

**Wat is polymyalgia
rheumatica / arteritis
temporalis?**



dienst reumatologie

**Wat is polymyalgia
rheumatica / arteritis
temporalis?**

Inhoud

1	Polymyalgia rheumatica	4
	1.1 Voorkomen	4
	1.2 Oorzaak	4
	1.3 Diagnose.....	5
	1.4 Behandeling	5
2	Arteritis temporalis	7
3	Contact	8

1 Polymyalgia rheumatica

Polymyalgia rheumatica (PMR) is een ontstekingsziekte waarbij de spieren rond de nek, de schouders en/of de heupen stijf en pijnlijk zijn.

De klachten kunnen zich snel ontwikkelen, over een periode van een aantal dagen tot weken. De pijn en stijfheid zijn meestal 's nachts en in de vroege morgen het hevigst. Aantasting van de bovenste ledematen, met problemen om de armen op te heffen tot boven de schouders, komt veel voor.

1.1 Voorkomen

Deze ontstekingsziekte komt bijna uitsluitend voor bij mensen die ouder zijn dan 50 jaar. 60% van de patiënten zijn vrouwen. PMR is de meest frequente vorm van reuma boven de 50 jaar. PMR komt meer voor in Noord- en Midden-Europa en minder in zuidelijke landen.

1.2 Oorzaak

Hoe PMR ontstaat, is niet bekend. Omgevingsfactoren dragen bij tot het ontstaan van PMR. Er zijn geen aanwijzingen dat PMR erfelijk of besmettelijk is. PMR ontstaat vaak in het voor- of najaar. Dit kan erop wijzen dat een infectie de trigger kan zijn voor deze ziekte.

Zoals veel andere reumatische aandoeningen is PMR een auto-immune aandoening, waarbij uw eigen afweersysteem uw eigen lichaam aanvalt en zo zorgt voor ontsteking. Bij PMR zitten die ontstekingen typisch in de spieren van de schouder- en bekkengordel.

Heel uitzonderlijk zien we dat PMR een uiting is van een onderliggende aandoening. Daarom wordt meestal bij de diagnose ook een longfoto (RX thorax) en echo van het abdomen uitgevoerd.

1.3 Diagnose

Om de diagnose te kunnen stellen, stelt uw arts eerst een aantal vragen om zo uw klachten in beeld te brengen. Daarna volgt een klinisch onderzoek. De diagnose van PMR is voornamelijk gebaseerd op het lichamelijk onderzoek. Vaak is de schouder- en heupfunctie sterk beperkt en vermelden patiënten veel functiebeperking in de ochtend (bijvoorbeeld tijdens het aankleden).

Bij PMR zijn de ontstekingswaarden in het bloed meestal abnormaal hoog. Concreet zijn dit de bezinkingsnelheid (sedimentatiesnelheid) van de rode bloedcellen en het CRP.

1.4 Behandeling

Als u PMR hebt, krijgt u een langdurige behandeling corticosteroiden voorgeschreven, meestal in de vorm van tabletten of capsules. Hiermee gaan de klachten meestal snel over. Wanneer de klachten onder de juiste dosis steroïden niet verdwijnen binnen de één à twee weken, moet de diagnose van PMR in vraag gesteld worden en brengt u best uw arts hiervan op de hoogte.

Corticosteroiden zijn krachtige geneesmiddelen die het afweersysteem en dus ook de ontsteking gaan onderdrukken. Ze hebben jammer genoeg ook bijwerkingen die we zo goed mogelijk opvolgen en proberen voorkomen.

De meest frequente bijwerkingen zijn:

- Verhoogd risico op **infecties** door onderdrukking van het afweersysteem. Dit risico is afhankelijk van de dosis cortisone die u neemt.
- Cortisone verhoogt ook de **eetlust**, waardoor u een gewichtstoename kan hebben bij de behandeling. Belangrijk is om uw gebruikelijk eetpatroon te behouden en bij verhoogde eetlust voornamelijk gezond te eten. Vermijd ook voedingswaren waar veel suiker in zit want cortisone kan ook het suikergehalte in het bloed verhogen.

- ⤵ **Vocht ophouden:** zo nodig kan u steunkousen dragen hiervoor of voldoende bewegen kan ook helpen.
- ⤵ **Milde maaglast**, waarvoor we maagbescherming bijgeven.
- ⤵ Bij langdurig gebruik is er risico op **botontkalking**, waarvoor we meestal bij start van de medicatie een botmeting of botdensitometrie doen. Calcium- en Vitamine D-supplementen starten we sowieso zolang u cortisone neemt. Afhankelijk van het resultaat van de botmeting kan er nog extra medicatie opgestart worden.
- ⤵ Bij lang gebruik van cortisone kan er ook een **verhoogde oogdruk** of **cataract** optreden. Daarom raden we aan om minstens jaarlijks een controle bij de oogarts te doen.
- ⤵ Bij start van cortisone kan u een **opgejaagd gevoel** hebben, soms ook beven of slapeloosheid. Dit verdwijnt meestal na enkele dagen en is ook afhankelijk van de dosis.
- ⤵ **Droge ogen/mond en ook droge huid.** Daarnaast zien we bij lang gebruik dat de huid dunner wordt en er sneller hematomen (blauwe plekken) optreden en mogelijks ook het haar wat dunner wordt. Het is belangrijk om de huid goed te hydrateren.

De totale behandeling is meestal één tot twee jaar. We doen dan regelmatig bloedcontroles, met aandacht voor de ontstekingswaarden in uw bloed en volgen we uw suikerwaarden op.

80% van de patiënten zijn na een jaar behandeling met corticoïden klachtenvrij. Als deze afbouw niet naar wens verloopt, wordt een anti-reumatisch middel of DMARD (Disease Modifying Anti-Reumatic Drug) opgestart. Deze behandeling wordt meestal langdurig toegediend.

Bloeddrukcontroles zijn ook aangewezen.

Voldoende lichaamsbeweging helpt om de spieren te versterken, het gewicht onder controle te houden en ook om botontkalking te voorkomen. Fietsen, wandelen of zwemmen wordt zeker aangeraden.

Het is belangrijk dat u uw behandeling met de medicatie niet zelf stopt. Cortisone moet geleidelijk aan worden afgebouwd.

Als u vragen of bedenkingen hebt bij de behandeling, is het van belang om dit met uw behandelende arts te overleggen.

2 Arteritis temporalis

Soms gebeurt het dat er naast klachten in het gebied van de heupen en schouders ook hoofdpijn of verlies van zicht aanwezig is, dan kan het zijn dat u arteritis temporalis hebt. Dat is een ontsteking van een bloedvat (vasculitis) ter hoogte van de slapen. Meestal is alleen het bloedvat aan één kant van het hoofd ontstoken, maar u kan ook een ontsteking aan beide kanten hebben. Dat is een belangrijke reden om onmiddellijk een arts te contacteren.

Ook als er plots gezichtsverlies optreedt, moet u onmiddellijk een arts raadplegen. Als de diagnose van arteritis temporalis wordt gesteld, is een hogere dosis van corticosteroïden nodig en dat meestal gedurende een langere periode in vergelijking met PMR.

Indien de afbouw van corticoïden niet lukt, wordt in eerste instantie gestart met DMARD (Ledertrexate). Indien ook deze therapie ontoereikend is, kan in tweede instantie en mits voldaan is aan zeer specifieke criteria worden gestart met een biological (Roactemra).

3 Contact

Mocht u bij het lezen van deze brochure of na de eerste consultatie nog vragen hebben, dan kan u steeds terecht bij uw behandelend reumatoloog of bij de reumaverpleegkundige.

Dr. B. Maeyaert

Dr. M. Devinck

Dr. Z. Planková

Secretariaat reumatologie T 050 36 50 30

Gerda Vandevoorde, reumaverpleegkundige

T 050 36 50 47

algemeen ziekenhuis **sint-lucas** vzw
sint-lucaslaan 29, 8310 brugge > T 050 36 91 11
ondernemingsnummer 408.116.216
RPR Gent, Afdeling Brugge
info@stlucas.be > www.stlucas.be

