

Artritis: oorzaak bepaalt beleid (herziening NHG-Standaard Artritis)

Hèlen Woutersen-Koch

Het kan lastig zijn om een onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten te maken. Een juiste diagnose van artritis is belangrijk, omdat die consequenties heeft voor de vervolgdagnostiek naar de vorm van artritis, voor het beleid en de prognose. De eerste herziening van de NHG-Standaard Artritis besteedt aan deze zaken aandacht. De toevoeging van een diagnostische beslissingsregel voor jichtartritis springt het meest in het oog. Deze beslissingsregel dient als hulpmiddel om de waarschijnlijkheid van de diagnose jichtartritis getalsmatig in te schatten.

Belangrijkste wijzigingen

- Een diagnostische beslissingsregel maakt deel uit van de standaard. Deze beslissingsregel dient als hulpmiddel om de waarschijnlijkheid van de diagnose jichtartritis getalsmatig in te schatten.
- De standaard bevat behandelingsadviezen voor aanvallen van jichtartritis gedurende de instelfase van urinezuurverlagende therapie.
- Er is meer aandacht voor de differentiële diagnoses artritis bij artrose (*flaring*), psoriasis, inflammatoire darmziekten, spondyloartritis en Lymeziekte.

Kernboodschappen

- Maak bij patiënten met gewrichtsklachten op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten.
- Een (vermoeden van) bacteriële artritis is een reden voor een spoedverwijzing.
- De basisbehandeling van pijn en ontsteking bij alle niet-bacteriële artritiden bestaat uit NSAID's; bij jichtartritis zijn orale corticosteroïden even effectief.
- Bij een vermoeden van reumatoïde artritis is snelle verwijzing naar de reumatoloog geïndiceerd, omdat een vroegtijdige behandeling met DMARD's belangrijk is.

Tabel Diagnostische beslissingsregel om waarschijnlijkheid jichtdiagnose in te schatten

Kenmerk	Gewogen puntenscore
Mannelijk geslacht	2
Eerder doorgemaakte vergelijkbare monoartritis (ook volgens patiënt)	2
Binnen één dag ontstaan	0,5
Roodheid gewricht	1
MTP1-gewricht aangedaan	2,5
Voorgeschiedenis: hypertensie, myocardinfarct, hartfalen, CVA/TIA, perifere arterieel vaatlijden	1,5
Urinezuurgehalte > 0,35 mmol/l	3,5



Foto: Shutterstock

Maak bij patiënten met gewrichtsklachten op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek onderscheid tussen artritis en andere oorzaken van gewrichtsklachten.

WERKDIAGNOSE:

WELKE VORM VAN ARTRITIS?

Allereerst is het essentieel om een artritis en andere oorzaken van klachten van of rond het gewricht van elkaar te onderscheiden. Kenmerkend voor een artritis zijn de combinatie van pijn, zwelling en functiebeperking van het gewricht. Het gewricht is soms ook warm en rood.

Als duidelijk is dat het om een artritis gaat, bepaalt de werkdiagnose het vervolgbeleid. Speciale aandacht gaat uit naar jichtartritis, reactieve artritis en ongedifferentieerde artritis, omdat deze het meeste voorkomen.

Daarnaast besteedt de standaard aandacht aan bacteriële en reumatoïde artritis. Bij deze twee vormen is een juiste diagnose belangrijk, omdat die consequenties heeft voor de prognose en het beleid.

Ten slotte komen ook artritis bij be-

kende artrose (*flaring*) en Lymeziekte, en perifere artritiden bij de ziekte van Bechterew, psoriasis en inflammatoire darmziekten in de standaard aan bod.

BASISBEHANDELING ARTRITIS

Behandel een vastgestelde artritis symptomatisch met een NSAID tot de klachten over zijn, mits leeftijd en/of comorbiditeit, zoals een verminderde nierfunctie, hiervoor geen contra-indicatie vormen. Kies het NSAID op grond van cardiovasculaire en gastro-intestinale comorbiditeit.

Een vermoeden van een bacteriële artritis is reden voor een spoedverwijzing op dezelfde dag naar de reumatoloog of een andere specialist op het

NHG-werkgroep Artritis. NHG-Standaard Artritis (eerste herziening).

De werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Janssens HJ, Lopuhaä DE, Schaafstra A, Shackleton DP, Van der Helm-Van Mil AH, Van der Spruit R, Van Peet PG, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H.



Foto: Shutterstock

In de NHG-Standaard Artritis staan de behandelingsadviezen voor aanvallen van jichtartritis.

gebied van het bewegingsapparaat voor een diagnostische punctie en zo nodig intraveneuze antibiotische therapie. Bij een jichtartritis is een oraal corticosteroïd even effectief als NSAID's voor de behandeling van pijn en ontsteking.

JICHTARTRITIS: DIAGNOSTISCHE BESLISREGEL

Bij een hevig pijnlijke, acuut ontstane monoartritis van het MTP1-gewricht zonder koorts ligt de diagnose jichtartritis voor de hand. Toch stellen huisartsen deze diagnose met enige regelmaat onterecht. Daarnaast is het beeld niet altijd zo karakteristiek, waardoor de diagnose gemist wordt. Als hulpmiddel is daarom een gevalideerde diagnostische beslisregel aan de standaard toegevoegd, die een getalsmatige inschatting van de waarschijnlijkheid van de diagnose geeft.

Elk van de kenmerken draagt bij aan de uiteindelijke waarschijnlijkheid van de diagnose. De maximale score is 13. Bij een score van 8 of meer is de waarschijnlijkheid van een jichtdiagnose meer dan 85%. Bij een score van 4 of minder is

de waarschijnlijkheid minder dan 5%. Overweeg dan een andere artritisdiagnose. Bij een score tussen 4 en 8 (bij circa 15% van alle monoartritispatiënten) blijft er een behoorlijke onzekerheid over de jichtdiagnose.

Start alleen een urinezuurverlagende behandeling met allopurinol als de diagnose voldoende zeker is. Dit is zo als er urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof zijn aangetoond of als een patiënt een score van 8 of hoger heeft volgens de diagnostische beslisregel én een verhoogd urinezuurgehalte in het bloed.

REUMATOÏDE ARTRITIS: VERWIJZING NAAR REUMATOLOOG

De prognose van reumatoïde artritis verbetert aanzienlijk als patiënten zo vroeg mogelijk worden behandeld met *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARD's). Bij een vermoeden van reumatoïde artritis is een verwijzing naar de reumatoloog nodig. Dat geldt ook bij een langer dan drie weken aanhoudende (ongedifferentieerde) artritis.

Het is wenselijk dat de patiënt bin-

nen zes weken na aanvang van de artritissymptomen verwezen wordt naar en gezien wordt door de reumatoloog. De organisatorische invulling hiervan kan onderwerp zijn van regionale samenwerkingsovereenkomsten tussen huisartsen en reumatologen.

Patiënten die DMARD's van de reumatoloog krijgen, blijven ook in de stabiele fase onder controle en verantwoordelijkheid van de reumatoloog. De werkgroep raadt het overnemen van herhaalreceptuur van de reumatoloog af, omdat daarmee de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de daarbij behorende controles bij de huisarts komen te liggen.

VERHOOGD CARDIOVASCULAIR RISICO

Een jichtartritis gaat samen met en geeft een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen. De werkgroep adviseert daarom om bij patiënten met een jichtartritis extra te letten op cardiovasculaire risico's, en een cardiovasculair risicoprofiel (zoals gebruikelijk inclusief bepaling van de nierfunctie) op te stellen.

Van reumatoïde artritis is al langer bekend dat het geassocieerd is met een verhoogd risico op het krijgen van cardiovasculaire aandoeningen. Deze reumatische ziekte heeft daardoor een aparte status verworven in het cardiovasculaire risicomangement in de eerste lijn, vergelijkbaar met diabetes mellitus. Bied patiënten met reumatoïde artritis en een jichtartritis deze extra zorg aan conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement.

De volledige versie van de herziene NHG-Standaard Artritis is te raadplegen op de website van het NHG (www.nhg.org) en als bijlage bijgesloten bij dit nummer.