

A large blue circle containing the title text.

Osteoporose en botbreuken

A small blue circle containing the slogan text.

samen
staan we
sterk

Inhoud

Inhoud	2
Inleiding	3
Over de ziekte	4
Wat is osteoporose?	4
Hoe ontstaat osteoporose?	5
Functie van onze botten in het lichaam	6
Hoe ontstaat een botfractuur?	7
Hoe verloopt osteoporose?	7
Wat merk je van osteoporose?	8
Fractuurpreventie: een vijfstappenplan	9
Leeftijdsgebonden risico op botbreuken	9
Belang van vermijden/voorkomen van vallen	9
Het vijfstappenplan bij fractuurpreventie	12
Over de diagnose	16
Hoe wordt de diagnose gesteld?	16
Over de behandeling	17
Belang van tijdige en goede behandeling	17
Wie is er bij de behandeling betrokken?	17
Medicijnen bij osteoporose	19
Praktisch bij medicijngebruik	21
Dagelijks leven met osteoporose	22
Omgaan met pijn	22
Werk	22
Seksualiteit	23
Hulp en aanpassingen	24
Meer informatie	25
Hulpverlening	25
Organisaties	25
Relevante adressen en websites	26
Dank!	26
Help mee!	27
Woordenlijst	28



Inleiding

Een van de gevolgen van het ouder worden is dat botten hun stevigheid verliezen. Dit is een natuurlijk proces dat bij iedereen gebeurt. Bij sommige mensen worden de botten erg broos (poreus). Dan is er sprake van osteoporose. Wanneer je osteoporose hebt, heb je een grotere kans op een botbreuk. Deze aandoening komt veelal voor bij mensen ouder dan zestig jaar en neemt toe met ouder worden. Maar osteoporose kan omwille van enkele andere redenen (die verder in deze brochure toegelicht worden) vroeger dan zestig jaar ontstaan.

Als je te horen krijgt dat je osteoporose en een verhoogde kans op botbreuken hebt, wil je natuurlijk meer weten over de ziekte. Waaruit bestaat de behandeling? Misschien ben je op zoek naar praktische tips en aandachtspunten voor in het dagelijks leven. En wil je weten bij welke organisaties je terecht kan voor meer informatie?

Opbouw van de brochure

Met deze brochure willen we je vragen beantwoorden. Je kan lezen wat osteoporose precies is, hoe de behandeling er uit ziet en hoe je in het dagelijks leven met de ziekte kan omgaan. Heb je na het lezen van deze brochure nog vragen? Achteraan vind je een overzicht van websites en telefoonnummers van alle relevante organisaties.

Wil je nog meer weten over onderwerpen die met osteoporose te maken hebben? Kijk dan op www.reumanet.be.



Over de ziekte

Wat is osteoporose?

Als je osteoporose hebt, worden je botten erg broos en kunnen ze makkelijker breken. Osteoporose wordt ook wel botontkalking genoemd. De aandoening komt regelmatig voor bij mensen boven de zestig jaar en neemt toe met ouder worden.

Soms ontstaat osteoporose op jongere leeftijd, bijvoorbeeld bij mensen met een reumatische aandoening zoals *reumatoïde artritis (RA)*, *Spondyloartritis of Systemische Lupus Erythematosus (SLE)* en ziekten van de *hormoonhuishouding*. Ook langdurig gebruik van *glucocorticoïden (bijnierschors hormoon)* en darmproblemen waarbij er onvoldoende voedingsstoffen opgenomen worden kunnen tot osteoporose leiden.

Vormen van osteoporose

Vaak spreken artsen over primaire osteoporose (meestal door veroudering) en secundaire osteoporose (door ziekte of medicatie). De meest voorkomende vormen van osteoporose zijn:

- **Postmenopauzale osteoporose (primaire osteoporose)**
Ouderdomsgebonden botontkalking bij de vrouw na de [menopauze](#).
- **Osteoporose bij de man (primaire osteoporose)**
Vooral bij mannen ouder dan zeventig jaar.
- **Osteoporose door gebruik van corticoïden (secundaire osteoporose)**
Botontkalking bij personen die langere tijd behandeld worden met glucocorticoïden (cortisonen) of geneesmiddelen die deze stof bevatten (bv. Medrol, Prednison).

Primaire osteoporose

De meest voorkomende vorm van osteoporose is de primaire vorm. Dit is een gevolg van normale lichamelijke processen zoals ouder worden en de [menopauze](#). Doordat het lichaam van een vrouw minder oestrogenen produceert – zowel een aantal jaar voor, tijdens als na de menopauze – treedt er een versnelde botafbraak op.

Botverlies na de menopauze en bij het ouder worden, is vaak een geleidelijk proces. Verschillende factoren spelen een rol. Rond het dertigste levensjaar is de dichtheid van de botten het grootst en na je 45e wordt er meer bot afgebroken dan aangemaakt. Daarnaast lijken de darmen minder calcium te absorberen, scheiden de nieren meer calcium uit en eten veel mensen minder calcium als ze ouder worden. Ook komen oudere mensen minder vaak buiten in de zon en krijgen ze een tekort aan [vitamine D](#).

Secundaire osteoporose

Bij secundaire osteoporose ligt de oorzaak van botverlies bij heel veel aandoeningen die osteoporose kunnen veroorzaken. Ook langdurig gebruik van bepaalde geneesmiddelen – zoals glucocorticoïden die vaak worden voorgeschreven bij long -en reumatische aandoeningen – verhogen de kans op botontkalking.



Aandoeningen die secundaire osteoporose kunnen veroorzaken

Osteoporose kan ontstaan doordat je een andere aandoening hebt. Indien dit zo is, spreken we van 'secundaire osteoporose'.

Volgende aandoeningen kunnen het risico op secundaire osteoporose vergroten:

- Reumatoïde artritis (RA)
- Spondylitis ankylosans
- Ernstige psoriasis artritis
- Systemische lupus erythematoses (SLE of lupus)
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD of chronische obstructieve longziekte)
- Diabetes mellitus
- Het syndroom van Cushing
- Vervroegde overgang
- Schildklier-aandoeningen
- Darmaandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa
- Slecht werkende nieren
- Orgaantransplantaties

Het verloop van de andere aandoening bepaalt vaak hoe de osteoporose zich ontwikkelt. Je arts behandelt je dan voor beide aandoeningen.

Mensen met reumatoïde artritis hebben twee keer zoveel kans op osteoporose. Door de chronische gewrichtsontstekingen kan de kwaliteit van de botten aangetast worden.

Hoe ontstaat osteoporose?

Osteoporose en botverlies ontstaan doordat de afbraak van het botweefsel sneller verloopt dan de aanmaak. Dit gebeurt bij iedereen die ouder wordt. Toch zijn er ook een aantal risicofactoren die dit proces versnellen. Voorbeelden hiervan zijn andere reumatische aandoeningen, ontstekingsziekten en het gebruik van glucocorticoiden.

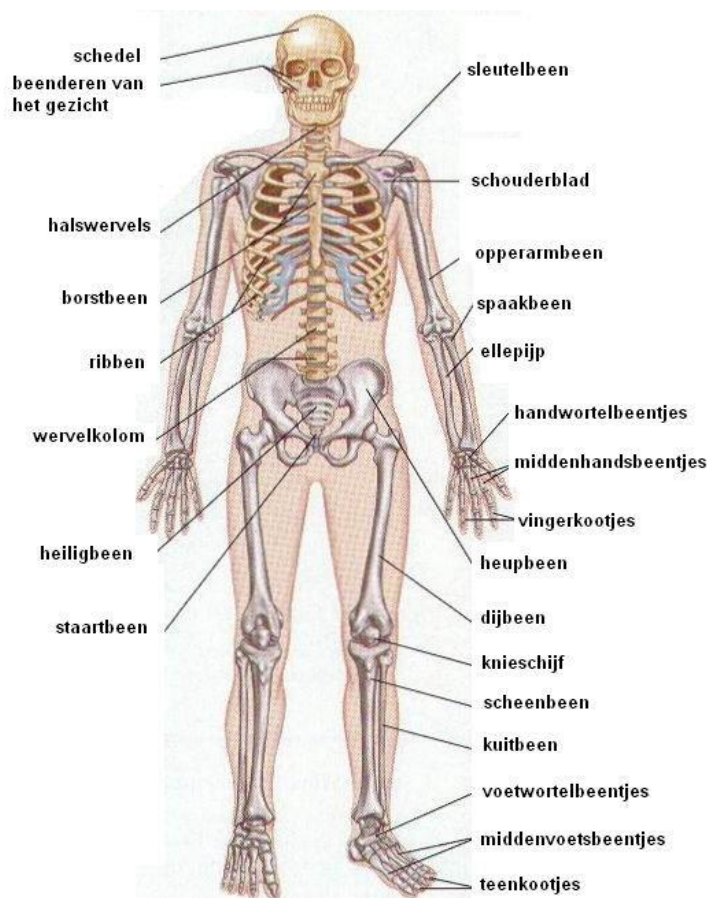


Functie van onze botten in het lichaam

Ons lichaam bestaat uit 206 botten. Deze botten zijn met elkaar verbonden en vormen zo het geraamte of skelet van je lichaam.

Onze botten hebben **zes** verschillende functies:

- ze geven steun aan ons lichaam
- ze beschermen onze organen
- ze zijn noodzakelijk voor de beweeglijkheid van ons lichaam
- ze zorgen voor de opslag van mineralen
- ze staan in voor de vorming van *bloedcellen*
- ze zijn de opslagplaats voor verschillende signaalmoleculen die de functie van andere organen beïnvloeden. Zo produceert het bot bijvoorbeeld signaalmoleculen die de insulineproductie- en *secretie* beïnvloeden.



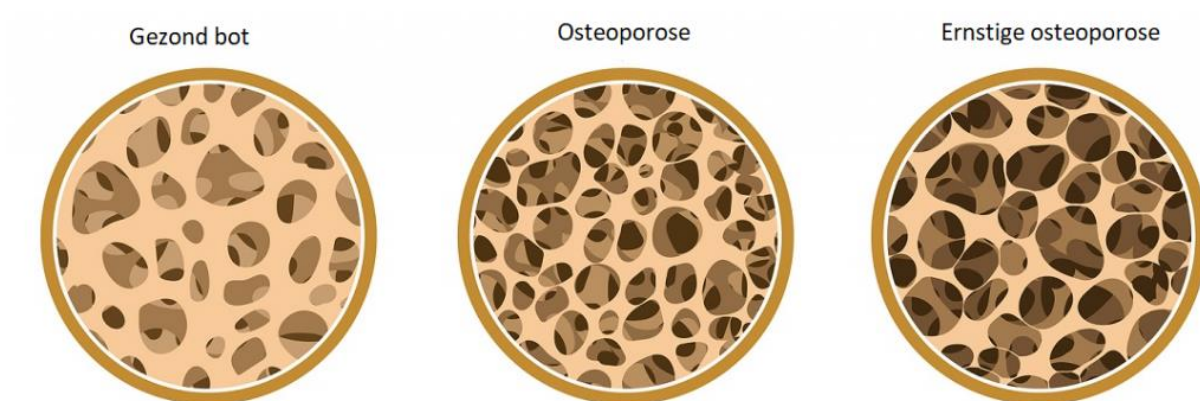
De botstructuur tussen mannen en vrouwen is verschillend: zo hebben mannen langere en bredere botten dan vrouwen. De vorm van onze botten is afhankelijk van waar ze voor dienen. Zo hebben de wervels van onze *wervelkolom* een complexe vorm.

Het bot wordt tijdens het hele leven omgebouwd, met miljoenen microscopische hardjes waar oud bot wordt afgebroken en nieuw bot wordt aangemaakt. Bij volwassenen wordt het volledige skelet gemiddeld om de zeven jaar volledig vernieuwd door deze botombouw.

Bij volwassenen duurt een heropbouwcyclus van de botten 90 tot 130 dagen. Hierbij wordt het bot niet volledig afgebroken maar doorloopt het een permanent proces waarbij de botmassa constant behouden wordt. Voor de leeftijd van dertig jaar is de opbouw groter dan de afbraak; het bot groeit en wordt steviger. Vanaf 45 jaar wordt de afbraak van het bot groter dan de aanmaak. Bij vrouwen wordt na de menopauze de afbraak steeds groter. De botten verliezen dan hun sterkte.

Naarmate je ouder wordt, verliezen onze botten hun sterkte. Dit afnemen van de *botdichtheid* (*de sterkte van je botten*) is een natuurlijk proces. Osteoporose is een *chronische* aandoening waarbij de kwaliteit en de kwantiteit van het bot in zo een mate aanwezig is, dat de patiënt een verhoogd risico heeft op fracturen (breuken).





Hoe ontstaat een botfractuur?

Er zijn verschillende redenen waardoor een botfractuur kan ontstaan.

- direct inwerkend geweld, meestal een val of door een klap, stoot
- het risico op een botbreuk neemt toe met ouderdom en botverlies.

Hoe je het risico op botfracturen kan vermijden/beperken, lees je verder in deze brochure bij het vijfstappenplan van fractuurpreventie.

Meest voorkomende breuken ten gevolge van osteoporose

De meest voorkomende breuken ten gevolge van osteoporose bevinden zich ter hoogte van de pols, heup en wervelkolom. Wanneer de diagnose te laat wordt gesteld, ziet men vaak een opeenvolging van breuken.

Hoe verloopt osteoporose?

Botverlies leidend tot osteoporose ontstaat geleidelijk. Vaak wordt pas na een botbreuk onderzocht of je ook osteoporose hebt.

Geleidelijk begin zonder klachten

Osteoporose wordt ook wel 'een stille ziekte' genoemd. De reden hiertoe is dat botverlies geleidelijk optreedt en meestal zonder klachten begint. Als jij of je arts tijdig de risicofactoren herkennen dan kan osteoporose in een vroeg stadium behandeld worden. Hierdoor kan de botdichtheid verbeteren of zelfs weer genormaliseerd worden.

Diagnose vaak na botbreuk

Het komt regelmatig voor dat de diagnose pas gesteld wordt nadat je iets gebroken hebt. De kans dat je na een botbreuk terug iets breekt, is groot, vooral op korte termijn na een botbreuk.



Wat merk je van osteoporose?

Je hebt net een botbreuk. Dit is meestal in het kader van een combinatie van verminderde botsterkte en een verhoogd valrisico.

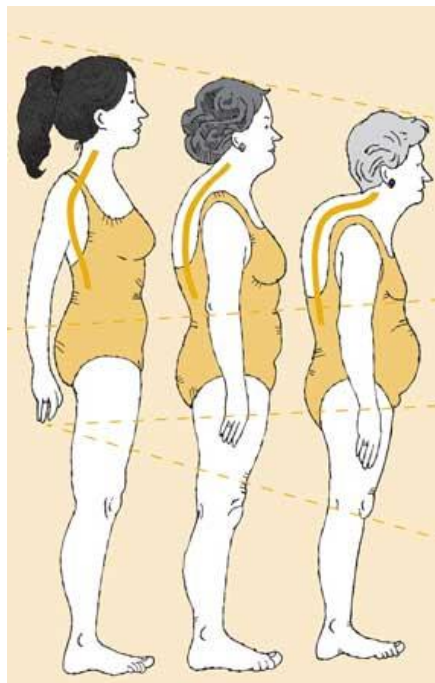
Hevige pijn in de rug

Wervelbreuken kunnen het gevolg zijn van een val, maar de meeste wervelbreuken ontstaan bij plotse of herhaalde overbelasting zoals het heffen van een zware last, een onverwachte draaibeweging enz. Wervelfracturen zijn de meest frequente botbreuken maar worden dikwijls over het hoofd gezien omdat de meeste wervelbreuken niet gepaard gaan met acute pijn. Als een wervel inzakkt, ontstaat er hevige pijn in de rug die na een aantal weken vermindert. Een ingezakte wervel verhoogt de kans op inzakking van andere wervels en andere botbreuken. Als er meerdere wervels inzakken, leidt dit tot meer pijn in de rug en dit vooral tijdens het bewegen.

Ongeveer een derde van de patiënten krijgt tijdelijk pijnklachten na een ingezakte wervel.

Je wordt kleiner

Wanneer er meerdere wervels inzakken, wordt de wervelkolom korter. Je kan daarbij 5 tot 15 cm kleiner worden. Je kan dit zelf makkelijk meten door je huidige lengte te vergelijken met de lengte die je vroeger had. Door de inzakkende wervels krijg je bredere heupen. Het kan zijn dat je onderste rib de rand van je bekkenkam raakt. Ook kan je een voorovergebogen houding krijgen. Zo'n houding heet een kyfose.



Figuur: Verkromming van de bovenrug bij osteoporose en afname van de lichaamslengte



Fractuurpreventie: een vijfstappenplan

Leeftijdsgebonden risico op botbreuken

Na de leeftijd van vijftig jaar hebben één op twee vrouwen en één op zes mannen het risico een botbreuk op te lopen. Na de leeftijd van 65 jaar vallen jaarlijks één op drie vrouwen en mannen.

Fractuurpreventie is daarom gericht op versterking van de botsterkte en verminderen van de kans op vallen bij diegenen die herhaaldelijk vallen.

Belang van vermijden/voorkomen van vallen

Breuken door broosheid van de heup, pols of wervel ontstaan meestal door een schijnbaar alledaagse val door bijvoorbeeld een losliggend tapijtje of een klein niveauverschil.



Algemene valveilige tips:

- Zorg ervoor dat je vloer niet stroef is en niet glad.
- Werk kabels weg of bevestig deze aan de muur.
- Draag je een bril, zet deze dan altijd op en zorg dat deze altijd proper is. Ga één keer per jaar langs bij een oogarts.
- Draag goede, stevige schoenen die goed omsloten zijn voor- en achteraan je voeten.
- Beweeg voldoende; probeer om de dertig minuten even te bewegen zoals wandelen.
- Mors je, kuis dit dan onmiddellijk op. Dit vermijdt uitglijden.
- Doe altijd het licht aan; ook 's nachts. Een tip is om aan elke doorgang verlichting te voorzien die je makkelijk kan bedienen.
- Gebruik meubelverhogers die je kunnen helpen bij het rechtstaan uit bed, zetel of stoel.
- Probeer om niet te snel recht te komen uit bed, stoel, zetel.
- Vermijd dubbeltaken, doe geen twee dingen tegelijk.
- Heb je een trapladder? Zorg er dan voor dat deze een stevig handvat heeft.
- Plaats niets hoger dan 140 cm of lager dan 50 cm in kasten.
- Voorzie stevige handgrepen op aangepaste hoogte naast de douche, bad of toilet.



Valpreventie per leefruimte

Toegang tot de woning:

- Zorg ervoor dat het pad naar het huis effen ligt.
- Ideaal is dat de inkomdeur minimum 90 cm breed is.
- Zorg voor automatische verlichting of voor verlichting die bedienbaar is langs de buitenzijde van de woning.

Inkom:

- Zorg voor een veilige drempel die niet te hoog is en die voldoende zichtbaar is.
- Als er een deurmat ligt, voorzie je deze best van een antislip-laag.
- Indien je brievenbus in de deur zit, voorzie dan een omkasting om de post op te vangen.

Trap:

- Het tredeoppervlak is best stroef.
- De trap is voldoende breed (90 cm) en de treden zijn diep genoeg.
- De verlichting is best bedienbaar van zowel bovenaan als onderaan de trap. Let er eveneens op dat de eerste en de laatste trede goed zichtbaar zijn.
- Leg geen obstakels op de trap.
- Voorzie minstens één stevige trapleuning; indien mogelijk voorzie je er twee.

Woonkamer:

- Meubels plaats je best niet te ver uit elkaar maar ook niet te kort bij elkaar. Je moet je vlot kunnen bewegen tussen de meubels maar ze moeten ook de functie van steunpunt kunnen opnemen indien nodig.
- Vermijd onstabiele meubels en meubels op wieltjes.
- De zetel en stoel zijn op een aangepaste hoogte zodat opstaan makkelijker wordt.
- Plaats de telefoon op een centrale plaats in de woonkamer en zorg dat deze niet te hoog staat.

Keuken:

- Huishoudtoestellen staan op een aangepaste, goede werkhoogte.
- Zware potten en pannen kan je over het aanrecht schuiven door er een handdoek onder te leggen.
- Beperk zoveel mogelijk bruusk draaien van het lichaam door alle benodigdheden aan één zijde van het aanrecht te plaatsen.



Badkamer:

- Voorzie een antislipmatje of een antislipbodem in de douche of in het bad.
- De rand om in het bad of de douche te stappen is best niet hoger dan 15 cm.
- Voorzie een zitbankje of douchestoel in de douche.
- De wastafel is best op aangepaste hoogte zodat men zich niet moet bukken of moet voorover buigen.

Toilet:

- Het toilet moet hoog genoeg zijn. Er bestaan aparte toiletverhogers om het toilet te verhogen.
- In het toilet voorzie je best een stevige handgreep die goed bevestigd is aan de muur.

Slaapkamer:

- Het toilet is makkelijk bereikbaar vanuit de slaapkamer. Als dit niet zo is, kan je een toiletstoel voorzien.
- Voorzie voldoende bewegingsruimte naast het bed.
- De hoogte van het bed is ideaal wanneer je met de voeten aan de grond kan wanneer je op de rand van het bed zit.
- De centrale verlichting kan bediend worden vanuit je bed. Als dit niet kan, kan je een lampje voorzien dat voldoende licht geeft en dat wel bedienbaar is vanuit het bed.
- Als je 's nachts opstaat, doe je altijd het licht aan, zet je indien nodig je bril op en draag je aangepaste pantoffels.

Berging:

- Er is een veilige trap naar de berging.
- Het rek of de opbergkast is stevig.

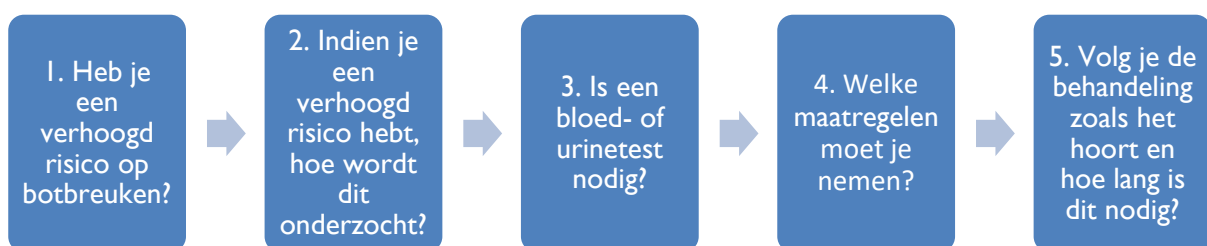
Vallen wordt echter niet alleen veroorzaakt door extrinsieke factoren (factoren die buiten het lichaam liggen). Er zijn ook persoonsgebonden factoren (intrinsieke factoren) die een verhoogd valrisico met zich mee kunnen brengen:

- Stoornissen in evenwicht, spierkracht, gang en/of mobiliteit
- Cognitieve stoornis: stoornis op gebied van onder meer geheugen, intelligentie, taal en concentratie
- Verminderd zicht
- Orthostatische hypotensie (plotse bloeddrukdaling bij het te snel opstaan)
- Valangst
- Pijn



- Urine-incontinentie
- Laag vitamine D-gehalte. Een vitamine D-tekort kan tot zwakke spieren en een minder goed evenwichtsgevoel leiden, waardoor men vaker kan vallen.
- Risicogedrag
- Hoge leeftijd
- Valgeschiedenis

Het vijfstappenplan bij fractuurpreventie



Stap 1: Heb je een verhoogd risico op botbreuken?

Je hebt een verhoogd risico op botbreuken als:

- je pas herstelt van een botbreuk.
- je aan bepaalde ziektes lijdt of bepaalde medicijnen inneemt.

Zo kunnen volgende aandoeningen het risico op secundaire osteoporose vergroten:

- Reumatoïde Artritis
- Spondylitis Ankylosans of de ziekte van Bechterew
- Psoriasis Artritis
- Systemische Lupus Erythematosus (SLE), afgekort lupus
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
- Diabetes mellitus
- het syndroom van Cushing
- vervroegde overgang
- schildklierandoeningen
- darmaandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, slecht werkende nieren
- orgaantransplantaties



- Je hebt eveneens een verhoogd risico op vallen bij inname van *glucocorticoïden* (als je meer dan 7,5 mg per dag gebruikt en dit langer dan drie maanden), anti-epileptica, anti-hormonale therapie bij borst- en prostaatkanker. Ook slaap-of kalmeringsmiddelen kunnen het risico om te vallen vergroten.
- je ouder bent dan zestig jaar.
- je mager bent. Indien je minder dan zestig kg weegt of je *BMI* lager is dan twintig, heb je een verhoogd risico op botbreuken.
- je ouders een botbreuk hadden.
- Ook als je vader of moeder een heupbreuk hebben opgelopen, loop je een verhoogd risico.

Stap 2: Hoe wordt onderzocht of je een hoge kans heb op botbreuken?

Er zijn verschillende onderzoekstechnieken waarbij men het risico op botbreuken in kaart kan brengen. De toelichting van deze technieken kan je terugvinden onder het onderwerp [‘Hoe wordt de diagnose gesteld?’](#).

- **Zijn er nog risicofactoren?**

Omdat vallen tot een botbreuk kan leiden, zal je arts willen weten hoe groot het risico is dat je valt. De belangrijkste vraag die je arts stelt, is hoe vaak je het afgelopen jaar bent gevallen. Daarnaast kan je arts ook een gericht lichamelijk onderzoek doen om te weten te komen hoe je groot spierkracht is en hoe goed je in balans kan blijven. Als je verminderde spierkracht hebt of als je snel uit balans bent, dan kan kinesitherapie aangeraden zijn.

Je kan ook zelf je persoonlijk risico op een osteoporosefractuur inschatten. Een voorbeeld is de **Frax-score**. Met deze formule kan je het risico berekenen dat je de komende tien jaar een botbreuk door osteoporose oploopt op basis van een lijst met risicofactoren. Je kan deze formule vinden op www.shef.ac.uk/frax. (Mogelijkheid om België en Nederlandse taal te selecteren)

- **Heb je botbreuken in de wervels?**

Als een wervel is gebroken (‘ingezakt’), ontstaat er heftige pijn in de rug die na een aantal weken weer vermindert. Een ingezakte wervel verhoogt de kans op inzakking van andere wervels. Als er meerdere wervels inzakken, leidt het tot meer pijn in de rug, met name bij bewegen.

- **Ben je het laatste jaar gevallen?**

Indien je het laatste jaar gevallen bent, heb je een verhoogd risico op een opnieuw vallen en een nieuwe botbreuk.



Stap 3: Is een bloed en -urinetest nodig?

Een bloedtest is nodig om andere veel voorkomende oorzaken van de lage botmassa op te sporen.

Deze oorzaken kunnen onder andere zijn:

- Hormonale oorzaak
- Problemen met absorptie in het bloed van onder andere vitamine D waardoor hier een tekort ontstaat
- Diabetes mellitus
- Verhoogde schildklier –of bijschildklierwerking

Bloedonderzoek wordt gebruikt om de juiste behandeling te starten en niet om de diagnose te stellen.

Naast bloedonderzoek wordt vaak ook een urineonderzoek gedaan. In de urine kan men bekijken welke hoeveelheden calcium en botafbraakproducten men kan terugvinden.

Wanneer tijdens de behandeling de botafbraakproducten in de urine dalen, weet men dat dit een goede therapie is. Hetzelfde geldt voor de hoeveelheid calcium in het bloed.

Stap 4: Welke maatregelen moet je nemen?

Na de leeftijd van vijftig jaar hebben één op twee vrouwen en één op zes mannen het risico een botbreuk op te lopen. Na de leeftijd van 65 jaar vallen jaarlijks één op drie vrouwen en mannen.

Fractuurpreventie is daarom gericht op versterking van de botsterkte en verminderen van de kans op vallen bij diegenen die herhaaldelijk vallen.

Je zal je levensstijl moeten aanpassen: **niet roken, beperken van alcohol, beperken van koffie en cafeïnehoudende dranken (zoals koffie) en regelmatig wandelen.**

In beweging blijven, voldoende bewegen, evenwicht trainen en ontspanningsoefeningen zijn essentieel om het risico op osteoporose en botbreuken te vermijden.

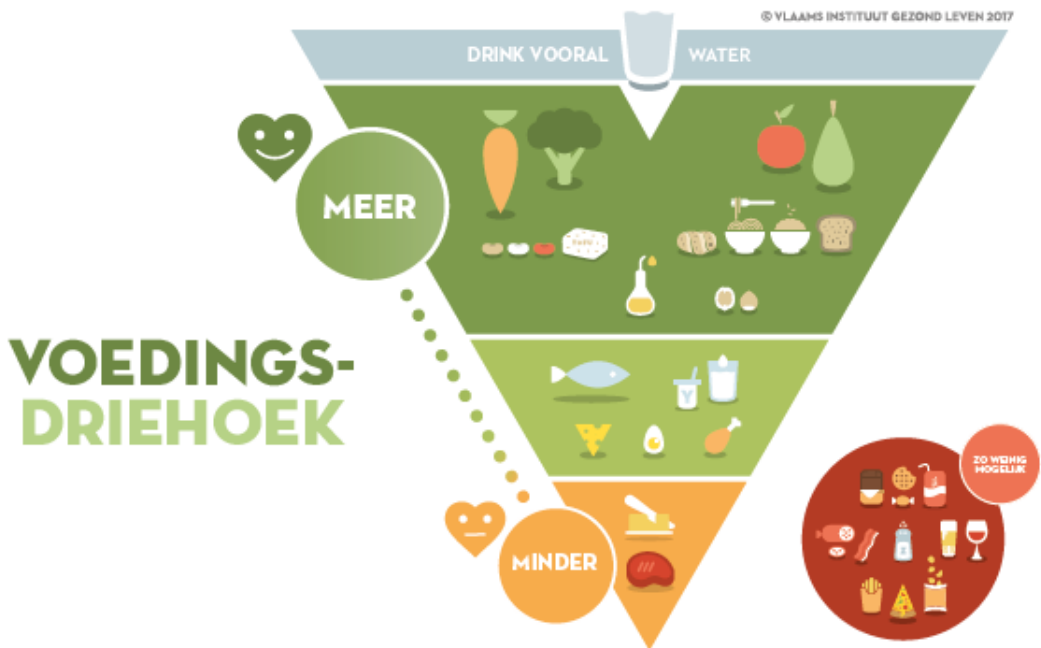
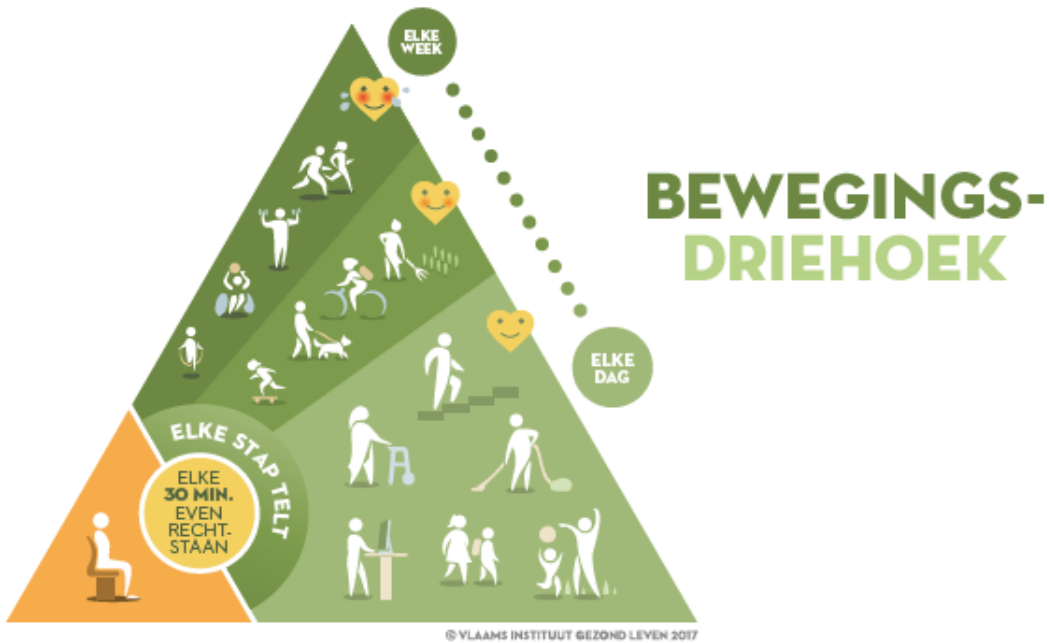
Stop met roken. Naast alle andere negatieve effecten bevordert roken ook de botontkalking. Ook de inname van te veel cafeïnehoudende dranken zorgt voor een verhoogde afscheiding van calcium en magnesium in de urine. Zeker na de overgang hebben koffie en cafeïnehoudende dranken een negatieve invloed op de botdichtheid.

- Gezond eten voor sterke botten (zie verder).
- Je behandelend arts zal medicijnen voorschrijven die verder botverlies verhinderen of bij ernstige osteoporose ook medicijnen geven die je nieuw bot bezorgen.
- Als je het laatste jaar al gevallen bent, neem je best maatregelen om opnieuw vallen te vermijden, zoals oefeningen en andere voorzorgsmaatregelen. Kinesitherapie en ergotherapie kunnen hierbij helpen.

Kinesitherapie is er op gericht de conditie van gewrichten, spieren en pezen in stand te houden of te verbeteren en je een goede houding en een goede manier van



bewegen aan te leren. *Ergotherapie* heeft tot doel een zo zelfstandig mogelijk functioneren in het dagelijks leven te behouden en/of te bereiken.



Vlaams Instituut voor Gezond Leven en Liefde voor de Natuur, 2017



Stap 5: Volg de behandeling zoals het hoort, ook op langere termijn.

Je kan osteoporose helpen voorkomen door een gezonde levensstijl aan te nemen en te onderhouden. Alle informatie over een gezonde levensstijl kan je vinden in het hoofdstuk '[Welke maatregelen moet je nemen?](#)'.

Belang van therapietrouw

Indien je de medicatie niet correct neemt, kan de behandeling niet aanslaan. Op deze manier kan je levenskwaliteit dalen, je kan risico lopen op complicaties en dus op hospitalisatie.

Het belangrijkste gevolg van therapietrouw is je ziekte onder controle krijgen en houden. Therapieontrouw houdt mensen ziek of kan ze soms zelfs zieker maken.



Over de diagnose

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Botmeting: heb ik te weinig bot?

Om na een botbreuk of verlies van lengte (je wordt kleiner) te onderzoeken of je osteoporose hebt, doet je arts een aantal onderzoeken.

DXA-scan, VFA-onderzoek of röntgenonderzoek



Je arts kan je *botdichtheid* laten meten. Dit doet hij vooral als er sprake is van risicofactoren of als je niet lang geleden een botbreuk hebt opgelopen. Je botdichtheid wordt gemeten met een DXA-scan (Dual Energy X-ray Absorptiometry of Dubbele Energie X-stralen Absorptiometrie). Een DXA-scan werkt met röntgenstralen maar de straling is kleiner dan bij een gewone *röntgenfoto*. Bij een DXA-meting wordt de botdichtheid van je heup en onderrug gemeten.

Het wordt aangeraden de DXA-meting aan te vullen met een Vertebral Fracture Assessment (VFA, ook wel wervelkolommeting genoemd), waarbij de hoogte van de afzonderlijke wervels bepaald wordt. Verder kan er een röntgenfoto van je rug gemaakt worden om de stand van je wervels zichtbaar te maken. Doel is dan om na te gaan of wervelbreuken aanwezig zijn die vooraf niet bekend waren en veel voorkomen bij patiënten met een andere fractuur dan een wervelfractuur en bij patiënten met andere ziekten of bepaalde medicaties.

- **Laboratoriumonderzoek bij osteoporose**

Bij secundaire osteoporose is de osteoporose het gevolg van een andere aandoening. In deze situatie wil je arts vaak extra bloed- en urineonderzoek doen.



Over de behandeling

Belang van tijdige en goede behandeling

Met een goede behandeling verloopt het ziekteproces opmerkelijk trager en loop je minder risico op blijvende beschadigingen. De behandeling is erop gericht om je gezondheidstoestand optimaal te houden, zodat je zo goed mogelijk je gewone dagelijkse leven kan leiden. Omdat de ziekte bij iedereen anders verloopt, krijg je een behandeling op maat. Het doel is om samen met je arts de aandoening zo goed mogelijk onder controle te houden. De behandeling van osteoporose vraagt naast doorzettingsvermogen en discipline ook een dosis geduld, want je zal niet altijd direct resultaten zien.



Wie is er bij de behandeling betrokken?

Bij osteoporose heb je vaak te maken met meerdere hulpverleners. Met wie je te maken krijgt, hangt af van je persoonlijke omstandigheden.

Wie kan je helpen?

Voor meer informatie en uitleg over aanpassingen en/of hulpmiddelen, kan je terecht bij de volgende hulpverleners:

- **De huisarts**

Je huisarts is de eerste bij wie je terecht kan voor een diagnose of een behandeling. Hij/zij zal jou doorverwijzen naar een reumatoloog voor een uitgebreidere diagnosestelling en/of afstemming van de behandeling. Andere taken die je huisarts opneemt indien je de diagnose osteoporose hebt gekregen:

- Herkennen van de risicofactoren
- Beslissen voor verdere onderzoeken zoals een DXA-meting
- Algemene opvolging van de behandeling: tolerantie van de medicatie, therapietrouwheid, duur van de behandeling, effect van de therapie
- Verwijzing naar de reumatoloog bij vragen over therapieën en andere soorten medicatie

- **De chirurg die de fractuur behandelt**

Hij/zij zal de patiënt met een recente fractuur wijzen op de grote kans op een nieuwe fractuur en de patiënt verwijzen voor verdere evaluatie, inclusief DXA, VFA en laboratoriumonderzoeken.



- **De reumatoloog**

De reumatoloog is een medisch specialist met speciale kennis en deskundigheid van de reumatische aandoeningen. De reumatoloog kan vaststellen of je osteoporose hebt. Deze heeft een basisopleiding als arts-specialist in de inwendige geneeskunde.

- **De endocrinoloog**

De endocrinoloog is een arts-specialist met kennis van hormonale aandoeningen die kunnen leiden tot secundaire osteoporose.

- **De kinesitherapeut**

Een kinesitherapeut kan een belangrijke rol spelen bij de behandeling en preventie van osteoporose. Dit doet hij/zij door de conditie van gewrichten, spieren en pezen optimaal te maken en te houden.

- **De ergotherapeut**

De ergotherapeut kan je adviseren over eventuele aanpassingen en hulpmiddelen. Hij/zij kan samen met jou bekijken hoe je bepaalde dagelijkse handelingen thuis, op het werk of gedurende je vrije tijd op een minder belastende manier kan uitvoeren.

- **De tandarts**

Een goede tandhygiëne is essentieel, ook bij patiënten die medicatie krijgen voor osteoporose. Studies hebben aangetoond dat mensen met osteoporose een grotere kans maken op parodontitis (tandvleesontsteking). Zowel osteoporose als parodontale aandoeningen beschadigen het bot. Uit uitgebreid onderzoek blijkt dat osteoporose kan leiden tot een snellere botafbraak van de kaak. Vandaar dat patiënten met osteoporose geadviseerd wordt om twee keer per jaar bij de tandarts langs te gaan om het parodontale weefsel in de gaten te houden.

- **De gynaecoloog**

Tijdens de menopauze ontstaat er een ontregeling van de hypothalamus. Dit veroorzaakt het onevenwicht tussen de botafbraak en de –aanmaak. Een gynaecoloog kan hulp bieden om de menopauze beter onder controle te krijgen.

- **De geriater**

De geriater neemt de orthogeriatrische zorg op zich. Hiertoe zal er een samenwerking zijn tussen de diensten orthopedie en geriatrie bij ouderen die een recente heupfractuur hebben gehad.

- De **arbeidsgeneeskundige dienst** (van je werkgever) of de dienst arbeidsbeperking van de VDAB (DABP) – voor aanpassingen op het werk

- Andere hulpverleners die betrokken kunnen zijn bij de behandeling van osteoporose zijn de **pneumoloog** en de **gastroloog**.



Medicijnen bij osteoporose

De arts kiest voor een welbepaald medicijn op basis van de botmeting en de ernst van het risico op botbreuken. Hierbij houdt hij ook rekening met de bijwerkingen die het middel kunnen geven en hoe je lichaam hierop reageert.

Heb je last van bijwerkingen, contacteer dan zo snel mogelijk je arts: stop niet zomaar je medicatie, overleg eerst vooraleer je beslist om met een bepaald medicijn te stoppen.

Het is belangrijk dat je de medicijnen inneemt zoals ze zijn voorgeschreven. Alleen dan kunnen jij en je arts vaststellen of de behandeling aanslaat.

Sommige mensen hebben er moeite mee om regelmatig medicijnen te nemen. Ze zijn bijvoorbeeld bang voor eventuele bijwerkingen. Verberg deze gevoelens niet, maar bespreek ze met je arts.

Hoe lang je medicijnen moet innemen, bespreek je best met je arts. Bij bepaalde medicijnen is na een bepaalde behandelingsduur de kans op bijwerkingen groter.

Pijnstillers

Pijnstillers zorgen ervoor dat je de pijn minder voelt en beter kan bewegen. Ze **beïnvloeden het pijngevoel**, maar hebben geen botherstellend effect. Ze beschermen de gewrichten niet tegen schade die kan ontstaan als gevolg van de ontcalcificatie. Ze zorgen er wel voor dat, doordat je minder pijn hebt, je je **gewrichten beter gebruikt**. Ze **werken snel**, maar zijn ook weer **snel uitgewerkt**. Voorbeelden van de meest gebruikte pijnstillers zijn paracetamol, paracetamol met codeïne en tramadol.

Overleg met je arts welke dosering je per dag kan aanhouden en hoelang je deze medicatie mag gebruiken.

Medicijnen die de botafbraak afremmen en de botdichtheid verhogen

Er zijn twee soorten medicaties. De ene vermindert de botafbraak, de andere maakt nieuw bot aan. Een strategie voor het verminderen van de kans op botbreuken vergt een aanpak op lange termijn met regelmatige opvolging van risicofactoren, evolutie van de botdichtheid en het opvolgen van fractures, inclusief wervelbreuken.

Bisfosfonaten verminderen de botafbraak en doen de botdichtheid toenemen. Hierdoor vermindert de kans op een botbreuk met meer dan 50%. Bisfosfonaten kunnen worden ingenomen als pil (meestal wekelijks) of worden via infuus toegediend (éénmaal per jaar).

Wanneer bisfosfonaten niet werken of wanneer je deze niet verdraagt of niet mag gebruiken, dan bestaat de kans dat je arts **denosumab** zal voorschrijven. Denosumab richt zich tegen de menselijke molecule die botafbraak stimuleert. Denosumab wordt zesmaandelijks toegediend via een onderhuidse inspuiting. **Raloxifeen** heeft voor een deel dezelfde werking als het vrouwelijke hormoon oestrogeen en heeft dus een invloed op de botafbraak. Het remt de botafbraak af. Hierdoor kan de bestaande bothoeveelheid in stand gehouden worden, maar er is slechts aangetoond dat het de kans op wervelbreuken vermindert.



De behandeling met bisfosfonaten duurt drie tot vijf jaar en wordt verdergezet bij blijvend verhoogde kans op botbreuken of tijdelijk gestaakt bij laag risico gevolgd door herevaluatie na twee tot drie jaar.

Teriparatide maakt nieuw bot aan en is aangewezen bij patiënten met ernstige osteoporose (met meerdere wervelbreuken en een lage botdichtheid) wanneer bisfosfonaten niet volstaan. Teriparatide wordt toegediend via dagelijkse onderhuidse insputingen gedurende achttien maanden (in België, elders gedurende 24 maanden), gevolgd door bisfosfonaten. Nieuwe botvormende medicijnen worden verwacht.

Voedingssupplementen vitamine D en calcium

Calcium

Calcium heeft een cruciale rol bij de opbouw van de beenderen. Tijdens de kinderjaren is dit belangrijk voor de opbouw van de botsterkte, nadien voor het behouden van de botmassa en later voor het beperken van het verlies van botmassa. Het voldoende aanbrengen/opnemen van calcium is dus een heel leven lang noodzakelijk voor de botten. Naast de botten is calcium ook belangrijk voor de werking van alle spieren. Als er in het bloed te weinig calcium is, trekt je lichaam calcium vanuit de botten. Je lichaam zorgt er in eerste instantie dus voor dat eerst de calciumvoorraad in je spieren voldoende is.

Indien je meer dan de dagelijks aanbevolen hoeveelheid calcium per dag inneemt (dit is afhankelijk van leeftijd en geslacht), dan heeft dit geen positiever effect op de botopbouw tijdens de jonge jaren en neemt hierdoor de kans op botbreuk op latere leeftijd niet af.

Calcium zit onder andere in zuivelproducten: kaas, melk, yoghurt.

De aanbevolen dagelijkse hoeveelheid is 800 mg calcium voor iedereen die ouder is dan 21 jaar. Tijdens de ontwikkeling, zwangerschap en borstvoeding wordt een dosis van 900 mg calcium per dag aanbevolen. Dat zijn ongeveer 3 zuivelproducten per dag bovenop een normaal dieet dat ook wat calcium bevat, zoals groenten. Voor post-menopausale vrouwen is de aangeraden hoeveelheid 1000-1200 mg per dag.

Vitamine D

Vitamine D zorgt ervoor dat calcium uit de voeding wordt opgenomen in je lichaam. De belangrijkste, natuurlijke aanbrenger van vitamine D zijn de ultraviolette stralen van zonlicht. De hoeveelheid UV stralen in ons land volstaat niet om de calciumopname optimaal te laten verlopen. Het is daarom aangeraden om vitamine D op andere manieren op te nemen. Dit kan door het eten van vetrijke voedingsmiddelen van dierlijke herkomst (vetrijke vis, vlees, lever en kaas). Maar ook in plantaardige minarines en margarines met vitamine D vindt men deze vitamine terug.

Meestal zal de behandelend arts een aanvullende dosis vitamine D voorschrijven om ervoor te zorgen dat je als osteoporosepatiënt zeker voldoende van deze vitamine opneemt.



Een tekort aan calcium en vitamine D speelt een beslissende rol in het minder sterk worden van de botten: een calciumtekort tast direct het bot aan, terwijl een tekort aan vitamine D (dat de absorptie van calcium vanuit de darm bevordert) de toestand nog verergert.

Aangezien we over het algemeen te veel vet en suiker opnemen via de voeding, is het aangeraden dat onze voorkeur uitgaat naar magere of halfvolle producten (behalve voor kinderen onder zes jaar, waarbij net wel wordt aangeraden om zuivel op basis van volle melk te consumeren) en naar producten met minder toegevoegde suikers.

Alleen in combinatie met vitamine D zorgt calcium voor sterkere botten/een grotere botdichtheid. Vitamine D is een vetoplosbare vitamine en komt in verschillende hoeveelheden voor in vetrijke voedingsmiddelen van dierlijke herkomst (vis, vlees, lever, soms in kaas en volle melk).

De hoogste hoeveelheden worden gevonden in vette vissoorten (bv. sardienen, haring, zalm, makreel). In ons land, waar zonlicht soms zeldzaam is, is minstens één keer per week vette vis op het menu ook een belangrijke bron van vitamine D.

Plantaardige voedingsmiddelen kunnen verrijkt zijn met vitamine D, zoals dat wettelijk ook voorzien is bij plantaardige minarines en margarines met vitamine D.

Vitamine D moet in het lichaam eerst in de lever en dan in de nieren een reactie ondergaan vooraleer ze volledig actief wordt. Een goede lever- en nierfunctie is dus noodzakelijk.

Vitamine D in een dosis van 800 eenheden per dag (of 25 000 eenheden per maand) is aangewezen bij osteoporosebehandeling, bij mensen in wooncentra en na een recente fractuur.

Praktisch bij medicijngebruik

Sommige mensen hebben moeite met het doorslikken van tabletten. Bespreek dergelijke problemen altijd open en eerlijk met je arts, zodat je samen naar een alternatief kan zoeken. Ook een (reuma)verpleegkundige kan je hierbij helpen.

Heb je veel medicijnen, dan kan een weekdoosje een oplossing zijn. Dit is een medicijnendoosje waar je per dag de medicatie die je dagelijks moet innemen, kan verdelen. Zo'n doosje is onder andere verkrijgbaar bij de apotheek.

Reis je naar een andere tijdzone? Overleg dan met je arts hoe je dan omgaat met het innemen van je medicijnen. Vraag ook tijdig na hoe het zit met bv. douane als je naar het buitenland reist (spuitjes, een attest van de specialist over de noodzaak van de te gebruiken medicatie, ...).



Dagelijks leven met osteoporose

Omgaan met pijn

De eventuele pijn wordt veroorzaakt door een botbreuk of bij wervelindeukingen. Het eerste doel van de behandeling is daarom nieuwe breuken voorkomen. Welke pijnstillers je nodig hebt, hangt af van de hoeveelheid pijn die je ervaart. Pijnstillers zullen het proces van osteoporose niet vertragen of stoppen.

Werk

Hoeveel problemen osteoporose geeft, is afhankelijk van het soort werk dat je doet en de ernst van je klachten. Als de klachten ernstiger zijn, kan het zelfs zijn dat je je werk niet meer kan doen zoals je gewoon was. Toch betekent de diagnose osteoporose niet meteen dat je moet stoppen met werken. Integendeel. De kans is groot dat je nog heel lang kan blijven werken, zeker met een tijdige en adequate behandeling. Dit is erg belangrijk, want werk betekent afleiding van de pijn en de beperkingen. Werk vervult, naast het verdienen van inkomen, ook behoeften op sociaal-emotioneel gebied. Zoals het hebben van een dagritme, sociale contacten en zelfontplooiing. Hoe kan je omgaan met bepaalde zaken waar je tegenaan loopt?

Op het werk

De aard van het werk en de reacties van de omgeving zijn voor iedereen weer anders en bepalen of iemand blijft werken of niet. Je eigen inzet is ook belangrijk. Kijk vooral naar wat je nog wel kan, maar blijf reëel en objectief. Breng je beperkingen zo goed mogelijk in beeld en probeer te bekijken of er in je werk of de organisatie daarvan aanpassingen mogelijk zijn.

Voorbeelden van aanpassingen op je werkvloer na een botbreuk:

- Wissel zwaar en licht fysiek werk zoveel mogelijk af
- Geef je grenzen goed aan
- Neem vaker een korte pauze en pas je werktempo aan – zo verdeel je je energie beter
- Pas je werkrooster beter aan aan je mogelijkheden
- Zorg voor een voldoende afwisselende houding (staan/zitten/ rondstappen)
- Vermijd repetitieve bewegingen

Sommige werkvloeren hebben een sociale dienst of personeelsdienst/dienst human resources waar je met specifieke vragen terecht kan. Ook externe diensten kunnen je helpen op de werkvloer. Zo kan je terecht bij gespecialiseerde loopbaancentra voor advies in het kader van je loopbaan. Voor de aanvraag van bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen kan je dan weer terecht bij de VDAB. Meer informatie kan je vinden op de [website van ReumaNet](#).



Als werken niet (meer) gaat

Wanneer je je huidig werk omwille van je aandoening niet meer kan uitvoeren, kan je terecht bij verschillende diensten die jou kunnen begeleiden in je zoektocht naar aangepast werk. Er zijn diensten die samen met jou en je werkgever kunnen zoeken naar een aangepaste functie binnen het bedrijf of aangepaste arbeidsomgeving. In de wet is vastgelegd dat je werkgever de plicht heeft je weer aan het werk te helpen of te houden, eventueel in een andere, meer aangepaste functie. Hij mag je niet zomaar ontslagen wegens medische redenen. Neem contact op met je vakbond om na te gaan welke rechten en plichten je hebt en wat je in jouw situatie kan ondernemen. Er zijn ook diensten die je kunnen begeleiden naar een andere job bij een nieuwe werkgever. Ook heroriëntering en omscholing hoort tot de mogelijkheden. Je arbeidsgeneesheer en/of adviserende geneesheer van de mutualiteit kunnen je hier meer over vertellen.

Meer informatie vind je ook op de website van ReumaNet.

Terug aan het werk

Er bestaan verschillende manieren om je talenten weer te gebruiken. Sommige mensen met reuma gaan onbetaald werk doen. Anderen starten een eigen bedrijf. Als je gaat solliciteren kan de VDAB je daarbij helpen. VDAB werkt samen met gespecialiseerde diensten zoals GTB. GTB begeleidt mensen met een arbeidsbeperking naar de arbeidsmarkt. Zij helpen je bijvoorbeeld ook met de aanvraag van bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen. Op de [website van ReumaNet](#) vind je heel veel informatie over dit onderwerp, opgedeeld volgens een aantal specifieke situaties. Raadpleeg ook vrijblijvend de ReumaCoach via anja@reumanet.be

Seksualiteit

Seksualiteit kan op verschillende manieren beleefd worden. Alleen of met een partner; met de nadruk op [lichamelijke aspecten](#) of met het accent op het ervaren van [intimiteit](#) en [geborgenheid](#). Iedereen vult zijn eigen seksualiteit in.

Door de pijnklachten eigen aan osteoporose is het mogelijk dat je seksleven verandert.

Minder zin in seks

Misschien ben je [boos](#) of [verdrietig](#) nu je een vorm van reuma hebt. Misschien vind je je lichaam [minder aantrekkelijk](#). Het kan zijn dat je te [moe](#) bent voor seks, of dat je [pijn](#) hebt. Ook kunnen bepaalde [medicijnen](#) ervoor zorgen dat je [minder zin](#) hebt om te vrijen.

Veranderingen in de relatie

Jij en je partner kunnen het best [samen](#) aftasten wat je aandoening precies met je doet. Wanneer heb je zin in seks? Waarin heb je geen zin? Wat is lichamelijk mogelijk en wat niet? Blijf samen praten over je [wensen](#), [verwachtingen](#) en [mogelijkheden](#).



Omgaan met de veranderingen

Alleen als je **eerlijk** bent over wat je wil, kan je samen werken aan een bevredigend seksleven. Probeer van seks te blijven **genieten** door er anders mee om te gaan. Kies bijvoorbeeld **andere momenten** om seks te hebben, of ga in een **andere houding** zitten of liggen. Masseren en strelen kunnen ook heel bevredigend zijn. Voor het vrijen kan je een extra **pijnstiller** nemen en/of je kan eventueel een **hulpmiddel** gebruiken tijdens het vrijen.

Hulp nodig?

Geef jezelf de **tijd** om aan de nieuwe situatie te wennen. Kom je er niet uit? Dan kan je advies vragen aan een **seksuoloog**. Ook als je geen partner hebt kan je bij hen terecht voor adviezen voor een beter seksleven. Je kan eventueel ook praten met je **huisarts**, **reumatoloog** of **reumaverpleegkundige**.

Vruchtbaarheid en zwangerschap

Osteoporose komt niet vaak voor bij mensen onder de zestig jaar. Hierdoor zijn er maar weinig mensen die osteoporose krijgen tijdens de jaren dat ze vruchtbaar zijn. Voor vrouwen die osteoporose krijgen tijdens de vruchtbare jaren en die een kinderwens hebben, wordt de behandeling aangepast.

Als je een kinderwens hebt, bespreek dit dan zeker met je behandelende arts. Zeldzaam kan osteoporose voorkomen na de zwangerschap, raadpleeg dan een specialist.

Hulp en aanpassingen

Het kan zijn dat je moeite krijgt met de dingen die je in je dagelijks leven doet: jezelf verzorgen, gaan werken of hobby's uitoefenen. Hulpmiddelen en andere toepassingen kunnen het leven gemakkelijker maken. Er bestaan verschillende soorten hulpmiddelen, variërend van een wandelstok tot een sta-op-stoel. Ze helpen je zelfstandig te blijven functioneren en kunnen voorkomen dat je klachten verergeren.



Meer informatie

Hulpverlening

Heb je medische klachten en ben je op zoek naar een diagnose of behandeling? Dan kan je terecht bij je huisarts, reumatoloog of reumaverpleegkundige. Vragen over je gezondheid, je aandoening en de behandeling ervan kan je altijd aan je arts stellen.

Wat doen de huisarts en de reumatoloog?

Je huisarts is de eerste bij wie je terecht kan voor een diagnose of een behandeling. Hij/zij zal jou doorverwijzen naar een reumatoloog voor een uitgebreidere diagnosestelling en/of afstemming van de behandeling.

Vragen over je gezondheid, de behandeling en over de diagnosestelling kan je het beste altijd aan je arts stellen. Maak eventueel een lijstje met vragen zodat je niets vergeet. Duurt het nog een tijd voordat je een afspraak hebt? Je kan de reumatoloog ook alvast vragen om een telefonisch consult.

Wanneer naar de reumaverpleegkundige?

Een reumaverpleegkundige of reumaconsulent is een verpleegkundige, gespecialiseerd in reumatische aandoeningen. Ook de sociale en emotionele kant van de ziekte kan je met de reumaverpleegkundige opnemen.

Een reumaverpleegkundige of reumaconsulent vind je in het ziekenhuis of medisch centrum. Meer informatie over reumaverpleegkundigen vind je via de website van NVKVV, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen: www.nvkvv.be

Organisaties

ReumaNet vzw

ReumaNet vzw verenigt Vlaamse patiëntenverenigingen die reumatische aandoeningen onder de aandacht brengen.

ReumaNet ijvert voor regelgevingen die:

- het leven voor de duizenden patiënten vergemakkelijken
- een betaalbare en adequate zorg garanderen
- patiënten actief houden op de arbeidsmarkt en in het onderwijs
- vrijetijdsbesteding voor reumapatiënten mogelijk maken

Kortom, ReumaNet vzw ijvert voor een betere levenskwaliteit voor mensen met een reumatische aandoening.

Meer informatie vind je op: www.reumanet.be



Momenteel bestaat er in Vlaanderen geen patiëntenorganisatie of werkgroep die zich specifiek richt tot mensen met osteoporose. Heb je zelf osteoporose en wil je een steentje bijdragen aan een werkgroep of patiëntenorganisatie? Geef dan gerust een seintje aan ReumaNet vzw. Je kan ReumaNet bereiken via info@reumanet.be

Relevante adressen en websites

ReumaNet vzw

www.reumanet.be

ReumaHuis

Imperiastraat 16, 1930 Zaventem

Facebookgroepen, beheerd door ReumaNet

www.facebook.com/ReumaNet

Internationale websites

www.eular.org

<https://www.osteoporosenews.be/> (Kies je eigen taal, ook Nederlands)

Ergotherapeuten (wanneer je problemen ervaart bij dagdagelijkse handelingen en in het kader van hulpmiddelen, woningaanpassingen en werk(hervatting)):

- www.ergotherapie.be info@ergotherapie.be
- Sommige mutualiteiten hebben ook ergotherapeuten in dienst waar je beroep kan op doen

Dank!

Deze brochure is mede gebaseerd op de kennis van Professor emeritus Dr. Piet Geusens (Universiteit Hasselt en Maastricht) en Professor Dr. Stefan Goemaere (Universitair Ziekenhuis Gent) en de tekst van de brochure 'Osteoporose' van ReumaNederland. Voor het gedeelte over valpreventie konden we beroep doen op de kennis van ergotherapeute Tinneke Claes en Ergotherapie Vlaanderen.

We willen de auteurs van deze brochures graag danken voor de mogelijkheid hun teksten te gebruiken. Daarnaast willen we natuurlijk iedereen die heeft meegewerkt aan deze brochure (reumatologen, reumaverpleegkundigen en patiënten) van harte bedanken!



Help mee!

ReumaNet is er voor mensen met een reumatische aandoening. Wij vinden het belangrijk om correcte informatie te geven. ReumaNet heeft echter een beperkt budget.

We willen een warme oproep doen aan iedereen: we kunnen uw financiële steun goed gebruiken! **Alle giften, groot en klein, zijn welkom!**

Je ondersteunt daarmee samen met ReumaNet de vele reumapatiënten in Vlaanderen.

Giften kunnen overgemaakt worden aan het **Fonds Vrienden van ReumaNet** van de Koning Boudewijnstichting, **op volgend rekeningnummer:**

IBAN: BE10 0000 0000 0404 op naam van Koning Boudewijnstichting

Met **verplichte vermelding: 014/0530/00086**

Giften vanaf 40 euro en **MET DE JUISTE VERMELDING** zijn fiscaal aftrekbaar!



Woordenlijst

- **Alternatieve of complementaire behandeling:** behandeling die niet tot de reguliere geneeskunde behoort; bij de complementaire behandeling streeft de behandelaar samenwerking na met de reguliere behandelaar.
- **BMI:** Body Mass Index drukt de verhouding uit tussen je gewicht en lengte
- **Codeïne:** een stof die lijkt op morfine. Codeïne vermindert kriebelhoest. Verder werkt het pijnstillend.
- **Colitis ulcerosa:** Chronische ontsteking van het slijmvlies van de dikke darm.
- **COPD:** Afkorting van Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD is een verzamelnaam voor de ziekten chronische bronchitis en longemfyseem.
- **Diabetes mellitus** Ziekte waarbij de regeling van het bloedsuikergehalte verstoord is, meestal door een tekort aan het hormoon insuline. In de volksmond heet het suikerziekte.
- **Menopauze** Dit is de overgangperiode bij vrouwen waarin de eierstokken geen vrouwelijke hormonen meer gaan produceren.
- **NSAID** Afkorting van Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug. Dit zijn medicijnen die de verschijnselen van een ontsteking verlichten en pijn en stijfheid verminderen.
- **Oestrogeen** Vrouwelijk geslachtshormoon.
- **Psoriasis arthritis:** een vorm van ontstekingsreuma die voorkomt bij mensen met de huidziekte psoriasis. De ziekte veroorzaakt huidproblemen en gewrichtsklachten. Een aandoening met chronische gewrichtsontstekingen in combinatie met huid- en/of nagelpsoriasis.
- **Regulier** Een behandeling is regulier als er wetenschappelijk voldoende bekend is over de werking en de bijwerkingen ervan. Hierdoor is in veel gevallen voorspelbaar wat de effecten van zo'n behandeling kunnen zijn.
- **Reumatische aandoening:** Onder reumatische aandoeningen vallen een groot aantal ziekten, die gepaard gaan met klachten en afwijkingen van het bewegingsapparaat. Ook kunnen andere (inwendige) organen bij deze ziekten betrokken raken. Zij zijn niet veroorzaakt zijn door letsel van buitenaf.
- **Reumatoïde Artritis:** Een ontsteking van meerdere gewrichten die langer dan drie maanden duurt. Mensen met RA hebben last van pijn, stijfheid en zwelling van gewrichten. Op langere termijn kan beschadiging van het gewricht optreden. Alle gewrichten kunnen aangetast worden.
- **Reumatoloog:** De reumatoloog is een medisch specialist met speciale kennis en deskundigheid van de reumatische ziekten. Hij/zij is bij uitstek aangewezen om reumatische ziekten te behandelen waarbij ontsteking in gewrichten optreedt, maar ook inwendige organen betrokken kunnen zijn.
- **SLE:** Systemische lupus erythematosus (SLE) is een auto-immuunziekte die de huid, gewrichten en interne organen kan aantasten. Er bestaan verschillende vormen van lupus;



elke vorm heeft zijn eigen verschijnselen en klachten: ofwel beperkt het zich tot de huid (huidlupus) ofwel breidt het uit tot alle organen (systeemlupus).

- **Syndroom van Cushing** Klachten die ontstaan doordat het hormoon cortisol langdurig in te hoge hoeveelheid aanwezig is in het lichaam. Dit kan onder meer veroorzaakt worden door langdurig gebruik van prednison.
- **Tai chi** Een Chinese bewegingsmethode die ontspanning nastreeft in de letterlijke zin van het woord: 'ontspanning' van lichaam en geest.
- **Tramadol** Pijnstiller, stofnaam van Tramal®. Wordt gebruikt bij matige tot ernstige pijn.
- **Ziekte van Crohn** Chronische ontstekingsziekte van het maag-darm- kanaal.

