

Het beloop van aspecifieke artritis

Samenvatting

Knuiman CA, Schers HJ. *Het beloop van aspecifieke artritis*. Huisarts Wet 2011;54(5):234-6.

DOEL Beschrijven van het beloop van aspecifieke artritis in de huisartsenpraktijk en identificeren van factoren die geassocieerd zijn met langdurige klachten (langer dan een maand).

METHODE Uit de database van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) selecteerden we alle patiënten die tussen 1990 en 2004 een nieuwe episode van aspecifieke artritis doormaakten. Van deze groep bestudeerden we de patiëntendossiers. We analyseerden het beloop en keken vervolgens of dat samenhang met een aantal patiëntgerelateerde factoren en met het door de huisarts gevoerde beleid.

RESULTATEN We vonden 362 nieuwe episodes van aspecifieke artritis, een incidentie van 3,1 per 1000 per jaar. Van deze patiënten konden we er 300 ten minste vijf jaar lang volgen. Bij 60% van de gevolgde patiënten bleef het bij een eenmalig consult, 27% kwam een maand na het eerste consult nog minstens eenmaal opnieuw bij de huisarts. Slechts 14% van de patiënten ondervond binnen vijf jaar na de eerste klachten een nieuwe episode. Langdurige klachten werden vaker gezien bij oligo- en polyartritis en bij een auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis. De huisarts schreef aan 72% van de patiënten een NSAID voor.

CONCLUSIE Aspecifieke artritis in de eerste lijn heeft in het algemeen een gunstig beloop en geneest meestal binnen een maand. Afwachtend beleid bij het eerste consult is dus gerechtvaardigd.

INLEIDING

Huisartsen krijgen in de spreekkamer vaak te maken met gewrichtsklachten, en dus ook met artritis. De Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Nijmegen^{1,2} classificeert de artritiden als 'reumatoïde artritis', 'jicht' of 'overige artritiden'. De groep 'overige artritiden' in de CMR overlapt grotendeels met de zeer heterogene groep die in de literatuur wordt omschreven als 'aspecifieke artritis'.³

Over het langetermijnbeloop van aspecifieke artritis is weinig bekend. Verschillende klinische onderzoeken⁴ hebben laten zien dat de artritis in 13 tot 60% van de gevallen spontaan in remissie gaat, zich in 7 tot 65% ontwikkelt tot reumatoïde artritis en in 10 tot 40% persisterende activiteit vertoont maar ongeclassificeerd blijft. De percentages zijn afhankelijk van de inclusiecriteria, de gebruikte definities en de duur van de follow-up, waardoor de onderzoeken eigenlijk niet goed met elkaar te vergelijken zijn.

Wij vonden geen onderzoeken naar het beloop van aspecifieke artritis in de eerste lijn. Goede patiëntenvoorlichting verlangt echter dat men daar wél informatie over geeft. Doel

van dit onderzoek is daarom het beloop te beschrijven van aspecifieke artritis in de huisartsenpraktijk, en factoren te identificeren die geassocieerd zijn met langdurige klachten. We keken daarnaast naar het beleid van de huisarts.

METHODEN

Populatie

De CMR registreert vanaf 1971 continu de diagnoses in vier huisartsenpraktijken met een gezamenlijke populatie van veertienduizend patiënten, die relatief stabiel is. Uit dit gegevensbestand selecteerden wij alle nieuwe gevallen van aspecifieke artritis (dus alle artritiden behalve reumatoïde artritis en jicht) tussen 1990 en 2004, en vergeleken deze incidentie met de incidentie van andere artritiden. Omdat we het beloop op langere termijn wilden analyseren, sloten we patiënten met een follow-up van minder dan vijf jaar uit van verdere analyse. Ook patiënten die op het moment van diagnose korter dan vijf jaar in de praktijk stonden ingeschreven sloten wij uit omdat bij hen niet zeker was of het een nieuwe episode dan wel een recidief betrof. Van de geselecteerde patiënten hebben wij retrospectief de patiëntendossiers bestudeerd.

Variabelen en definities

We verzamelden gegevens over leeftijd, geslacht, sociale klasse,⁵ duur van de klachten op het moment van eerste presentatie, betrokken gewrichten, symptomen (pijn, zwelling, warmte, roodheid, functiebeperking, stijfheid, koorts, huidafwijkingen), recent trauma, overbelasting en infectie één tot drie weken voorafgaand aan de artritis. Omdat we ervan uitgingen dat deze gegevens niet altijd in dossiers zijn terug te vinden, bepaalden we dat we een variabele alleen dan zouden meenemen in de analyse als deze in meer dan

Wat is bekend?

- Er is geen literatuur over het beloop van artritiden in de eerste lijn.
- Uit de tweede lijn (reumatologie) is bekend dat aspecifieke artritis in 13 tot 60% van de gevallen spontaan in remissie gaat en zich in 7 tot 65% ontwikkelt tot reumatoïde artritis. In 10 tot 40% van de gevallen blijft de ziekte actief maar ongeclassificeerd.

Wat is nieuw?

- Een aspecifieke artritis in de eerste lijn is veelal van voorbijgaande aard, zeker als het een monoartritis is.
- Meer dan driekwart van de patiënten is na een maand uitbehandeld, in de meeste gevallen blijft het bij één bezoek aan de huisarts.
- Een langduriger beloop is te verwachten als er meerdere gewrichten zijn aangedaan of er een auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis is.

de helft van de gevallen bekend of vermeld was. Wanneer een klacht niet vermeld was, gingen we ervan uit dat deze klacht er niet was.

Om vast te stellen of er sprake was van persisterende klachten of van een nieuwe episode telden we het aantal bezoeken aan de huisarts, keken we naar de duur tussen de bezoeken en bestudeerden we de beschrijving van de klachten in het journaal of de correspondentie.

Om het beleid in kaart te brengen verzamelden we informatie over aanvullend onderzoek, behandelingen, verwijzingen, overname van de behandeling door een specialist en ziekenhuisopnamen.

Om voorspellers van langduriger beloop te analyseren maakten we pragmatisch onderscheid in langdurige klachten (tijd tussen het eerste en laatste huisartsbezoek een maand of langer) en kortdurende klachten (tijd tussen het eerste en laatste huisartsbezoek korter dan een maand). Wij kozen voor deze eenvoudige indeling omdat de precieze duur van de klachten vóór het eerste consult – in dagen – veelal niet exact te achterhalen was uit het dossier, en omdat dit onderscheid ook in de literatuur vaak wordt genoemd.

Analyse

Nadat we de incidentie van specifieke artritis berekend hadden, vergeleken we die met de incidenties van jicht en reumatoïde artritis. Met behulp van de chikwadraattoets gingen we na of de genoemde variabelen statistisch significant samenhangen met het hebben van langdurige klachten. Tevens keken we of er een relatie bestond tussen het hebben van langdurige klachten en artrose van het betreffende gewricht of een auto-immuunziekte (psoriasis, SLE) in de voorgeschiedenis.

RESULTATEN

Populatie

De incidentie van specifieke artritis in de CMR-praktijken tussen 1990 en 2004 was 3,1 per 1000 patiënten per jaar. Voor jicht en voor reumatoïde artritis was dat respectievelijk 1,8 en 0,3. In de genoemde periode vonden wij 362 patiënten met een episode van specifieke artritis, onder wie 55% vrouwen. De meeste (42%) artritiden traden op in de leeftijdscategorie 45–64 jaar. Onder de patiënten met artritis waren meer patiënten uit de lage en middelste sociale klasse, maar dit was alleen voor vrouwen significant ($p = 0,006$).

Van 322 patiënten was het aantal aangedane gewrichten bekend. Van hen hadden er 282 (88%) een monoartritis. Van de 40 patiënten met een oligo- of polyartritis (twee of drie, respectievelijk vier of meer gewrichten aangedaan) waren de gewrichten in 13 (33%) gevallen symmetrisch en in 23 (58%) gevallen asymmetrisch aangedaan. Bij 4 (10%) patiënten kon dit niet worden vastgesteld.

De handgewrichten waren aangedaan bij 114 (31%) van de 362 patiënten, 12 (3%) patiënten hadden één tot drie weken voorafgaand aan de artritis een infectie gehad, 45 (12%) patiënten hadden een gewrichtstrauma, 31 (9%) overbelasting van het gewricht.

Beloop

Tweeënzestig van de 362 patiënten overleden of verhuisden binnen de follow-uptermijn, de overige 300 konden wij minimaal vijf jaar volgen. Tijdens de eerste episode kwamen 181 (60%) van deze driehonderd eenmalig op het spreekuur voor de artritis [tabel]. Bij 33 (28%) van de patiënten die de huisarts vaker bezochten gedurende de eerste episode zat er minder dan een week tussen het eerste en het laatste bezoek, bij 40 (34%) patiënten een week tot een maand en slechts 10 (9%) patiënten bleven langer dan een jaar in behandeling. Drieënveertig (14%) patiënten meldden zich binnen vijf jaar weer bij de huisarts vanwege een nieuwe episode. Bij 24 (8%) van hen was het recidief eenmalig en bij 17 (6%) deed het recidief zich voor in hetzelfde gewricht als tijdens de eerste episode.

Beleid

De huisartsen vroegen laboratoriumonderzoek aan bij 103 (34%) van de 300 gevolgde patiënten, radiologisch onderzoek bij 39 (13%). Zij schreven aan 215 (72%) patiënten een NSAID voor – bij 189 (63%) gebeurde dat op het moment van eerste presentatie – en verwezen 53 (18%) patiënten naar een specialist,

Tabel Aantal huisartsbezoeken voor artritis (n = 300)

Aantal bezoeken	Aantal patiënten	
	n	%
1	181	60%
2	62	21%
3	25	8%
4	17	6%
5-10	14	5%
> 10	1	0,3%
Totaal	300	

Abstract

Knuiman CA, Schers H. Course of non-specific arthritis. Huisarts Wet 2011;54(5):234-6.

AIM To describe the course of non-specific arthritis in general practice and factors associated with symptoms lasting longer than 1 month.

METHOD Patients who had had a new episode of non-specific arthritis in the period 1990–2004 were identified using the Continuous Morbidity Registration database and their medical records were retrieved. The course of the disease was assessed and whether it was associated with a number of patient characteristics and with disease management.

RESULTS In total, 362 new episodes of non-specific arthritis were identified, giving an incidence of 3.1 per 1000 patient-years. Three hundred patients were monitored for at least 5 years. Of these 300 patients, 60% visited their doctor only once and 27% visited their doctor one or more times 1 month after the first visit. Only 14% had a new episode within 5 years of the first episode. Long-lasting symptoms were seen more often in patients with oligoarthritis and polyarthritis and a history of autoimmune disease. General practitioners prescribed 72% of the patients an NSAID.

CONCLUSION The course of non-specific arthritis in general practice appears to be favourable and symptoms usually resolve within a month. A wait-and-see policy would appear justified.

vooral naar reumatoloog (44) en/of orthopeed (15). Slechts 14 (5%) patiënten kregen die verwijzing tijdens het eerste consult. De specialist nam in 23 gevallen (43%) de behandeling over, de rest werd terugverwezen.

Factoren gerelateerd aan beloop

De variabelen die wij in meer dan de helft van de dossiers konden vaststellen, waren geslacht, leeftijd, sociale klasse, aantal gewrichten, type gewricht, pijn, zwelling, artrose in gewricht en auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis. Alleen oligo- en polyarthritis ($p = 0,022$) en auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis ($p = 0,001$) bleken geassocieerd met klachten die langer dan een maand aanhielden.

Van de 30 patiënten met een auto-immuunziekte presenteerden zich 17 (57%) na een maand nog met klachten (voor patiënten zonder auto-immuunziekten was dit 27%). Deze groep bestond voor 80% uit patiënten met psoriasis, met daarnaast enkelen met de ziekte van Crohn, Wegener of Bechet.

Van de 230 patiënten met een monoarthritis hadden er 60 (26%) klachten die langer dan een maand aanhielden, van de 20 patiënten met een oligoarthritis 10 (50%) en van de 11 met een polyarthritis 6 (55%). In 39 (13%) van de 300 gevallen konden wij niet uit het dossier opmaken hoeveel gewrichten er bij de artritis betrokken waren. De andere variabelen hadden geen relatie met het beloop.

BESCHOUWING

Aspecifieke artritis in de eerste lijn is veelal van voorbijgaande aard. De meerderheid van de patiënten in ons onderzoek had een monoarthritis en bracht slechts één bezoek aan de huisarts. Meer dan 75% was binnen een maand genezen, 14% kwam na een klachtenvrije periode terug met opnieuw klachten. Bij oligo- en polyarthritis of een auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis was het beloop meestal langduriger.

Twee systematische literatuuronderzoeken^{3,6} vermelden dat aspecifieke artritis bij 3 tot 60% van de patiënten in remissie gaat. Ook in ons onderzoek lieten verreweg de meeste patiënten het bij één bezoek aan de dokter en mogen we aannemen dat zij nadien klachtenvrij waren – we vonden in de dossiers in ieder geval geen aanwijzing dat zij elders behandeld waren. Dit hoge remissiepercentage laat zich verklaren doordat de patiëntenpopulatie in de eerste lijn overwegend kortdurende klachten heeft die niet in de reumatologische setting terecht komen.

In de literatuur vonden we vooral onderzoeken naar factoren die voorspellen of een artritis uiteindelijk overgaat in reumatoïde artritis, en niet zozeer of er langdurige klachten ontstaan. De gevonden associatie met auto-immuunziekte ligt voor de hand omdat het hier meestal psoriasis betrof en bekend is dat artritis psoriatica een langdurig beloop kan hebben.⁷ Er zijn geen onderzoeken die het beloop van mono- en polyartritis vergelijken, maar het lijkt erop dat monoartriti-

den een gunstiger beloop hebben.⁸

Het unieke van ons dossieronderzoek is dat wij de geregistreerde gevallen van aspecifieke artritis langdurig hebben kunnen volgen. Wij konden niet nagaan bij hoeveel patiënten een aspecifieke artritis uiteindelijk overgaat in reumatoïde artritis of jicht, want in die gevallen krijgt het hele dossier een nieuwe code en vervalt de eerder gegeven code aspecifieke artritis. Toch zal dat aantal niet hoog zijn, want wij vonden voor de totale onderzoeksperiode 1990-2004 in de CMR-praktijken slechts 67 nieuwe patiënten met de diagnose reumatoïde artritis. Zouden al deze patiënten zich aanvankelijk gepresenteerd hebben met aspecifieke artritis, dan zou maximaal 16% van de gevallen van aspecifieke artritis zijn overgegaan in reumatoïde artritis (uiteraard gaat het hier steeds om polyartritis).

De huisarts stelt de diagnose artritis veelal op klinische gronden. Hoewel de codeafspraken in maandelijkse CMR-besprekingen worden afgestemd, kan de manier van coderen en het stellen van diagnoses per huisarts enigszins verschillen.

CONCLUSIE

Dit onderzoek is naar ons weten het eerste dat een beeld geeft van het beloop van aspecifieke artritis in de eerste lijn. Dat beloop is meestal gunstig, want in meerderheid blijft het bij een eenmalig consult. Slechts 30% van de patiënten had een maand na het beginconsult nog contact met de huisarts. Afwachtend beleid bij het eerste consult is dus te rechtvaardigen, vooral wanneer het een monoarthritis betreft. Men kan de patiënt in die gevallen vertellen dat de gewrichtsontsteking waarschijnlijk eenmalig is en binnen een maand over zal zijn. Wanneer meerdere gewrichten zijn aangedaan, of wanneer er al een systeemziekte aanwezig is, dan moet men rekening houden met een langduriger beloop. ■

DANKWOORD

De auteurs danken Wil van den Bosch en Hans Bor voor hun commentaar.

LITERATUUR

- 1 Van Weel C. The continuous morbidity registration Nijmegen: Background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008;14:5-12.
- 2 Schers H, Bor H, Van den Hogen H, Van Weel C. What went and what came? Morbidity trends in general practice from the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2008;14:13-24.
- 3 Speyer I, Van der Horst-Bruinsma IE, Breedveld FC, Hazes JMW. Diagnose en verloop van vroege artritis. Onderzoek op een gespecialiseerde polikliniek voor vroege artritis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:882-5.
- 4 Hitchon CA, Peschken CA, Shaikh S, El-Gabalawy HS. Early undifferentiated arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2005;31:605-26.
- 5 CBS. SBC standaard beroepen classificatie, 1992/2001.
- 6 Verpoort KN, Van Dongen H, Allaart CF, Toes RE, Breedveld FC, Huizinga TW. Undifferentiated arthritis: Disease course assessed in several inception cohorts. *Clin Exp Rheumatol* 2004;22:12-7.
- 7 De Rie MA, Van Kuijk AW, Goedkoop AY, Tak PP. Arthritis psoriatica. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:1716-22.
- 8 Inaoui R, Bertin P, Preux PM, Trèves R. Outcome of patients with undifferentiated chronic monoarthritis: Retrospective study of 46 cases. *Joint Bone Spine* 2004;71:209-13.