Reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis is een weinig voorkomende aandoening in de huisartspraktijk: een patiënt met niet-traumatische gewrichtsklachten heeft (ongezien) een kans van 2 tot 16 procent op reumatoïde artritis, afhankelijk van leeftijd en geslacht.[1] Bij een vrouw <45 jaar is die kans 16 procent. Wanneer de in de NHG-Standaard Reumatoïde Artritis gegeven diagnostische criteria gehanteerd worden door reumatologen bij verwezen patiënten, zijn de sensitiviteit en specificiteit van de criteria respectievelijk 91 en 89 procent.[1] De kans op reumatoïde artritis bij een vrouw <45 jaar die voldoet aan alle criteria, is dan:

$$\frac{0{,}16 \times 0{,}91}{0{,}16 \times 0{,}91 + (1 - 0{,}16) \times (1 - 0{,}89)} = 0{,}63$$

Dit is conform de regel van Bayes:[2]

$$P(D \mid T+) = \frac{P(D) \times P(T+ \mid D)}{P(D) \times P(T+ \mid D) + P(\overline{D}) \times P(T+ \mid \overline{D})}$$

waarbij

$P(D)$ = de voorafkans op reumatoïde artritis,

$P(\overline{D})$ = de voorafkans om geen reumatoïde artritis te hebben

$P(T+ \mid D)$ = de kans op een terecht-positieve uitslag, sensitiviteit

$P(T+ \mid \overline{D})$ = de kans op een fout-positieve uitslag

Op grond van deze regel varieert de kans op reumatoïde artritis voor een patiënt met niet-traumatische gewrichtsklachten die aan alle diagnostische criteria voor reumatoïde artritis voldoet, van 63 procent voor vrouwen <45 jaar tot 14 procent voor vrouwen >65 jaar. In de praktijk wil dit zeggen dat 37 tot 86 procent van de patiënten ten onrechte het label reumatoïde artritis opgeplakt zal krijgen. Dit hoge percentage fout-positieven kan een verklaring zijn voor de bevinding van *Scott et al.*, dat 70 procent van de mensen die in een open populatie aan de criteria voor reumatoïde artritis voldoen, dat na 3-5 jaar niet meer doen.[1]

Het is belangrijk na te gaan wat het voor de patiënten met een onterechte diagnose reumatoïde artritis betekent dit label te dragen, mede omdat de therapeutische consequenties van deze diagnose in eerste instantie niet erg ingrijpend zijn. Het lijkt daarom verstandig bij patiënten die voldoen aan de criteria, te vertellen dat er een kans op reumatoïde artritis bestaat, maar dat het beloop van de aandoening deze diagnose zal bevestigen of verwerpen. Daarbij moet vermeld worden dat het grootste deel van de patiënten in de loop van de tijd de aandoening niet zal blijken te hebben. Het valt zelfs te overwegen of de diagnostische criteria voor reumatoïde artritis, zoals voorgesteld in de standaard, wel de juiste zijn voor diagnostiek in de huisartspraktijk.

M.Y. Berger,
huisarts, epidemioloog

1 Schuurman W, Van Alphen-Jager JM, Van den Bosch WJHM, et al. NHG-Standaard Reumatoïde Artritis. Huisarts Wet 1994; 37: 248-59.
2 Bossuyt PMM, Berger MY. Onzekerheid en waarschijnlijkheden. In: Bossuyt PMM, Lubsen J, red. Klinische besliskunde. Rotterdam: Centrum voor Klinische Besliskunde, 1990.

Naschrift

De berekening ten aanzien van de fout-positieve uitslagen bij het toepassen van de criteria voor reumatoïde artritis op patiënten in de huisartspraktijk is volstrekt juist. Toch hebben wij gemeend deze criteria te moeten opnemen. De criteria zijn opgesteld ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. De criteria worden dan ook classificerende criteria genoemd, maar bij gebrek aan beter ook vaak toegepast als diagnostische criteria. De sensitiviteit en specificiteit van deze criteria bedragen respectievelijk 91 en 89 procent, hetgeen niet slecht is. In de dagelijkse praktijk zijn er weinig tests die een beter onderscheidend vermogen hebben. Onderzoek zal moeten uitwijzen of andere criteria voor gebruik in de huisartspraktijk wellicht geschikter zijn. Gezien de lage incidentie van de aandoening in de huisartspraktijk zal dat niet eenvoudig zijn.

De conclusie dat terughoudendheid geboden is bij het stellen van de diagnose reumatoïde artritis, daar de meerderheid van de patiënten die voldoen aan de criteria, de diagnose uiteindelijk niet blijkt te hebben, onderschrijven wij dus. Wellicht had het feit dat de diagnose reumatoïde artritis in de huisartspraktijk alleen met de nodige slagen om de arm gesteld kan worden, expliciete vermelding in de standaard verdiend. De standaard geeft overigens aan dat huisartsen afwachtend kunnen zijn. Dit komt tot uiting in het terughoudend voorschrijfgedrag, zoals dat wordt geadviseerd. Voordat men tot ingrijpende maatregelen overgaat, is er een periode van tweemaal acht weken voorbij waarin een NSAID wordt geprobeerd.

W. Schuurman
W.J.H.M. van den Bosch
Tj. Wiersma
S. Thomas

1 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1985.

RECTIFICATIE

Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? Huisarts Wet 1995; 38(1): 10-4.

In dit artikel is tweemaal het teken ≤ weggevallen:

- Op pagina 10, derde kolom, tweede regel van onderen moet 40 jaar worden vervangen door: ≤40 jaar.
- Op pagina 11, eerste kolom, derde regel moet 40 jaar eveneens worden vervangen door: ≤40 jaar.

De redactiecommissie biedt auteurs en lezers haar verontschuldigingen aan voor deze hinderlijke omissies. De lezers wordt aangeraden deze correcties aan te brengen in de tekst van het oorspronkelijke artikel.

DISCUSSIE

Helderheid en consistentie van standaarden: een kwestie van coherentie

Vervolg van pag. 177

5 Blom JD, Dekkers W. Klachten op zoek naar een ziekte. Over nosografie en myalgische encefalomyelitis. Med Contact 1994; 49: 1633-5.
6 Meijman FJ. Controleerbaarheid van informatie: meer dan een aantal voetnoten [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 35: 173-5.
7 Wiersma Tj. Cara is geen Cara: drie visies. Med Contact 1994; 49: 1005-12.
8 Wiersma Tj. Cara is geen Cara: de Cara-standaarden. Med Contact 1994; 49: 1049-52. ■