

being unscientific. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 520.

- ¹² Kocken ETM, Weterman-Hezemans ThCP, Van Aalderen HJ. Supervisie, een scholings- en nascholingsmethode voor huisartsen. Huisarts Wet 1982; 25: 196-8.
- ¹³ Van Bork JJ. Poliklinische psychiatrische consultatie. Med Contact 1974; 29: 993-4.
- ¹⁴ Van Ravenzwaay JF. Psychiatrisch consult of consultatie. Het Medisch Jaar 1977: 289-304. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1977.
- ¹⁵ Lamberts H, Dokter HJ. 'Caplan revisited'. Huisarts Wet 1978; 21: 419-22.
- ¹⁶ Schmitz MBG. Supervisie. Een nieuwe scholingsmethode voor huisartsen. Med Contact 1984; 34: 23-4.
- ¹⁷ Schmitz MBG, Wind AW. Evaluatie van het persoonlijk functioneren: supervisie of toetsing. Huisarts Wet 1987; 30: 149-51.
- ¹⁸ Brenninkmeyer W, Grol R, Van Lieshout V. Evaluatie van supervisie en persoonsgerichte training. Huisarts Wet 1986; 29: 319-21.
- ¹⁹ Verhaak P. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ²⁰ Dorst JA, Soudijn KA. Psychologen in de eerste lijn? Huisarts Wet 1986; 29: 42-3, 52.

Literatuur bij pag. 358

- ¹ McWhinney IR. Through a clinical methode to a more human medicine. In: White KL, ed. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park: Henry J.Kaiser Family Foundation, 1988.
- ² Dokter HJ, Verhage F. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 1988; 31: 364-8.
- ³ Scheingold L. Balint work in England. Lessons for American Family Medicine. J Fam Prac; 1988 26: 315-20.
- ⁴ Balint M. De dokter, de patiënt en de ziekte. Utrecht: Het Spectrum, 1965.
- ⁵ Block MR, Coulehan JL. A taxonomy of difficult physician-patient interactions. Fam Med 1988; 20: 221-3.
- ⁶ Grol R. Deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Med Contact 1988; 43: 395-9.

Prof. dr. H.J. Dokter, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam; Prof. dr. F. Verhage, hoogleraar medische psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie: Prof. dr. H.J. Dokter, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Matheneserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

H. J. DOKTER EN F. VERHAGE

Marcel – een jongen met een non-Hodgkin lymfoom

Deze casus laat zien dat het sterven van een kind de huisarts voor een bijzondere opgave stelt. Het probleem van dokter M was 'dat hij te weinig contact had met zijn patiënt'. Dit probleem was voor een deel een gevolg van gebeurtenissen uit zijn eigen verleden; daarnaast speelde zijn onbekendheid met een belangrijke periode uit het leven van de patiënt een rol.

Casus

Huisarts M is ongeveer 40 jaar oud en is sinds negen jaar gevestigd in een kleine stad op het verstedelijkt platteland; hij werkt in een duo-praktijk in een maatschap van vier artsen. M is getrouwd en heeft twee kinderen. Hij stamt uit een gezin met vijf kinderen, waarvan hij het vierde is.

Op een dag wordt hij bezocht door Marcel, een jongen van 16 jaar. Marcel is de jongste uit een gezin van drie kinderen: zijn zuster is uit huis, zijn broer en hijzelf wonen thuis. De leden van dit gezin komen slechts weinig bij de dokter – zij willen geen klagers zijn – en de huisarts kent hen dan ook slechts oppervlakkig. Het laatste contact met de vader heeft tien jaar tevoren plaatsgevonden wegens een pancreatitis ten gevolge van een pancreassteen. De moeder van patiënt is vijf jaar geleden gecuretiseerd voor een menopauzale bloeding. Het laatste contact met patiënt is twee jaar geleden geweest wegens een allergische conjunctivitis.

Bij onderzoek vindt de huisarts een vena-cava-superiorsyndroom. Nader onderzoek door een specialist wijst uit dat de oorzaak een kwaadaardig non-Hodgkin lymfoom in het mediastinum is.

Na deze episode heeft M intensief contact met het gezin: eerst enkele uren per week, later dagelijks. Marcel wordt behandeld in het Rotterdams Radiotherapeutisch Instituut, waar na enige tijd blijkt dat de behandeling geen succes heeft. De huisarts heeft de patiënt in het ziekenhuis niet bezocht. De ouders zijn door de artsen van het ziekenhuis vanaf

het begin op de hoogte gesteld van de ernst en de prognose van de aandoening. Desondanks hoopt Marcel dat hij beter zal worden. Hij zal weer gaan voetballen.

Het probleem

M begint als volgt: 'Ik denk dat ik zelf te weinig contact heb met een jongen van 16 jaar die over een paar maanden dood is. Ik denk dat, omdat die jongen te weinig met me praat. Ik heb daar geen goed gevoel over'.

Toen Marcel uit het ziekenhuis kwam, heeft M hem thuis opgezocht. Op een bepaald moment is de familie de kamer uitgegaan en waren de patiënt en de arts alleen. De huisarts meende dat toen het ogenblik gekomen was, waarop hij de patiënt kon inlichten over zijn ziekte:

Ik zei: 'Je wordt echt niet meer beter'.

Marcel zei daarop: 'Tenzij er een wonder gebeurt'.

'Ja', zei ik toen, 'tenzij er een wonder gebeurt'.

De patiënt begon toen zachtjes te huilen en heeft zich een paar dagen teruggetrokken op zijn kamer. Later heeft hij er niet meer over gesproken.

M heeft het moeilijk met het feit dat hij niet met Marcel kan praten over hoe deze zijn ziekte beleeft, en over zijn naderend einde. Hij vraagt aan de groep: 'Misschien zijn er nog andere manieren voor mij om het gevoel te hebben dat ik dichterbij die jongen ben'. Marcel is 's nachts erg onrustig en dat verdraagt de moeder slecht. De huisarts heeft onlangs nogmaals geprobeerd met de jongen te praten, hetgeen hem door de ouders kwalijk genomen werd. Hij had eerst met hen moeten overleggen of het moment wel gunstig was. Daardoor is het voor de huisarts ook moeilijk de juiste medicijnen te vinden om de onrust van de patiënt te verlichten.

Bespreking

In de groep wordt aan M gevraagd waarom hij zo nodig met de patiënt

moet praten, terwijl Marcel laat blijken dat niet te willen of te kunnen. Wat is het probleem van de huisarts? Waarom mag de patiënt niet doodgaan op zijn manier?

De huisarts hoopt 'dat hij vanuit een zekere berusting met zijn ouders kan praten'. Hij denkt: 'dat de patiënt niet de gelegenheid krijgt om als een volwassene dood te gaan'. Volgens de huisarts was hem gebleken dat de ouders zich tot aan het einde zouden verzetten tegen een tweede gesprek van hem met de patiënt over het naderende einde. Hij heeft toch met de jongen gesproken, overigens zonder succes; hij heeft daarbij de ouders gebruskeerd, omdat hij wist dat ze geen toestemming zouden geven.

Men vraagt zich in de groep af of de huisarts niet gerekend had op deze tegenstand? Volgens M is dit niet zijn probleem; voor hem is 'het kleineren door de ouders van het kind' het grootste probleem.

Vraag: 'Waarom vind je dat een probleem?'

Huisarts M: 'Ik zou er zelf last van hebben; ik zou dat zelf niet willen'.

De consulent zegt dan: 'Vergeet je niet dat de jongen een onderdeel is van een gezin? Daarin gedraagt hij zich op een bepaalde, afhankelijke manier. Dat verdraag jij niet en daardoor is het jouw probleem geworden'.

In het verdere verloop van het gesprek zegt M dat hij zeer veel moeite heeft met het betuttelende optreden van de moeder: 'Daar word ik zelf niet goed van als mij dat overkomt'. Ook nu weer wijst de consulent op de eigen, persoonlijke problematiek van de arts. Dan vertelt deze dat hij inderdaad in een bepaalde periode van zijn leven zeer betutteld werd door zijn moeder, met name tegenover zijn klasgenoten. Hij heeft dat als 'kinderlijk' ervaren. Hij is er nog boos over op zijn moeder.

Nadat de jongen is overleden, vertelt de huisarts dat hij in latere contacten wat meer is afgegaan op wat de moeder te zeggen had. M heeft haar ook de keuze gelaten hoe en hoe vaak de geneesmiddelen tegen de pijn en de onrust zouden worden toegediend.

Marcel is volledig uitgeteerd gestorven op een moment dat zijn moeder er niet bij was, in een nacht toen zij, geheel tegen haar gewoonte in, is gaan slapen. Hij heeft toen nog wel een gesprek met

zijn broer gehad. In aanwezigheid van de huisarts heeft de moeder daarna een hevige emotionele uitbarsting gekregen: 'Ze kreeg extatische huilbuien. Waarom heb je me verlaten? Waarom heb je me dit aangedaan?' 'Ik vond dat heel symbolisch', zegt de huisarts. 'Hij heeft de hele nacht nog heel goed met zijn broer kunnen praten, met wie hij het overigens ook heel goed kon vinden. Hij is toen dood gegaan, zonder dat zijn moeder erbij was. Alleen, zonder zijn moeder...'

Later is er nog iets vreemds gebeurd. De kist is gesloten voordat het condoleantiebezoek begon. De moeder was daarvan niet op de hoogte; de kist is dus gesloten, voordat zij voor zichzelf het gevoel had dat zij haar zoon voor het laatst had gezien.

De moeder vond het erg verdrietig dat zij niet bij het overlijden en niet bij het sluiten van de kist is geweest. Volgens huisarts M wilde Marcel zijn moeder geen verdriet doen en heeft hij zich voor haar verborgen. Tussen de huisarts en de ouders staat het conflict dat hij met de zieke jongen heeft gesproken zonder hen om toestemming te vragen.

Tijdens de discussie wordt opgemerkt dat de huisarts dit alles vertelt alsof hij een zekere voldoening ervaart over het feit dat de moeder niet aanwezig was bij het overlijden van haar zoon. In de groep valt ook het woord 'triomf'. M bevestigt dit: het is de zoon toch gelukt zijn rust te krijgen. M zegt dat hij er nog geen afstand van heeft kunnen nemen, maar dat hij het geheel wel erg tragisch vindt.

Na vier weken komt M terug op deze affaire. Hij heeft distantie genomen en heeft zich losgemaakt uit de rivaliteit met de moeder. Over zijn persoonlijke probleem wordt niet meer gesproken. Wel brengt M een zekere voldoening over, die mogelijk het gevolg is van het feit dat Marcel in M's ogen toch als 'een volwassene' is gestorven.

Commentaar

We hebben te maken met een huisarts die een probleem ervaart in het contact met een terminale patiënt, een jongen van 16 jaar, die lijdt aan een kwaadaardig non-Hodgkin lymfoom. Hij kan niet met de jongen praten en hij ervaart de ouders en met name de moeder als betuttelend. Daar heeft hij grote per-

soonlijke moeite mee. Hij begrijpt zelf wel dat de behandeling niet helemaal gelopen is zoals hij wel zou willen. Hij denkt dat dat komt, omdat hij tijdens een bepaalde periode in zijn leven door zijn eigen ouders betutteld is en daar nog steeds rancuneuze gevoelens over heeft. Het professionele functioneren wordt in dit geval verstoord door de persoonlijke gevoelens van de huisarts. Er is iets in deze situatie dat die huisarts doet herinneren aan wat hij zelf in zijn leven als storend heeft ervaren.

Een oplossing is het verwerken van de eigen innerlijke problematiek, zodat deze niet mee hoeft te spelen in de relatie van deze zieke jongen met zijn ouders. De boosheid op de ouders van de patiënt wordt nu sterk gekleurd door wat in M's eigen jeugd heeft plaatsgevonden. M heeft dat niet door en kan geen onderscheid maken tussen wat voor hem persoonlijk geldt, en wat op de patiënt slaat. Het professionele functioneren en het persoonlijke probleem worden te zeer met elkaar verweven.

Persoonlijke en professionele attitude

Vele collegae vatten een vermenging van de persoonlijke en de professionele attitude minder ernstig op dan wij. Het gebeurt heel vaak dat bijvoorbeeld artsen hun eigen familieleden of hun beste vrienden behandelen. Het bezwaar dat wij hiertegen hebben, is niet van principiële maar van praktische aard. Dikwijls is het heel goed mogelijk de handelingen die men vanuit professioneel gezichtspunt verricht, te scheiden van de handelingen die voortkomen uit een persoonlijke behoefte. Maar er zijn ook andere situaties.

Iedere arts kent wel een zeurende patiënt. Vanuit een persoonlijke behoefte zal bij veel collegae dan ergernis optreden. Maar iedere arts zal toch proberen in zo'n situatie de patiënt zo consciëntieus en zo neutraal mogelijk te helpen. De vraag is nu: zou de vader (arts) dat ook doen tegenover de dochter (patiënte)? Wij achten de kans groot dat de arts hier aan de vader/opvoeder zal worden geofferd: 'Zeur niet, het is niks'. Dat deed ook een ons bekende huisarts, toen zijn 20-jarige dochter klaagde over lichtflikkeringen in de ogen. Hij zei: 'Je moet niet zeuren'. Later bleken de klachten voort te komen uit een melanoblastoma choroidea.

Het niet vermengen van beide houdingen is dikwijls al moeilijk genoeg bij

patiënten die we niet zo persoonlijk kennen. Dat blijkt ook uit de casus die we hier bespreken. De arts schreef zijn eigen gevoelens toe aan de patiënt, om vervolgens van de patiënt opstandigheid te verwachten tegenover een betuttelende moeder – met een tragisch gevolg.

Oorzaken

Ieder mens beseft dat emoties uiterst belangrijke verschijnselen zijn; ze horen wezenlijk bij de mens. Wij kennen liefde en haat, wij zijn blij of verdrietig, etc. Een van de kenmerken van emoties proberen we zelfs met grote kracht af te weren. We willen bijvoorbeeld onze woede niet laten merken of we verbijten ons verdriet. Maar aan deze afweer zitten twee belangrijke kanten.

In de eerste plaats hebben de emoties de neiging zich niet te laten afweren. Laten we onze woede bijvoorbeeld niet merken, dan behoeft er dikwijls maar weinig te gebeuren om de bom te laten ontploffen. We moeten ten behoeve van die afweer dan ook proberen een dergelijke uitbarsting te voorkomen. Dit kost soms grote inspanningen. We worden er gespannen van.

In de tweede plaats treedt als gevolg hiervan een vertekening van de werkelijkheid op. Huisarts M zag niet de

werkelijke relatie tussen de moeder en de zoon, maar vertekende deze zodanig dat zij overeenkwam met de eigen afweer van zijn gevoel. Ook een arts is maar een mens. Het zal hem zeker ook gebeuren dat hij zijn persoonlijke voorkeuren of afkeuren in het contact met een patiënt weleens sterker laat meespreken dan goed is. Dat geldt vooral in situaties die een mens sterk emotioneren; in de casus is dat bijvoorbeeld de terminale jeugdige patiënt. Maar ook dan dient de arts te proberen onderscheid te maken tussen wat bij die situatie hoort en wat hij er vanuit zijn eigen persoon inbrengt.

Makkelijk is dat niet.

Epicrise

Onlangs hebben wij het concept van dit artikel voorgelegd aan dokter M voor commentaar. Naar aanleiding daarvan heeft hij de ouders van Marcel nog eens opgezocht.

In dat gesprek hoorde hij dat Marcel op 3- en 4-jarige leeftijd orthopedische beugels had gedragen en daardoor zeer afhankelijk was geweest van zijn moeder. Die afhankelijkheid was teruggekeerd in het laatste stadium van zijn ziekte. M had dit niet geweten: in zijn dossier bevonden zich geen specialisten-

brieven of aantekeningen uit die periode. Hij beschouwt dit achteraf als een lacune in zijn huisartsgeneeskundige kennis.

Feitelijk is dit natuurlijk ook het geval. Uit deze laatste gegevens blijkt immers hoe belangrijk de kennis van deze episode is voor het huisartsgeneeskundig handelen. Het afhankelijke kind wordt later opnieuw afhankelijk, terwijl hij daar – zoals later in het gesprek met de ouders is gebleken – grote moeite mee had. Hij wilde zijn moeder geen verdriet doen, hij wilde niet huilen. Door zijn dood moest hij moeder toch verdriet doen en hij voelde zich mogelijk schuldig. Dit heeft M niet kunnen bevroeden en het is in onze bespreking dan ook niet aan de orde gekomen. Voor het inzicht in wat er gebeurd is en in de rol die de huisarts gespeeld heeft, is het van wezenlijk belang.

Het probleem van M 'dat hij te weinig contact had met zijn patiënt', is dus ontstaan door zijn persoonlijk verleden en door zijn onbekendheid met een belangrijke periode in de ziektegeschiedenis van de patiënt. Dat Marcel juist moeite had met de afhankelijkheid van zijn moeder, is achteraf beter te begrijpen.

E. VAN DER DOES

Arthritis – artralgie

Er bestaat een relatief grote interdokter-variëteit c.q. een grote mate van onzekerheid met betrekking tot het onderscheid tussen artralgie en (reumatoïde) arthritis. In dit artikel wordt aandacht besteed aan de diagnostiek van gewrichtsklachten, met name aan het verschil tussen artralgie en arthritis, want daar gaat het in de praktijk vaak om.

Begrippen

Onder artralgie wordt verstaan: pijnklachten in een gewricht *zonder* objectieve afwijkingen (behalve bewegingsbeperking door pijn en/of stijfheid). Arthritis omvat pijnklachten in een gewricht met objectieve ontstekingsverschijnselen (zwellings, roodheid, lokale warmte, pijn, bewegingsbeperking, al dan niet met koorts).

Het proces kan in een acuut, subacuut of chronisch stadium zijn op het moment van het eerste arts-patiënt contact. Onder acuut wordt verstaan: een hoogtepunt binnen 24 uur. Chronisch wil zeggen: na 6 weken nog geen verbetering. Subacuut is een toestand daartussenin.

Heeft men te maken met klachten van één gewricht, dan spreekt men van mono-articulaire artropathie of arthritis. Met twee of drie gewrichten spreekt men van oligo-articulaire artropathie of arthritis, en zijn minstens vier gewrichten aangedaan, dan wordt dit aangeduid met de term poly-articulair.

Indeling

Een (descriptieve) indeling op grond van lokalisatie, duur en uitbreiding is bijna altijd mogelijk op basis van anamnese en fysisch diagnostisch onderzoek (bijvoorbeeld: een acuut ontstaan, warm, rood, gezwollen, pijnlijk metatarso-falangeaal gewricht links). Niettemin zal men vervolgens graag een classificerende en een etiologische diagnose willen stellen.¹ Een voorbeeld van een classificerende diagnose is: acute mono-articulaire arthritis van het metacarpofalangeale gewricht I, links; een voor-

beeld van een etiologische diagnose is: arthritis urica van het metacarpofalangeale gewricht I, links.

Een goede descriptie betekent niet altijd dat men onderscheid kan maken tussen artralgie en arthritis.^{2,3} Meestal heeft men echter de tijd: de problemen zijn zelden acuut en nooit levensbedreigend. Bovendien kan men bij ernstige pijn alvast een specifiek analgeticum geven.

Vóórkomen

De problemen bij het diagnostisch onderscheid tussen arthritis en artralgie ziet men weerspiegeld in de prevalentiecijfers. Zo hanteert *Hodgkin* het begrip 'diagnostic range', waarbij het laagste cijfer alleen de *zekere* diagnoses omvat, en het hoogste *alle* diagnoses, dus ook de vermoedelijke.⁴ Voor reumatoïde arthritis bedraagt de 'range' 5,9-9,4 per 1000 patiënten.

In het Monitoringproject bedroeg de prevalentie van *zekere* diagnoses 4,8/1000 per jaar, terwijl de prevalentie van *onzekere* diagnoses gemiddeld 1,7/1000 per jaar bedroeg. De incidentie bedroeg gemiddeld 1,3/1000 per jaar.⁵

Voorn vond een prevalentie van 4/1000 per jaar, waarbij moet worden aangetekend dat de diagnose reumatoïde arthritis pas werd geregistreerd als de aandoening voldeed aan de criteria van de American Rheumatism Association.^{6,7}

In het Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer werd gevonden dat 35 procent van de bevolking gewrichtsklachten en/of een gewrichtszwelling had, dat 5 procent op het moment van het onderzoek onder behandeling was voor enige klacht van het bewegingsapparaat, en dat 1 tot 2 procent een vorm van reumatoïde arthritis had.⁸

Kansen

De heer D, 65 jaar oud, komt op het spreekuur en zegt dat hij al maanden pijn in de knieën heeft, links meer dan rechts. Vooral het aflopen van de trap is

bezwaarlijk. In bed heeft hij soms steken in een knie. Bij het opstaan zijn de knieën altijd stijf; hij moet dan even op gang komen, daarna gaat het wel weer. Loopt hij te veel, zoals op zaterdagmorgen als hij naar de markt gaat, dan vergalt de pijn zijn plezier.

Bij verder navragen blijkt D ook al zeer lang last te hebben van zijn nek. Deze is ietwat beperkt in de verschillende bewegingen en pijnlijk na immobilisatie. Ook de vingers zijn wat stijf en pijnlijk bij het opstaan, maar daar kwam hij niet voor. Hij heeft dus al langer last van chronische gewrichtsklachten van handen, knieën en de halswervelkolom.

De a priori kans van D op een reumatoïde arthritis is afhankelijk van de prevalentie van deze aandoening in de populatie, en dus niet zeer groot.⁹ De kans op de aandoening neemt toe op het moment dat D gaat klagen over symmetrische gewrichtspijnen. Verder komt reumatoïde arthritis voor in de familie van D, maar erfelijkheid speelt bij het optreden van deze ziekte slechts een kleine rol. Daarnaast kan D ook een poly-articulaire osteo-artrose hebben.

De leeftijd biedt weinig houvast: reumatoïde arthritis ontstaat meestal tussen de 30 en 50 jaar; osteo-artrose na het 50e jaar. Noch de leeftijd noch de wetenschap dat beide aandoeningen meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomen, dragen iets bij aan de diagnosevorming. Bij beide aandoeningen is het begin sluipend en het beloop chronisch.

D heeft vooral last van de proximale interfalangeale handgewrichtjes.

Dit past bij reumatoïde arthritis. Bij osteo-artrose geven vooral de distale gewrichtjes last.³ Ook de knieën kunnen bij beide aandoeningen aangedaan zijn, terwijl nekkklachten pleiten voor osteo-artrose, maar ook bij reumatoïde arthritis kunnen voorkomen. Ochtendpijn en -stijfheid komen bij zowel reumatoïde arthritis als osteo-artrose voor. Bij reumatoïde arthritis is de stijfheid in het algemeen uitgesprokener en duurt zij langer. Indien de stijfheid langer dan 15 minuten duurt, zou dat eerder verdacht zijn voor reumatoïde arthritis.

Prof. dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

Bij D is de stijfheid doorgaans na een half uur verdwenen. Algemene malaise en spierzwakte staan bij D niet op de voorgrond.

Deze laatste verschijnselen duiden eerder op reumatoïde arthritis of een complicerende aandoening bij osteoarthrosis. Vooral voor deze symptomen en karakteristieken ontbreken cijfers over sensitiviteit en specificiteit in relatie tot ziek versus niet-ziek.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek vindt de arts licht gezwollen proximale vinger-gewrichtjes van het tweede en derde gewricht links en van het tweede, derde en vierde gewricht rechts. Er is enige tangentiële drukpijn, maar niet ernstig, want D geeft niet bepaald een slappe handdruk. Het rechter kniegewricht bevat duidelijk vocht, maar is niet warmer dan links. Het linker kniegewricht crepiteert grof en de flexie is in maximale stand pijnlijk. De cervicale wervelkolom is een weinig alzijdig beperkt. D hoort bij roteren 'zand in zijn oren lopen', maar daar is hij aan gewend.

Erg veel verder zijn wij nog niet met betrekking tot de diagnose. De kans op reumatoïde arthritis is zeker aanwezig, maar osteoarthrosis kan een belangrijke rol spelen.

Bij een minstens zes weken bestaande (= chronische) gewrichtsontsteking moet de huisarts denken aan drie aandoeningen: reumatoïde arthritis, seronegatieve spondylarthritis en collageenziekte. Hierover kan men kort zijn: bij reumatoïde arthritis is er destructie van perifere gewrichten, bij seronegatieve spondylarthritis (M. Bechterew, M. Reiter, arthritis psoriatica) is er ankylosering van centrale gewrichten, terwijl collageenziekten worden gekenmerkt door perifere, passagere gewrichtsklachten. Denkt men bij D aan een ontsteking, dan is reumatoïde arthritis het waarschijnlijkst.

Diagnostiek van reumatoïde arthritis

Voor de diagnostiek van reumatoïde arthritis gelden de volgende criteria:

- 1 ochtendstijfheid langer dan 15 minuten;
- 2 pijn bij bewegen of druk op een gewricht;

- 3 zwellende delen of vocht in een gewricht;
- 4 als vorige punt, maar van minstens nog een gewricht.
- 5 symmetrische gewrichtszwelling;
- 6 subcutane noduli;
- 7 afwijkingen op de röntgenfoto;
- 8 aanwezigheid van reumafactoren;
- 9 mucine precipitatie-test van het synoviale vocht;
- 10 histologie van de tunica vaginalis;
- 11 idem van de noduli.

Bij drie of vier positieve criteria spreekt men van *waarschijnlijke* reumatoïde arthritis; er is 50 procent kans op nog circa twintig andere diagnoses. Bij vijf positieve criteria spreekt men van een *zekere* reumatoïde arthritis en bij zeven positieve criteria van een *klassieke* reumatoïde arthritis; in dit laatste geval heeft men geen kans meer op een andere diagnose. Deze indeling is valide, mits de klachten minstens zes weken hebben geduurd.

Vooraf in het beginstadium moet men het van de klachten en het klinische aspect hebben. Het is dan soms moeilijk om verschil te maken tussen een arthritis als uiting van reumatoïde arthritis en een osteoarthrosis met een ontstekingscomponent met vocht en zwellende ('geprikeld' gewricht, dat warm kan aanvoelen). Het is vooral de symmetrische lokalisatie (aan de handen de proximale interfalangeale gewrichten) die doet denken aan reumatoïde arthritis, waarbij de axiale gewrichten in het algemeen niet meedoen, in tegenstelling tot bij M. Bechterew (eerst axiaal later ook schouders, heupen, knieën) en L.E. (eerst handen, polsen, knieën, ellebogen, later axiaal).

Aanvullend onderzoek

D voldoet aan vier criteria (1, 2, 3 en 5). Hij heeft dus een grote kans op reumatoïde arthritis, maar ook 50 procent kans op circa 20 andere diagnoses. Aanvullend onderzoek levert op dat D een BSE heeft van 42 mm in het eerste uur.

Deze BSE past met de gewrichtsklachten bij reumatoïde arthritis, jicht, M. Reiter, M. Bechterew en andere vormen van arthritis, zoals bij psoriasis, sarcoidosis en darmziekten. Het klinische beeld geeft hier duidelijkheid en bij D kan alles verworpen worden, behalve reumatoïde arthritis.

Aan het vinden van een, meestal matige, normocytair anemie, een matig

verhoogde alkalische fosfatase, een leukocytose en een trombocytopenie heeft men niet veel. Deze verschijnselen komen voor bij alle drie de genoemde vormen van chronische poly-arthritis en zij dragen dus verder niet bij aan de diagnostiek. Wel zijn zij indicatoren voor de activiteit van het proces. De anemie wordt verklaard door toxische invloeden en ijzer toediening heeft geen nut. De levensduur van de erythrocyten is verkort.

Megaloblastaire (macrocytaire) anemie kan voorkomen, omdat bij 25 procent van de mensen met reumatoïde arthritis een atrofische gastritis voorkomt.

Jicht

Bepaling van het urinezuurgehalte in het plasma is belangrijk in verband met de verdenking op jicht. Overigens kan men bij jichtpatiënten ook normale waarden aantreffen en matig verhoogde waarden bij adipeuze mensen en diureticumgebruikers, en ook bij gezonde mensen.

Absoluut diagnostisch (specifiek) voor jicht is het onderzoek van de synoviale vloeistof. Bij onderzoek van de synoviale vloeistof voor de diagnose jicht en pseudo-jicht vindt men dan respectievelijk intracellulair-mononatriumuraat en calcium-pyrosfosfaat kristallen.^{10 11} Deze ziektebeelden kunnen zich manifesteren als een (poly-)arthritis met ochtendstijfheid.

Dit is niet geheel onmogelijk bij D. De huisarts die zelf puncteert, moet weten in welk centrum hij dit onderzoek kan laten verrichten, of anders verwijzen.

Bij D was het urinezuurgehalte in het serum normaal.

Het vocht in een artrotisch gewricht is over het algemeen helder geel en visceus. Is er een ontstekingscomponent, dan is het groener van kleur en troebel. Dit betekent zeker niet dat er dan bacteriën zijn, zoals bij een septische arthritis. Hierbij is de patiënt zeer ziek met hoge koorts en veel pijn, terwijl het vocht minder visceus is. Is bij een niet-ziek mens het vocht troebel, dan heeft het geen zin dit in te sturen voor een kweek, omdat die dan toch negatief uitvalt. Helder vocht wordt niet ingestuurd, behalve bij verdenking op (pseudo-)jicht.

Gewrichtsvocht bevat altijd leukocyten die men in het directe preparaat kan waarnemen. Normaal vindt men er minder dan $200/\text{mm}^3$. Bij hydrops met of zonder (geringe, steriele) ontstekingscomponent loopt dit van 200 tot $2000/\text{mm}^3$. Bij reumatoïde artritis en septische artritis liggen deze waarden veel hoger, respectievelijk tot 30.000 en $100.000/\text{mm}^3$. Bij arthrosis zijn er minder dan 25 procent granulocyten en blijft de kweek steriel.

Bij D werd door de huisarts circa 40 cc vocht uit de knie verwijderd. Het was helder geel. Verder onderzoek is niet verricht.

Serologie

Bij serologisch onderzoek gaat het om de aanwezigheid van auto-antistoffen, kenmerkend voor een aantal auto-immunziekten: reumatoïde artritis, systemische lupus erythematoses, dermatomyositis, sclerodermie, het syndroom van Sjögren en sommige vasculitiden. Overigens is de betekenis van serologische bevindingen voor de pathogenese van reumatische ziekten nog onbekend.¹⁰⁻¹⁴

Anti-streptokokkentest

De anti-streptokokkentest moet men alleen aanvragen, indien men denkt aan acuut reuma. Een verhoogde waarde betekent dat de patiënt recent een infectie met streptococcus A heeft doorgemaakt. Tot een titer van 300 E/ml zegt dit niet veel; men vindt dergelijke titers geregeld op plaatsen waar (jonge) mensen dicht op elkaar wonen. Een titer daalt na 4-8 weken en indien geen reinfectie optreedt, wordt na enkele maanden een normale hoogte bereikt. Het bewijs van een recente infectie wordt pas geleverd als een titerstijging of -daling aantoonbaar is.

Het is zeer onwaarschijnlijk dat D een acuut reuma heeft, aangezien er bij acuut reuma sprake is van verspringende gewrichtsklachten, waarbij twee of meer gewrichten zijn aangedaan.

Immunologische tests

Immunologische tests ('reumatests') hebben een beperkte waarde, althans in diagnostisch opzicht. Over de betekenis voor de pathogenese is niets bekend; wel is er een correlatie tussen de (mate van) positiviteit en de prognose van het reumatische proces.

Tests met betrekking tot de factoren voor reumatoïde artritis (IgM) worden het meest aangevraagd. Geen enkele van de beschikbare reumatests is echter specifiek voor een bepaalde ziekte en de tests zijn ook weinig sensitief. Voorts moet men in het oog houden dat de gevoeligheid van een testsysteem samenhangt met het aantal positieve bevindingen. De internationale afspraak is, dat alleen gebruik wordt gemaakt van testsystemen die bij maximaal 5 procent van de gezonden positief zijn. Zo'n test is bij mensen met reumatoïde artritis in ongeveer 70 procent van de gevallen positief, waarbij de titer in het algemeen veel hoger is dan bij andere ziekten met positieve tests.

Anti-perinucleaire factor

De anti-perinucleaire factor komt voor bij ongeveer 50 procent van de patiënten met reumatoïde artritis (een sensitiviteit van 50 procent) en de test is vrijwel nooit positief bij andere ziekten of gezonde personen (een specificiteit van bijna 100 procent). Een positieve anti-perinucleaire factortest is onafhankelijk van de aanwezigheid van reumafactoren en wordt ook gevonden bij seronegatieve reumatoïde artritis. Een anti-perinucleaire factor kan soms een aanvulling zijn op de kliniek en reumafactortests.

Antinucleaire factoren

De antinucleaire factoren zijn gericht tegen verschillende kernonderdelen en hun gevoeligheid ten opzichte van deze substraten kan aanzienlijk verschillen. Daarom is het voor de clinicus van belang dat deze factor in een bepaalde verdunning nog wel positief is bij de ene ziekte en niet bij de andere. Het belang van deze factor zit hem dus in de hoogte van de titer.

Deze factoren worden gevonden bij 40 procent van de patiënten met reumatoïde artritis en bij vrijwel alle patiënten met systemische lupus erythematoses. Daartegenover staat dat reumatoïde artritis ongeveer tien maal zoveel voorkomt als systemische lupus erythematoses. Een positieve antinucleaire factor wijst dus veel eerder op een reumatoïde artritis. Een positieve antinucleaire factorentest wordt zelden bij gezonden gevonden, maar wel bij andere auto-immunziekten.

Het is geen routinetest voor de algemene praktijk.

Reumafactortests

Reumafactoren zijn lichaamseigen-antilichamen gericht tegen bepaalde delen van een immunoglobuline. Met de latex-fixatietest en de Waaler-Rosetest toont men auto-antilichamen van Ig-klasse M aan; deze zijn gericht tegen een fragment van IgG.

Van de lijders aan reumatoïde artritis heeft 80 procent reumafactoren. Deze factoren zijn niet gericht tegen een causaal agens. Hun betekenis met betrekking tot het risico om een reumatische ziekte te krijgen, is volkomen onduidelijk. Dat geldt ook voor de prognose van de ziekte; wél lijkt het erop dat bij hoge titers een ernstiger beloop optreedt.

Wat de diagnostiek betreft, is een positieve reumafactortest zeker niet specifiek voor reumatoïde artritis. Men vindt ze ook in de gezonde bevolking, bij andere auto-immunziekten, en bij allerlei acute en chronische virale, bacteriële en parasitaire ziekten.

Indien een testsysteem te gevoelig wordt, neemt de sensitiviteit toe ten koste van de specificiteit. Vandaar de afspraak om alleen testsystemen te gebruiken die bij maximaal 5 procent van de gezonden positief zijn. Bij een dergelijk testsysteem heeft dan in een klinische setting 70 procent van de mensen met reumatoïde artritis een positieve test en wel met een titer die veel hoger is dan bij de andere ziekten waarbij een positieve test kan voorkomen.

Een praktische richtlijn is, dat men bij verdenking op reumatoïde artritis begint met de reumafactortests (Waaler-Rose- en latextest) en deze bij twijfel aanvult met een antiperinucleaire factor. Het zal duidelijk zijn dat de diagnose reumatoïde artritis niet is uitgesloten, indien al deze tests negatief zijn.

Bij D waren de serologische tests negatief en gaven zij dus geen steun aan de diagnose reumatoïde artritis.

Een positieve anti-perinucleaire factor had de kans daarop vrijwel 100 procent gemaakt; de andere tests hadden ook bijgedragen bij een positieve uitslag, afhankelijk van de hoogte van de titer.

Overigens zegt een test op zichzelf in het algemeen niets; men dient de voorgeschiedenis, de anamnese en de uitkomsten van lichamelijk onderzoek te combineren met de uitkomsten van laboratoriumonderzoek.

Tabel Röntgenologische afwijkingen bij 500 personen met rugklachten in de anamnese (Groep I) en 100 personen zonder rugklachten in de anamnese (Groep II). Afgeronde percentages per groep.

	Discopathie		Spondylosis		Lysis listhesis		Overgangswervel		Morbus Bechterew		Osteoporosis		Diversen		Röntgenologisch geen afwijkingen	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
M	13	4	8	12	3	-	3	9	1	-	-	-	0.2	1	27	34
V	14	3	4	10	2	-	3	4	1	-	2	4	1	-	19	19
Totaal	27	7	11	22	4	-	6	13	2	-	2	4	1	1	46	53

Bron: Van der Linden.¹⁵

Radiodiagnostiek

Van der Linden vergeleek een groep van 500 patiënten van 5-85 jaar met lage rugklachten met een groep van 100 personen zonder klachten. Uit de tabel blijkt dat röntgenologische afwijkingen in beide groepen in ongeveer gelijke mate voorkwamen, in de groep zonder klachten in de anamnese zelfs wat meer. Voorts bleek een negatieve correlatie tussen enerzijds het vinden van spondylosis en overgangswervel en anderzijds het hebben van klachten. Tevens ziet men dat osteoporose in deze serie meer voorkwam bij vrouwen zonder rugklachten dan bij vrouwen met rugklachten in de anamnese.

Het moge duidelijk zijn dat de bijdrage van de radiodiagnostiek in deze gevallen maar zeer betrekkelijk is. Dat geldt ook voor arthritis(-achtige) klachten en verschijnselen. Hier is radiodiagnostiek pas in een laat stadium van betekenis; bij de vroege diagnostiek van reumatoïde arthritis speelt radiodiagnostiek nauwelijks een rol.

Voor reumatoïde arthritis is de gewrichtserosie ter plaatse van de omslagplooï van het gewrichtskapsel de meest bekende radiodiagnostische bevinding: de corticalis is doorbroken. Men vindt deze afwijking het vroegst aan de metacarp- en metatarsofalangeale gewrichten.

Een ander fenomeen is peri-artculaire osteoporose. Het verschijnsel is niet specifiek voor reumatoïde arthritis, maar treedt ook op bij andere artriten. Soms treedt deze aandoening, in

combinatie met een weke-delenzwellling, nog eerder op dan de erosie.

Ook specifiek en laat optredend zijn de gewrichtsspleet-versmalling en -deformaties.

Bij klachten van de halswervelkolom dient men onderscheid te maken tussen degeneratieve afwijkingen en reumatoïde arthritis. Uiteraard dient men de radiodiagnost gedegen in te lichten over de klinische bevindingen en het diagnostisch vermoeden, zodat deze bij twijfel nader onderzoek (bijvoorbeeld tomogrammen) kan adviseren.

Ook bij jicht levert radiodiagnostiek geen bijdrage aan de vroege diagnostiek. In een gevorderd stadium vindt men de 'punched-out' laesie, die de corticalis niet alleen doorbreekt, maar ook rondom ondermijnt.

Bij spondylitis ankylopoetica is radiodiagnostiek wél van belang. Hoewel een verminderd beweeglijke, pijnlijke onderste wervelkolom en een verhoogde BSE vrijwel altijd duiden op de ziekte van Bechterew, zijn er andere mogelijkheden, zoals wervelmetastasen. Ook hier is de relatie tussen het hebben van klachten en röntgenologische bevindingen niet erg groot.

In zeer zeldzame gevallen gaan sarcoïdosis en bronchuscarcinoom (ziekte van Pierre-Marie) gepaard met gewrichtsklachten.

¹ Miehke K, Smit PTh. Bijzondere vormen van arthritis. Patient Care 1983; 1: 24-34.

² Bandilla K. Diagnostiek bij reumatische klachten. Patient Care 1982; 10: 3-11.

³ Van 't Pad Bosch PJI. Het stellen van de juiste diagnose. Patient Care 1982; 10: 10-17.

⁴ Hodgkin K. In: Vroege diagnostiek in de eerste lijn. Hoofdstuk 24: Ziekten van de botten en de bewegingsorganen. De Tijdstroom, Lochem, Poperinge, 1984.

⁵ Lamberts H. Incidentie en prevalentie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 401-15.

⁶ Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

⁷ Van der Does E. Evaluatie van antireumatische therapie. Huisarts Wet 1978; 21: 339-42.

⁸ Epidemiologisch Onderzoek Zoetermeer (EPOZ). Vierde voortgangsverslag. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.

⁹ Van Geldrop WJ, Van den Bosch JSG. De keuze van diagnostische tests. Huisarts Wet 1986; 29: 378-82.

¹⁰ Anonymous. Diagnostic tests in rheumatology [Editorial]. Br Med J 1977; 7: 717-9.

¹¹ Panay GS, Chapel HM. Immunopathology of rheumatoid arthritis. In: Oxford textbook of medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1987: 16.1-16.3.

¹² Jayson MIV, Grennan DM. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Oxford textbook of medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1987: 16.3-16.12.

¹³ Dieppe P. Osteo-arthritis and related disorders. In: Oxford textbook of medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1987: 16.76-16.85.

¹⁴ Cats A. Hoeveel waarde mag ik hechten aan positieve reumaseroïe? Vademecum Permanente Nascholing Huisartsen 1986; 4: 9.

¹⁵ Van der Linden AJ. Over de waarde van röntgenonderzoek bij lage rugpijn. Tijdschr Soc Geneesk 1978; 56: 838-41.