

AANPAK VAN HET FENOMEEN VAN RAYNAUD

De aanpak van het fenomeen van Raynaud is empirisch en in grote mate ondersteunend. Bij milde vormen zijn maatregelen zoals stoppen met roken en bescherming tegen de koude, dikwijls voldoende. In sommige gevallen van primaire Raynaud en in vele gevallen van secundaire Raynaud is ook medicamenteuze behandeling aangewezen. Calciumantagonisten, met nifedipine als meest bestudeerde stof, zijn de eerste keuze. Met sommige andere stoffen zijn gunstige resultaten verkregen, maar ze blijven momenteel vooral experimenteel. Het is aangetoond dat allopurinol, selenium, β -caroteen, vitamine C en vitamine E niet doeltreffend zijn.

Het fenomeen van Raynaud wordt gekarakteriseerd door episodische, terugkerende en langdurende vasospasmen ter hoogte van vingers en tenen, vaak uitgelokt door blootstelling aan de koude.

- Bij primaire Raynaud (vroeger “ziekte van Raynaud” genoemd) is er geen onderliggende aandoening bekend.
- Secundaire Raynaud (vroeger “syndroom van Raynaud” genoemd) is geassocieerd aan een onderliggende aandoening zoals auto-immuunaandoeningen (vooral sclerodermie) of aan inname van geneesmiddelen zoals ergotalkaloïden, antitumorale geneesmiddelen, β -blokkers. Beroepsomstandigheden kunnen ook een rol spelen.

Dit onderscheid is belangrijk gezien de soms verschillende prognose, ernst en behandeling. De aanpak is empirisch en in grote mate ondersteunend.

Ondersteunende maatregelen

Bij mild fenomeen van Raynaud volstaan meestal ondersteunende maatregelen. Stoppen met roken, vermijden van blootstelling aan de koude, en goede bescherming van het lichaam (niet enkel de vingers en de tenen) bij koel weer zijn belangrijk. Daarenboven moeten stoffen die vasoconstrictie bevorderen, zoals β -blokkers, ergotalkaloïden en decongestiva, vermeden worden.

Medicamenteuze behandeling

In sommige gevallen van primaire Raynaud en in vele gevallen van secundaire Raynaud is, naast ondersteunende maatregelen, medicamenteuze behandeling aangewezen. Een dergelijke behandeling, die gewoonlijk gericht is op het bevorderen van de vasodilatatie, is in het algemeen meer doeltreffend bij primaire dan bij secundaire Raynaud.

Calciumantagonisten zijn de eerste keuze. Nifedipine is het best bestudeerd en het meest gebruikt, hoewel sommige andere dihydropyridines (amlodipine, isradipine, nifedipine en felodipine) eveneens doeltreffend lijken. De dihydropyridines zijn te verkiezen gezien hun selectiviteit voor de vasculaire gladde spier, en hun geringe effecten op de hartfunctie. De startdosis van nifedipine

is laag, en de dosis kan gradueel worden opgedreven; de onderhoudsdosis kan in refractaire gevallen meer dan 60 mg per dag bedragen [n.v.d.r.: voor nifedipine zijn preparaten met vertraagde vrijstelling te verkiezen gezien met de preparaten met normale (niet-vertraagde) vrijstelling plotse bloeddrukdaling kan optreden met risico van coronaire hypoperfusie en reflexe tachycardie, zie Folia mei 1996]. Met de calciumantagonisten kan enkeloedeem optreden.

Er zijn gegevens die suggereren dat *angiotensineconversie-enzymremmers* en *sartanen* ook doeltreffend zouden zijn.

Nitraten via transdermale toediening kunnen ook nuttig zijn zowel bij primaire als bij secundaire Raynaud, maar ongewenste effecten zoals hoofdpijn beperken hun gebruik.

Voor *ketanserine*, een serotoninereceptorantagonist, worden de gunstige effecten die vooral waren gevonden bij patiënten met fenomeen van Raynaud geassocieerd aan sclerodermie, in een recente meta-analyse in twijfel getrokken.

Sommige gegevens suggereren ook een mogelijke rol van *selectieve serotonineheropnameremmers*.

In ernstige gevallen, vooral bij secundaire Raynaud, kunnen ischemie en trombose ter hoogte van de vingers optreden. Er zijn aanwijzingen voor een gunstig effect, met volledige genezing van de ulcera ter hoogte van vingers, met het trombolyticum *alteplase* gevolgd door anticoagulatie gedurende lange termijn. In een kleine studie werd met *heparines met laag moleculair gewicht* een verbetering van de symptomen gezien bij patiënten met refractaire Raynaud. In afwachting van meer gegevens dient anticoagulatie echter niet routinematig te worden toegepast, en in ieder geval zal de rol ervan in de meeste gevallen van primaire Raynaud gering zijn.

Er bestaan anecdotische rapporten voor een gunstig effect van *oestrogenen*, maar er zijn geen gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde studies waarin hun doeltreffendheid is aangetoond. Voor andere behandelingen zoals *selenium*, *β -caroteen*, *vitamine C*, *vitamine E* en *allopurinol* is aangetoond dat ze niet doeltreffend zijn.

Chirurgie

Chirurgie wordt voorbehouden voor patiënten met refractair, ernstig fenomeen van Raynaud, en bestaat gewoonlijk uit digitale sympathectomie.

Naar J.A. Block en W. Sequeira : Raynaud's phenomenon. *Lancet* 357, 2042-2048 (2001)