

Artrose... en dan?

Verslag van een huisartsgeneeskundige conferentie

J.W.G. SCHELLEKENS
A.C.M. ROMEIJNDERS

Artrose komt veel voor, maar de huisarts ziet hiervan slechts een klein deel. Over het beloop is vrijwel niets bekend. De anamnese is het belangrijkste diagnostisch hulpmiddel; lichamelijk onderzoek dient doorgaans ter bevestiging van de diagnose, en laboratorium- en röntgenonderzoek zijn vooral nuttig ter uitsluiting van andere ziekten. De doelstellingen van de behandeling liggen in de sfeer van 'voorkomen van erger' en 'bestrijden van symptomen'. De niet-medicamenteuze behandelingen zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op het concept van de 'gewrichtsbescherming'. Daarnaast worden vrijwel alle fysiotherapeutische technieken toegepast, zonder dat de waarde daarvan is aangetoond. Voor de behandeling met pijnstillers kan men zich beperken tot een klein arsenaal analgetica. Ontstekingsverschijnselen worden effectief bestreden door lokale behandeling met intra-articulare depotcorticosteroiden. Bij de keuze voor chirurgisch ingrijpen spelen de klachten en wensen van de patiënt een belangrijke rol.

Schellekens JWG, Romeijnders ACM Artrose... en dan. Verslag van een huisartsgeneeskundige conferentie. *Huisarts Wet* 1989; 32(1): 19-24.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Nijmeegse Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.

J.W.G. Schellekens, huisarts te Oosterhout; A.C.M. Romeijnders, huisarts te Steensel.

Correspondentie: J.W.G. Schellekens.

Inleiding

Over artrosis deformans is weinig gepubliceerd door en voor huisartsen. In 1985 verscheen in *Huisarts en Wetenschap* een artikel over de totale heupartroplastiek, waarin zijdelings aandacht werd besteed aan diagnostiek en beleid bij coxartrose.¹ Verder komt het onderwerp niet voor in de afgelopen 17 jaargangen.

In dit artikel gaan wij uit van de volgende vier vragen:

- wat is er bekend over de epidemiologie, de pathogenese en de pathofysiologie van artrose;
- hoe stelt de huisarts de diagnose;
- hoe legt hij de patiënt uit wat artrose is;
- welke behandelingsmogelijkheden zijn er?

Wij beperken ons daarbij tot artrose-lokalisaties die frequent voorkomen: de heup, de knie en de duim. De nadruk zal liggen op de therapeutische mogelijkheden van de huisarts, met name op de niet-medicamenteuze benadering.

Epidemiologische gegevens

Arthrosis deformans, kortweg artrose, komt veel voor. Zo'n 45 procent van de Nederlandse volwassen bevolking heeft radiologisch tekenen van artrose en ongeveer de helft daarvan vertoont symptomen van artrose.² Slechts een klein deel van deze mensen vindt hierin echter aanleiding om de huisarts te bezoeken.³ Gegevens uit registraties van spreekuurcontacten moeten daarom met grote terughoudendheid worden geïnterpreteerd.

In tabel 1 zijn de meest recente incidentie- en prevalentiecijfers uit de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie weergegeven. Nieuwe gevallen worden bij mannen op jongere leeftijden iets vaker gediagnostiseerd dan bij vrouwen. Boven de 45 jaar is zowel het aantal nieuwe als het aantal bekende gevallen bij vrouwen hoger dan bij mannen. Verder valt uit de CMR op te maken dat artrose wat meer voorkomt in de lagere sociale laag.

Deze cijfers komen gedeeltelijk overeen met gegevens uit het Monitoringproject en het Transitieproject.^{4,5} De lagere prevalentiecijfers in beide projecten zijn te verkla-

ren uit de kortere duur van deze registraties.

In de derde nationale morbiditeitsstudie van onze Britse collega's is het aantal episoden per 1000-patiënten 'at risk' hoger dan onze incidentiecijfers.⁶ Ook hier speelt het tijdelijke karakter van de morbiditeitsregistratie waarschijnlijk een rol. Bij een continue registratie wordt immers op den duur het aantal nieuwe gevallen genivelleerd, terwijl het aantal bekende gevallen geleidelijk toeneemt. Uit de Britse cijfers blijkt dat jaarlijks ongeveer één op de tien mannen van 65 jaar en ouder en ongeveer één op de drie tot vijf vrouwen van die leeftijd de huisarts consulteren voor artrose.⁶

Het Transitieproject leert ons dat in een kwart van de episoden (nieuwe en follow-up tesamen) medicatie wordt voorgeschreven, terwijl verwijzingen voor radiodiagnostiek in één op de 12 episoden plaatsvinden. Verwijzingen naar eerstelijns hulpverleners, vooral fysiotherapeuten scoren eveneens één op 12, terwijl de specialist, vooral de orthopeed, slechts in één op de 40 episoden te hulp wordt geroepen.⁵ Veel episoden worden dus zelfstandig afgehandeld door de huisarts.

Pathogenese en pathofysiologie

De pathogenese en pathofysiologie van artrose zijn slechts ten dele bekend.² De meest gangbare opvattingen gaan uit van lokale veranderingen met nadelige gevolgen voor de kwaliteit van het gewrichtskraakbeen. De oorzaak hiervan is onbekend. 'Slijtage' is in ieder geval een onvoldoende verklaring, aangezien artrose ook wordt gezien in weinig belaste gewrichten. De rol van - al dan niet 'steriele' - ontstekingsprocessen is nog steeds omstrede, wat onder meer tot uiting komt in de verwarrende naamgeving in de internationale literatuur: naast 'osteoarthrosis' ook 'osteoarthritis'.

De pijnsensaties bij artrose komen waarschijnlijk vooral door het oprekken van het omgevende collageenweefsel van kapsels, ligamenten, pezen en periost. Gewrichtskraakbeen zelf geeft geen pijnsensatie en het synovium is maar spaarzaam geïnnerveerd.

Sommige auteurs onderscheiden primaire en secundaire artrose:

- Primaire artrose is zeer vaak gelokaliseerd in de distale interfalangeale gewrichten (die de noduli van Heberden vormen) en minder in andere gewrichten van de hand of elders in het lichaam. Bij deze 'nodale' vorm spelen genetische factoren een rol. Het beloop is veelal gunstig.⁷
- Bij secundaire artrose spelen factoren in en buiten het gewricht een rol. Dat kan uiteenlopen van reumatoïde artritis, fracturen, stofwisselingsziekten (bijvoorbeeld hyperparathyreoïdie) tot overgewicht, overbelasting (bijvoorbeeld in werk of sport), standsafwijkingen van gewrichten en een slechte houding.⁸

Over het beloop van artrose zijn bijna geen gegevens te vinden. Wel zijn er diverse studies die verschillen in functionele toestand relateren aan diverse parameters, zoals de hoeveelheid klachten, het aantal aangetaste gewrichten en de sociaal-economische status van patiënten met artrose.⁹ Stuk voor stuk dus indirecte maten voor het beloop van het ziekteproces.

Het is wel mogelijk om op klinische gronden gradaties in de ernst van de aandoening te onderscheiden:

- Aanvankelijk zijn er nog weinig klachten en symptomen. Er bestaat dan een lokaal kraakbeendefect (stadium I: 'preklinisch').
- Later geven reactieve processen in de omgeving, met name in de synovia, aanleiding tot pijnklachten. De hevigheid van de pijnklachten lijkt enerzijds gecorreleerd aan de activiteit van deze reacties, anderzijds aan de mate waarin en de manier waarop het gewricht wordt belast (stadium II: 'symptomatisch').
- De aanwezige beschadigingen blijven bestaan, maar de reacties in de omgeving wisselen in intensiteit. Het klachtenbeloop is zodoende fluctuerend. Soms krijgen de klachten een continu karakter, ook 's nachts. Belasten en bewegen zijn zonder pijn dan niet meer mogelijk (stadium III: 'decompensatie').¹⁰

Diagnose

De anamnese is het belangrijkste diagnostisch hulpmiddel; het lichamelijk onderzoek dient doorgaans ter bevestiging van de

diagnose, en laboratorium- en röntgenonderzoek kunnen vooral nuttig zijn ter uitsluiting van andere ziekten.

In de anamnese staan de verschijnselen bewegingspijn, kortdurende startstijfheid en functieverlies centraal:

- De bewegingspijn is het eerste en meestal dominerende symptoom. Aanvankelijk is er kortdurend pijn bij meer dan normaal belasten, zich uitbreidend tot pijn bij gewoon gewrichtsgebruik. Vervolgens is rust nodig om de pijn te doen verdwijnen en tenslotte is de pijn continu aanwezig.
- De startstijfheid treedt eveneens vroeg in het beloop op. Klassiek is de ochtendstijfheid bij het opstaan en de startproblemen na rust overdag. De duur van de stijfheid is beperkt tot enkele minuten. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld reumatoïde artritis waarbij de beginstijfheid veel langer dan enkele minuten duurt.
- Het functieverlies is mede een gevolg van de twee vorige verschijnselen. Bij het toenemen van de artrose wordt het functieverlies versterkt door secundaire spieratrofie, spierspasmen, contractuurvorming en tenslotte gewrichtsdestructie.

Het fluctuerend beloop van deze verschijnselen over langere tijd maken de diagnose artrose zeer waarschijnlijk.

Behalve de symptomen zijn de duur en vooral de ernst van de klachten van belang. De huisarts zal daarom ook vragen naar de gevolgen in het dagelijks leven van de patiënt en zijn omgeving.

Het lichamelijk onderzoek start met inspectie van de manier van bewegen van de patiënt bij het binnenkomen. Hydrops, kapselzwellen en, bij vergevorderde artrose, spieratrofie en standsafwijkingen kunnen zichtbaar worden. Bij palpatie kunnen tekenen van reactieve synovitis worden gevonden: hydrops, drukpijn, warmte en (zelden) roodheid.

Bij het bewegingsonderzoek kunnen soms al bij een beginnende artrose vrij grove crepitaties hoorbaar zijn. Uitgesproken bewegingsbeperking ontstaat pas in een laat stadium, wanneer het gewrichtskapsel is aangetast. Bij coxartrose is het lichamelijk onderzoek slechts zeer gedeeltelijk uitvoerbaar. Alleen de inspectie van het lopen en het testen van de mobiliteit (met name de rotaties) zijn mogelijk.

teit (met name de rotaties) zijn mogelijk.

Laboratoriumonderzoek is voor de diagnose artrose niet nodig. Als het al wordt verricht, gebeurt dat voor het onderscheid met reumatoïde artritis en dan nog in veel gevallen op aandringen van de patiënt of diens omgeving. Alle bepalingen horen negatief uit te vallen, dat wil zeggen dat de BSE, reumareacties, ANF, bloedbeeld en urinezuurbepaling normale uitslagen dienen op te leveren.

Bij twijfel lijkt het bepalen van de BSE de beste eerste stap in de laboratoriumdiagnostiek. De diagnostische waarde van de veel gebruikte 'reumareacties' voor het uitsluiten van chronische reumatoïde artritis is gering.¹¹ Indien bij blijvende twijfel een gewrichtspunctie wordt gedaan, vindt men gewoonlijk heldergeel gewrichtsvocht met normale viscositeit.

Ook röntgenonderzoek heeft een beperkte betekenis voor diagnostiek en beloop. In feite is de belangrijkste rechtvaardiging het uitsluiten van andere pathologie, zoals een 'gewrichtsmuis' (corpus liberum).

Bij coxartrose zou er meer overeenstemming bestaan tussen de klinische en de röntgenologische ernst van de artrose dan bij andere vormen van artrose, met name in de wervelkolom.^{2, 12} Hierbij kan de (herhaalde) foto dus mede bepalend zijn voor het stellen van de operatie-indicatie. De röntgenologische kenmerken van artrotische afwijkingen zijn: onregelmatige gewrichtsspleetversmalling, osteofytvorming aan de randen en subchondrale cystevorming.

Uitleg

Voordat men overgaat tot behandelen, dient de patiënt goed te worden geïnformeerd.¹³ Daarbij is het vooral van belang dat men de vaak bestaande 'reumatofobie' – de angst voor ernstige gewrichtsvernietiging en invaliditeit – tegengaat. Men kan benadrukken dat artrose een fluctuerend beloop heeft en niet zonder meer progressief is, en dat verergering van het ziektebeeld mede afhankelijk is van de mate waarin preventieve en therapeutische maatregelen kunnen worden genomen.

Het vinden van goed voorlichtingsmateriaal bleek niet eenvoudig. Het meest sprak

Tabel 1 Incidentie en prevalentie van artrose, 1982-1986. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Leeftijd in jaren	Incidentie		Prevalentie	
	M	V	M	V
15-24	0	1	1	0
25-34	1	1	6	3
35-44	6	3	13	8
45-54	12	18	33	32
55-64	20	36	95	115
65-74	21	44	142	196
75-84	26	46	141	407
85+	30	44	189	587

Bron Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Tabel 2 Behandelplan voor artrose, gerelateerd aan een indeling in drie stadia.

	'Preklinisch'	'Symptomatisch'	'Decompensatie'
Klachten			
- pijn in rust	-	-	+/-
- pijn bij bewegen	-	+	+
- startstijfheid	+/-	+	+
- functieverlies	-	+	++
Klinische bevindingen			
- crepitaties	+/-	+	+
- hydrops	-	+	+
- kapselzwellling	-	+/-	+
- bewegingsbeperking	-	+/-	+
- misvorming	-	+/-	+
Radiologische bevindingen			
- gewrichtsspleetversmalling	-	+	++
- subchondrale osteosclerose	+/-	+	++
- osteofyten	-	+	++
Behandelplan			
- eenvoudige adviezen, hulpmiddelen, leefregels	+	+	+
- (dagelijks) oefeningen	+/-	+	+
- medicatie (zelfbeheer)	-	+	+
- lokale injecties (eventueel)	-	+	+
- fysiotherapie			
a) houding	+/-	+	+
b) symptomatisch	-	-	+/-
- ergotherapie	-	-	+
- operatie overwegen	-	+/-*	++
- functie partner etc.	-	+/-	+
- controles	+	+	+

* Met name bij standsafwijkingen.

ons de folder 'Artrose' van Medidact aan. Het meegeven van deze folder in het consult waarin de diagnose wordt gesteld, en het bespreken van eventuele onduidelijkheden in volgende consulten lijkt ons de beste manier om de patiënt te laten delen in de bestaande kennis.

Behandeling

Het pathofysiologische proces is (nog) niet te genezen. De doelstellingen van de behandeling zullen derhalve gelegen zijn in de sfeer van 'voorkomen van erger' en 'bestrijden van symptomen'. Anders gezegd: afremmen van de progressie van de artrose, en bestrijden van pijn en functieverlies. Bij secundaire artrose, zoals bij een corpus liberum, is het 'voorkomen van erger' evident goed haalbaar. Bij primaire artrose ligt dit niet zo duidelijk en is het nog de vraag in hoeverre er echt sprake kan zijn van preventie.

De specifieke doelstellingen van de behandeling moeten door patiënt en huisarts tesamen worden geformuleerd aan de hand van:

- de ernst en de lokalisatie van de klachten;
- de consequenties voor de activiteiten van het dagelijks leven (de ADL-functies), het beroep, de hobbies en de omgeving;
- het verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt, zowel ten aanzien van zijn aandoening als ten aanzien van zijn bezigheden (bedrijf, huishouden, sport, enz.);
- de mogelijkheden van de patiënt, diens partner, familie en (werk)omgeving.

Aan de hand van deze doelstellingen wordt vervolgens een (behandelplan) gemaakt met prioriteiten en een fasering in de tijd. Het opstellen van een behandelplan heeft zin, omdat artrose een chronische aandoening is. Rekening moet worden gehouden met de eigen inbreng van de patiënt en diens omgaan met c.q. beleven van de ziekte. Deze aspecten hebben op hun beurt directe gevolgen voor de behandeling (circulair ziektemodel). Een voorstel voor een behandelplan is weergegeven in tabel 2.

Niet-medicamenteuze behandeling

De niet-medicamenteuze behandelingen zijn voor een belangrijk deel ontleend aan

de ergotherapeutische literatuur en hebben betrekking op het concept van de 'gewrichtsbescherming'. Onder gewrichtsbescherming wordt het geheel aan maatregelen verstaan die bewegen en belasten van aangedane gewrichten mogelijk moet maken met een zo gering mogelijke kans op beschadiging. Praktisch houdt dit in: contractuurprofylaxe, aangepaste leefwijze, technische hulpmiddelen, orthesen en spierversterking.¹⁴

Grondregels voor gewrichtsbescherming zijn:

- gedoseerd gebruik en gedoseerde rust: respecteer pijn bij belasting en wissel belastende activiteiten af met rust; spreid de belasting in de tijd;
- vermijd langdurige statische belasting;
- verdeel de lasten over de gewrichten;
- houd de spierkracht rond het aangedane gewricht op peil;
- vermijd contractuurvorming;
- gebruik hulpmiddelen ter ontlasting van het gewricht.

Deze grondregels zijn voor ieder gewricht uit te werken en dienen daarnaast aangepast te worden aan de mogelijkheden en beperkingen van de individuele patiënt. Passen we deze grondregels toe op de coxartrose, gonartrose en artrose van het CMC-I (de basis van de duim) gewricht, dan levert dat de op deze pagina weergegeven adviezen op.¹⁵

Het lijkt ons niet haalbaar dat de huisarts alle uitwerkingen van gewrichtsbescherming voor de diverse gewrichten kent en toepast. Op dit punt is samenwerking met fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en ergotherapeut aangewezen. Voor de fysiotherapeut ligt er een grote hoeveelheid nuttig werk bij het aanleren van een goede belasting, de preventie van contracturen en de spierversterking door gerichte oefentherapie. Met het verdelen van activiteiten en het gebruik van hulpmiddelen kan de patiënt zelf experimenteren; voor een deel kan dit geïnstrueerd worden door huisarts en wijkverpleegkundige, in de vorm van eenvoudige adviezen, leefregels en soms door het gebruik (leren) maken van hulpmiddelen.

Hoewel er voor het gunstige effect van 'gewrichtsbescherming' op het beloop van artrose geen afdoende bewijs is geleverd,

bestaat er toch een zekere mate van consensus over het nut van deze maatregelen.

Mensen met artrose worden vaak verwezen voor fysiotherapie, met als doel het geven van een symptomatische behandeling.

Een ervaringsgegeven is dat pijn kan worden verlicht door lokale toediening van warmte, bijvoorbeeld door paraffinepakkingen. Ook onderdompeling in warm water (een warm bad) geeft pijnvermindering. Bij 'ontstekingsreacties' daarentegen is in de actieve fase koeling van het gewricht

aangewezen. Daarnaast worden bij artrose vrijwel alle fysiotherapeutische technieken toegepast. Wij hebben echter geen enkele publikatie kunnen vinden waarin de waarde van enige behandelingsmethode werd aangetoond. Gezien het belang van de hiervoor genoemde gewrichtsbescherming is het bovendien wenselijk om de toepassing van diverse applicaties in goed overleg zoveel mogelijk te beperken.

De fysiotherapeut zou een belangrijker bijdrage kunnen leveren door zijn kennis te gebruiken voor het behoud van functies en

Adviezen voor gewrichtsbescherming

Coxartrose

- gewichtsreductie bij adipositas;
- een stok met een goede lengte (schouders horizontaal) en een brede dop; de stok wordt aan de gezonde kant gebruikt;
- minder traplopen, lopen op steil terrein, bukken en hurken; gebruik van hulpmiddelen bij het aantrekken van kousen en broek;
- minder langdurig staan;
- voldoende hoge stoel en bed;
- preventie van flexiecontractuur door een half uur buikligging per dag;
- fietsen met licht versnelling, zwemmen.

Gonarthrosis

- gewichtsreductie bij adipositas;
- een stok met een goede lengte (schouders horizontaal) en een brede dop; de stok wordt aan de gezonde kant gebruikt;
- minder traplopen, lopen op steil terrein, bukken en hurken; gebruik van hulpmiddelen bij het aantrekken van kousen en broek;
- (isometrisch) oefenen van de muscoli quadriceps en 'hamstrings';
- geen kussentjes in de knieholten leggen;
- fietsen met licht versnelling, zwemmen;
- gebruik kniebandages.

Arthrosis van de CMC-I

- vermindering of staken van huishoudelijke en andere werkzaamheden;
- gebruik gereedschap met een berde greep (ook pennen);
- voorwerpen niet aan de vingers laten hangen, maar liever op de handpalmen dragen;
- gebruik speciale spalkjes (onder meer verkrijgbaar bij de medische instrumenthandel).

Intra-articulair gebruik van corticosteroïden bij artrose

- Geef alleen injecties in het kniegewricht, eventueel in de kleine gewrichten, maar niet in de heup.
- Injecteer alleen wanneer de gonartrose gepaard gaat met duidelijke ontstekingsverschijnselen en/of hydrops.
- Injecteer niet meer dan twee gewrichten tegelijkertijd en niet meer dan de aangegeven hoeveelheid van een der gangbare preparaten (1 ml voor de knie, 0,25 ml voor kleine gewrichten).
- Injecteer geen tweede keer binnen een termijn van twee weken, liever niet vaker dan eenmaal per maand en niet meer dan zesmaal per jaar.
- Injecteer met een zeer dunne naald, hanteer strenge asepsis en 'mors' geen steroïd subcutaan.
- Geeft het gewricht na de injectie 24 tot 48 uur rust.

het bestrijden van contracturen. Ook het tegengaan van spieratrofie, het aanleren van een goed bewegingspatroon en het zodoende versterken van het moreel van de patiënt zijn nuttige bijdragen aan het behouden van functies. Het gaat zowel om spierkracht als om spankracht. De fysiotherapeut in de eerste lijn moet bovendien oog hebben voor de ergotherapeutische aspecten van het dagelijks leven, zeker zolang ergotherapie voor de eerste lijn zo moeilijk bereikbaar blijft.

Recent is – waarschijnlijk tijdelijk – de mogelijkheid geschapen om de verpleeghuisarts in consult te vragen. Als onderdeel van een dergelijk consult kan de verpleeghuisarts ook de ergotherapie, als deel van zijn 'verpleeghuispakket' inschakelen. Zodoende is via een omweg ergotherapeutisch advies te verkrijgen.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling kan algemeen en lokaal geschieden. De behandeling met pijnstillers wordt liefst beperkt tot een klein arsenaal analgetica, waarbij eenvoudige middelen als acetylsalicylzuur en paracetamol een belangrijke plaats innemen. Daar waar pijnstilling het doel is, doen deze goedkope producten niet onder voor de grote schare van niet-steroïde anti-inflammatoire middelen (NSAID's). De verschillen tussen de vele NSAID's zijn overigens niet zo groot als men ons wil doen geloven. Ervaring opdoen met een beperkt arsenaal lijkt ons vooralsnog het beste.¹⁶⁻¹⁸

Begeleidende ontstekingsverschijnselen worden effectief bestreden door lokale behandeling met intra-artculaire depotcorticosteroiden. De beste resultaten worden gemeld bij injecties in de knie. In het algemeen is 1 ml van de gangbare injecteerbare corticosteroiden voldoende voor een knie. Het succespercentage ligt rond de 80 procent. Bij een normale asepsis is de kans op septische artritis klein.¹⁹ Injecteren in het heupgewricht is voor huisartsen af te raden. Enkele adviezen voor intra-artculaire corticosteroid-injecties staan vermeld op pagina 22.

Chirurgische behandeling

Recent is in ons land een consensus geformuleerd voor de totale heupprothese.²⁰ De

indicaties voor een dergelijke ingreep werden in volgorde van belangrijkheid gesteld op grond van de pijn, de loopcapaciteit, de mobiliteit en het röntgenbeeld. In verband met het probleem van de loslating (na 10 jaar 10-20 procent) werd als ondergrens de leeftijd van 60-65 jaar genomen. Van een bovengrens werd niet uitgegaan.

De huisarts zal bij zijn overwegingen om een patiënt al dan niet te verwijzen – met name bij artrose van de heup – dezelfde criteria moeten hanteren. Daarbij zal hij uitleggen dat het hier om electieve chirurgie gaat, en dat de beslissing vooral wordt bepaald door de klachten en wensen van de patiënt.

De kans op een infectie – die dan meestal tijdens de operatie ontstaat – bedraagt ongeveer 1 procent. De rol die 'low grade' infecties spelen in het ontstaan van vroegtijdige loslating van prothesen, is waarschijnlijk groter dan tot nu toe werd aangenomen. Speciale kweektechnieken brengen de laatste tijd meer potentieel schadelijke micro-organismen uit het operatiegebied aan het licht dan voorheen.

Het is niet nodig dat de huisarts de patiënt met een heupprothese controleert. Wel is het wenselijk de dragers van kunstheupen – en in het algemeen van kunstgewrichten – te instrueren om bij het opnieuw ontstaan van pijn contact met de huisarts op te nemen. Ter voorkoming van late infecties rond de prothesen wordt aanbevolen om strenge profylaxe toe te passen bij ingrepen waarbij een bacteriëmie kan ontstaan.

Over het beleid rond andere gewrichtsprothesen is nog geen consensus. In voorkomende gevallen zullen vooral pijnklachten aanleiding zijn tot overleg met de orthopeed over de mogelijkheid van een gewrichts vervangende operatie.

Ook voor het stellen van de indicatie tot een 'total hip' kan een consult van de orthopeed nuttig zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een consultatieve verwijzing of als een intercollegiaal consult. In het laatste geval kunnen huisarts en specialist samen de foto's en de klinische gegevens beoordelen en overleggen over het beleid, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt. Enkele deelnemers aan de conferentie hadden al

enige jaren goede ervaringen met dergelijke vormen van consultatie.

Sociale omgeving

Zoals eerder gezegd, heeft het omgaan met chronische ziekte een circulair karakter. Het is van belang dat huisgenoten en familieleden voldoende geïnformeerd zijn over artrose. Daardoor kan worden voorkomen dat men de patiënt te veel uit handen neemt en daardoor immobiliseert, met alle gevolgen van dien. Anderzijds zal men begrip moeten kunnen opbrengen voor het minder goed functioneren van de patiënt ten gevolge van pijn en functieverlies. Het meedenken over hulpmiddelen of aanpassingen in de directe leefomgeving ter compensatie van verminderde ADL-functies kan een zeer dankbare bezigheid zijn voor mensen uit de naaste omgeving. Veel inventiviteit wordt nog te weinig benut. Gelukkig lijkt er de laatste tijd op dat punt wat meer openheid te ontstaan, getuige onder andere de publikatie door het *Haarlems Dagblad* van een boekje met veel handige tips en ideeën voor mensen met een handicap.²¹

De wijkverpleegkundige kan fungeren als aanvulling op het huiselijk circuit door de mensen aan te moedigen om oplossingen te zoeken voor het omgaan met hun probleem. Bovendien kan zij op basis van deskundigheid en ervaring signaleren wanneer er meer of andere hulpmiddelen nodig zijn, of nadere therapeutische maatregelen moeten worden overwogen.

Over de rol van de huisarts is impliciet al veel gezegd. Hier zij nog eens opgemerkt dat controlebezoeken vooral zullen dienen om na te gaan hoe de patiënt omgaat met zijn ziekte, en of het nodig is of wordt om aanvullende (therapeutische) maatregelen te treffen. Dit alles in overleg met de patiënt, die de rol van eerste deskundige op dit terrein zou moeten kunnen vervullen.

Literatuur

¹ Van 't Veer WJ, Van Boven C. Zip, zip, total hip. Kijken naar de totale heuparthroplastiek. Huisarts Wet 1985; 28(suppl 9): 22-3.

² Van der Korst JK. Gewrichtsziekten. Utrecht, Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1980.

- ³ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboren morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- ⁴ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 401-14.
- ⁵ Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het Transitie-model in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13, suppl March, 1988 on ICPC rubric L 89.
- ⁶ Royal College of General Practitioners, Office of Population Censuses and Surveys, Department of Health and Social Security. Morbidity statistics from general practice 1981-82. Third national study. Series MB5 no. 1. London: Her Majesty's Stationery Office, 1988.
- ⁷ Currey HLF. The nature and management of osteoarthritis. Update 1988; 36: 2348-54.
- ⁸ Shearn MA, Engleman EP, Goei The HS. Arthritis en aanverwante reumatische aandoeningen. In: Hulsman HAM, Rahn KH, Van Boven CPA, red. Diagnose en therapie 1988. Leiden: Kooyker, 1988.
- ⁹ Sullivan FM, Eagers RC, Lynch K, et al. Assessment of disability caused by rheumatic diseases in general practice. Ann Rheum Dis 1987; 46: 598-600.
- ¹⁰ Van der Korst JK. Behandeling van reumatische aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Reuma Wereldwijd 1982; 6(4): 1-4.
- ¹¹ Pop P, Van Leer JVM, Fijten G. Reumateus en diagnostiek van reumatoïde artritis. Practitioner (NI) 1987; 4: 904-8, 997-9.
- ¹² Anoniem. Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1374-85.
- ¹³ Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.
- ¹⁴ Brattstrom M. Gewrichtsbescherming. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ¹⁵ Smits CK. Gewrichtsbescherming bij patiënten met reumatoïde artritis. Reuma Wereldwijd 1986; 10(3): 6-9.
- ¹⁶ Cats A. Antiflogistische analgetica bij 'reumatische aandoeningen'. Geneesmiddelenbulletin 1984; 18: 35-40.
- ¹⁷ Anonymous. Which NSAID? Drug Ther Bull 1987; 25: 81-84, 103.
- ¹⁸ Koch-Weser J. Nonsteroidal antiinflammatory drugs. N Engl J Med 1980; 302: 1237-43.
- ¹⁹ Gray GG, Tenenbaum J, Gottlieb NL. Local corticosteroid injection treatment in rheumatic disorders. Semin Arthritis Rheum 1981; 10.
- ²⁰ Sijbrandij S. Consensus totale heupprothese. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 578-82.
- ²¹ Westerwoudt-van der Does de Willebois L, Westerwoudt DJ. Handig zelfstandig. 1001 tips en ideeën. Haarlem: Haarlems Dagblad, 1985. ■

Abstract

Schellekens JWG, Romeijnders ACM. Arthrosis... and then. A family medicine conference. Huisarts Wet 1988; 32(1): 19-24.

Arthrosis occurs very frequently, but the general practitioner sees only a small percentage of cases. Almost nothing is known about the course over time of the illness. The limited history is the most important aid to diagnosis; physical examination generally serves to confirm the diagnosis and laboratory and radiological investigations are mainly useful in excluding other diseases. The aims of treatment are focused on 'prevention of deterioration' and 'treatment of symptoms'. Non-drug treatments are largely based on the concept of 'joint protection'. Nearly all physiotherapy techniques can be applied; their value however has not been demonstrated. Treatment with pain killers can be limited to a small arsenal of analgesics. Symptoms of inflammation can be effectively counteracted by local treatment with intra-articular corticosteroids. The complaints and demands of the patient play an important role in the decision to surgically intervene.

Key words Osteoarthritis; Family practice.

Correspondence J.W.G. Schellekens, Nijmegen University Department of General Practice, 75 Verlengde Groenestraat, 6525 EJ Nijmegen, The Netherlands.