

Risicofactoren en behandeling van jicht

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop hij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Wat is de gemiddelde aanvalsfrequentie van patiënten met jicht die bij de huisarts bekend zijn en welke risicofactoren dragen bij aan het optreden van jichtaanvallen?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard *Artritis* raadt aan om bij patiënten met jicht bij een onaantvaardbare aanvalsfrequentie of bij aanwezigheid van tophi, met urinezuurverlagende medicatie (allopurinol) te starten. Er wordt hierbij een norm gehanteerd van meer dan drie aanvallen per jaar. Bepaling van het serumurinezuur helpt om de diagnose te ondersteunen en het therapeutisch effect te monitoren. Een bevredigend resultaat is een aanvaardbare aanvalsfrequentie of het verdwijnen van tophi. Als dit uitblijft kan de dosis opgevoerd worden. Vervolgens kan bij uitblijven of bijwerkingen overgestapt worden op een ander middel (benzbromaron). De NHG-Standaard doet geen actieve aanbeveling om adviezen te geven over het vermijden van voedings- of genotsmiddelen vanwege een gebrek aan consistent bewijs.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Jicht is de meest voorkomende vorm van inflammatoire artritis en treft naar schatting 1,7% van de populatie bij de huisarts. Het is onduidelijk hoeveel aanvallen patiënten met jicht gemiddeld hebben. Het aantal patiënten met één of meer jichtaanvallen per jaar varieert in verschillende onderzoeken van 11 tot 68%.¹ In Nederland wordt 90% van de patiënten met jicht behandeld door de huisarts, maar het meeste onderzoek wordt gedaan in de tweede lijn. De werkgroep die de NHG-Standaard *Artritis* heeft ontwikkeld, heeft ook kennislacunes opgesteld. Hierin wordt voorgesteld om meer onderzoek te verrichten naar de relatie tussen het optreden van jichtartritis en veronderstelde risicofactoren, zoals overgewicht, diureticagebruik en de inname van bepaalde voedingsmiddelen. Ook stelt de werkgroep voor om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van urinezuurverlagende medicatie op de aanvalsfrequentie.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het gebrek aan consistent bewijs voor het vaststellen van de relatie tussen risicofactoren en de behandeling van jicht lijkt meerdere oorzaken te hebben. Ten eerste verschillen onderzoeken nogal in geselecteerde onderzoekspopulaties, gehanteerde definities van een jichtaanval en gekozen onderzoeksopzet. Dit verklaart de variatie in aanvalsfrequenties tussen verschillende onderzoeken. Daarmee hangt samen dat een patiënt die een

jichtaanval herkent en weet hoe hij moet handelen zich niet per se presenteert bij de huisarts, waardoor aanvallen mogelijk niet geregistreerd worden.¹ Er is geen aparte ICPC-code voor een jichtaanval en uit medicatieregistraties is niet vast te stellen of patiënten (aanvals)medicatie innamen, of zij dat deden zoals voorgeschreven en hoe consistent zij dit deden. Dit alles kan leiden tot onderrapportage van het aantal jichtaanvallen in huisartsregistraties.

Een tweede oorzaak blijkt uit een recent onderzoek, waarin werd gekeken wat voor uitkomstmaten er werden gebruikt in recente onderzoeken naar jicht, en hoe deze vergelijkbaar zijn.² Hieruit bleek een grote variatie aan gebruikte uitkomstmaten en matige standaardisatie van gebruikte meetinstrumenten. Daarbij werd maar in een klein deel van de beoordeelde onderzoeken gekeken naar voor de patiënt relevante uitkomsten, zoals de mate van pijn, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en beperking van functioneren. Zo wordt bijvoorbeeld in onderzoeken naar de effectiviteit van allopurinol het serumurinezuur veelal als eindpunt gebruikt, terwijl een jichtaanvalsfrequentie voor de huisarts en patiënt veel relevanter en belangrijker is. Deze verschillen in meetmethoden en variabelen bemoeilijken de vergelijking van resultaten van de verrichte onderzoeken en gaan ten koste van de betrouwbaarheid van conclusies en aanbevelingen.

CONCLUSIE

Op dit moment is het niet duidelijk hoeveel aanvallen patiënten met jicht gemiddeld hebben. Dit komt doordat jichtaanvallen moeilijk te meten zijn en standaardisering van eindpunten nog te weinig toegepast wordt. Om een beter begrip te krijgen van de ziektelast van jicht en effecten van urinezuurverlagende medicatie is het belangrijk om patiëntgerelateerde uitkomsten en klinisch relevante eindpunten te implementeren in toekomstig onderzoek. Omdat resultaten van onderzoek in de tweede lijn niet zonder meer toepasbaar zijn op eerstelijnspatiënten, is het gewenst dit onderzoek in de huisartsensetting uit te voeren.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de frequentie van zelfgerapporteerde jichtaanvallen bij patiënten die bekend zijn met jicht bij de huisarts en welke (risico)factoren zijn voorspellend voor het krijgen van een jichtaanval? ■

LITERATUUR

- 1 Araújo F, Cordeiro I, Ramiro S, Falzon L, Branco JC, Buchbinder R. Outcomes assessed in trials of gout and accordance with OMERACT-proposed domains: a systematic literature review. *Rheumatology* 2015;54:981-993.
- 2 Rashid N, Levy GD, Wu Y, Zheng C, Koblick R, Cheetham TC. Patient and clinical characteristics associated with gout flares in an integrated health care system. *Rheumatology Int* 2015;35:1799-1807.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: Kevin van Leeuwen, aiotho • Correspondentie: k.leeuwen@erasmusmc.nl