

Bij de casus over artritis: Leven in een pijnlijk tijdsgewricht

De huisarts in de kennistoets ziet de 36-jarige mevrouw Tavenier, die gewrichtsklachten heeft en mogelijk aan reumatoïde artritis lijdt. De huisarts wil meer duidelijkheid krijgen over de diagnose. Waar zal hij dus in de diagnostische fase in eerste instantie zijn aandacht op hebben gericht?

Anamnese

De huisarts zal bij iemand met gewrichtsklachten in de eerste plaats willen weten of er sprake is van een artritis of artrose, of dat een andere oorzaak van de gewrichtsklachten waarschijnlijk lijkt.

Om meer duidelijkheid te krijgen over de klachten kan de huisarts mevrouw Tavenier de volgende vragen stellen:

- ▶ Hoe lang bestaan de klachten? Langdurige klachten passen bijvoorbeeld bij artrose en reumatoïde artritis. Voor vier van de criteria die nodig zijn om de diagnose reumatoïde artritis te kunnen stellen geldt dat zij ten minste zes weken moeten bestaan.
- ▶ Beloop: zijn er eerdere episodes van gewrichtsklachten geweest?
- ▶ Welke gewrichten of gewrichtsgroepen zijn pijnlijk?

De huisarts kan informeren naar algemene kenmerken van een artritis:

- ▶ Gewrichtspijn in rust en bij bewegen (ontstoken gewrichten zijn ook in rust pijnlijk), gewrichtszwelling, warmte of roodheid, en bewegingsbeperking. Bij reumatoïde artritis ontbreekt de roodheid meestal.
- ▶ Ochtendstijfheid die langer dan één uur aanhoudt. Bij (reumatoïde) artritis zijn pijn en stijfheid van de aangetaste gewrichten vaak 's morgens het meest duidelijk aanwezig. Na enige tijd beweging nemen de klachten af.
- ▶ Algemeen ziekzijn, malaise, koorts. Bij polyarthritis zijn er vaak tevens algemene verschijnselen, zoals malaise en koorts.

Mevrouw blijkt sinds twee weken pijnklachten te hebben van meerdere, symmetrische gewrichten (MCP-gewrichten, polsen en enkels), zowel in rust als bij beweging. Er is ochtendstijfheid die ongeveer een half uur aanhoudt.

Aanvullende vragen

Indien er sprake blijkt van artritis kan de huisarts met het oog op de differentiële diagnostiek vragen of mevrouw recent een infectie heeft doorgemaakt, bijvoorbeeld of ze last heeft gehad van braken, diarree of keelpijn, of dat de kans bestaat dat ze een geslachtsziekte heeft (doorgemaakt). Er kan een reactieve artritis ontstaan na een maagdarminfectie met *Salmonella paratyphi*, *Campylobacter jejuni* of *Yersinia enterocolica*, een urethritis veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis*, een tonsillitis veroorzaakt door een β -hemolytische streptokok, een infectie met een parvovirus, of bij de ziekte van Lyme.

De huisarts kan verder nagaan of er aanwijzingen zijn, nu of in de voorgeschiedenis, voor een chronische aandoening. Psoriasis, de

ziekte van Bechterew, de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa kunnen gepaard gaan met artritisklachten.

Deze vormen van artritis komen vooral voor bij jongere patiënten en hebben een gunstige prognose: het merendeel van de artritiden komt binnen een jaar tot rust.

Artrose kan ook een oorzaak zijn van artritis. De ochtendstijfheid duurt dan in de regel niet langer dan tien minuten. Daarnaast kunnen systeemziektes artritis veroorzaken.

Lichamelijk onderzoek gericht op reumatoïde artritis

Bij het lichamelijk onderzoek zal de huisarts eerst willen vaststellen of er sprake is van artritis. De huisarts onderzoekt daarom ieder aangedaan gewricht op zwelling, roodheid, warmte, pijn bij passieve en actieve bewegingen en bewegingsbeperking (capsulair patroon).

Allereerst probeert de huisarts, door palpatie van de gewrichtsspleet, onderscheid te maken tussen zwelling van het gewrichtskapsel door synoviïtis en andere oorzaken, bijvoorbeeld weke delen rondom het gewricht, het onderhuidse weefsel of benige verdikking zoals bij artrose. Bij synoviïtis voelt de huisarts een zachte weerstand. Als palpatie van de gewrichtsspleet pijnlijk is, pleit dit voor artritis. Bij langer bestaande artritis kan de gewrichtszwelling duidelijker in het oog springen doordat atrofie van de spieren is ontstaan. Vervolgens gaat de huisarts na of het gewricht warm is. De huid boven een gewricht hoort koel aan te voelen in vergelijking met de huid boven een spier. Dit kan men voelen door met de dorsale zijde van de hand over de huid te strijken. Roodheid is er bij reumatoïde artritis meestal niet.

Tot slot voert de huisarts bewegingsonderzoek uit. Bij gewrichtsaandoeningen blijken de bewegingen pijnlijk en beperkt volgens een capsulair patroon. Een uitgebreid overzicht van de tekenen van artritis gerangschikt per gewricht is te vinden in de NHG-Standaard Reumatoïde artritis. Als de huisarts de diagnose reumatoïde artritis serieus overweegt, worden ook de andere gewrichten onderzocht.

Lichamelijk onderzoek gericht op nevenaandoeningen of andere diagnoses

Afhankelijk van de voorgeschiedenis of klachten van mevrouw Tavenier kan de huisarts tijdens het onderzoek letten op een chronische huid- of darmziekte, of een auto-immun- of andere gewrichtsziekte.

De tijd zal het leren

In deze diagnostische fase zal de huisarts het accent vooral leggen op het betrouwbaar vaststellen van de kenmerken die bij reumatoïde artritis vrijwel altijd voorkomen. De diagnose kan worden gesteld als de volgende kenmerken ten minste zes weken aanwezig zijn:

1. ochtendstijfheid gedurende minimaal één uur;
2. artritis gelijktijdig in drie of meer 'gewrichtsgroepen' (links of rechts PIP's, MCP's, pols, elleboog, knie, enkel, MTP's);
3. artritis van ten minste één handgewricht: pols, MCP of PIP;
4. symmetrische artritis.

Bij mevrouw Tavenier zijn er ook na zes weken slechts drie van de vier kenmerken. Aanvullende criteria die de diagnose RA verder kunnen ondersteunen zijn: subcutane reumanoduli, aantoonbare reumafactor, radiologische veranderingen (op X-hand/pols of -voorvoet). Maar subcutane reumaknobbels, reumafactoren en radiologische veranderingen zijn in de beginfase van de ziekte vaak niet aanwezig. Het klinisch beeld is dan ook doorslaggevend.

Ik wil het nu weten!

De huisarts heeft mevrouw Tavenier na het eerste consult een NSAID gegeven. Deze geeft bij controle twee weken later aan dat de pijn inmiddels goed te verdragen is. Wel wil ze graag weten wat er aan de hand kan zijn. Een jonge patiënt zoals mevrouw Tavenier, die komt met een polyartritis, zal vermoedelijk snel willen weten wat de oorzaak is van de klachten. Afhankelijk van de ernst van de klachten, kan ze de neiging hebben om de huisarts enigszins onder druk te zetten om aanvullend onderzoek te laten verrichten of te worden verwezen. De huisarts heeft besloten om de diagnose reumatoïde artritis te bevestigen door de reumafactor laten bepalen. Zoals hierboven uitgelegd, is dat slechts in een beperkt aantal gevallen zinvol.

Reuma, wat nu?

Zes weken na het begin van de gewrichtsklachten heeft mevrouw Tavenier nog lichte pijn. De reumafactor is positief, zodat de diagnose reumatoïde artritis wordt gesteld. De huisarts zal haar nu – of eerder, indien angst voor de diagnose reuma al ter sprake kwam – vragen naar haar ideeën over deze aandoening. Veel patiënten zijn vooral bang dat ze afhankelijk en invalide zullen worden.

De huisarts licht mevrouw Tavenier voor over de aard van haar ziekte, gebruikmakend van de NHG-Patiëntenbrieven. Het beleid als de diagnose reumatoïde artritis eenmaal is gesteld, is progressie van de ziekte tegen te gaan, zodat de pijn zo min mogelijk is en mevrouw haar zelfstandigheid behoudt. De pijn wordt in eerste instantie bestreden met NSAID's (zie de NHG-Standaard Reumatoïde artritis voor een uitgebreid overzicht van de behandeling). Als de reumatoïde artritis met NSAID's niet tot rust komt binnen zes tot twaalf weken na het begin van de klachten, komt de patiënt in aanmerking voor verwijzing naar de reumatoloog. Vroege verwijzing is belangrijk om op de langere termijn schade aan de gewrichten, verlies van ADL-functies en de mate van invaliditeit te reduceren. De huisarts besluit mevrouw Tavenier te verwijzen naar een reumatoloog.

Taakverdeling

In de Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde artritis zijn afspraken gemaakt over verwijzing en taakverdeling tussen reumatoloog en huisarts. De reumatoloog ziet een verwezen patiënt binnen drie weken op de polikliniek. Hij zal de diagnose bevestigen, of



Foto: Fotostock

deze stellen indien dit nog niet gebeurd was, en patiënten met reumatoïde artritis instellen op een of meer disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARD's). Het voordeel van DMARD's boven NSAID's is dat zij het ziekteproces en de gewrichtsschade vertragen. De optimale behandelingsstrategie is nog niet geheel duidelijk.

Na verwijzing is de reumatoloog primair verantwoordelijk voor de voorlichting aan en de behandeling van de patiënt met reumatoïde artritis. In eerste instantie ligt de nadruk vooral op de medicamenteuze behandeling. De reumatoloog tracht te bereiken dat er een stabiele situatie met weinig klachten ontstaat. De taak van de huisarts is in deze fase beperkt tot het signaleren van bijwerkingen van de medicatie en ingrijpen bij exacerbaties.

Stabiele fase

Is de patiënt goed ingesteld of is de reumatoïde artritis in een stabiele fase, dan kan de huisarts een deel van de controles van de reumatoloog overnemen. De huisarts zal dan het beloop van de ziekte in de gaten houden, instructie geven over gewrichtsbeschermende maatregelen, zoals gedoseerde belasting en tijdige rust op geleide van de pijn en zwelling van de gewrichten, en nagaan of er aanpassingen nodig zijn in de woning, vervoer of op het werk. De afstemming in beleid en samenwerking tussen de verschillende disciplines is in deze fase belangrijk.

U kunt het implementatiecahier Reumatoïde artritis bij de gelijknamige Landelijke Transmurale Afspraak gebruiken om in uw regio afspraken te maken met de reumatologen over verwijzing en terugverwijzing, voorlichting tijdens de instelfase met DMARD's, herhalingsmedicatie, informatie- en kennisoverdracht. U kunt het cahier bestellen via het NHG (030-2881700).

*Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG*