



Axiale spondyloartritis vroeg behandelen en herkennen

De herziene NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn besteedt meer aandacht dan voorheen aan de specifieke oorzaken van lagerugpijn, waaronder axiale spondyloartritis (axSpA). Het afgelopen decennium is er veel veranderd voor patiënten met axSpA. Het starten van de behandeling in een vroeg stadium vraagt om een tijdige herkenning van de axSpA-patiënt in de eerste lijn.

We belichten drie belangrijke ontwikkelingen. Door de komst van MRI als een innovatieve, diagnostische methode kunnen patiënten met axSpA in een eerdere fase van het ziektebeeld worden gediagnosticeerd. Dit heeft tevens geleid tot een verandering van de nomenclatuur. Waar men vroeger sprak over de ziekte van Bechterew, waarbij een gemiddelde diagnostisch *delay* van acht tot tien jaar gebruikelijk was, gebruikt men nu de term axSpA. Dit is een paraplueterm voor verschillende subtypes van het ziektebeeld, waarbij ontstekingen van het sacro-iliacale gewricht (sacro-iliitis) op de voorgrond staan.¹ Er zijn twee belangrijkste subtypes. Het eerste is *radiologische axSpA* (voorheen de ziekte van Bechterew), waarbij er radiologische schade zichtbaar moet zijn op een röntgenfoto van het bekken (zoals sclerosering dan wel ankylosering). Het andere subtype is *niet-radiologische axSpA*, waarbij geen structurele afwijkingen op de conventionele röntgenfoto aanwezig zijn. Deze patiënten hebben hetzij kenmerken van inflammatie op een MRI van het bekken, zoals beenmergoedeem, hetzij verschillende klinische kenmerken die passen bij axSpA.²

Een andere ontwikkeling is de uitbreiding van het behandelingsarsenaal. Op dit moment zijn er verschillende behandelingen voor axSpA-patiënten beschikbaar. Naast NSAID's zijn er *bio-*

logicals, zoals TNF-alfablokkers, die zeer goede klinische resultaten laten zien.³ AxSpA-patiënten die adequaat worden behandeld ervaren minder pijn en hebben een betere kwaliteit van leven, en hun werkproductiviteit neemt toe.⁴ Een langer, diagnostisch *delay* blijkt echter een negatief effect te hebben op het resultaat van deze behandelingen.⁵

Een derde ontwikkeling die zeer relevant is voor de huisartsenpraktijk is de prevalentie van axSpA bij jonge patiënten met chronische lagerugklachten (CLRK). In tegenstelling tot de ziekte van Bechterew blijkt uit drie Nederlandse onderzoeken dat axSpA een relatief veelvoorkomende oorzaak is van CLRK bij jonge patiënten.⁶⁻⁸ In de eerste twee onderzoeken is patiënten (leeftijd 18 tot 45 jaar) gevraagd deel te nemen die zijn geregistreerd met ICPC-code Lo3 (lagerugpijn zonder uitstraling). De lagerugklachten moesten minimaal twaalf weken aanwezig zijn en er mocht geen verklarende diagnose voor de rugklachten zijn. In totaal werden 943 patiënten door een reumatoloog onderzocht. De onderzoekers bepaalden HLA-B27 en er werden een röntgenfoto en MRI-scan van het SI-gewricht gemaakt. In totaal konden 181 (19%) van de 943 deelnemende patiënten worden gediagnosticeerd met axSpA. Een opvallend hoog percentage, dat nog eens werd bevestigd door een Leids onderzoek.⁸ Dat komt doordat er in dit onderzoek voor het eerst gebruik is gemaakt van nieuwe criteria die axSpA eerder kunnen diagnosticeren en ook doordat er in de huisartsenpraktijk waarschijnlijk een grote groep niet-herkende axSpA-patiënten aanwezig is.

AxSpA vroeg herkennen blijkt een uitdaging,⁹ er zijn namelijk weinig specifieke kenmerken waarmee een axSpA-patiënt zich onderscheidt van de patiënt

met niet-specifieke lagerugklachten. Om dit onderscheid toch te kunnen maken, heeft men verschillende sets van verwijscriteria ontwikkeld, die echter niet conclusief zijn.¹⁰⁻¹⁴ Daarom wordt er op internationaal niveau geadviseerd om patiënten te verwijzen die een aantal kenmerken hebben die kunnen duiden op een axSpA. [Tabel 1] van de herziene NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn bevat deze kenmerken. Alle kenmerken kunnen door een gerichte anamnese worden nagegaan. Aanvullend bloedonderzoek door middel van ontstekingsparameters, HLA-B27 of radiologisch onderzoek heeft geen meerwaarde voor de huisartsenpraktijk, omdat deze tests kostbaar zijn en in zowel het aantonen als het uitsluiten van axSpA niet perfect zijn.^{6,7} Wanneer er anamnestic aanwijzingen voor axSpA zijn, kan men de patiënt verwijzen naar de reumatoloog die, indien geïndiceerd, aanvullend onderzoek kan doen en met een gerichte behandeling kan beginnen. Om de patiënt met axSpA een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven te geven, is uiteindelijk een goede samenwerking tussen de huisarts en reumatoloog noodzakelijk. ■

LITERATUUR

- 1 Garg N, Van den Bosch F, Deodhar A. The concept of spondyloarthritis: where are we now? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014;28:663-72.
- 2 Rudwaleit M, Van der Heijde D, Landewe R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68:777-83.
- 3 Braun J, Van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:896-904.

De rest van de referenties staat bij dit artikel op www.henw.org.