



STANDPUNTEN

STANDPUNT CQ BEHANDELADVIES VOOR HET TOEPASSEN VAN TNF-BLOKKADE IN DE BEHANDELING VAN ARTRITIS PSORIATICA

Herziening oktober 2004

De door de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie gepubliceerde richtlijnen en standpunten zijn met name bedoeld ter ondersteuning van de dagelijkse praktijk van reumatologen. Richtlijnen en standpunten hebben een functie bij het transparant maken van de zorg en het komen tot uniformiteit in diagnostiek en behandeling.

Op basis van goed hulpverlenerschap kan onder bepaalde omstandigheden van de richtlijnen en standpunten worden afgeweken. De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie adviseert een ieder om per patiënt of situatie schriftelijk en met opgave van reden vast te leggen waarom er wordt afgeweken van een richtlijn of standpunt.

De inhoud van de richtlijnen en de standpunten kan wijzigen in de loop van de tijd.

De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie wijst er op dat aan de inhoud van deze uitgave geen rechten of plichten kunnen worden ontleend. Richtlijnen en standpunten zijn geen wettelijke voorschriften.

Samenstelling: Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
Uitgever: DCHG, Haarlem

© Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, Utrecht, 2004

Alle rechten voorbehouden.

De tekst van dit standpunt mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Toestemming voor gebruik van dit standpunt kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie aanvragen. De toestemming is niet vereist voor gewone leden van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Dit zijn artsen, die door de medisch specialisten registratie commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in het specialistenregister zijn ingeschreven als reumatoloog danwel als zodanig registreerbaar zijn en die als gewoon lid zijn toegelaten door de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie.

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
Postbus 20071, 3502 LB Utrecht
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Telefoon (030) 28 23 818
Fax (030) 28 88 545
E-mail secrnvr@worldonline.nl

STANDPUNT CQ BEHANDELADVIES VOOR HET TOEPASSEN VAN TNF-BLOKKADE IN DE BEHANDELING VAN ARTRITIS PSORIATICA

Algemene inleiding

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie heeft aan enkele hoogleraren reumatologie gevraagd om haar te adviseren over het innemen van een standpunt ten aanzien van het toepassen van TNF-blokade in de behandeling van artritis psoriatica. Doorgaans wordt een dergelijk advies besproken door het bestuur en – al dan niet na herziening – vastgesteld door het bestuur als zijnde het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie.

Ten aanzien van het conceptstandpunt aangaande het toepassen van TNF-blokade in de behandeling van artritis psoriatica, is ook de mening van de andere reumatologen gevraagd. Daartoe heeft het conceptstandpunt drie maanden op de website van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (www.nvr.nl) gestaan, zodat er commentaar gegeven kon worden op het concept.

Het standpunt is op 6 februari 2004 vastgesteld door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Het standpunt is aangepast op 15 oktober 2004.

Het standpunt is opgesteld door: prof. dr. J.W.J. Bijlsma, prof. dr. Sj. van der Linden, prof. dr. F.C. Breedveld, prof. dr. B.A.C. Dijkmans en prof. dr. P.L.C.M. van Riel.

Inleiding op het standpunt

Een groot deel van de patiënten met artritis psoriatica (PsA) heeft een persisterende artritis waarbij toenemend gewrichtsschade en functieverlies optreedt met als gevolg een aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven. Tot juli 2003 is etanercept het enige geneesmiddel dat is geregistreerd voor de behandeling van PsA. In de dagelijkse praktijk worden geregeld NSAID's en DMARD's voorgeschreven. Bij de keuze voor een medicamenteuze therapie bij PsA moet rekening worden gehouden met de activiteit van de gewrichtsontsteking, de progressie van gewrichtsdestructie en de effecten daarvan op de kwaliteit van leven. Daarnaast moet de effectiviteit en schadelijkheid van de verschillende medicamenteuze therapieën worden beoordeeld.

De reactie van de patiënt op een gekozen medicamenteuze therapie moet worden gedocumenteerd met kwantitatieve uitkomstmaten. TNF-blokkerende therapie moet worden voorgeschreven onder de supervisie van artsen die ervaren zijn in de diagnostiek en behandeling van PsA en het gebruik van immunomodulerende medicijnen. Ook dient er ervaring te zijn in het vervolgen van ziekte-activiteit en het beoordelen van therapie-effectiviteit in de loop van de tijd. Patiënten of hun vertegenwoordigers moeten adequaat voorgelicht zijn over de voor- en nadelen van TNF-blokkerende therapie.

Indicatie

Etanercept is geregistreerd voor de behandeling van PsA indien de respons op methotrexaat (MTX) behandeling ontoereikend is gebleken.

Het effect van MTX op patiënten met PsA is bestudeerd in 2 placebo-gecontroleerde studies (1,2) en in 2 ongecontroleerde studies (3,4). Diverse auteurs in handboeken voor reumatologie adviseren het gebruik van MTX als eerste keuze in de behandeling van PsA.

Etanercept werd onderzocht in fase 2 en 3 studies (5). De meerderheid van de onderzochte patiënten was tevoren reeds met MTX behandeld. De effectiviteit van etanercept was significant beter dan van placebo voor alle primaire uitkomstparameters en de verdraagbaarheid was goed.

Etanercept was niet verschillend qua effectiviteit tussen de patiënten die wel of niet gelijktijdig of eerder MTX gebruikten.

Sedert september 2004 is ook infliximab, in combinatie met methotrexaat, geregistreerd voor de behandeling van patiënten met actieve en progressieve artritis psoriatica, die onvoldoende reageren op therapie met tenminste 1 ziektebeïnvloedend geneesmiddel. De geadviseerde dosering is 5 mg/kg lichaamsgewicht, op week 0, 2, 6 en daarna iedere 8 weken. De erkenning, per oktober ook in de gehele Europese Unie, op basis van een positief advies van de EMEA, is gebaseerd op de IMPACT (Infliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial) onderzoeken, waarin niet specifiek de rol van MTX werd geëvalueerd. De resultaten van deze onderzoeken werden gepresenteerd op het Amerikaanse ACR congres (Orlando 03) en het Europese reumatologie congres (Berlijn 04) (6,7).



Toepassing

Voor de toepassing van TNF-alpha-blokkerende geneesmiddelen bij PsA werden criteria geformuleerd afzonderlijk voor oligo-artculaire ziekte, polyarticulaire ziekte en de begeleidende psoriasis bij PsA. Daarnaast werden ook respons-criteria opgesteld.

Oligoarticulaire vorm van PsA

- Onvoldoende response op MTX (minstens 25 mg / week), danwel intolerantie of contra-indicatie voor MTX.
- Een globaal oordeel van de arts en de patiënt over de ziekteactiviteit van minstens 4 (op een VAS schaal van 0-10).
- Persisterende artritis ondanks lokale (intra-artculaire) therapie.

Als respons criterium voor voortzetting van de therapie werd geformuleerd:

- sterke verbetering van de artritis in minstens 1 aangedaan gewricht na 3 maanden.

Polyarticulaire vorm van PsA

- Onvoldoende response op MTX (minstens 25 mg / week), danwel intolerantie of contra-indicatie voor MTX.
- Een globaal oordeel van de arts en de patiënt over de ziekteactiviteit van minstens 4 (op een VAS schaal van 0-10).
- Minstens 5 gevoelige en minstens 5 gezwollen gewrichten.

Als respons criterium voor voortzetting van de therapie werd geformuleerd:

- sterke verbetering van de artritis in minstens 20% van het aantal aangedane gewrichten na 3 maanden.

Begeleidende psoriasis bij PsA

Bij de diagnose artritis psoriatica kan ook de ernst van de psoriasis naar oordeel van de dermatoloog (afhankelijk van lokalisatie en / of uitgebreidheid) een behandelingsindicatie zijn. Als voorwaarde hiervoor geldt:

- onvoldoende response op, intolerantie of contra-indicatie voor systemische therapie, waaronder MTX (minstens 25 mg / week).

Als respons criterium voor voortzetting van de therapie werd geformuleerd:

- sterke afname in ziekteactiviteit van de huid na 6 maanden.

Waarschuwing en aanvullende opmerkingen

Zie de richtlijn 'Het toepassen van TNF-blokkade in de behandeling van reumatoïde artritis'.

Literatuur

1. Black, RL, O'Brien WM, Van Scott EJ, et al. Methotrexate therapy in psoriatic arthritis. JAMA 1964;189:743-7.
2. Wilkens RJ, Williams HJ, Ward JR, et al. Randomised, double-blind placebo-controlled trial of low dose pulse methotrexate in psoriatic arthritis. Arthritis Rheum 1984;27:376-81.
3. Zachariae H, Zachariae E. Methotrexate treatment of psoriatic arthritis. Acta Derm Venerol 1987;67: 270-3.
4. Espinoza LR, Zakraoui L, Espinoza CG, et al. Psoriatic arthritis: clinical response and side effects to methotrexate therapy. J Rheumatol 1992;19:872-7.
5. Mease PJ, Goffe BS, Metz J, VanderStoep A, Finck B, Burge DJ. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. Lancet 2000;356:385-90.
6. Antoni C, Kavanaugh A, Kirkham B, Burmester G, Manger B, Schneider U. The one year results of the Infliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial (IMPACT). Arthritis Rheum 2003;48, supplement, 604.
7. Kavanaugh A, Krueger GG, DeVlam K, Birbara C, Beutler A, Guzzo C et al. Infliximab improves arthritis and psoriatic arthritis: 24 week results of the impact 2 trial. Ann Rheum Dis 2004;63;supplement OP0182.