

W. J. H. M. VAN DEN BOSCH*

Jicht: een moeilijke diagnose?

Naar aanleiding van de ziektegeschiedenissen van twee patiënten bij wie eerst een foutieve diagnose werd gesteld alvorens aan jicht werd gedacht, is bij alle patiënten in vier huisartspraktijken bij wie in de laatste tien jaar de diagnose jicht is gesteld, nagegaan welke (foutieve) diagnoses daaraan vooraf zijn gegaan. Het resultaat is een bonte verzameling aandoeningen. Aan de hand van literatuurgegevens en de gegevens uit dit onderzoekje wordt daarna een poging gedaan criteria op te stellen om de diagnosestelling van jicht te verbeteren.

Inleiding

Op een maandagmorgen werden de contacten van de weekendwaarnemer met mijn patiënten telefonisch aan mij doorgegeven. Het verhaal van een van hen riep de nodige vraagtekens bij mij op. Het betrof een weduwe van 75 jaar, die op zaterdag een huisbezoek had gevraagd wegens een pijnlijke rode voet. De pijn was zo hevig dat zij niet kon lopen. Zij kon onmogelijk op het spreekuur komen. De weekenddokter had haar bij zijn bezoek thuis alleen aangetroffen. Hij vertelde dat hij op de voorvoet aan de basis van de grote teen een roodheid had gevonden. De voet voelde daar warm aan. De patiënte had veel pijn. Zij had er de nacht daarvoor niet van kunnen slapen. Zij had ook verteld dat zij zich er ziek van voelde. De waarnemende huisarts zei de diagnose erysipelas te hebben gesteld. Hij had haar een oraal penicillinepreparaat gegeven en tabletten tegen de pijn. Op zondag had de familie hem nog gebeld dat de penicilline goed had geholpen; de pijn was al een stuk gezakt. Op mijn vraag of de patiënte koorts had, was zijn antwoord dat hij dat niet had gevraagd. Zij had er wel wat „koortsig” uitgezien. De vraagtekens die op dat moment bij mij opkwamen, werden veroorzaakt door de lokalisatie van de klacht, het typische verhaal van de heftige pijn, het niet spontaan vermelden van koorts en door het feit dat mij bekend was dat deze patiënte diuretica gebruikte. Mijn

gedachten gingen daarom uit naar een jichtaanval. Ik besloot haar op te zoeken. Er bleek inderdaad een arthritis van het metatarso-falangeale gewricht van de grote teen te bestaan. Het urinezuurgehalte in het serum was 0.59 mMol/l (normaal bij vrouwen tot 0.34 mMol/l), zodat een jichtaanval zeer waarschijnlijk was.

Dezelfde week zag ik op het spreekuur nog een patiënt met voetklachten. In dit geval ging het om een 45-jarige man die mij in de afgelopen weken al tweemaal had bezocht met een „ontsteking” in zijn rechter voet, waarvoor ik geen afdoende verklaring had gevonden. Ik zag een roodheid met een lichte zwelling aan de laterale zijde van de voet, maximaal onder de laterale malleolus. De patiënt gaf vooral bij lopen pijn aan. Actieve en passieve bewegingen in het bovenste spronggewricht bleken pijnlijk. Er bestond ook pijn in het verloop van de pees van de peroneus. Bij het vorige consult had ik als meest waarschijnlijke diagnose „tendinitis” op de kaart geschreven. Ik dacht aan overbelasting. De patiënt is eigenaar van een cafetaria, hij staat en loopt de gehele dag, bovendien heeft hij een fors overgewicht. Ik had hem behandeld met rust, een nat verband en indomethacine. Dit laatste middel had ik hem voorgeschreven, omdat de patiënt mij vertelde dat hij twee jaar geleden, toen hij nog elders woonde, ook een peesontsteking had gehad op dezelfde plaats, maar in zijn andere voet. Hij was toen met dezelfde capsules behandeld en de

klachten waren toen binnen een week verdwenen.

De patiënt hield intussen al drie weken rust met zijn voet op een stoel en dat ging hem danig vervelen. Hij moest trouwens dringend terug naar zijn zaak. Tijdens het vorige consult had ik de BSE bepaald en het aantal leukocyten geteld. Beide waarden waren volledig normaal. Toen ik de kaart van de heer B nog eens bekeek, viel me op dat hij wegens hypertensie werd behandeld met een diureticum. Ik moest denken aan mevrouw A. Zou ook bij de heer B sprake kunnen zijn van jicht? Een paar dagen later bleek het urinezuurgehalte in het serum dat ik geprikt had, fors verhoogd te zijn, 0.63 mMol/l (normaal bij mannen tot 0.40 mMol/l).

Zou ik een jichtaanval veel vaker over het hoofd zien?

Om zicht te krijgen op de mogelijke problemen met betrekking tot de diagnose jicht, heb ik de volgende vragen trachten te beantwoorden:

- *Frequentie.* Hoe vaak stelt een huisarts de diagnose jicht, en zijn er wat dit betreft verschillen tussen huisartsen?
- *Tot stand komen diagnose.* Hoe komt de diagnose jicht tot stand en wie stelt de diagnose?
- *Voorafgaande onjuiste diagnoses.* Bij hoeveel patiënten heeft de huisarts aanvankelijk een andere diagnose dan jicht gesteld?
- *Verhoogd risico.* Zijn er categorieën patiënten aan te wijzen met een verhoogd risico voor jicht?

Methode

Het CMR-systeem van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut biedt de mogelijkheid om na te gaan bij welke patiënten in de periode 1971-1982 de diagnose jicht is gesteld en bij welke patiënten jicht als bekende aandoening is doorgecodeerd. Op deze wijze werden de gegevens van 54 patiënten in vier huisartspraktijken op de patiëntenkaarten teruggezocht. Bij nog eens zeven patiënten was de diagnose jicht gesteld voordat zij in een van de vier registratiepraktijken waren ingeschreven. Aan de registrerende artsen werd gevraagd op geleide van de gegevens op de patiëntenkaarten de volgende vragen te beantwoorden:

- waar waren de klachten gelokaliseerd?
- wie heeft de diagnose jicht gesteld?
- is deze diagnose tot stand gekomen volgens de criteria van de CMR?

* Huisarts te Lent.

Tabel 1. Incidentie (nieuwe gevallen) en prevalentie (nieuwe + bekende gevallen) van jicht opgegeven per standaardpraktijk (n=2800) per jaar.

	Incidentie		Prevalentie	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
CMR ³	0,5	0,3	2,3	1,0
Monitoringproject ⁴	1,0	0,8	2,6	2,1

– zijn er aan de diagnose jicht andere, foutieve, diagnoses voorafgegaan?

– gebruikte de patiënt op het moment dat de diagnose gesteld werd diuretica, en zo ja, welke?

Met behulp van de gecomputeriseerde CMR- gegevens werd vervolgens informatie verkregen over het geslacht, de leeftijd en de sociale laag van de patiënten bij het stellen van de diagnose. Voorts werd informatie verkregen met betrekking tot andere aandoeningen in het jaar van de diagnosestelling; hypertensie, adipositas, coronair infarct, decompensatio cordis, nierstenen, chronische urineweginfecties, psoriasis en alcoholverslaving.

Resultaten

Frequentie

De aantallen nieuwe en bekende gevallen uit enkele morbiditeitsstudies zijn vermeld in *tabel 1*. De gegevens in deze tabel wijzen er op, dat in een gemiddelde huisartspraktijk bijna eenmaal per jaar de diagnose jicht wordt gesteld en dat ruim drie patiënten met jicht onder de aandacht van de huisarts zijn.

De interdokter-variantie is, voorzover deze kleine getallen toelaten hierover een uitspraak te doen, vrij groot. Van de 54 patiënten waren er tweemaal twintig afkomstig uit twee praktijken en tweemaal zeven uit de beide andere praktijken.

Tot stand komen diagnose

Het criterium dat voor de diagnose jicht werd aangehouden, luidt dat er sprake dient te zijn van een (meestal) recidiverende (mono)arthritis met een plotselevig begin, klachtenvrije tussenperiodes en in de ziektegeschiedenis een verhoogd serumurinezuurgehalte. Bij bestudering van de patiëntengegevens bleek dat bij zes patiënten de diagnose jicht achteraf gezien ten onrechte is gesteld. Bij deze patiënten was sprake geweest van een verhoogd serumurinezuurgehalte zonder duidelijke arthritische verschijnselen. In het vervolg van dit verhaal zullen dan ook alleen de gegevens van de 48 andere (jicht) patiënten gebruikt worden.

In bijna alle gevallen heeft de huisarts zelf uiteindelijk de diagnose gesteld. In twee gevallen betrof het een waarnemer en in vier gevallen een specialist. In één geval werd de diagnose gesteld door een cardioloog. Drie patiënten werden met hun onbegrepen klachten naar een specialist verwezen, waarbij de diagnose jicht alsnog gesteld is. Dit waren een reumatoloog, een internist en, merkwaardig genoeg, een neuroloog.

Tabel 2. Foutieve diagnoses (25 aandoeningen bij 20 patiënten).

Diagnosen	Aantal
Trauma/contusie	5
Cellulitis	5
Tendinitis	3
Erysipelas	3
Arthrosi	2
Neuralgie	1
Flebitis	1
Meniscluslaesie	1
Ischialgie	1
Bursitis	1
Panaritium	1
Chronisch reuma	1

Tabel 3. Lokalisaties.

Lokalisaties	Aantal
Metatarso-falangeaal gewricht grote teen	28
Elders in voet of enkel	9
Elders in het been	2
Hand en arm	6
Verschillende gewrichten	3

Tabel 4. Leeftijds- en geslachtsverdeling.

Leeftijden in jaren	Mannen	Vrouwen
0-30		
31-40	4	1
41-50	5	–
51-60	6	7
61-70	3	2
71-80	6	10
81+	3	1
Totaal	27	21

Voorafgaande onjuiste diagnoses

Aan de registrerende huisartsen is gevraagd op de patiëntenkaarten na te kijken in hoeverre er vóór het stellen van de diagnose jicht eerst andere diagnoses zijn gesteld die hebben geleid tot een ander beleid. Aandoeningen die als differentiële diagnoses zijn overwogen zijn hierbij buiten beschouwing gebleven.

In 28 gevallen is de diagnose jicht direct gesteld, eventueel na het bepalen van het urinezuurgehalte. In de overige gevallen werden andere aandoeningen gediagnostiseerd. Deze zijn in *tabel 2* opgenomen. Het aantal aandoeningen is groter dan het aantal patiënten, omdat bij sommige patiënten meer dan één aandoening is verondersteld voordat de diagnose jicht werd gesteld. De aard van de aandoeningen die in de tabel zijn opgenomen, maakt het waarschijnlijk dat patiënten nogal eens zinloze behandelingen hebben ondergaan, zoals antibiotica bij een „erysipelas”.

Verondersteld mocht worden dat de typische lokalisatie in het metatarso-phalangeale gewricht van de grote teen een handvat zou zijn bij de diagnose. Van de 28 maal dat deze lokalisatie voorkwam (*tabel 3*) werd echter in elf gevallen eerst een andere, foutieve diagnose vermeld. De tijd die verliep tussen de eerste presentatie van de klachten en het stellen van de uiteindelijke diagnose, liep uiteen van een week tot twee jaar.

Verhoogd risico

In de literatuur worden enkele factoren genoemd die met jicht in verband zouden staan. In leerboeken van oudere datum wordt gesteld dat jicht vrijwel uitsluitend bij mannen voorkomt. In meer recente publikaties blijkt de geslachtsverhouding ongeveer 7:1 te zijn.¹ In het onderhavige onderzoek zijn 27 mannen en 21 vrouwen opgenomen. De typische leeftijd voor jicht zou 20 tot 40 jaar zijn. De leeftijdsverdeling van de patiënten in dit onderzoek is vermeld in *tabel 4*. De gemiddelde leeftijd waarop de diagnose werd gesteld, was 62 jaar.

Door bestudering van de gegevens op de patiëntenkaarten was het niet mogelijk eventueel uitlokkende factoren op te sporen, zoals excessief alcoholgebruik, purinerijke maaltijden en lichamelijke inspanning.

De van de literatuurgegevens afwijkende geslachts- en leeftijdsverdeling in dit onderzoek zou verklaard kunnen worden door het hoge percentage patiënten dat op het moment van de diagnose

Tabel 5. Samenhangende aandoeningen met jicht: het aantal met jicht én de betreffende aandoening met tussen haakjes het verwachte aantal patiënten met de betreffende aandoening in deze groep.

Aandoeningen	Mannen	Vrouwen
Adipositas	11 (2.9)	14 (5.3)
Coronair infarct	4 (1.1)	2 (0.7)
Angina pectoris	4 (0.9)	1 (1.3)
Decompensatio cordis	7 (0.9)	1 (1.3)
Hypertensie	12 (1.9)	17 (4.8)
Nierstenen	1 (0.2)	0 (0.2)
Chronische urineweginfecties	4 (0.1)	2 (0.2)
Psoriasis	3 (0.3)	0 (0.3)
Alcoholverslaving	4 (0.2)	0 (0.1)

diuretica gebruikte. In de Framingham-studie gebruikte 50 procent van de patiënten met jicht diuretica. Van onze 48 patiënten gebruikten er 29 een diureticum, van wie 20 chloortalidon. Bij patiënten die geen diureticum gebruikten, was de categorie mannen jonger dan 60 jaar oververtegenwoordigd; de aantallen en de verschillen zijn echter te klein om er conclusies aan te kunnen verbinden.

Er is ook gekeken naar het verband tussen het vóórkomen van jicht en de sociaal-economische positie. In oudere leerboeken wordt een samenhang gesuggereerd tussen jicht en de mate van welvaart, zich uitend in een hoge consumptie van vlees, wijn en port. Hoewel de getallen in dit onderzoekje klein zijn, is de verdeling over de sociale lagen zoals die bij deze leeftijdsgroepen verwacht mag worden.

In de literatuur worden een aantal aandoeningen beschreven die met jicht zouden kunnen samenhangen. In *tabel 5* zijn de patiëntenaantallen gegeven die in het jaar van de diagnose bij de huisarts met genoemde aandoening bekend waren. Om deze getallen te kunnen vergelijken is met behulp van de CMR-gegevens berekend hoeveel patiënten met een dergelijke aandoening verwacht kunnen worden in een groep patiënten die vergelijkbaar is wat betreft leeftijd en geslacht. Een van de verklaringen voor het grote aantal patiënten met hypertensie en mannen met decompensatio cordis, is het gebruik van diuretica. Aandoeningen zoals hypertensie en decompensatio worden vaak behandeld met dit soort middelen.

Als voorzichtige conclusie kan gesteld worden dat mannelijk geslacht, diureticumgebruik, adipositas en hypertensie factoren zijn die de huisarts eerder op het spoor zouden kunnen zetten van de diagnose jicht bij klachten in die richting.

Beschouwing

„Alhoewel jicht de oudste en tevens meest bekende reumatische aandoening is, is jicht enerzijds de meest gemiste diagnose en anderzijds de meest overgediagnostiseerde aandoening”, aldus een uitspraak van Dequeker.²

Bij zorgvuldige bestudering van de gegevens van patiënten in vier huisartspraktijken bij wie de diagnose jicht was gesteld, bleek dat in meer dan 10 procent van de gevallen deze diagnose niet terecht gesteld was. Het missen van de diagnose is achteraf veel moeilijker op te sporen. In dit onderzoek is een poging gedaan te onderzoeken bij welk percentage van de patiënten de diagnose jicht werd voorafgegaan door een of meer foutieve diagnoses. Een bonte verzameling aandoeningen kwam daarbij naar voren. In het uiterste geval duurde het twee jaar voordat de verkeerde diagnose uiteindelijk werd vervangen door de correcte diagnose jicht. Aangenomen dat de klachten bij een jichtaanval na enige dagen tot weken verdwijnen en dat de meeste van de genoemde foutieve aandoeningen behandeld zullen worden met rust en analgetica, mag verondersteld worden dat een deel van de patiënten die bij de huisarts komen met verschijnselen van een jichtaanval, nooit als jichtpatiënt herkend zal worden.

In de literatuur wordt in het algemeen onderscheid gemaakt tussen primaire jicht en secundaire jicht bij diureticumgebruik. Dit onderscheid is voor de huisarts echter slechts van beperkt belang. In eerste instantie zal hij een jichtaanval bij zijn patiënt als zodanig moeten herkennen en behandelen. Later kan dan gekeken worden of het stoppen van het diureticum tot gevolg heeft dat de klachten niet meer recidiveren en dat het urinezuur eventueel tot normale waarden zal dalen.

Voor het herkennen van een jichtaanval zijn de klinische verschijnselen het meest belangrijk. Bepaling van het urinezuurgehalte kan de diagnose helpen bevestigen. Belangrijk daarbij is het om te realiseren dat een verhoging van het serumurinezuurgehalte voor kan komen, zonder klinische verschijnselen van jicht. Uit de Framingham-studie is duidelijk geworden, dat het optreden van klinische verschijnselen niet parallel gaat aan het stijgen van het serumurinezuurgehalte. De grote meerderheid van de personen in deze studie met een matig verhoogd urinezuurgehalte in het serum had tot dan geen klinische verschijnselen van jicht gehad.⁵ Eveneens is bekend dat met name de eerste jichtaanval optreedt bij een normaal urinezuurgehalte.

Tot punctie in het – zeer pijnlijke – gewricht zal het zelden komen, hoewel het vaststellen van dubbelbrekende kristallen in het gewrichtsvocht de enige methode is om de diagnose met 100 procent zekerheid te stellen.

Op basis van literatuurgegevens en gegevens verzameld in dit onderzoekje kunnen de volgende criteria worden opgesteld om een jichtaanval waarschijnlijk te maken:

- er bestaat een arthritis;
- de voorkeurslokalisatie is het metatarsal-falangeale gewricht van de grote teen;
- de pijnklachten ontstaan snel en zijn hevig;
- de klachten hebben de neiging te recidiveren, meestal met grote tussenpozen en met klachtenvrije tussenperiodes;
- het urinezuurgehalte van het serum is meestal verhoogd.

Als bij een patiënt met een arthritis twee van de overige criteria positief zijn, kan gesteld worden dat de diagnose jicht zeer waarschijnlijk is.

¹ Gast LF, Cats A, Romunde LKJ van. Hyperurikemie en jicht; de behandeling van de acute jichtaanval. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2235-7.

² Dequeker J. Enkele misvattingen over jicht en urinezuur. *Patiënt Care* 1980; no 3: 11.

³ Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. *Gewone Ziekten*. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁴ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 401-14.

⁵ Jacoby RK, Velden HGM van der. Hyperuricemie. *Huisarts en Wetenschap* 1977; 20: 451-3.