

OUDER WORDEN MET IBD (INFLAMMATOIRE DARMZIEKTE)

Voordracht gehouden door Dr. F. BAERT naar aanleiding van de Nationale Ontmoetingsdag van de Crohn- en Colitisvereniging te Scherpenheuvel op 9 november 2008

1. Voorkomen.

Hoewel de ziekte Crohn en colitis ulcerosa bekend staan als ziekten van jongeren, kunnen deze toch op alle leeftijden ontstaan en dus ook op iets oudere leeftijd. De gemiddelde leeftijd waarop de ziekte ontstaat is tussen de 20 en de 40 jaar. Toch wordt de diagnose in 15 % van de gevallen pas gesteld op de leeftijd van 60 jaar of ouder. Oorzaken hiervoor zijn niet onmiddellijk duidelijk maar kunnen van velerlei aard zijn. Daar waar bekend is dat roken nadelig is voor het ontwikkelen van de ziekte van Crohn kan rookstop daarentegen aanleiding geven tot het ontwikkelen van colitis ulcerosa. Patiënten die op volwassen leeftijd stoppen met roken kunnen op latere leeftijd colitis ulcerosa krijgen in vergelijking met diegene die nooit hebben gerookt. Ontstekingsremmers, zogenaamde niet steroïdale anti-inflammatoire middelen (NSAID's), die meer gebruikt worden bij volwassenen en oudere mensen kunnen eveneens een rol spelen in het ontwikkelen of ontdekken van de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa.

Een studie uitgevoerd in de provincie Luik enkele jaren geleden detecteerde bijvoorbeeld 270 nieuwe IBD patiënten over een periode van 3 jaar waarvan 210 jonger dan 60 jaar en toch 60 boven de 60 jaar. Wanneer we kijken naar de patiënten ouder dan 60 jaar zien we dat de helft van hen colitis ulcerosa patiënten zijn en slechts 1/3 patiënten met de ziekte van Crohn. Een kleiner percentage betreft een niet nader te classificeren colitis. Wanneer de ziekte jonger optreedt zijn deze verhoudingen omgekeerd.

2. Is de ziekte van Crohn verschillend wanneer deze optreedt bij "ouderen"?

Of de ziekte nu ontstaat op jongere of oudere leeftijd maakt weinig verschil op het gebied van klachten en verloop van de ziekte. Oudere patiënten met de ziekte van Crohn vertonen wel iets vaker een ontsteking van de dikke darm. Terwijl bij jongere patiënten vaker ook een ontsteking van de dunne darm gezien wordt. De diagnose wordt vaak sneller gesteld op oudere leeftijd, wellicht omdat bij oudere mensen sneller een darmonderzoek gepland wordt dan bij jongere mensen. Oudere patiënten blijken iets minder pijn, diarree en gewrichtsklachten te hebben dan jongere patiënten. Wanneer de diagnose gesteld wordt op oudere leeftijd, beslist men over het algemeen sneller tot een ingreep, deze ingreep is vaak succesvoller en met minder kans op herval na de operatie. Wanneer toch een herval optreedt, gebeurt dit bij oudere patiënten vroegtijdiger dan bij jongere patiënten. Bij jonge IBD patiënten vindt men vaak in hun naaste omgeving ook familieleden met deze ziekte, bij ouderen komt dit minder vaak voor.. De ziekte lijkt dus iets minder erfelijk wanneer ze optreedt op oudere leeftijd dan op jongere.

3. Uitdovende ziekte?

In tegenstelling tot wat algemeen bekend lijkt zijn er heel weinig gegevens over het verloop van de ziekte in het algemeen. Hoewel Crohn en colitis ulcerosa spontaan de neiging hebben om over het verloop van jaren minder actief te worden en uit te doven, is dit zeer sterk individueel verschillend. Sommige patiënten zullen slechts enkele maanden of een paar jaar ziekteverschijnselen hebben terwijl bij anderen de ziekte vele tientallen jaren actief kan zijn en last veroorzaken. Bovendien is het niet zo eenvoudig om de ernst van de ziekte te meten en dit in een getal of een bepaalde categorie uit te drukken. Toch is er een algemene tendens voor de ziekte om geleidelijk minder actief te worden, zodat meestal bij het ouder worden de klachten wat afnemen en ook de medicatie kan worden afgebouwd. Bij oudere mensen wordt vaak ook minder sterke medicatie gebruikt dan bij jongere patiënten. Indien de ziekte toch actief blijft, zal omwille bij een oudere persoon dikwijls sneller beslist worden tot heekunde. Een studie die onrechtstreeks de weerslag van de ziekte gemeten heeft, keek naar de uitkeringen die uitbetaald werden voor Crohn en colitis ulcerosa in het kader van ziekte-invaliditeit. Werkongeschiktheid komt vooral voor bij jongere patiënten met de ziekte van Crohn voor en neemt geleidelijk af met het ouder worden, wat onrechtstreeks een teken is dat de ziekte minder actief wordt of toch minder leidt tot arbeidsongeschiktheid op oudere leeftijd, daar waar voor andere chronische ziektes zeker het omgekeerde het geval is.. Bij colitis ulcerosa is dit verloop van werkongeschiktheid bij ziekte minder duidelijk en ziet men een duidelijke tweede piek rond de periode van 60 jaar.

Bij het ouder worden krijgen een aantal patiënten toch last van andere symptomen dan de symptomen die ze reeds jarenlang ervaren hebben.. De patiënten klagen dan niet meer zozeer van diarree, bloedverlies, slijmen, koorts en algemene ziekte-tekens doch hebben veeleer klachten over een veranderd of zeer wisselend stoelgangspatroon, opgeblazen gevoel en winderigheid. Deze verandering kan verklaard worden in het feit dat in een genezingsfase er vaak een overgang kan optreden naar meer prikkelbare dikke darmsymptomen. Een uitdovende ziekte zal meestal leiden tot het afbouwen van medicatie. Een uitzondering hierop kan zijn dat er gekozen wordt voor het behouden van de 5 ASA preparaten (bv Pentasa, Colitofalk, Claversal) bij colitis ulcerosa ter preventie van darmkanker. Vele mensen dienen ook te worden aangemoedigd om hun dieet, dat voorheen streng was tijdens een periode van een actieve ziekte, weer uit te breiden. Bij het ouder worden kan het ook zijn dat bijkomende gezondheidsproblemen (bloeddruk, suiker, cholesterol,...) ontstaan en meer aandacht vergen dan de chronische darmziekte. Ook bij het ontstaan van ongewone nieuwe klachten moet er opgelet worden niet onmiddellijk aan de inflammatoire darmziekte te denken, maar eerder aan eventuele nieuwe ontstane ziektes.

4. Specifieke topics

Tot slot enkele specifieke topics die van belang zijn bij patiënten met een chronische inflammatoire darmziekte tijdens het ouder worden.

A. Kankerrisico.

Uiteraard zal er bij het ouder worden meer aan kanker gedacht worden. Oudere mensen, zo blijkt uit studies, zullen zich in het algemeen ook meer zorgen maken over ondermeer kanker en het ontwikkelen van andere verwikkelingen.

Bij het ouder worden is er natuurlijk een groter risico op het optreden van kanker in het algemeen. Vaak staat dit echter niet duidelijk in verband met de ziekte. Rookstop en gezonde

voeding zijn beide zeer belangrijke maatregelen in het voorkomen van kanker. Bij bepaalde erfelijkheidsrisico's kan een specifieke aanpak noodzakelijk zijn. Preventieve gynaecologische onderzoeken (onderzoek van de borsten al of niet aangevuld met een mammografie) en uitstrijkjes van de baarmoederhals zijn zinvol. Bij mannen wordt een preventief prostaatonderzoek aangeraden vanaf de leeftijd van 50 jaar. Dit kan gebeuren door middel van een eenvoudige bloedname en een onderzoek van de prostaat.

Wat darmkanker betreft is een preventief darmonderzoek zeker nuttig op de leeftijd van 50 jaar of eventueel vroeger wanneer de patiënt erfelijk belast is. Een dikke darmonderzoek waarbij geen afwijkingen gevonden worden, verkleint aanzienlijk de kans op het ontwikkelen van dikke darmkanker in de loop van de volgende 10 jaar.

Kanker onderzoeken bij IBD patiënten zijn vaak niet meer nodig dan bij andere mensen en dus zoals hierboven geschetst. Bij patiënten met de ziekte van Crohn komt kanker uiterst zelden voor te komen. Statistisch is er wel een verhoogd risico op dundarmkanker, doch aangezien dundarmkanker zo zeldzaam is, is het absolute risico (de echte kans dat patiënt een kanker ontwikkelt) miniem. Studies hebben wel uitgewezen dat er verschillen bestaan tussen individuele patiënten. Patiënten die geopereerd werden voor een ziekte van Crohn en patiënten die onder een onderhoudsbehandeling staan met een 5-ASA blijken duidelijk minder risico te hebben op het ontstaan van darmkanker.

Voor patiënten met colitis ulcerosa liggen de zaken anders. Vele colitis ulcerosa hebben enkel een beperkte ziekte van de onderste centimeters van de dikke darm. Deze mensen hebben evenmin een verhoogd risico. Doch patiënten met een jarenlange colitis ulcerosa die uitgestrekt is over de volledige dikke darm (of minstens de ganse linker zijde van de dikke darm), hebben een verhoogd risico op dikke darmkanker. Studies hebben aangetoond dat wanneer de ziekte 8 en zeker 10 jaar bestaat bij deze mensen er best tweejaarlijks een preventief dikke darmonderzoek gebeurt. Het is belangrijk dat alle patiënten zich van dit risico bewust zijn en niet enkel de patiënten die nog klachten hebben van de ziekte. Een langdurig bestaande ziekte bij patiënten met colitis ulcerosa die in het verleden een (zware) ontsteking hebben gehad van de ganse dikke darm, in het kader van colitis ulcerosa (en zeer zeldzaam ook bij patiënten met een zeer ernstige volledige ontsteking van de dikke darm in het kader van de ziekte van Crohn), blijft aanleiding geven tot een verhoogd risico op dikke darmkanker ook wanneer de ziekte rustig wordt.

Gelukkig zijn er recent nieuwe technieken ontwikkeld waarmee men de dikke darm nog nauwkeuriger preventief kan onderzoeken dan in het verleden. In het verleden werden met een verhoogd risico voorgesteld om een colonoscopie (endoscopisch onderzoek van de dikke darm) te ondergaan. Hierbij werden lukraak over de ganse dikke darm vele biopsies (stukjes van het slijmvlies) genomen om tijdig eventuele veranderingen in de richting van kwaadaardigheid te ontdekken. Nu zijn er 2 nieuwe technieken ontwikkeld die meer gericht eventuele verdachte haarden vroegtijdig helpen opsporen. De eerste techniek betreft de zogenaamde chromo-endoscopie. Hierbij wordt het klassiek onderzoek van de dikke darm aangevuld met een kleuring van het slijmvlies van de darm door middel van het inspuiten van een kleurstof (bv. methyleenblauw) op het slijmvlies van de darm en dit daarna af te spoelen. Eventuele verdachte haarden worden hiermee duidelijker zichtbaar. Dit laat toe om de biopsies gericht te nemen en zo met meer kans eventuele beginnende ontaarding te ontdekken.

Een tweede techniek maakt gebruik van een speciale filtering van het licht in de lichtbron welke eveneens meer gericht verdachte haarden kan opsporen. Vele centra hebben in deze

nieuwe technieken geïnvesteerd door de aankoop van duurdere toestellen ten bate van de patiënten.

B. Botontkalking.

Met het ouder worden treedt er geleidelijk een verzwakking op van de beenderen. Dit heet men botontkalking of osteoporose. Bij sommigen mensen is dit sterker en vroeger aanwezig dan bij anderen. Botontkalking kan optreden in de wervelzuil alsook in de beenderen van armen en benen. Klassiek gekende verwikkelingen van botontkalking zijn, al of niet spontaan optredende, breuken van de wervelzuil (inzakken van de wervels) en pols- of heupfracturen terug spontaan of na een kleine val of trauma. Bij het ouder worden treedt er een geleidelijke daling van de botsterkte op, bij vrouwen na de menopauze gebeurt dit nog sneller. Ondermeer door het optreden van spontane inzakkingen of breuken in de wervelzuil gaan volwassenen geleidelijk een beetje krimpen.

De sterkte van het bot kan vrij eenvoudig en op een niet gevaarlijke manier worden gemeten door middel van een zogenaamde botdensitometrie. Een dergelijk onderzoek kan in elk ziekenhuis en vaak ook bij een privaat radioloog gebeuren. Het onderzoek meet de sterkte van het bot meestal op 2 plaatsen bv. ter hoogte van de heup en ter hoogte van de wervelzuil. Een score (de zogenaamde T-score) duidt aan of het bot een normale sterkte (densiteit) of een verlaagde botsterkte (osteopenie of verlaagd botmineraal gehalte) heeft. Wanneer er sprake is van ernstige botontkalking spreken we van osteoporose. Patiënten met een bewezen osteoporose hebben een duidelijk verhoogd risico op breuken en verwikkelingen.

Onderzoek heeft aangetoond dat er een verhoogde kans is op botontkalking bij patiënten met inflammatoire darmziekten. Dit is vooral het geval bij de ziekte van Crohn en veel minder bij colitis ulcerosa. Botontkalking komt gemiddeld in iets ergere mate voor bij de ziekte van Crohn. Dit risico kan te maken hebben met het gebruik van cortisone. Vooral klassieke cortisone (bv. Medrol) geeft aanleiding tot botontkalking bij veel patiënten doch ook de ziekte zelf kan aanleiding geven tot botontkalking. Gelukkig kan wanneer de ziekteactiviteit afneemt terug spontaan herstellen. Specifiek onderzoek heeft aangetoond dat het botonderzoek niet altijd voorspellend is voor het risico op breuken en dat een klassieke radiografie (foto) van de wervelzuil eveneens van belang kan zijn in het opsporen van het risico op breuken. Wanneer er botontkalking wordt aangetoond kan er best zo vroeg mogelijk een behandeling worden ingesteld om verder botverlies te beperken. Tegenwoordig bestaan hiervoor doeltreffende middelen.

C. Vit.12 tekort.

Belangrijk is ook nog dat (Crohn)patiënten bij wie een belangrijk stuk van het laatste deel van de dunne darm weggenomen werd een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een vit. B12 tekort. Vitamine B12 wordt immers vooral opgenomen in het bloed in dit laatste deel van de dunne darm. Wanneer operatief meer dan een halve meter dunne darm weggenomen wordt, is er dan ook een duidelijk verhoogd risico op vitamine B12 tekort. Een vitamine B12 tekort geeft vaak aanleiding tot mysterieuze of vage klachten zoals daar zijn vermoeidheid, bloedarmoede en zenuwverlamming. Aangezien dit vaak moeilijk te ontdekken is, is het aan te raden dat patiënten die hiertoe een risico vormen levenslang vitamine B12 toegediend krijgen en dit ook wanneer de ziekte minder actief is geworden. Toediening van vitamine B12 gebeurt meestal onder de vorm van injecties om zo opnameproblemen vanuit een verkorte darm te voorkomen.

Tot slot wil ik de vereniging bedanken en gelukwensen voor de jaren inzet voor de patiënten.

Dr. Filip BAERT.
H.-Hartziekenhuis.
Roeselare – Menen.