

Inleiding Boerhaave-cursus reumatologie

DOOR PROF. DR J. GOSLINGS*

Wij hebben lang gearzeld over de opzet van deze Boerhaave-cursus. De gebruikelijke weg om een aantal ziekten te beschrijven of te bespreken bestaat hierin, dat men in vaste volgorde elkaar behandelt, voorkomen en verspreiding, oorzaak en ontstaanswijze, symptomatologie, beloop, prognose, differentiële diagnose en behandeling. In grote lijnen hebben wij ook deze werkwijze gevolgd bij onze vorige Boerhaave-cursus over reumatoïde arthritis.

Wij hebben gemeend op deze cursus, die speciaal voor huisartsen is bedoeld, de gebruikelijke weg te moeten verlaten en hebben getracht ons te verplaatsen in de situatie, waarin zich op uw spreekuur patiënten met klachten over gewrichten komen melden. Deze beperking tot reumatische gewrichtsafwijkingen, waarbij eventuele aandoeningen van de wervelkolom slechts dan even ter sprake komen, indien zij een onderdeel van perifere gewrichtsziekten zijn, is noodzakelijk in verband met de beschikbare tijd. Ter sprake zullen komen: acuut reuma, reumatoïde arthritis en ankyloserende spondylitis (m. Bechterew), jicht en arthrosis deformans.

Bij het bezoek op het spreekuur van patiënten met gewrichtsklachten zal men beginnen bij de anamnese naar bepaalde symptomen te vragen, vervolgens bij het onderzoek trachten pathologische verschijnselen op te sporen om deze gegevens daarna te combineren tot een bepaalde diagnose. Opdat een anamnese enerzijds niet nodeloos te tijdrovend en anderzijds zo zinvol mogelijk zij, dient als achtergrond een voldoende basiskennis te bestaan over de verschillende, het meest in aanmerking komende, ziektebeelden met hun variaties, zoals die in de leerboeken in de gebruikelijke volgorde worden beschreven. Verondersteld wordt dat een dergelijk werk, bijvoorbeeld het Nederlands leerboek voor inwendige geneeskunde, of zo mogelijk een werk speciaal over reumatische ziekten (*Copeman; Hollander*) voor raadpleging ter beschikking staan.

Wij hebben ons slechts tot taak gesteld te trachten in grote lijnen de weg te wijzen tot een enigszins gerichte werkwijze op het spreekuur bij het opnemen van de anamnese en bij het zoeken naar bepaalde klinische verschijnselen en laboratoriumgegevens. Zo kunnen feiten als de sekse waartoe patiënt behoort, zijn of haar leeftijd, de ontwikkeling, de lokalisatie en het beloop van de gewrichtsafwijkingen, de aanwezigheid van huidafwijkingen en van onderhuidse noduli, en dergelijke reeds een

bepaalde richting aan ons diagnostische denken geven. Ik kan nu niet dieper op het gebruik van deze genoemde verschijnselen voor de differentiële diagnose ingaan. Zij zullen door anderen naar voren worden gebracht.

Indien u na het opnemen van de anamnese en het daaropvolgend lichamelijk onderzoek zo ver zijt gekomen dat uw gedachten in een bepaalde richting gaan, zult u vaak behoefte gevoelen om de waarschijnlijkheidsdiagnose verder te verifiëren door röntgenonderzoek van de gewrichten en door laboratoriumonderzoek. Dit laatste kan bestaan uit het eenvoudig nagaan van de bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes en het morfologisch bloedbeeld; uit chemisch onderzoek bijvoorbeeld naar het voorkomen van een verhoogde urinezuurspiegel in het bloed; uit bacteriologisch onderzoek van een keeluitstrijk of van een punctaat van de gewrichten; uit serologisch onderzoek naar het voorkomen van bepaalde anti-lichamen als antistreptolysinen, naar de reumatoïde arthritis-factor aangetoond door de Rose test en daarmee verwante reacties als de Latex fixatie test en naar antikernfactoren; en tenslotte uit pathologisch-anatomisch microscopisch onderzoek na een proefexcisie van gewrichtskapsel of onderhuidse reumatische noduli.

Het is bij het aanvragen van dergelijke onderzoeken echter nodig de kennis te bezitten over de waarde van de hiermede te verkrijgen gegevens, dat wil zeggen in hoeverre aan een positieve of negatieve uitkomst een belangrijke of mogelijk zelfs een beslissende betekenis kan worden toegekend. De wijze van beoordeling van deze onderzoeken op het gebied van röntgenologie en laboratorium zal in de loop van deze cursus door verschillende inleiders ter sprake worden gebracht.

* * *

Alvorens daartoe over te gaan, leek het mij echter nuttig de achtergronden van de bijzondere moeilijkheden bij de diagnostiek van chronische reumatische gewrichtsaandoeningen te belichten. Deze moeilijkheden worden veroorzaakt door de volgende feiten.

- 1 De klinische manifestaties van de te bespreken ziektebeelden en ook het klinisch beloop tonen een enorme spreiding en variatie.

- 2 De etiologie en pathogenese dezer ziekten zijn nog grotendeels, zo niet geheel, onbekend.

- 3 Wij hebben niet de beschikking over klinische,

* Huisartsencursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.

röntgenologische of laboratoriumverschijnselen die alleen of in combinatie voor de ziekte volledig specifiek en dus beslissend zijn voor de diagnose.

Een sterke polymorfie van het ziektebeeld komt bij vele ziekten voor. Dit behoeft op zichzelf nog geen onoverkomelijke moeilijkheden voor de diagnose op te leveren, indien namelijk de etiologie van de ziekte overtuigend vast staat. Laten wij als voorbeeld nemen dat er een microorganisme bestaat dat voldoet aan de door Koch gestelde eisen, om als oorzaak van een ziekte te mogen worden aangenomen, namelijk het voorkomen in een overgroot deel van de gevallen der ziekte, het niet voorkomen daarbuiten en het veroorzaken van een overeenkomstig ziektebeeld bij experimentele infectie van dieren. Door het aantonen van dit microorganisme kan men dan de diagnose stellen, hoe onvolledig of van de norm afwijkend het ziektebeeld bij de individuele patiënt ook mag zijn.

Bij andere ziekten, hoewel de etiologie ervan nog niet bekend is, kan men toch tot een zekere diagnose komen indien er een verschijnsel bestaat dat 100 procent specifiek is voor de ziekte, dat wil zeggen niet daarbuiten voorkomt. Ik noem als voorbeeld het specifieke microscopische beeld van een biopsie bij maligne granuloom (Hodgkin), multipele myelomen (Kahler) en andere maligniteiten. Een ander voorbeeld is het aantonen van een tekort aan vitamines bij de avitaminosen dan wel een tekort of te veel aan een hormonale functie bij endocrine ziekten.

Bij het gemis aan enige zekerheid in deze beide richtingen (etiologie en pathogenese enerzijds en specifieke verschijnselen anderzijds) wordt bijvoorbeeld de juiste afgrenzing van het zeer pleiomorfe beeld van de reumatoïde arthritis ten opzichte van andere reumatische ziekten en enkele collageen- of bindweefselziekten, alle evenzeer zonder bekende etiologie en met een zeer gevarieerd ziektebeloop, wel zeer bemoeilijkt. Door de grote onderlinge overlapping van gelijkvormige verschijnselen kan de differentiële diagnose in het enkele geval vaak lange tijd onmogelijk blijven.

Men is er daarom toe gekomen om voor bepaalde reumatische ziekten een aantal criteria op te stellen, die hoewel op zichzelf niet specifiek dan toch — vooral in bepaalde combinaties — wel min of meer kenmerkend voor de ziekte zijn. Op grond van de combinatie van een voldoende aantal van deze min of meer kenmerkende verschijnselen zou dan een diagnose verantwoord zijn. Aan de hand van de door de American Rheumatism Association opgestelde criteria voor reumatoïde arthritis zal ik trachten duidelijk te maken hoe men tot deze kenmerkende verschijnselen is gekomen.

Men heeft bij een voldoende groot aantal patiënten uit een aantal reumatologische klinieken, waar bij men het ziektebeeld met zekerheid, dan wel waarschijnlijkheid, als reumatoïde arthritis meende te mogen diagnostiseren, het voorkomen van een

aantal klinische, röntgenologische en laboratoriumverschijnselen nagegaan en dit voorkomen vergeleken met het voorkomen bij een vergelijkbaar aantal patiënten, dat zeker geen reumatoïde arthritis had. Van alle verschijnselen werd dan nagegaan hoe het stond met de zogenaamde „specificiteit” en de „gevoeligheid” van het betrokken criterium.

Men weet dat bij reumatoïde arthritis bijna altijd een verhoogde bezinking aanwezig is, dit is dus een gevoelig symptoom. Maar daar een dergelijke verhoogde bezinking bij vrijwel alle ziekten waartegenover men moet differentiëren ook vaak aanwezig of anders gezegd niet bijna altijd afwezig is, is het symptoom zeer onspecifiek. Daarentegen zijn bepaalde onderhuidse noduli met een karakteristieke microscopische structuur, die men bij reumatoïde arthritis kan vinden, bij andere ziekten zelden aanwezig met andere woorden daarbij dus bijna altijd afwezig, zodat dit symptoom een grote specificiteit heeft. Maar anderzijds zijn deze noduli ook bij reumatoïde arthritis relatief weinig frequent aanwezig en dus is dit verschijnsel betrekkelijk weinig gevoelig.

De juiste definitie van deze begrippen specificiteit en gevoeligheid kan wellicht het beste aan de hand van het schema in *figuur 1* worden gedemonstreerd. In de 4-voudige tabel wordt genoteerd hoe vaak een als criterium gebruikt verschijnsel afwezig of aanwezig is bij niet-reumatoïde arthritis en bij reumatoïde arthritis, respectievelijk A, B, C en D. Onder specificiteit van het criterium wordt dan verstaan de verhouding van het afwezig zijn van dit verschijnsel bij niet-reumatoïde arthritis ten opzichte van het totaal aantal patiënten dat geen reumatoïde arthritis heeft. Onder gevoeligheid wordt verstaan de verhouding van de aanwezigheid van het verschijnsel bij patiënten met reumatoïde arthritis ten opzichte van het totaal aantal patiënten met reumatoïde arthritis. Een goed bruikbaar criterium dient vaak aanwezig te zijn (D) bij reumatoïde arthritis (dat wil zeggen hoge gevoeligheid) en vaak afwezig te zijn (A) bij patiënten die geen reumatoïde arthritis hebben (hoge specificiteit).

De figuren 2 en 3 geven voorbeelden voor twee criteria uit het klinisch onderzoek van de American Rheumatism Association, waaruit men kan zien dat

Figuur 1. Definitie van gevoeligheid en specificiteit van een symptoom

Diagnose		Niet reumatoïde arthritis	Reumatoïde arthritis
Criterium	Afwezig	A	C
	Aanwezig	B	D
		A + B	C + D

$$\text{Specificiteit} = \frac{A}{A + B}$$

$$\text{Gevoeligheid} = \frac{D}{C + D}$$

Een ideaal criterium is vaak:

Aanwezig bij reumatoïde arthritis (hoge gevoeligheid)

Afwezig bij niet-reumatoïde arthritis (hoge specificiteit)

wat betreft de pijn in gewrichten (*figuur 2*) de gevoeligheid hoog is dat wil zeggen vaak aanwezig bij reumatoïde artritis, doch dat de specificiteit gering is, dat wil dus zeggen dat veel patiënten zonder reumatoïde artritis ook pijn in de gewrichten hebben (dus weinig afwezig). Daarentegen is voor het andere criterium, namelijk de aanwezigheid van reumatische noduli (*figuur 3*) omgekeerd de specificiteit hoog. Deze noduli worden dus slechts zelden gezien bij niet-reumatoïde artritis (als regel afwezig, namelijk in 95 procent der gevallen). Daarentegen is de gevoeligheid betrekkelijk gering, dat wil zeggen weinig aanwezig bij reumatoïde artritis.

In *tabel 1* worden behalve deze twee criteria ook nog enkele andere vermeld, zoals ochtendstijfheid zeer gevoelig en matig specifiek, terwijl de symme-

Figuur 2. Voorbeeld uit het klinisch American Rheumatism Association-onderzoek

Criterium		Diagnose	
		Niet-reumatoïde arthritis	reumatoïde arthritis
Pijn bij druk of beweging	Afwezig	A = 14	C = 2
	Aanwezig	B = 86	D = 98

$$\text{Specificiteit} = \frac{A}{A+B} = \frac{14}{100} = 0.14 \quad \text{Weinig specifiek}$$

$$\text{Gevoeligheid} = \frac{D}{C+D} = \frac{98}{100} = 0.98 \quad \text{Hoog gevoelig}$$

Figuur 3. Voorbeeld uit het klinisch American Rheumatism Association-onderzoek

Criterium		Diagnose	
		Niet-reumatoïde arthritis	reumatoïde arthritis
Noduli rheumatici	Afwezig	A = 95	C = 82
	Aanwezig	B = 5	D = 18

$$\text{Specificiteit} = \frac{A}{A+B} = \frac{95}{100} = 0.95 \quad \text{Hoog specifiek}$$

$$\text{Gevoeligheid} = \frac{D}{C+D} = \frac{18}{100} = 0.18 \quad \text{Weinig gevoelig}$$

*Tabel 1. Voorbeeld uit het klinisch American Rheumatism Association-onderzoek **

Criteria	Specificiteit	Gevoeligheid
Pijn bij druk/beweging	0,14	0,98
Noduli rheumatici	0,95	0,18
Ochtendstijfheid	0,38	0,99
Symmetrische gewrichtszwelling	0,61	0,71
Rose test	0,91	0,60

* Ropes, M. W. e.a. (1957), Ann. rheum. Dis. 16, 118
Idem (1959), Ann. rheum. Dis. 18, 49

trische gewrichtszwellingen en een positieve Rose test de beste combinatie van specificiteit en gevoeligheid tonen.

Ingevolge deze denkwijze zijn vele verschijnselen weinig of niet bruikbaar voor de differentiële diagnostiek. Enerzijds omdat zij geheel onspecifiek zijn zoals de verschijnselen van algemeen ziek zijn, vermoeidheid, malaise, gewichtsverlies, koorts, anemie, lymfklierzwelling, verhoogde bezinking en leukocytose of leukopenie. Ook symptomen als peeschede-ontsteking, spier- en huid-atrofie, zijn te weinig specifiek. Andere symptomen als pleuritis, endo-, myo- en pericarditis, splenomegalie, arteriitis en polyneuritis komen klinisch relatief zelden voor bij reumatoïde artritis en zijn als diagnostische criteria te ongevoelig.

Men is zo gekomen tot het opstellen van de 11 diagnostische criteria die in *tabel 2* worden vermeld.

*Tabel 2. American Rheumatism Association-criteria voor reumatoïde artritis **

- 1 Ochtendstijfheid van gewrichten.
- 2 Pijn bij druk op of beweging van minstens één gewricht.
- 3 Weke delen zwelling van of vrij vocht in één gewricht.
- 4 Zwelling van minstens één ander gewricht met een vrije tussenperiode van maximaal drie maanden.
- 5 Gelijktijdige symmetrische gewrichtszwelling (distale interfalangeaalgewrichten uitgesloten).
- 6 Onderhuidse noduli.
- 7 Röntgenafwijkingen (peri-articulaire ontkalking of destructieve veranderingen).
- 8 Positieve Rose test (Latex fixatie test).
- 9 Slechte mucine precipitatie uit synoviaal vocht (1,3 ml 7 N azijnzuur, 3 ml aq. bidest., 1 ml synoviaal vocht).
- 10 Karakteristieke histologische veranderingen in een kapselbiopsie.
- 11 Karakteristieke afwijkingen in de biopsie van een onderhuidse nodulus.

* Ropes, M. W., e.a. (1957) Ann. rheum. Dis 16, 118.
Idem (1959) idem 18, 49.

Diagnose bij minstens zes weken bestaan van de gewrichtsverschijnselen
én zeven criteria: klassieke reumatoïde artritis;
én vijf criteria: zekere reumatoïde artritis;

én drie en vier criteria: waarschijnlijke reumatoïde arthritis.

Bovendien nog altijd een twintigtal ziekten uitsluiten (zie tabel 3).

*Tabel 3. Uitsluitingen bij
American Rheumatism Association-criteria **

Deze uitsluitingen omvatten, behalve de verschillende zogenaamde collageen- of bindweefselziekten (lupus erythematoses generalisatus, periarteriitis nodosa, dermatomyositis, sclerodermie) en reumatische ziekten als acuut reuma, ankyloserende spondylitis (morbus Bechterew), syndroom van Reiter en jicht of tophi, de volgende ziekten:

Acute infectieuze arthritis veroorzaakt door bacteriën of virus.
Tuberculeuze arthritis.
Erythema nodosum.
Schouder-hand syndroom.
Osteo-arthropathie pulmonaire hypertrophante.
Neuro-arthropathie.
Alcaptonurie.
Ziekte van Besnier Boeck.
Multipole myelomen (ziekte van Kahler).
Leukemie (myeloïde en lymfatische).
Agammaglobulinemie.

* Ropes, M. W., e.a. (1957) Ann. rheum. Dis 16, 118.
Idem (1959) idem 18, 49.

De eerste zes zijn klinische verschijnselen, verder aangevuld met één röntgenologisch, één serologisch, één chemisch en twee microscopisch-morfologische criteria. Indien de gewrichtsafwijkingen zes weken of langer bestaan en er zeven criteria aanwezig zijn, dan kan men spreken van een klassieke reumatoïde arthritis. Zijn er vijf criteria aanwezig, dan staat de diagnose praktisch vast en spreekt men van zekere reumatoïde arthritis. Bij drie en vier criteria kan de waarschijnlijkheid van een reumatoïde arthritis worden aangenomen.

Maar ook als aan dit aantal criteria voldaan is, moet men zich bewust zijn dat een twintigtal andere ziekten zich kan manifesteren met een symptomencomplex als bij zekere en waarschijnlijke reumatoïde arthritis het geval is. Deze worden als uit te sluiten ziekten vermeld in tabel 3. Hieronder vallen niet alleen de verschillende reumatische ziekten en collageen- of bindweefselziekten waarvoor men gedeeltelijk nog een zekere verwantschap zou kunnen postuleren, doch ook verschillende acute bacteriële en virusinfecties, tuberculose en tenslotte zelfs ziektebeelden als Besnier Boeck, Kahler en leukemieën.

Een en ander zal u duidelijk maken welke moeilijkheden de afgrenzing van het zeer gevarieerde ziektebeeld van reumatoïde arthritis veelal in de praktijk kan opleveren door het gemis van een bekende etiologie en pathogenese en van volledig specifieke verschijnselen. Indien men bij een patiënt door zeven aanwezige criteria voldoet aan de eisen voor de diagnose klassieke reumatoïde arthritis,

heeft men nauwelijks kans op een foutieve diagnose; bij zekere reumatoïde arthritis (vijf criteria) bestaat weinig kans hierop. Zijn er echter slechts drie of vier criteria positief dan geven de ervaringen in onze kliniek na een follow-up van enige jaren aan, dat bij 50 procent van deze patiënten de diagnose reumatoïde arthritis uiteindelijk toch foutief bleek te zijn en diende te worden gewijzigd. Men zou daarom als bezwaar tegen deze criteria naar voren kunnen brengen dat men daaraan in lichte begingevallen geen steun heeft, zelfs met minder dan drie criteria, terwijl men dan juist gaarne een vroege diagnose zou willen stellen om zo tijdig mogelijk een behandeling te kunnen instellen. Wie dergelijke bezwaren uit, stelt te absolute eisen aan de criteria en vergeet dat de aard van deze ziekte dit nu eenmaal onmogelijk maakt. De criteria zijn trouwens niet bedoeld voor dogmatisch gebruik bij het stellen van de diagnose en een ieder blijft vrij in zijn praktijk de diagnose te stellen bij aanwezigheid van minder criteria en met behulp van minder specifieke verschijnselen als verhoogde bezinking, peesschedezwellingen, familie-anamnese, enzovoort. De criteria geven echter een zeer bruikbare leidraad voor uw diagnose. Bij dubieuze gevallen dwingt deze u het verdere beloop nauwkeurig te blijven observeren.

De opstelling van deze criteria heeft ook op ander terrein dan de praktische diagnostiek reeds groot nut opgeleverd. Tot dien was het vrijwel ondoenlijk de publikaties in de literatuur over het beloop van de ziekte en het effect van geneesmiddelen op een juiste wijze te beoordelen, daar een onderlinge vergelijking door de sterke verschillen in selectie van het beschreven patiëntenmateriaal niet mogelijk was. Door het gebruik van deze criteria verkrijgt men gelijkwaardige groepen, waardoor onderlinge vergelijking van in de literatuur vermelde resultaten kan worden verwezenlijkt.

Ook bij acuut reuma hebben wij met dezelfde moeilijkheden te maken: slechts gedeeltelijk bekende etiologie, het ontbreken van een absoluut specifiek verschijnsel (de Asschoffse noduli in het hart krijgt men nu eenmaal voor diagnostische doeleinden niet in handen) en ook hierbij een zeer gevarieerd polymorf ziektebeeld met een zeer vage onduidelijke begrenzing. Hier is de wijze van gebruik der uitgekozen diagnostische criteria (tabel 4) iets anders met een indeling in hoofdverschijnselen met redelijke hoge specificiteit, maar gedeeltelijk met relatief geringe gevoeligheid en de minder typische verschijnselen met een geringe specificiteit doch veel grotere gevoeligheid. Indien twee hoofdcriteria of één hoofdverschijnsel met twee minder typische verschijnselen aanwezig zijn, wordt de diagnose acuut reuma zeer waarschijnlijk, doch niet zeker. Ook hier moet men weer een groot aantal ziekten uitsluiten dat zich onder een overeenkomstig symptomencomplex kan manifesteren (tabel 5).

Vooraf bij de combinatie van polyarthritis als hoofdverschijnsel en koorts en verhoogde bezinking

als de twee meest onspecifieke minder typische verschijnselen moet men bijzonder op zijn hoede zijn bij de differentiële diagnostiek. Deze combinatie komt juist in de praktijk relatief frequent voor. Men zou mogelijk als algemeen arts willen stellen dat men in de praktijk beter te voorzichtig kan zijn, met andere woorden liever de diagnose te vaak stellen dan eenmaal de diagnose van acuut reuma te missen. Daartegenover staat echter de grote lichamelijke en zeker ook psychische belasting van een jarenlange penicillineprofylaxe, de consequenties

*Tabel 4. Jones criteria voor acuut reuma **

Hoofdcriteria

- I Klinische verschijnselen van carditis (voordien niet bestaande souffles, toenemende dilatatio cordis, aanwijzingen voor pericarditis zoals wrijven, exsudatie of typische e.c.g. afwijkingen op het electrocardiogram).
- II Polyarthritis met neiging tot verspringen van het ene op het andere gewricht.
- III Chorea.
- IV Subcutane noduli.
- V Erythema annulare.

Minder typische verschijnselen

- 1 Koorts.
- 2 Arthralgieën.
- 3 Verlengd PR-interval in het electrocardiogram.
- 4 Verhoogde bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes, leukocytose, positieve C-reactieve proteïne (één of meer dezer verschijnselen tellen voor één).
- 5 Voorafgaande infectie met bèta-hemolytische streptokokken A (klinisch beeld, bacteriologische kweek of stijging van de antistreptolysinetiter).
- 6 Voorafgaande aanval van acuut reuma in de anamnese (vastgesteld volgens deze zelfde objectieve criteria) of inactieve hartafwijkingen.

Criterium 2 (arthralgieën) mag niet worden meegeteld indien II (polyarthritis) reeds is gebruikt. Hetzelfde geldt voor criterium 3 (electrocardiogramafwijkingen) indien I (carditis) reeds is gebruikt.

Indien twee hoofdcriteria dan wel indien één ervan met twee minder typische verschijnselen aanwezig zijn, wordt de diagnose acuut reuma zeer waarschijnlijk. Men dient dan echter eerst nog verschillende ziekten uit te sluiten. Dit geldt in het bijzonder voor de meest dubieuze combinatie van polyarthritis, koorts en verhoogde bezinking.

* „Jones criteria (modified) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever”, Rutstein, David D., e.a. (1955), Modern concepts of cardiovascular disease XXIV nr. 9.

van deze diagnose bij keuring voor een beroep, en dergelijke, zodat het wellicht dienstig is de volgende zin uit het rapport over de Jones criteria van het daarvoor ingestelde „committee” van de American Heart Association aan te halen:

„The tragedy which may lie in the wake of the „false diagnosis of rheumatic fever may be even „greater than the possible harm of missed recognition in questionable cases. The institution of „effective prophylactic regimens requiring prolonged administration of sulfadiazine or anti-biotic agents places a grave responsibility on „the physician in the diagnosis of this illness.”

*Tabel 5 Uitsluitingen bij Jones criteria **

- 1 Reumatoïde arthritis.
- 2 Spondylitis ankylopoetica.
- 3 Lupus erythematoses generalisatus.
- 4 Serumziekte.
- 5 Penicilline overgevoeligheid.
- 6 Septichemie (meningokokken).
- 7 Subacute bacteriële endocarditis.
- 8 Gonorrhoeïsche arthritis.
- 9 Tuberculose.
- 10 Febris undulans.
- 11 Poliomyelitis.
- 12 Niet specifieke pericarditis.
- 13 Leukemie.
- 14 Sikkkelcelanemie.

* Rutstein, David D., e.a. (1955), Modern concepts of cardiovascular disease XXIV nr. 9.

Deze algemene inleiding had ten doel een inzicht te geven in de diagnostische problemen veroorzaakt door het wezen van de ziekten, namelijk zeer polymorf beeld, onbekende oorzaak en ontstaanswijze en het ontbreken van 100 procent specifieke verschijnselen. Ik heb gewezen op de mogelijkheid door het samenbrengen van ziekteverschijnselen met voldoende gevoeligheid en redelijke specificiteit tot het opstellen van diagnostische criteria te komen. Deze criteria kunnen nooit als dogma gelden doch zij zijn een nuttige leidraad voor de diagnostiek gebleken. Op de laatste CIOMS-conferentie te Rome in 1961 over bevolkingsonderzoek bij reumatische ziekten werd het dan ook noodzakelijk geacht eveneens voor ziekten als jicht, spondylitis ankylopoetica en arthrosis deformans, tot het opstellen van dergelijke criteria te komen.

Copeman, W. S. C. (1955) Textbook of the rheumatic diseases. E. en S. Livingstone Ltd, Edinburgh, London.
Hollander, J. L. (1960) Arthritis and allied conditions. Lea en Febiger, Philadelphia.