

Verslag scholing CTD – ILD: 1 team, 1 taak

10 maart 2022 – InnStyle Maarssen

Moderatoren: Jeannette Bikker (V&VN Reuma) en Nelleke Tak (V&VN ILD)



CTD-ILD: ANATOMIE EN FYSIOLOGIE IN VOGELVLUCHT

Bij ILD is het interstitium door inflammatie of fibrosering aangedaan waardoor het steeds moeilijker wordt om zuurstof op te nemen. Inflammatie kan in het hele lichaam voorkomen, waaronder in de long en in gewrichten. Dit verklaart de verbinding tussen systeemziekten en longbetrokkenheid. Fibrosering is een reactie op schade of ontsteking in het lichaam, waarbij het soms zijn doel voorbij schiet en chronisch en onomkeerbaar wordt. Patiënten met een 'connective tissue disease' CTD hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van ILD. Hoewel de exacte pathofysiologie onbekend is, wordt er verondersteld dat antistoffen die in de long worden gevormd ook in de gewrichten voor ontstekingen kunnen zorgen. Bij CTD zijn er verschillende lichaamseigen stoffen waartegen antistoffen worden gemaakt. Zo zijn er bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) zowel in de long als in het bloed antistoffen tegen gecitrullineerde eiwitten (anti-CCP) te vinden.

SYSTEMISCHE AUTO-IMMUUNZIEKTEN: REUMATOLOGISCH PERSPECTIEF INCL. CTD-ILD

Een reumatoloog is bij uitstek een specialist in patroonherkenning om tot de meest waarschijnlijke diagnose te komen. De uitingen van systeemziekten zijn zeer divers. Afhankelijk van het type auto-immuunziekte kan vrijwel elk orgaan zijn aangedaan. De eerste uitingen betreffen meestal de huid, slijmvliezen en gewrichten. Orgaanbetrokkenheid zoals ILD treedt meestal pas later op. Systemische auto-immuunziekten zijn bijna altijd chronisch met een grillig verloop en abnormale moeheid komt veel voor. De kans op vroegtijdig overlijden is groot als gevolg van de ziekte zelf of door de bijwerkingen van behandeling. Naast deze klinische kenmerken, kan nagelriemcapillaroscopie snel informatie geven over het risico op (of de aanwezigheid van) een systeemziekte. De aanwezigheid van auto-antilichamen kan de diagnose versterken, maar is echter géén bewijs voor de diagnose. Behandeling van CTD(-ILD) moet holistisch zijn. Goede voorlichting aan patiënten is van levensbelang. Hiervoor is een belangrijke rol weggelegd voor de verpleegkundige. Om cumulatieve schade zoveel mogelijk te voorkomen is vroegtijdige behandeling essentieel. Er zijn diverse (nieuwe) medicamenteuze behandelopties. CTD-ILD in combinatie met pulmonale hypertensie heeft een slechte prognose. Deze patiënten dienen zo vroeg mogelijk doorverwezen te worden naar een expertisecentrum. Diagnostiek en behandeling van CTD-ILD is maatwerk en vereist een multidisciplinaire expertise. Goede communicatie tussen onder andere reuma- en longverpleegkundigen is hierbij van groot belang.

CTD-ILD: DE RADIOLOOG AAN ZET

Enkele relevante HRCT-patronen bij ILD zijn reticulaties, tractie-bronchiëctasieën, honeycombing, matglasafwijkingen, consolidaties, noduli en cysten. Door middel van de Raghu-criteria worden HRCT-patronen door radiologen geclassificeerd in vier groepen: Usual Interstitial Pneumonia (UIP), 'probable UIP', 'indeterminate for UIP' of alternatieve diagnoses. De longen kunnen een eerste manifestatie zijn van CTD. Voor CTD-ILD zijn er twee alternatieve diagnoses relevant: Niet-specifieke interstitiële pneumonitis (NSIP) en organiserende pneumonie (OP). ILD geassocieerd met systemische sclerose heeft vaak een NSIP-patroon. Dermatomyositis/Polymyositis heeft een combinatie van OP en NSIP. ILD geassocieerd met reumatoïde artritis, daarentegen, laat vaak een UIP-patroon zien.

BELANG VAN AANVULLEND ONDERZOEK BIJ CTD-ILD

Anamnese en lichamelijk onderzoek is zeer belangrijk voor het diagnosticeren van ILD, met name auscultatie; ILD kan vrij goed aangetoond worden met fysisch diagnostisch onderzoek. Om tot een diagnose en beleidsplan te komen, is een MDO nodig waarin informatie vanuit diverse specialismen samenkomt. Longfunctiemetingen zijn onmisbaar voor de diagnostiek en het beloop/prognose van (CTD-)ILD. Met name de geforceerde vitale capaciteit (FVC) en CO-diffusiemeting (DL_{CO}) zijn relevant. Voor de longarts en longverpleegkundige in het MDO is het belangrijk om te bekijken of de meting representatief is en rekening te houden met fluctuaties over de dag. Longfunctiemetingen correleren met HRCT. Ook zijn het surrogaat-markers voor overleving. Een kleine verandering in FVC kan al een verschil geven in klachten, terwijl dit binnen de meetvariatie kan vallen (MCID). Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het zo vroeg mogelijk ontdekken van symptomen die kunnen wijzen op reuma of longbetrokkenheid. Navraag van klachten bij de patiënt en goede communicatie met de arts is essentieel voor vroegtijdige diagnose. Tegenwoordig is home monitoring een goede manier om achteruitgang in longfunctie vroegtijdig op te merken en om patiënten bij hun ziekte te betrekken. Ook hierbij speelt de verpleegkundige een belangrijke rol.

MOGELIJKE COMPLICATIES BIJ BEHANDELING VAN PF-ILD

Bij het starten van immuunsuppressiva of disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) dient rekening gehouden te worden met vaccinaties en infectievoorgeschiedenis. Patiënten met een auto-immuunziekte hebben namelijk een verhoogd risico op infecties (bijv. pneumokok). Ook is er een verhoogd risico op infecties en een gecompliceerd beloop bij DMARD-gebruik. Op deze [RIVM-website](https://lci.rivm.nl/richtlijnen/vaccinatie-bij-chronisch-inflammatoire-aandoeningen) (<https://lci.rivm.nl/richtlijnen/vaccinatie-bij-chronisch-inflammatoire-aandoeningen>) staat een overzicht met betrekking tot vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen. Ondanks een verminderde vaccinatierespons bij gebruik van DMARDs, kan vaccinatie nog steeds effectief zijn en kan re-vaccinatie het risico op

infecties en/of een ernstig beloop verminderen. Bij geïnactiveerde vaccins is het wenselijk om ze ten minste twee weken vóór start met DMARDs toe te dienen. Het toedienen van levende en verzwakte vaccins is wel gecontra-indiceerd ten tijde van DMARD-gebruik en wordt dan ook minimaal vier weken vóór start met DMARDs geadviseerd. Wat betreft Covid-vaccinatie in relatie tot medicatiegebruik is er geen restrictie qua timing. De algemene aanbeveling is om vaccinatie niet uit te stellen. Veelvoorkomende bijwerkingen en complicaties bij DMARDs zijn beenmergdepressie, leverchemiestoornis en interstitiële pneumonitis.

Verslaglegging door: Gabry Mies, PhD en Carmen Paus, MSc | Medical writers BKC Media