vaak een actieve rol in de samenleving. Als we hun rol in de samenleving met extra medicijnen kunnen verbeteren, dan sparen we mogelijk maatschappelijke kosten uit. Het genoemde onderzoek zal dit moeten uitwijzen.” Als de subsidie wordt toegekend, wil de Maartenskliniek ook een ander punt onder de loep nemen dat bekend is uit de RA-zorg, de treat-to-targetstrategie. “Dit houdt dat je voor je behandeling een doel kiest om te bereiken, bijvoorbeeld een lagere ziekteactiviteit. Wanneer dit niet lijkt te lukken, intensiveer je de medicatie, bijvoorbeeld door een extra medicijn te geven. Ook in de behandeling van PMR kan deze werkwijze een toegevoegde waarde hebben.”

## **Huisartsen**

Om al deze veranderingen te realiseren, moet de PMR-zorg voor een deel naar de ziekenhuizen worden overgeheveld, zegt Ten Cate. “Nu zijn het vooral de huisartsen, de eerste



Reumatoloog en onderzoeker David ten Cate: "Ik vind het belangrijk te benoemen dat we dit in nauw overleg moeten doen met onze collega's uit de eerste lijn."

de ander langzamer. Waar zit dat in? Hoe kunnen we voorspellen wie op welke manier gaat reageren? Zijn er misschien meerdere vormen van PMR? Als reumatologen willen we dat graag onderzoeken. Gezien al deze ontwikkelingen denken we dat PMR-zorg vaker binnen de tweede lijn zou moeten plaatsvinden."

"Ik vind het belangrijk te benoemen dat we dit in nauw overleg moeten doen met onze collega's uit de eerste lijn. Want het is waarschijnlijk óók zo dat sommige PMR-patiënten prima door de huisarts kunnen worden behandeld of dat de behandeling kan beginnen in de tweede lijn en snel over kan naar de eerste lijn. Maar omdat we nog niet kunnen voorspellen wie dat zijn, en we de behandeling van PMR in zijn geheel op een hoger plan willen tillen, moeten we de behandelstrategie goed evalueren. En dat kan alleen in de tweede lijn. Hierover gaan we dus in gesprek met de huisartsen."

lijn, die mensen met PMR behandelen. Maar huisartsen hebben alleen de beschikking over prednison; MTX mogen ze niet voorschrijven en biologicals al helemaal niet." Er zitten meer voordelen aan een overheveling van de PMR-zorg naar de specialisten. "De verschijnselen van PMR zijn divers, plus: we constateren dat mensen met PMR heel verschillend reageren op de medicatie. De één herstelt snel,

JOS OVERBEEKE

