

HET BELGIAN CAP48 RA COHORT: HET BELANG VAN VROEGE REMISSIE

Stéphanie Dierckx¹, Emilie Sapart², Tatiana Sokolova², Olivier Malaise³, Aleksandra Avramovska², Paschalis Sidiras⁴, Sandra Kleimberg⁴, Laurent Meric de Bellefon⁵, Clio Ribbens³, Silvana Di Romana⁵, Valérie Badot⁶, Bernard Lauwerys², Patrick Durez²

1. Reumatologie, CHU Mont-Godinne, UCL

2. Reumatologie, Clin. Univ. St-Luc, UCL; Instituut voor Experimenteel en Klinisch Onderzoek

3. Reumatologie, CHU de Liège, ULg

4. Reumatologie, Erasmusziekenhuis, ULB

5. Reumatologie, UMC Sint-Pieter, Brussel

6. Inwendige geneeskunde, UVC Brugmann, Brussel

Vroege diagnose en gepaste behandeling van beginnende artritis, waaronder reumatoïde artritis, zijn uiterst belangrijk voor de behandeling. De initiële respons heeft immers nog lang invloed op de klinische, functionele en radiologische prognose. Het is van essentieel belang om de evolutie van deze chronische inflammatoire aandoening zo vlug mogelijk onder controle te krijgen en een overmatige immuunrespons te vermijden. Bedoeling is om zo snel mogelijk remissie te verkrijgen, kwestie van onherstelbare structurele schade te voorkomen. Die betekent voor de patiënten immers een progressieve en definitieve handicap. De behandeling van beginnende artritis blijft een uitdaging, ook nu er al heel wat vooruitgang werd geboekt en er nieuwe behandelingen, waaronder biologische middelen, beschikbaar zijn. De Belgische observationele cohortstudie CAP48 ging zes jaar geleden van start. Hierin volgen onderzoekers 533 patiënten jonger dan 50 jaar met een algemeen onderzoek en met een regelmatige en gestandaardiseerde follow-up. De studie levert belangrijke informatie op over elke nieuwe patiënt met beginnende artritis. Uit de analyseresultaten van deze cohortstudie blijkt dat vroege remissie garant staat voor remissie op lange termijn, dankzij een nauwkeurige follow-up en een benadering waarmee de behandelingen sneller en nauwkeuriger kunnen worden bijgesteld en de compliance wordt verbeterd. Door identificatie van markers voor vroege diagnose en klinische prognose – op basis van de analyse van de moleculaire signaturen die worden aangetroffen in het synoviale weefsel van de artritispatiënten en/of dankzij het gebruik van medische beeldvorming – kunnen we voor elke patiënt het progressierisico van de ziekte voorspellen en indien nodig gerichtere, geïndividualiseerdere behandelingen starten bij deze patiënten.

INLEIDING

Reumatische aandoeningen zijn een van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit in ons land. We maken een onderscheid tussen degeneratief, mechanisch reuma en inflammatoir reuma. Die wordt gekenmerkt door artritis die de perifere gewrichten en de wervelkolom kan aantasten. Tot de inflammatoire reumatische aandoeningen behoren ook de metabole ziekten met depots, waarvan jicht

de frequentste is. Bij de aandoeningen die worden gekenmerkt door perifere artritis, onderscheiden we reumatoïde artritis (RA), seronegatieve spondyloarthropathieën – met psoriatische artritis – en systemische inflammatoire reumatische aandoeningen waaronder lupus en sclerodermie. RA is de chronische, inflammatoire reumatische aandoening die het vaakst voorkomt. De prevalentie wereldwijd bedraagt 5 op de 1.000 volwassenen. Bij vrouwen komt de aandoening twee tot drie keer vaker voor dan bij mannen.

Ze treft vooral de gewrichten, maar kan ook andere manifestaties veroorzaken ter hoogte van onder meer de longen of de ogen. Ook het cardiovasculaire risico of reumatoïde noduli kunnen toenemen. Omdat de gewrichten worden aangetast, is RA een belangrijke oorzaak van progressieve handicap in België. De socio-economische impact is groot vanwege de verminderde arbeidsgeschiktheid en een beperktere deelname aan het sociale leven.

Om onomkeerbare gewrichtsschade te voorkomen, zijn een vroege diagnose en een snelle start van de behandeling van kapitaal belang (1). In de literatuur (2) spreken de auteurs van een ‘opportuiniteitsvenster’ (*window of opportunity*): de periode waarbinnen we de behandeling moeten starten om de patiënt op lange termijn een behoorlijke levenskwaliteit te garanderen. Bij de behandeling van beginnende RA is het de bedoeling om remissie te induceren of, als dat niet mogelijk is, een lage ziekteactiviteit.

DIAGNOSE

Het klinisch beeld wordt doorgaans gedomineerd door pijn en recente bilaterale en symmetrische opzwellen van de gewrichten (vooral van de handen en voeten) die wordt geassocieerd met ochtendstijfheid.

De diagnose is in de eerste plaats van klinische aard: de gewrichten worden zorgvuldig onderzocht op tekenen van synovitis en perifere tenosynovitis. Ook het systemisch onderzoek is belangrijk. Artritis kan immers gepaard gaan met manifestaties buiten de gewrichten en op die manier kunnen we de differentiaaldiagnose stellen.

RA is een auto-immuunziekte waarbij vaak twee autoantilichamen worden geproduceerd: de reumafactor (RF) en de antilichamen tegen gecitrullineerde proteïnen (ACPA). De biologische analyse kan ook wijzen op een verhoging van het CRP (C-reactief proteïne).

De radiologische uitwerking omvat beeldvorming van vooral de handen en voeten, maar ook van andere pijnlijke gewrichten of voorkeurplaatsen zoals de sacro-iliacale gewrichten om spondyloarthropathie te kunnen uitsluiten.

Dit basisbilan, dat bij beginnende RA vaak negatief is, kunnen we aanvullen met een echografie van de gewrichten om al vroeg synovitis, tenosynovitis en erosie te kunnen opsporen of met een MRI-onderzoek dat botoedeem (potentiële ontwikkelingszone van erosie) aan het licht kan brengen. Deze onderzoeken bieden meer gevoeligheid om beginnende artritis op te sporen, maar bij de interpretatie is voorzichtigheid geboden. Synovitis kan *a minima* immers worden beïnvloed door mechanische en metabole factoren en door de leeftijd (3).

De diagnose steunt op al deze klinische en paraklinische elementen die sinds 2010 grotendeels zijn opgenomen in de internationale classificatiecriteria voor RA, de criteria van het ACR (*American College of Rheumatology*)/de EULAR (*European League Against Rheumatism*) (4).

EVALUATIE VAN BEGINNENDE ARTRITIS

Bij de opvolging van RA-patiënten is de evaluatie van de ziekteactiviteit belangrijk. Er bestaat immers een bijna lineair verband tussen deze ziekteactiviteit en de progressie van de gewrichtsschade.

Eenmaal de diagnose van RA is bevestigd, moeten we de pijnlijke en gezwollen gewrichten eerst opsporen door de verschillende gewrichtssites te onderzoeken. De patiënt wordt ook gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Op een analoge schaal van 0 tot 10 beoordeelt hij de activiteitsgraad van de ziekte, de pijn en de vermoeidheid. Daarnaast beantwoordt hij vragen over de problemen bij het uitvoeren van de dagelijkse bezigheden (*Health Assessment Questionnaire*).

Op basis van het aantal pijnlijke en gezwollen gewrichten, de ziekteactiviteit zoals beschreven door de patiënt en de ontstekingsgraad (CRP of sedimentatiesnelheid) kunnen we een gemengde score van de ziekteactiviteit of DAS-score berekenen (*Disease Activity Score*). De meest gebruikte is de DAS28-CRP. Deze score, die in heel wat klinische studies is gevalideerd, bepaalt de activiteitsgraad (hoog, matig, licht of remissie) en geeft een nauwkeuriger beeld van de therapeutische respons. Omdat hij ook rekening houdt met subjectieve parameters zoals het tellen van de pijnlijke gewrichten en de evaluatie van de ziekte door de patiënt, is deze score echter niet erg nauwkeurig. Voor de evaluatie van de ziekteactiviteit werden nog andere scores ontwikkeld zoals de SDAI (*Simplified Disease Activity Index*) en de CDAI (*Clinical Disease Activity Index*). Die laatste is makkelijk te realiseren want de pijnlijke en gezwollen gewrichten, de ziekteactiviteit zoals geëvalueerd door de arts en de activiteit zoals geëvalueerd door de patiënt worden eenvoudig bij elkaar opgeteld. De SDAI houdt behalve met de voormelde elementen ook rekening met het CRP en is dus de compleetste score.

De diagnose en follow-up worden ook in belangrijke mate gebaseerd op de medische beeldvorming bij aanvang. In de eerste vijf jaar nemen we jaarlijks een echografie van de handen en voeten om progressie van de structurele schade te kunnen uitsluiten (5).

Ook radiografie van de thorax (vooral bij rokers die vaker lijden aan RA), botdensitometrie, evaluatie van de fysieke capaciteit en een functionele uitwerking staan op het programma.

De histologische analyse van synovitis ten slotte kan interessant zijn om de immunopathologie van artritis beter te karakteriseren. Tijdens de consultatie kunnen we een synoviale biopsie afnemen met mini-invasieve technieken voor een miniartroscopie van de knie of met een techniek die een tiental jaar geleden werd ontwikkeld: echogeleide synoviale biopsie. Het feit dat deze biopsieën kunnen worden genomen van alle gewrichten, ook van de kleinste zoals de handen, is een onmiskenbaar voordeel bij het onderzoek van beginnende inflammatoire reumatische aandoeningen. De informatie uit de analyse van het synoviale weefsel van artropatiënten kan de diagnose en de therapeutische beslissingen aanzienlijk versnellen. We baseren ons immers op de analyse van de moleculaire signaturen. We kunnen op die manier markers identificeren van een vroege diagnose en van de prognose en therapeutische respons.

Daarom worden synoviale biopsieën voorgesteld aan patiënten met beginnende inflammatoire reumatische aandoeningen die zijn opgenomen in het interuniversitair onderzoeksproject CAP48, dat vooral is bedoeld om een vroege remissie te induceren.

BEHANDELING

Bij de behandeling pakken we vooral de ontsteking aan. Door die snel te verminderen, voorkomen we onomkeerbare gewrichtsschade en verbeteren we het lichamelijke functioneren van de patiënt op lange termijn. Volgens de recente literatuur (6-8) kunnen we met een vroege en intensievere behandeling de evolutie van de RA beïnvloeden. De eerste geneesmiddelen tijdens de diagnose- en evaluatiefasen worden gegeven om de symptomen te behandelen, bijvoorbeeld niet-steroidale anti-inflammatoire middelen (NSAID's).

Eenmaal de diagnose is gesteld, starten we een basisbehandeling met csDMARD's (*conventional synthetic Disease-Modifying Antirheumatic Drug*), bij voorkeur methotrexaat (MTX). De initiële dosis daarvan bedraagt 15mg per week. De volgende dag geven we 5mg foliumzuur. De dosis kan worden verhoogd tot 20mg/week. In het begin van de behandeling kunnen we MTX combineren met laaggedoseerde glucocorticoiden (prednisolon < 10mg per dag). Binnen 6 maanden moeten de glucocorticoiden echter worden afgebouwd en vervolgens stopgezet (9).

Als MTX niet helpt, kunnen we het combineren met of vervangen door andere basisbehandelingen zoals sulfasalazine, hydroxychloroquine of leflunomide.

Bij een hoge ziekteactiviteit ondanks het gebruik van csDMARD's, beveelt de EULAR aan dat patiënten met slechte prognostische factoren (vooral positieve RF of ACPA en radiologische letsels) gebaat zijn met een biologische

behandeling met bDMARD's (*biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drug*) of met een JAK-kinaseremmer (10).

Als de hoge ziekteactiviteit aanhoudt en er geen factoren voor een slechte prognose aanwezig zijn, kunnen we een ander csDMARD voorstellen.

Er bestaan vandaag vier types bDMARD's met elk een verschillend werkingsmechanisme:

- middelen die TNF blokkeren (infliximab, adalimumab, certolizumab, etanercept en golimumab);
- middelen die de costimulatie met de T-lymfocyt blokkeren (abatacept);
- middelen die de IL6-receptor blokkeren (tocilizumab, sarilumab);
- middelen die de B-lymfocyten remmen (rituximab).

Sinds kort beschikken we in België voor sommige van deze middelen over biosimilaire geneesmiddelen die een hoge similariteit vertonen met de al goedgekeurde biologische behandelingen. De laatste nieuwkomers op de markt zijn de JAK-kinaseremmers. In België hebben we de keuze tussen twee middelen, tofacitinib en baricitinib, die allebei worden toegediend langs orale weg.

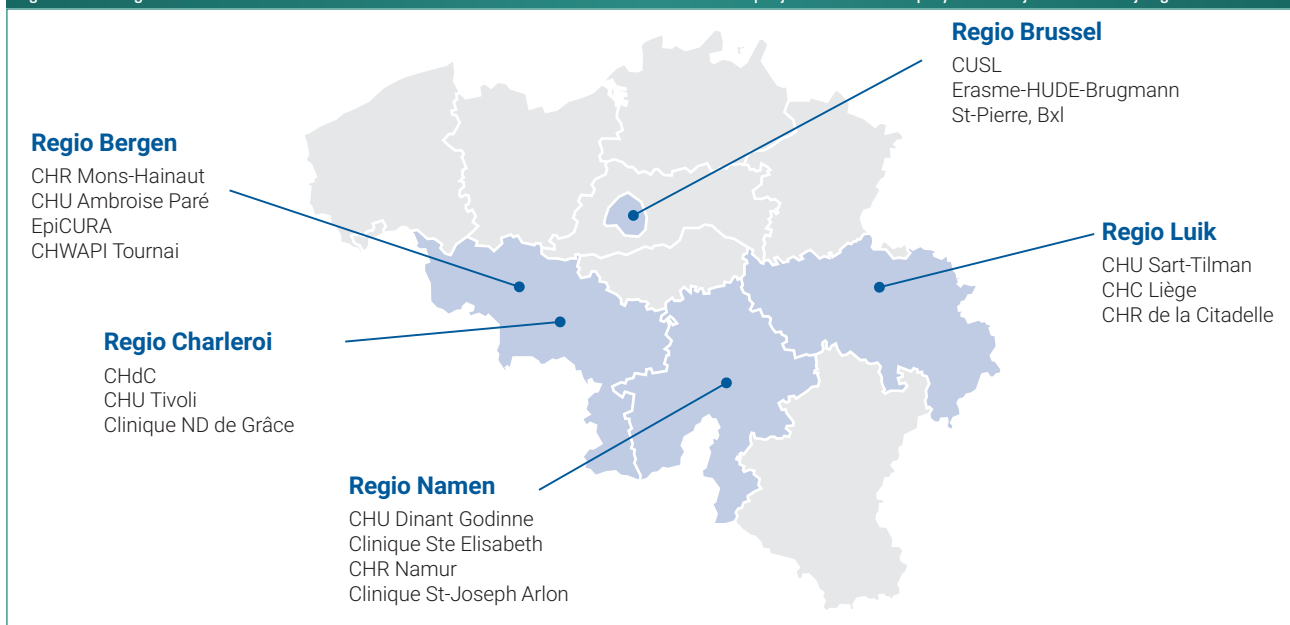
Alvorens een biologische behandeling te starten, wordt aanbevolen om een radiografie te nemen van de thorax en om een intradermoreactie versus Quantiferontest uit te voeren om tuberculose te kunnen uitsluiten, en om de serologie van hepatitis B en C te meten.

Vroegtijdige toediening van deze middelen aan patiënten met ernstige beginnende RA bleek vooral heilzaam te zijn om gewrichtsschade te voorkomen. Nadat onderzoekers deze evolutie over meerdere jaren volgden, bleek dat deze biotherapieën het verloop van de ziekte kunnen veranderen of zelfs de structurele progressie kunnen stoppen. De toegang tot deze biotherapieën is echter onderworpen aan terugbetalingscriteria. In ons land gaat het om actieve en evolutieve RA ondanks het gebruik van twee csDMARD's waaronder MTX.

Deze biotherapieën zijn des te efficiënter als ze worden gecombineerd met MTX. Bij therapeutisch falen met een bDMARD (gecombineerd met MTX), kan de arts een ander bDMARD of een JAK-kinaseremmer overwegen. Aan een patiënt in remissie die al langer dan zes maanden een biologische behandeling volgt, kunnen we een dosisverlaging voorstellen na vermindering of stopzetting van de glucocorticoiden (11).

Al deze verschillende middelen hebben de prognose van RA aanzienlijk verbeterd. Ongeveer de helft van de patiënten is in remissie of heeft een lage ziekteactiviteit zodat ze kunnen werken en een normaal sociaal leven kunnen leiden (12).

Figuur 1: Cartografie van de ziekenhuiscentra die deelnemen aan het medisch onderzoeksproject CAP48 over polyartritis bij kinderen en jongvolwassenen.



MEDISCH ONDERZOEKSPROJECT CAP48

Het medisch onderzoeksproject wordt voorgesteld dankzij de medewerking van de RTBF en CAP48, met de steun van de farmaceutische bedrijven. Er nemen 24 Belgische ziekenhuiscentra deel aan deze observationele multicentrische studie (**Figuur 1**) die is gebaseerd op de standaardzorg.

Het eerste doel bestaat erin om een progressief aantal nieuwe jonge patiënten (≤ 50 jaar, nieuwe diagnose van RA, juveniele idiopathische artritis, lupus erythematosus disseminatus of systemische sclerodermie) in de studie op te nemen (**Tabel 1**). Het streefdoel is 25% nieuwe gevallen, met gedurende de 5 à 10 jaar van het project een stijging van 20% per jaar. De vier cohortstudies worden gedurende

5 jaar met regelmatige tussentijden klinisch gestandaardiseerd opgevolgd. Specifieke doelstellingen moeten helpen om het aantal patiënten te analyseren die minstens hun ziekte goed onder controle hebben en bij voorkeur klinische remissie hebben bereikt volgens de internationale criteria voor therapeutische respons. Vóór de start van een basisbehandeling en tijdens de hele duur van de follow-up worden regelmatig routinebloed- en weefselstalen verzameld en geanalyseerd om de prognosemarkers te identificeren.

DOELSTELLINGEN

Het project omvat drie luiken.

Klinisch onderzoek

Vanwege de soms zeer willekeurige behandeling en een soms gereserveerde prognose bij bepaalde patiënten,

Tabel 1: Inclusiecriteria.

Cohortstudie	Leeftijd van de patiënten bij de inclusie	Diagnose stellen	Duur van de ziekte en behandeling bij de inclusie
Reumatoïde artritis	≤ 50 jaar	Criteria ACR/EULAR 2010 voor beginnende reumatoïde artritis	Naïef voor DMARD's of behandeld sinds ≤ 1 maand, uitgezonderd HCQ en laaggedoseerde GC ($\leq 7,5$ mg prednisolon/dag)
Seronegatieve polyartritis	≤ 50 jaar	- Seronegatieve artritis - Psoriatisch - Ongedifferentieerd UITSLUITEN van: - Infectieuze artritis - Metabole artritis - Degeneratieve artritis	Naïef voor DMARD's of behandeld sinds ≤ 1 maand, uitgezonderd HCQ en laaggedoseerde GC ($\leq 7,5$ mg prednisolon/dag)
Lupus erythematosus disseminatus	≤ 50 jaar	Criteria ACR 1997 voor lupus erythematosus disseminatus	Naïef voor de behandeling met immunosuppressiva, uitgezonderd HCQ en laaggedoseerde GC ($\leq 7,5$ mg prednisolon/dag)
Systemische sclerodermie	≤ 50 jaar	Diffuse systemische sclerodermie Criteria ACR/EULAR 2013	Naïef voor de behandeling met immunosuppressiva, uitgezonderd HCQ en laaggedoseerde GC ($\leq 7,5$ mg prednisolon/dag)
Juveniele idiopathische artritis	≤ 16 jaar	ACR-criteria voor juveniele idiopathische artritis – ILAR-classificatie	Naïef voor de behandeling met methotrexaat
	≤ 18 jaar		Al behandeld en ongeacht het ogenblik van de diagnose

GC: glucocorticoïden; HCQ: hydroxychloroquine

streeft het project naar een aangepaste multidisciplinaire behandeling van bij de diagnose, naar een significante therapeutische respons en ten slotte naar langdurige remissie indien mogelijk. De onderzoekers willen de zorg standaardiseren en de behandeling verbeteren, maar ook de klinische respons en de levenskwaliteit van de patiënten optimaliseren. De voordelen van de behandelingen worden wetenschappelijk geëvalueerd met moderne middelen om de klinische respons te meten, met paraklinische onderzoeken zoals radiografie en echografie en met behulp van schalen om de levenskwaliteit te meten. Bij kinderen wordt bijzondere aandacht besteed aan de pluridisciplinaire behandeling en aan de groei- ontwikkelingsstoornissen. De overgang van de adolescentie naar de volwassen leeftijd wordt ook onderzocht om een optimale zorg te kunnen voortzetten.

Fundamenteel onderzoek

In dit luik wordt de identificatie van vroege diagnose- en klinische prognosemarkers voortgezet via bloedstalen en synoviale biopsieën. Bedoeling is om meer inzicht te krijgen in de immuunmechanismen van deze aandoeningen. Genetische en moleculaire analyses worden voorgesteld aan welbepaalde patiënten die strikt en specifiek klinisch worden opgevolgd. Dankzij de follow-up van dit cohort kunnen verbanden worden bepaald op lange termijn en krijgen we een beter begrip van de prognosefactoren om de therapeutische beslissingen te individualiseren.

Bijkomende studies van de 'levenskwaliteit'

Een eerste studie besteedt aandacht aan de aspecten en risico's tijdens de zwangerschap, vooral bij patiënten met lupus erythematosus disseminatus.

De tweede studie tracht meer inzicht te verwerven in de handicap en de financiële last voor de patiënten met juveniele idiopathische artritis. De bedoeling is ook om school- en pedagogische achterstand als gevolg van de ziekte te proberen te vermijden. Het project 'Juveniele artritis op school', dat leerkrachten en leerlingen wil informeren over en wil bewustmaken van de problemen van de jonge patiënten, wordt uitgewerkt in samenwerking met de patiëntenvereniging CLAIR (*Confédération pour la Lutte contre les Affections Inflammatoires Rhumatismales*).

RESULTATEN

Vandaag krijgen 533 jongeren een algemeen onderzoek en een regelmatige en gestandaardiseerde follow-up. Deze aanpak helpt om de behandelingen sneller en nauwkeuriger bij te stellen en om de therapietrouw te verbeteren en dus hogere en stabiele remissiecijfers te verkrijgen op langere termijn. Een van de grootste uitdagingen in de reumatologie is het vroegtijdig opsporen van de aandoening aan de hand van een differentiaaldiagnose en om elke patiënt

de best geschikte behandeling voor te stellen. Incisiebehandeling van beginnende RA is van wezenlijk belang aangezien de initiële respons bepaalt hoe de ziekte zal evolueren op lange termijn. Het ultieme doel is om remissie op lange termijn te verkrijgen bij een groot aantal patiënten.

Aan de hand van de gegevens van 207 patiënten met beginnende RA uit de CAP48-cohortstudie, die worden opgevolgd in de 16 ziekenhuiscentra, wordt nagegaan hoe een vroege therapeutische respons het ziekteverloop kan beïnvloeden op lange termijn:

- 162 vrouwen, 45 mannen;
- gemiddelde leeftijd: 36,0 jaar;
- 27,8% met erosie op het moment van de diagnose;
- 62,3% met positieve anti-CCP;
- 59,9% met positieve RF;
- gemiddelde HAQ-score: 1,9;
- gemiddelde DAS28-CRP-score: 4,54;
- gemiddelde SDAI: 24,9;
- gemiddelde CDAI: 23,4.

Een groep van 106 patiënten werd 36 maanden lang opgevolgd. Daarvan hebben 63 patiënten (59,4%) na 3 jaar remissie bereikt.

In het begin van de ziekte waren de basisparameters in de beide groepen gelijkaardig (groep van patiënten in 'langdurige remissie' – $n = 63$ – vs. patiënten die geen 'langdurige remissie' hebben bereikt na 3 jaar – $n = 43$):

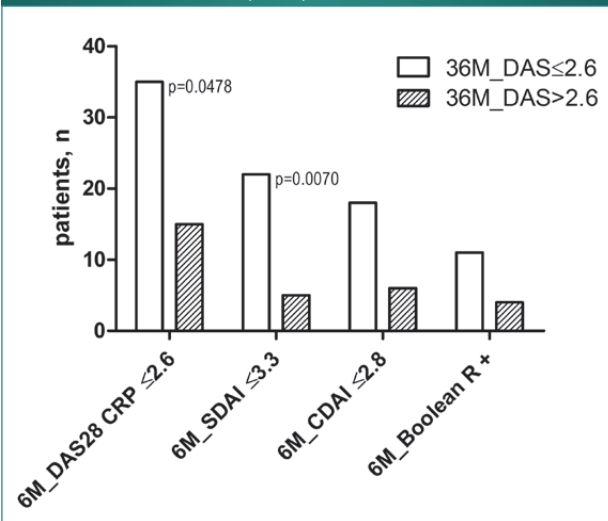
- leeftijd (34,3 vs. 33,8 jaar);
- geslacht (vrouwen 76,2% vs. 72,1%);
- roker (24,1% vs. 34,2%);
- aanwezigheid van anti-CCP (positieve anti-CCP: 66,7% vs. 62,8%);
- DAS28-CRP-score (gemiddeld: 4,4 vs. 4,7);
- HAQ-score (gemiddeld: 1,0 vs. 1,2);
- aanwezigheid van erosie (21,7% vs. 39,5%).

Bij vergelijking van de gegevens over het ziekteverloop na 6 maanden behandeling en 3 jaar follow-up, zien we dat er een sterk verband bestaat tussen vroegtijdige remissie (na 6 maanden) en remissie op lange termijn (na 3 jaar) (**Figuur 2**).

Van de gemengde remissiecriteria zijn de DAS28-CRP-score en de SDAI na 6 maanden de beste aanwijzingen om remissie te voorspellen op 36 maanden, met statistisch verschillende gemiddelden voor de DAS28-CRP, SDAI en CDAI na 36 maanden ($p < 0,01$, t-test) tussen de beide groepen.

Ook de termijn vóór de diagnose en de start van de behandeling is een belangrijke parameter die het ziekteverloop bepaalt. Deze termijn is in de groep 'langdurige remissie' statistisch korter dan in de groep 'geen langdurige remissie'.

Figuur 2: Verband tussen vroegtijdige remissie na 6 maanden en remissie op lange termijn na 3 jaar op basis van de gemengde remissiecriteria: DAS28-CRP, SDAI, CDAI en ACR/EULAR Boolean.



(gemiddeld 1,4 maanden vs. 3,4 maanden, respectievelijk; $p = 0,042$). Een vroege diagnose is dus van kapitaal belang voor de behandeling van beginnende RA.

Bovendien werd bij 41,5% van de patiënten van de groep ‘remissie op lange termijn’ volledige remissie waargenomen (DAS28-CRP < 2,6; HAQ < 0,5; geen radiografische progressie van de gewrichtsschade). De meeste patiënten werden behandeld met MTX.

Vroege diagnose en gepaste behandeling zijn twee belangrijke elementen om de evolutie van deze chronische inflammatoire aandoening zo vlug mogelijk onder controle te krijgen en een overmatige immuunrespons te vermijden. Bedoeling is om remissie te verkrijgen na 6 maanden, kwestie van onherstelbare structurele schade te voorkomen die voor de patiënten een progressieve en definitieve handicap betekent.

Dankzij de nauwkeurige follow-up van patiënten voor wie de behandeling werd aangepast aan de ziekteactiviteit en/of op basis van specifieke markers, kan in veruit de meeste gevallen langdurige remissie worden geobjectiveerd (**Figuur 3**).

CONCLUSIE

De behandeling van beginnende artritis blijft een uitdaging, ook nu er al heel wat vooruitgang werd geboekt in dit domein en er nieuwe behandelingen, waaronder biologische middelen, beschikbaar zijn. De CAP48- levert belangrijke informatie op over elke nieuwe patiënt met beginnende artritis. Die informatie kunnen we vergelijken met die van patiëntencohorten met beginnende artritis die niet RA-gerelateerd zijn (lupus, sclerodermie, psoriatische artritis, juveniele artritis) en verschaft ons meer inzicht in de immuunmechanismen van deze aandoeningen. Ze zet ons ook op weg naar een beter begrip van de mechanismen die zijn betrokken bij juveniele idiopathische artritis, zoals de specifieke aanwezigheid van autoantilichamen die bij het ontstaan van artritis nog onzeker is. De regelmatige en gestandaardiseerde klinische follow-up van artritispatiënten van in het begin van de ziekte helpt om verbanden te bepalen op lange termijn en om de prognosefactoren beter te identificeren om de therapeutische beslissingen te individualiseren. Zoals we zagen, is vroege behandeling van essentieel belang aangezien ze de klinische, functionele en radiologische prognose beïnvloedt op lange termijn.

Door op basis van bloedstalen en synoviale biopsieën de vroege diagnostische en klinische prognosemarkers te identificeren, kunnen we voor elke patiënt het progressierisico van de ziekte voorspellen en de noodzaak van een incisievere behandelingen te starten bij patiënten met beginnende artritis (gepersonaliseerde geneeskunde).

Referenties op www.ortho-rheumato.be

Figuur 3: Globale en pluridisciplinaire behandeling van chronische inflammatoire autoimmuunziekten.

