

Reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew

Epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk

E. VAN DE LISDONK
W. SCHUURMAN
W. TIERSMA

Van de Lisdonk E, Schuurman W, Tiersma W. Reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew. Epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993; 36(3): 87-90.

Samenvatting Dit onderzoek heeft betrekking op incidentie, prevalentie, voorkomen naar sociaal-economische status, contactredenen en verwijscijfers van reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew in de huisartspraktijk; daartoe is gebruik gemaakt van een drietal Nederlandse registratieprojecten. Beide ziekten worden geregistreerd onder één code. De geregisteerde incidentie van beide aandoeningen samen bedraagt ongeveer 0,5 per 1000 per jaar, de geregisteerde prevalentie ongeveer 5 per 1000 per jaar. Uit nader kaartonderzoek blijkt dat het in ongeveer 10 procent van de gevallen om de ziekte van Bechterew gaat. In de laagste sociale klasse komen beide ziekten het meest voor. Klachten van handen, vingers en pols zijn de belangrijkste contactredenen. Zowel ten tijde van de diagnosestelling als gedurende de vervolcontacten wordt een minderheid van de patiënten verwezen voor medisch-specialistische hulp.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen:
Dr. E. van de Lisdonk, huisarts; W. Tiersma, informatica-medewerker.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam: W. Schuurman, huisarts.
Correspondentie: Dr. E. van de Lisdonk.

Inleiding

Reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew zijn chronische ziekten met een gevarieerd beloop. Volgens schattingen in klinische studies zou de helft van de patiënten met reumatoïde artritis 20 jaar na het stellen van de diagnose ernstig gehandicapt of overleden zijn; bij anderen verloopt de ziekte met exacerbaties en soms langdurige (blijvende?) remissies. De levensverwachting zou met enkele jaren zijn bekort. De prognose van de ziekte van Bechterew is gewoonlijk gunstig: de pijn is gering tot matig, de functionele capaciteit is goed (met uitzondering van rotatiebewegingen) en de levensverwachting is niet ongunstig beïnvloed.

Registratie van de ziekte van Bechterew geschiedt volgens de criteria van de ICHPPC-2-defined op grond van karakteristieke afwijkingen op een röntgenfoto. Voor reumatoïde artritis is de aanwezigheid van vier kenmerken vereist:

- pijn in drie of meer groepen van gewrichten;
- zwelling, subluxatie of verstijving in ten minste drie gewrichten, waaronder een hand, pols of voet, met dubbelzijdig voorkomen in ten minste een van deze gewrichten;
- erosieve afwijkingen op de röntgenfoto aan handen, polsen of voeten;
- positieve reuma-serologie.¹

Deze criteria komen slechts ten dele overeen met de classificatiecriteria van de American Rheumatism Association.² Een tweede complicerende factor is het feit dat reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew onder dezelfde code staan gerubriceerd.

De diagnostiek is, zeker in het beginstadium van beide ziekten, vaak niet eenvoudig. Huisartsen zien veel klachten van de gewrichten en de lage rug, en het lukt lang niet altijd om tot een eenduidige diagnose te komen. Dat is de reden om in dit onderzoek niet alleen de geregisteerde frequentie van voorkomen van reumatoïde aandoeningen te bestuderen, maar ook de daarmee samenhangende klachten en de frequentie van verwijzen naar een medisch specialist in verband met reumatoïde

artritis of de ziekte van Bechterew. De onderzoeksvragen luiden:

- 1 Wat zijn de incidentie en prevalentie van reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew en van enkele differentieel-diagnostische aandoeningen in de huisartspraktijk?
- 2 Is er een samenhang tussen sociaal-economische klasse en de frequentie van voorkomen van reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew?
- 3 Met welke contactredenen beginnen episoden van reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew? Welke andere diagnoses passen bij de in aanvang van deze episoden meest gepresenteerde contactredenen?
- 4 Hoeveel patiënten met reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew worden verwezen naar een medisch specialist?

Methode

De epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk zijn ontleend aan de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie (CMR), het Transitieproject en de Nationale Studie van het Nivel.³⁻⁵ De gebruikte classificatiesystemen (de gemodificeerde E-lijst en de ICPC) hebben gemeen dat reumatoïde artritis samen met de ziekte van Bechterew onder één code worden geregistreerd. De incidentie- en prevalentiegegevens hebben dus betrekking op beide aandoeningen en berusten op aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. In de Nijmeegse praktijken werd bovendien door de registrerende huisartsen op de kaart van de opgespoorde patiënten nagegaan of het ging om reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew.

Een belangrijk verschil tussen de drie registraties is de duur: gegevens uit de CMR-Nijmegen zijn verzameld in vier praktijken over de periode 1971 tot heden; die van het Transitieproject zijn in de periode 1985-1989 verzameld in 22 praktijken die elk ten minste een jaar deelnamen aan de registratie; aan de registratie van Nationale Studie namen 161 huisartsen deel, elk gedurende drie maanden. De frequentiematen worden over deze perioden gepresenteerd.

In de Nijmeegse registratie worden drie sociaal-economische klassen onderscheiden (laag, midden, hoog); de klasse wordt per gezin vastgelegd op grond van het beroep van de kostwinner. Het Amsterdamse project kent als indicator hiervoor het onderscheid naar verzekeringsvorm. Gegevens uit de Nationale Studie hierover zijn thans niet beschikbaar.

Gegevens over de contactredenen zijn alleen beschikbaar in het Transitieproject.

De volgende in differentieel-diagnostisch opzicht relevante gewrichtsaandoeningen zijn onderzocht: coxartrose, gonartrose, jicht, traumatische artritis en overige artritiden. Andere aandoeningen die in aanmerking zouden komen, zoals *connective tissue*-ziekten en lupus erythematoses, worden in huisartsclassificaties niet apart onderscheiden.

De Amsterdamse gegevens over verwijzingen zijn onderscheiden in verwijzingen aan het begin van nieuwe episoden en verwijzingen tijdens vervolcontacten van patiënten die ooit de diagnose reumatoïde artritis of ziekte van Bechterew hebben kregen. De Nijmeegse gegevens zijn onderscheiden naar verwijzingen die plaatsvonden binnen drie maanden na de dag waarop voor het eerst de diagnose reumatoïde artritis was gesteld, en latere verwijzingen. Gegevens van de Nationale Studie over verwijzingen zijn nog niet beschikbaar.

Resultaten

1 Reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew komen zelden voor bij kinderen. Vanaf het 45e jaar neemt de frequentie van voorkomen toe en deze blijft stijgen met het ouder worden (*tabellen 1 en 2*). De incidentiecijfers van de drie registraties ontlopen elkaar niet veel; de prevalentiecijfers van de CMR liggen echter veel hoger dan die van de twee andere registraties. Verder liggen de prevalentiecijfers voor vrouwen 2 tot 3 maal hoger dan voor mannen.

Uit het kaartonderzoek bij de patiënten uit het CMR-bestand bleek dat het in 11 procent van de gevallen om de ziekte van

Tabel 1 Incidentie van reumatoïde artritis/ziekte van Bechterew naar leeftijd en geslacht. Aantallen per 1000 per jaar

	CMR Nijmegen 1971-1990		Transitie Amsterdam 1985-1989		Nationale Studie Utrecht 1987-1988	
	M	V	M	V	M	V
0- 4	0	0	0	0	0	0
5-14	0,2	0	0	0	0	0,1
15-24	0,1	0,1	0	0	0	0,1
25-44	0,3	0,5	0	0	0,2	0,4
45-64	0,9	1,0	0,6	0,2	0,7	1,8
65-74	1,4	1,6	0,5	0,8	0,4	1,8
75+	1,3	2,1	0,8	0	0,7	2,3
Totaal	0,5	0,6	0,2	0,1	0,3	0,8

Tabel 2 Prevalentie van reumatoïde artritis/ziekte van Bechterew naar leeftijd en geslacht. Aantallen per 1000 per jaar (CMR en Transitieproject) en per 1000 per 3 maanden (Nationale Studie)

	CMR Nijmegen 1986-1990		Transitie Amsterdam 1985-1989		Nationale Studie Utrecht 1987-1988	
	M	V	M	V	M	V
0- 4	0	0	0	0	0,1	0,1
5-14	1,2	0	0	0,5	0,3	0,2
15-24	0,8	0,5	0,4	0	0	0,6
25-44	1,8	4,7	1,2	1,1	0,8	1,8
45-64	8,1	9,7	3,6	5,7	3,3	6,9
65-74	13,0	23,2	6,0	17,8	7,2	13,9
75+	16,7	35,9	9,1	19,1	5,8	18,0
Totaal	4,0	7,4	2,3	5,4	1,6	4,4

Tabel 3 Prevalentie van enkele chronische gewrichtsaandoeningen in de tweede helft van de jaren tachtig. Aantallen per 1000 per jaar

	CMR 1986-1990		Transitieproject 1985-1989	
	M	V	M	V
Artrose knie	8,8	27,1	11,6	34,2
Artrose heup	6,5	16,0	11,6	34,2
Jicht	6,1	1,9	3,5	1,6
Traumatische artritis	0,3	0,3	1,0	2,2
Overige artritiden	1,6	2,0	4,0	1,0
Reumatoïde artritis/ziekte van Bechterew	4,0	7,4	2,3	5,4

Tabel 4 Prevalentie van reumatoïde artritis/ziekte van Bechterew naar naar sociale laag. Antallen per 1000 per jaar

Sociale laag	Mannen	Vrouwen	Totaal
- laag	4,8	6,4	5,6
- midden	2,8	6,4	4,6
- hoog	0,9	5,8	3,7

Bron: CMR Nijmegen 1971-1990.

Tabel 5 De vijf meest geregistreerde contactredenen het begin van een episode (n=65) en bij vervolcontacten (n=469) wegens reumatoïde artritis/ziekte van Bechterew. Percentages

Begin episode (n=65)	Vervolgcontacten (n=469)		
Klachten van handen en vingers	26	Reumatoïde artritis	25
Klachten van de pols	12	(Verzoek om) medicatie	20
Klachten meerdere gewrichten	8	Consult op initiatief huisarts	11
Klachten schouder	5	Klachten meerdere gewrichten	4
Lage-rugklachten	5	Bespreking testuitslag	4

Bron: Transitieproject 1985-1989.

Tabel 6 Nieuwe episodien met als contactreden 'klachten van handen en vingers'. Percentages (n=803)

Klachten van handen en vingers	20	Infectie vinger	3
Distorsie	17	Ganglion	3
Bursitis, tendinitis	10	Reumatoïde artritis/Bechterew	3
Overig letsel	8	Overige ziekten	
Artrose	6	bewegingsapparaat	3
Fractuur	4	Overige	24

Bron: Transitieproject 1985-1989.

Tabel 7 Verwijzingen naar medisch specialisten wegens reumatoïde artritis/ziekte van Bechterew. Aantallen en percentages van respectievelijk het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen

	CMR 1986-1990		Transitieproject 1985-1989	
	n	%	n	%
Begin episode	30	33	42	7
Vervolgcontacten	234	12	119	21

Bechterew ging; de prevalentie van de ziekte van Bechterew kan dus worden geschat op 0,5 per 1000 per jaar.

Tabel 3 geeft de prevalentie van enkele andere chronisch degeneratieve gewrichtsziekten. Het is duidelijk dat artrose veruit de grootste categorie is. Zowel artrose als reumatoïde artritis of ziekte van Bechterew komen duidelijk vaker bij vrouwen voor dan bij mannen; voor jicht geldt het omgekeerde. De cijfers van de CMR-Nijmegen liggen hoger dan die van het Transitieproject.

2 Uit tabel 4 blijkt dat de prevalentie in de lagere sociale klassen hoger ligt, in het bijzonder bij de mannen. Dit stemt overeen met de bevinding uit het Transitieproject, dat de prevalentie bij ziekenfondsverzekerden tweemaal zo hoog is als bij particulier verzekerden: respectievelijk 4,9 en 2,4 per 1000 per jaar.

3 In overeenstemming met de klinische verwachtingen bij reumatoïde artritis werden bij het begin van de episodien vooral klachten van handen, vingers en pols geregistreerd (tabel 5). Bij de vervolcontacten ging het in hoofdzaak om de ziekte zelf, medicamenteuze behandeling en controleconsulten op initiatief van de huisarts. Tabel 6 laat zien dat de meest genoemde contactredenen - klachten van handen en vingers - slechts in 2,7 procent van de gevallen het begin is van een episode van reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew.

4 Tabel 7 geeft een beeld van de verwijzingen naar medisch specialisten. In het Transitieproject werd 61 procent van deze patiënten verwezen naar een reumatoloog; de overige patiënten werden verwezen naar een internist (11 procent), orthopedisch chirurg (7 procent) of een andere specialist (11 procent).

Beschouwing

Uit gegevens van de twee langlopende continue morbiditeitsregistraties in Nederland blijkt gemiddeld per jaar een incidentie van 0,5 per 1000 en een prevalentie

van ongeveer 5 per 1000 voor reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. In ongeveer 10 procent van de gevallen zal er sprake zijn van de ziekte van Bechterew. Een huisartspraktijk van 2350 patiënten zal op enig moment ongeveer 10 patiënten met reumatoïde artritis en 1 patiënt met de ziekte van Bechterew tellen. Het merendeel van deze patiënten is sinds een of meer jaren bekend met deze diagnose; 65-70 procent van hen zijn vrouwen.

De hogere frequentie van voorkomen in de lagere sociaal-economische lagen is opmerkelijk. In een recent verschenen rapport wordt niet gerept van een epidemiologisch samenhang met sociaal-economische klasse.⁶

De gevonden prevalentiecijfers laten zich goed vergelijken met de cijfers uit Engelse huisartspraktijken: *Hodgkin* schat de prevalentie tussen 5,9 en 9,4 per 1000 per jaar en zegt dat het in 70 procent van de gevallen om vrouwen gaat; de Derde Nationale Studie geeft als cijfers 3,5 per 1000 mannen en 8,0 per 1000 vrouwen.^{7,8}

De hoge prevalentiecijfers in de CMR Nijmegen worden waarschijnlijk verklaard door de lange looptijd van deze registratie: naarmate langer wordt geregistreerd, wordt de werkelijke prevalentie in de populatie steeds beter benaderd. De prevalentiecijfers uit de Nationale Studie kunnen niet zomaar met 4 worden vermenigvuldigd om een schatting van de jaarprevalentie te krijgen. Het is immers onbekend welke fractie van de patiënten met reumatoïde artritis of Bechterew in drie maanden de huisarts bezoekt.

In de bevolkingsstudies wordt voor reumatoïde artritis een prevalentie van 10 per 1000 aangehouden (variatie van 5 à 11 per 1000 in Europa en Noord-Amerika, met uitzondering van de prevalentie van ruim 50 per 1000 onder de Noord Amerikaanse Indianen). De man/vrouw-ratio komt overeen met onze bevindingen.^{9,10} Voor de ziekte van Bechterew worden pre-

valenties opgegeven variërend van 0,5 tot 2,3 per 1000.¹¹ De man/vrouw-ratio bedraagt volgens de laatste inzichten 4 à 5 op 1.¹²

Reumatoïde artritis is kwantitatief geen omvangrijke chronische aandoening in de huisartspraktijk, maar wel een aandoening die de huisarts aanvankelijk voor diagnostische problemen kan stellen. De gegevens in deze studie laten onder andere zien dat klachten van handen en vingers frequent optreden bij reumatoïde artritis, maar dat de voorspellende waarde van deze klachten voor de aanwezigheid van reumatoïde artritis in de huisartspraktijk erg laag is. In de beginfase heeft de huisarts vaak veel contacten. Het zoeken naar de juiste diagnose impliceert aanvullend onderzoek en soms een verwijzing naar reumatoloog of internist. Deze stelt meestal ook de medicamenteuze behandeling in, zeker als het gaat om antimalariamiddelen, goud, penicillamine, salazopyrine, cytostatica of combinaties van deze middelen, al dan niet samen met pijnstillers, in het bijzonder NSAID's. Vanaf dat moment variëren de aard en de mate van de bemoeienis van de huisarts met deze patiënten.

Veel voorkomende taken voor de huisarts zijn: begeleiding bij de verwerking van de ziekte, advisering over aanpassingen, coördinatie van diverse hulpverleners en hulpverlenende instanties, en continuering en bijstelling van de medicatie. Niet bekend is in hoeverre verschillen in bemoeienis samenhangen met de patiënt (voorkeur, vertrouwen, afstand), de huisarts (kennis, vaardigheden, attitude), de medisch specialist en de ziekte (ernst, behandelwijze, succes interventies). De prognose is variabel, maar de aandoening kan belangrijke functionele stoornissen en handicaps met zich meebrengen. Onbekend is of het beloop van de ziekte, zoals de huisarts dat kan waarnemen, afwijkt van wat bekend is uit de medisch-specialistische literatuur. Deze vraag verdient

nader onderzoek, waarbij men zou kunnen veronderstellen dat de patiënten die klinisch worden begeleid, een ernstiger reuma hebben en een slechtere prognose dan patiënten die niet klinisch worden begeleid.

Literatuur

- 1 Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-defined. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- 2 Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- 3 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WHJM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 5 Van der Velden J, De Bakker DH, Claesens AAMC, Schellevis FG, red. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Basisrapport. Utrecht: Nivel, 1991.
- 6 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Scenario's over reumatoïde artritis 1990-2005. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- 7 Hodgkin K. Vroege diagnostiek in de eerste lijn. Lochem: De Tijdstroom, 1984.
- 8 Anonymous. Morbidity statistics from general practice: third national study 1981-1982. London: Her Majesty's Stationery Office, 1986.
- 9 Currey HLF, Hull S. Rheumatology for general practitioners. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 10 Spector TD. Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16: 513-37.
- 11 Khan MA, Van der Linden SM. Ankylosing spondylitis and other spondylarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16: 551-79.
- 12 Gran JT, Husby G. Ankylosing spondylitis in women. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1990; 5: 303-12. ■