



Een gesprek met Sita Bierma-Zeinstra over artrose: ‘We weten nog heel veel niet’



Per 1 juni is Sita Bierma benoemd als hoogleraar *artrose en gerelateerde aandoeningen* bij de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Het is in een bijzondere constructie: ze werkt vier dagen per week bij de afdeling Huisartsgeneeskunde en één dag per week bij de afdeling Orthopedie. Elders in dit nummer is een artikel van haar hand opgenomen: *Artrose en bewegen*. In een

interview vertelt zij over het ongebruikelijke traject dat zij tijdens haar carrière heeft afgelegd en wat haar toekomstig onderzoek voor de huisarts kan betekenen.

Van fysiotherapeut tot hoogleraar

Sita Bierma is geen huisarts en zelfs geen arts. Hoe is ze dan toch in de wetenschappelijke hoek van de huisartsgeneeskunde terechtgekomen? ‘Na de middelbare school heb ik eerst fysiotherapie gedaan. Ik was al klaar met mijn studie toen ik 21 was, maar dat was in de jaren ‘80 en er was toen in Nederland bar weinig werk. In Zweden was dat anders, dus ben ik daarheen gegaan. Ook mijn man vond daar werk, als bouwkundig constructeur. Maar na tien jaar wilden we toch wel weer eens terug naar Nederland. Bovendien was ik niet tevreden; ik wilde méér. Toen dus mijn man hier een goede baan kon krijgen, ben ik biomedische wetenschappen gaan studeren in Nijmegen. Ik ontdekte al tijdens de studie dat ik de wetenschap in wilde, want ik vond alle wetenschappelijke opdrachten prachtig om te doen en dat werk was voor mij veel bevredigender dan fysiotherapie.

Bij biomedische wetenschappen deed ik de subrichting bewegingsapparaat en mijn afstudeerproject ging over heupklachten. Toen zag ik dat ze hier in Rotterdam een vacature hadden op Huisartsgeneeskunde voor een promotietraject over heupklachten en daar heb ik op gereageerd. Zo ben ik hier in 1994 terechtgekomen.’

Hoe verliep haar carrière verder toen ze eenmaal bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus werkte? ‘Bart Koes werd hier hoogleraar en die vond het bewegingsapparaat een belangrijk onderwerp. Feitelijk kreeg ik door hem de kans om verder te groeien. Na mijn promotie in ‘99 kon ik twee jaar aan de slag als projectleider om mezelf te bewijzen en daarmee begon mijn carrière hier bij het Erasmus.’

Doodgewoon maar onbekend

Waar komt Bierma’s belangstelling voor het bewegingsapparaat vandaan? ‘Dat begon natuurlijk al met mijn keuze voor fysiotherapie. Ik heb in die tien jaar in Zweden heel veel patiënten gezien

met klachten van het bewegingsapparaat. Daar heb ik dus veel kennis over, en ook over celbiologie, want op dat gebied heb ik in Nijmegen goed onderwijs gekregen. Maar mijn belangstelling gaat vooral uit naar artrose. Want dat is zo doodgewoon, het komt zo vaak voor, maar niemand weet eigenlijk precies hoe het ontstaat, wat er gebeurt. De behandelingen die in de huisartsgeneeskunde tot je beschikking staan, halen niet veel uit. Het is al een hele kunst om te weten wie je moet verwijzen. Maar ook: wat doe je op het gebied van de diagnostiek? Welke behandeling is doelmatig? Op het gebied van artrose zijn er heel veel verschillende fenotypen en die zijn niet allemaal gebaat bij dezelfde bejegening. En niet elke patiënt reageert hetzelfde op een behandeling. Kunnen we niet uitzoeken wat je bij wie moet doen? Als we tussen dat alles kunnen differentiëren, zal dat de behandelingen wellicht verfijnen.’

Ambities rond artrose

Wat wil Bierma bereiken met haar leerstoel? ‘Ik wil vooral de behandeling van artrose optimaliseren, en doe daartoe onderzoek vanuit verschillende invalshoeken. Nu is het uitgangspunt min of meer dat als iemand artrose heeft, we er niet veel aan kunnen doen. Je geeft de patiënt pijnstilling en laat hem terugkomen als hij het niet meer uithoudt, waarna je hem verwijst voor een operatie. Maar als je je wat actiever inzet, is er heus wel meer te bereiken.

Mijn onderzoek zal zich onder meer richten op het gebied van preventie. We weten bijvoorbeeld dat gewrichtstrauma’s een verhoogde kans geven op het later ontwikkelen van artrose. Interessant is dus om te bekijken wat en wanneer er iets in het gewricht verandert. Wat is dan het verschil ten opzichte van het gezonde gewricht waardoor later artrose ontstaat? Geeft dat misschien aangrijpingspunten voor preventieve interventies? En, zo ja, wat is dan de beste behandeling om de artrose te voorkomen?

Het is heel belangrijk dat we artrose vroeg signaleren en daar dus wat actiever op gaan letten. Een groot deel van mijn onderzoek gaat over die vroegdiagnostiek. Ik verwacht dat hieruit zal voortkomen dat we ook vroeger moeten gaan behandelen. Maar hoe? Artrose is vaak een mechanisch probleem; hoe ondersteun je die mechanica? Met oefentherapie? Met een brace? Zijn er andere typen behandelingen? Men is druk bezig met het ontwikkelen van ziektemodificerende behandelingen, maar tot dusver is er geen enkel middel dat het goed doet. Dat is ook logisch, want hoe los je zo’n mechanisch probleem op? Je kunt je bijna niet voorstellen dat je met een pilletje het kraakbeen kunt veranderen in een knie met een sterke schieffstand of een vergevorderde artrose. Ik zeg nooit nooit, maar er is al heel veel onderzoek gedaan naar kraakbeenmodificatie en dat heeft tot dusver niets opgeleverd. Er is verhoudingsgewijs echter nog maar weinig onderzoek geweest

naar modificatie van het onderliggende bot. Ook gaan er steeds meer stemmen op dat een veranderde circulatie een oorzaak zou kunnen zijn. We zijn dus ook dat onderzoek aan het ontwikkelen.' Een andere ambitie van Bierma is het bevorderen van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. 'Daartoe is mijn aanstelling bij beide vakgroepen heel functioneel. Ik wil kijken hoe je de verwijzing naar de orthopeed kunt optimaliseren.'

Rol van de fysiotherapeut

'De patiënten moeten écht blijven bewegen', stelt Bierma. 'Die denken dat beweging slecht is, dat ze hun gewrichten daarmee nog meer verslijten. Maar beweging is niet alleen goed voor het behoud van de functies van de gewrichten, het vermindert ook nog eens de pijn. Huisartsen moeten dus alles uit de kast halen om hun patiënten ervan te overtuigen dat ze in beweging moeten komen én blijven.'

Maar is dit wel een taak van de huisarts? Die verwijst toch veelal naar de fysiotherapeut? Bierma: 'Artrose is een chronische aandoening en de zorg daarvoor hoort thuis bij de huisarts. Die moet in elk geval de verantwoordelijkheid voor de zorg houden, want de huisarts heeft als enige een totaalbeeld van de patiënt, compleet met de comorbiditeit en het medicatiegebruik. De fysiotherapeut kan uiteraard een heel belangrijke rol spelen, maar die moet niet de "eigenaar van het probleem" worden. Ik vind dat verwijzing naar de fysiotherapeut zou moeten plaatsvinden als het de huisarts niet lukt om de patiënt in beweging te krijgen. Want de fysiotherapeut heeft dan meer tijd en middelen om de patiënt te motiveren tot beweging en hem te begeleiden bij oefeningen. Maar in dat geval moet de huisarts wel goed afspreken waarvoor hij de fysiotherapeut wil inschakelen, zodat die niet allerlei passieve behandelingsmethoden gaat inzetten. Dat staat overigens allemaal wel beschreven in de richtlijnen voor fysiotherapeuten, maar toch gaat dit niet altijd goed.'

Pillen en injecties

Volgens Bierma is de insteek bij de pijnstilling niet altijd optimaal. 'We laten de patiënt altijd een pilletje naar behoefte nemen. Maar je moet een bepaalde titer in je bloed hebben wil pijnstilling helpen. Dus als er een tijdelijke verergering van artrose optreedt, moet een poosje met regelmaat pijnstilling worden ingenomen. Is zo'n flare gezakt, dan kun je dus ook weer proberen met de medicijnen te stoppen.

Nog lastiger wordt het bij het geven van corticosteroïdeninjecties. 'Het is *common sense* om alleen bij een dikke, pijnlijke knie cortico-

steroïden te injecteren, maar eigenlijk weten we niet precies wat goed is. Heeft een injectie misschien ook nut als de knie niet dik is? Of als NSAID's niet afdoende helpen of niet kunnen worden ingezet? Dat moet allemaal nog worden onderzocht. Daarom richten we onze trials deels al zo in dat we vooraf subgroepen definiëren om te kijken welke behandelingen effectief zijn. Vanwege de aantallen is dat echter moeilijk te onderzoeken, dus includeren we nu ook resultaten uit internationaal onderzoek.'

Het is daarbij uiteraard belangrijk dat de oorzaak van de pijn bij artrose wordt achterhaald. Bierma: 'Het kraakbeen zelf kan geen pijnprikkels genereren, zit de oorzaak van de pijn dan in de onderliggende botstructuren? Of speelt er nog iets anders? En is het zo dat nachtelijke pijn een ander fenomeen is dan pijn bij activiteit, en moeten we beide dus ook anders behandelen? Hoe zit dat bij chronische pijn en flares? We wéten het gewoon allemaal nog niet. Dit type vraagstukken wil ik dus graag tackelen.'

Kaderopleiding Bewegingsapparaat

Bierma heeft zitting in de commissie die de NHG-Kaderopleiding Bewegingsapparaat ontwikkelt en begeleidt. 'Juist op dit gebied hebben we kaderhuisartsen nodig, want de huisarts komt klachten van het bewegingsapparaat met grote regelmaat tegen. Ik denk dat een kaderhuisarts de zorg bij klachten van het bewegingsapparaat in de eerste lijn kan verbeteren en versterken. De kennis van de huisarts over het bewegingsapparaat is niet optimaal, en dat kán ook niet want het is een heel breed gebied. Dan is het goed een "tussenstation" te hebben in de persoon van de kaderhuisarts.

Ook vond ik het belangrijk dat de kaderopleiding juist vanuit Rotterdam wordt opgezet, want wij hebben een traditie op het gebied van onderzoek van het bewegingsapparaat. Voor onszelf is dat ook goed: we krijgen nu mensen uit het veld met bovengemiddelde belangstelling voor dit onderwerp en worden door hen wellicht gevoed met hun ervaringen en vragen. Wij doen nu misschien onderzoek dat niet aansluit bij de belevingswereld van huisartsen; andersom dragen zij misschien onderwerpen aan waarnaar onderzoek heel nuttig zou zijn.'

Bierma is ook te zien op het NHG-Congres 2010, dat onder de titel *Hink, Stap, Sprong!* het bewegingsapparaat als thema heeft. Op het congres begeleidt ze de sessie over artrose.

Ans Stalenhoef