



Jichtartritis

Samenvatting

Janssens HJEM. Jichtartritis. Huisarts Wet 2011;54(5):254-8.

Jichtartritis is een aandoening die vooral in de huisartsenpraktijk veel voorkomt: 90% van alle patiënten wordt daar behandeld en slechts 10% bij de reumatoloog. Het is daarom verwonderlijk dat er binnen de huisartsgeneeskunde zo weinig onderzoek naar jichtartritis gedaan is. Een aantal recente onderzoeken in de eerste lijn hebben echter nieuwe inzichten opgeleverd over de diagnostiek, behandeling en cardiovasculaire prognose van dit oude ziektebeeld.

De diagnose jichtartritis is niet goed te stellen als men alleen afgaat op 'kenmerkende' klinische symptomen. Niet alleen de huisarts die dat probeert schiet nogal eens mis, maar ook de reumatoloog. Als opmaat naar de gouden standaard, het aantreffen van urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof, beschikt de huisarts sinds kort over enige extra hulpmiddelen in de spreekkamer: een diagnostische beslisregel en een online jichtcalculator.

Jichtartritis blijkt vaak gepaard te gaan met cardiovasculaire en renale risico's. Jichtpatiënten zijn bijna altijd van gevorderde leeftijd, meer dan de helft heeft hypertensie en bijna eenderde heeft een cardiovasculaire aandoening. Daarom is bij jichtpijn een korte kuur prednison (30-50 mg eenmaal daags) te prefereren boven de gebruikelijke colchicine en NSAID's. Daarom ook moet men bij de diagnose jichtartritis altijd het cardiovasculair risico van de patiënt in kaart brengen. Wanneer hierbij diuretica in het spel zijn, hoeven deze niet vermeden te worden.

INLEIDING

Jichtartritis is een veelvoorkomende, extreem pijnlijke gewrichtsaandoening. De artritis treft in de meerderheid van de gevallen de voet of enkel ('podagra') en dan meestal het MTP1-gewricht, waardoor lopen vaak onmogelijk wordt.¹ Het is een typische mannenziekte: de man-vrouwverhouding is 7 à 9 op 1.^{1,2} Jichtartritis is een van de weinige vormen van artritis met een 100% specifieke gouden standaard voor de diagnose: het microscopisch aantonen van urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof van het aangedane gewricht.^{3,4}

Hoe vaak jicht precies voorkomt is moeilijk vast te stellen. Dit heeft te maken met het kort episodische en recidiverende karakter ervan, en met de manieren waarop de ziekte geclassificeerd of gediagnosticeerd wordt [tabel 1], maar ook met de definities van incidentie en prevalentie. De in de literatuur gerapporteerde incidentie varieert van 0,6 tot 1,8 per 1000 per jaar.^{5,6} In een gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk zullen 17 van de 1000 ingeschreven patiënten wel eens een jichtartritis hebben gehad.⁷

Tabel 1 Een aantal methoden om jicht vast te stellen, zoals gebruikt in de in deze beschouwing geciteerde onderzoeken

Methode	Onderzoeken
1 Door de patiënt zelf gerapporteerde jicht (een positief antwoord op de vraag: 'Heeft ooit een dokter u verteld dat u jicht heeft gehad?')	Roubenoff 1991 ⁹ Choi 2007 ¹⁰
2 Als 1, maar met aanvullende documentatie van hyperurikemie	Krishnan 2006 ¹¹ Krishnan 2008 ¹²
3 Als 1, maar met een aanvullende validatieprocedure zoals het voldoen aan de criteria van het American College of Rheumatology om jicht te classificeren	Choi 2004 ¹³ Choi 2004 ¹⁴ Choi 2005 ¹⁵ Choi 2008 ¹⁶
4 Jichtdiagnose van een dokter (huisarts of reumatoloog) alleen op grond van de anamnese en het klinische beeld (zonder onderzoek van de gewrichtsvloeistof)	Mikuls 2005 ⁵ Man 2007 ¹⁷ Janssens 2003 ¹⁸
5 Als 4, maar met een aanvullende validatieprocedure door de onderzoekers (zonder onderzoek van de gewrichtsvloeistof)	Arromdee 2002 ⁶ Janssens 2006 ¹⁹ Chen 2007 ²⁰
6 Diagnose bevestigd door de aanwezigheid van urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof	Janssens 2008 ²¹ Janssens 2009 ²² Janssens 2010 ¹

Negen van de tien jichtgevallen worden gediagnosticeerd en behandeld door de huisarts zonder dat daar een reumatoloog of andere specialist aan te pas komt.^{4,8} Het is daarom verwonderlijk dat er binnen de huisartsgeneeskunde zo weinig onderzoek naar jichtartritis gedaan is en dat er zo weinig over gepubliceerd wordt.

DIURETICA, ALCOHOL, VOEDING?

Al sinds de dagen van Hippocrates zijn er allerlei factoren beschreven die jicht kunnen uitlokken of veroorzaken: sociaaleconomische, psychische en religieuze factoren, lood,

De kern

- Jichtdiagnostiek door huisartsen op basis van alleen klinische kenmerken is onvoldoende valide.
- Een diagnostische beslisregel en een online te raadplegen jichtcalculator helpen de huisarts de diagnose te valideren.
- Een kuur prednison 30-50 mg eenmaal daags vijf tot zeven dagen is een patiëntvriendelijke, veilige en goedkope eerste-keusbehandeling voor acute jichtpijn.
- De patiënt die de huisarts bezoekt met een jichtartritis verdient op zijn minst een schatting van zijn of haar cardiovasculaire risico.
- Er zijn goede argumenten om de vraag: 'Hebt u ooit jicht gehad?' als standaardvraag op te nemen in het risicoprofiel van elke patiënt die in aanmerking komt voor cardiovasculair risicomanagement.
- Er is onvoldoende evidence om patiënten diuretica te onthouden vanwege het risico op jichtartritis.

Huisartspraktijk Lobede, Lobith-Tolkamer en UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. H.J.E.M. Janssens, huisarts-onderzoeker. • Correspondentie: h.janssens@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. • Dit artikel is een beschouwing op basis van een proefschrift. Janssens HJEM. Gout in arthritis in general practice. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2010.

alcohol, voeding en geneesmiddelen. In de huidige medische literatuur zijn de vaakst genoemde factoren (overmatig) gebruik van alcohol – met name bier –, purinerijk voedsel, fructosehoudende frisdranken en diuretica.¹³⁻¹⁶ Van deze factoren beschouwt men het gebruik van diuretica als een makkelijk te beïnvloeden factor om jicht te voorkomen.^{2,23} De veronderstelling dat diuretica jicht uitlokken, berust op het feit dat diuretica de renale uitscheiding van urinezuur remmen. De hogere serumconcentraties urinezuur die hierdoor ontstaan zouden dan vanzelf tot jichtartritis leiden.²³ Dit is in tegenspraak met de algemeen geaccepteerde – en paradoxale – bevinding dat slechts weinig mensen met verhoogde urinezuurspiegels jichtartritis krijgen. Verhoogde urinezuurspiegels alleen leiden meestal niet tot jichtartritis. Waarom zouden ze dat wel doen als ze door diuretica worden veroorzaakt?

Om deze vraag te beantwoorden stelden wij als eerste vast dat onder personen van 35 jaar en ouder die ooit een diureticum gebruikten het relatieve risico op een jichtartritis laag is (RR 1,56; number needed to harm 107). We onderzochten dit in de database van de apotheekhoudende huisartsenpraktijk Lobede in Lobith-Tolkamer, die ongeveer 6000 patiënten omvat.¹⁹ Bovendien liet een patiënt-controleonderzoek in deze zelfde populatie zien dat diureticagebruikers géén verhoogd risico op jichtartritis hebben als men rekening houdt met de redenen waarom deze diuretica werden voorgeschreven: hypertensie, myocardinfarct of hartfalen. Dit onderzoek omvatte 70 patiënten met een eerste registratie jichtartritis tussen 1994 en 2002, en 210 controlepersonen die nooit een jichtregistratie gehad hadden. Wij valideerden de door de huisartsen vastgestelde en geregistreerde diagnoses (jichtartritis, hypertensie, myocardinfarct of hartfalen) volgens de geldende richtlijnen. De gegevens van de apotheekhoudende huisartsenpraktijk gaven een getrouwe weergave van de daadwerkelijke uitgifte van diuretica aan de patiënt en waarschijnlijk ook van het gebruik, omdat alle afleveringen na de eerste uitgifte gebaseerd waren op verzoeken van de patiënt om een herhaalrecept. Dat de aantallen patiënten klein waren, doet enige afbreuk aan de statistische zeggingskracht ('power') van de klinisch belangwekkende conclusie 'geen jicht door diuretica'. Die conclusie moet worden afgezet tegen een veel geciteerd onderzoek naar de relatie tussen jicht en diuretica, waarin het gebruik van diuretica wél onafhankelijk geassocieerd bleek met een verhoogd risico op jicht. Dit cohortonderzoek, dat liep van 1986 tot 1998, had echter relevante beperkingen.¹⁵ Het cohort omvatte alleen blanke mannelijke gezondheidswerkers (30.000 tandartsen, 10.000 dierenartsen en 10.000 apothekers, optometristen, osteopaten en podotherapeuten) en was dus niet representatief voor de algemene bevolking. De onderzoekers maten de incidentie van ziekten (inclusief jicht) en het geneesmiddelengebruik (waaronder diuretica) gedurende de onderzoeksperiode met behulp van tweejaarlijkse schriftelijke enquêtes. In 2001, dus drie jaar na het beëindigen van het onderzoek, valideerden zij de diagnose jicht retrospectief opnieuw door middel van per post verzonden vragenlijsten. Per saldo is dan bij 730 patiënten de kans tamelijk groot dat de diagnose ten onrechte gesteld was.

Het ontbreken van een oorzakelijke relatie tussen jicht en diuretica wordt ondersteund door de bevindingen in een van onze andere onderzoeken onder huisartspatiënten met jicht. Daarin blijkt dat diureticagebruik geen onafhankelijke voorspeller van jichtartritis is als men de diagnose aanvullend 'keihard' valideert door de aanwezigheid van jichtkristallen aan te tonen.¹ Al met al lijkt er dus onvoldoende evidence te bestaan om patiënten in de huisartsenpraktijk diuretica te onthouden vanwege het jichtrisiko.

Wat betreft de geboden en verboden aan jichtpatiënten inzake andere 'klassieke' uitlokkende factoren zoals alcohol of bepaalde voeding, die ook in de lekenliteratuur vaak aan de orde komen, adviseert de NHG-Standaard Artritis terughoudendheid.⁷ Dat is ons inziens terecht, want er is, net als voor diuretica, onvoldoende bewijs voor de invloed van deze factoren. De meest geciteerde onderzoeken die in die richting wijzen, zijn gebaseerd op hetzelfde Amerikaanse cohort van gezondheidswerkers als het onderzoek naar diuretica en hebben dus dezelfde beperkingen.¹³⁻¹⁶

EEN VALIDE DIAGNOSE

Huisartsen stellen de diagnose jichtartritis eigenlijk altijd alleen op basis van het klinische beeld. Gebruikt men de aanwezigheid van urinezuurkristallen als referentietest (positief voorspellende waarde 0,64, negatief voorspellende waarde 0,87), zoals wij deden in een prospectief diagnostisch onderzoek onder huisartsen in de regio Arnhem en Liemers en omstreken, dan blijken deze klinische diagnoses niet bijzonder valide.¹ Onbekend is hoe reumatologen dat doen. Als zij urinezuurkristallen hebben aangetoond staat hun diagnose niet ter discussie, maar ook hun klinische diagnoses zitten er in een kwart van de gevallen naast als men achteraf de vloeistof van het aangedane gewricht analyseert.²⁵ Desondanks vinden meerdere jichtonderzoekers het klinisch oordeel van reumatologen voldoende betrouwbaar om jichtpatiënten te selecteren of om te dienen als (aanvullende) referentietest.^{3,13-17}

Abstract

Janssens HJEM. Gouty arthritis. Huisarts Wet 2011;54(5):254-8.

Gouty arthritis is frequently seen in primary care: 90% of all patients are treated in this setting and only 10% of them are referred to a rheumatologist. It is therefore somewhat surprising that there is little research on gouty arthritis in primary care, although recent studies provide new insights into the diagnosis, treatment, and cardiovascular prognosis of this disorder. The diagnosis should not be based solely on the presence of 'characteristic' clinical signs. While the diagnostic gold standard is the presence of uric acid crystals in synovial fluid, a diagnostic algorithm and on-line gout risk calculator are now available to assist general practitioners. Gouty arthritis is often accompanied by an increased risk of cardiovascular or renal disorders. Most patients are elderly, more than a half have hypertension, and nearly a third have a cardiovascular disorder. For this reason, cardiovascular risk management is advised in patients with gouty arthritis. As treatment, a short course prednisone (30–50 mg once daily) is to be preferred to the more commonly prescribed colchicine or NSAIDs. There is no need to withdraw diuretics if they are used for cardiovascular risk management.

Tabel 2 Beslisregel voor huisartsen om hun jichtdiagnose aanvullend te valideren bij een monoartritis

Items	Punten
1 Mannelijk geslacht	2
2 Patiënt heeft ooit eerder een artritsaanval gehad	2
3 Acuut begin binnen één dag	0,5
4 Roodheid van het gewricht	1
5 MTP1-gewricht aangedaan	2,5
6 Hypertensie of cardiovasculaire ziekte	1,5
7 Serumurinezuur > 0,35 mmol/l	3,5
Tel de punten op	
0-4 jichtartritis bij < 3% van de patiënten	
5-7 jichtartritis bij circa 30% van de patiënten: overweeg verwijzing voor diagnostische gewrichtspunctie als dit van invloed is op het beleid	
8-13 jichtartritis bij > 80% van de patiënten	

Ook de criteria van het American College of Rheumatology (ACR) schieten tekort om een ('invalide') huisartsdiagnose aanvullend te valideren, zo bleek uit de gegevens van ons prospectief diagnostisch onderzoek: ze hadden een positief voorspellende waarde van 0,80 en een negatief voorspellende waarde van 0,65.²² Echt verwonderlijk is dat niet als men bedenkt dat voor de ontwikkeling van deze criteria de klinische blik van 'deskundige jichtreumatologen' als referentie gebruikt werd, en niet de kristalidentificatie.³ Het tekortschieten van de ACR-criteria bleek recent ook in een Amerikaans onderzoek in een tweedelijns populatie.²⁶ Dit onderzoek en het onze zijn overigens de eerste die, meer dan dertig jaar na dato, de ACR-criteria uit 1977 hebben getoetst aan de gouden standaard. Het is opmerkelijk dat de ACR-criteria zo weinig ter discussie staan. Jichtonderzoekers blijven ze toepassen en lijken zich weinig te bekommeren om de mogelijke misclassificatierisico's die dat met zich meebrengt.¹³⁻¹⁶

De matige kwaliteit van de jichtdiagnostiek door huisartsen bracht ons op het idee een diagnostische beslisregel te formuleren om de klinische blik van de huisarts te valideren. In ons reeds genoemde prospectief diagnostische onderzoek selecteerden we 328 patiënten bij wie 93 deelnemende huisartsen (monoarticulaire) jichtartritis veronderstelden.¹ Elke patiënt onderzochten we op bruikbare klinische patiëntkenmerken én op de aan- of afwezigheid van urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof van het aangedane gewricht (de referentietest). Na een uitgebreide analyse vonden we zeven geschikte validatiekenmerken: 'mannelijk geslacht', 'melding van de patiënt over ooit eerder een artritsaanval', 'acuut begin binnen een dag', 'roodheid van het gewricht', 'MTP1-gewricht aangedaan', 'hypertensie of een of meer cardiovasculaire ziekten' en 'serumurinezuur > 0,35 mmol/l'.¹

Door aan elk van deze items een bepaald aantal punten toe te kennen en de scores op te tellen krijgt men een totaalscore die in veruit de meeste gevallen jichtartritis met vrij grote zekerheid uitsluit óf aantoont [tabel 2]. In een beperkt aantal gevallen (19%) zal er onzekerheid blijven. Voor deze patiënten is een aanvullende diagnostische punctie door een reuma-

toloog te overwegen als een juiste diagnose therapeutische of prognostische consequenties heeft. Gebruikmakend van de regressiecoëfficiënten waarop deze regel is gebaseerd ontwerpen we een jichtcalculator waarmee de kans op jichtartritis bij een individuele patiënt preciezer kan worden bepaald. Deze calculator is online in de spreekkamer door de huisarts te raadplegen (www.umcn.nl/goutcalc). De beslisregel en de calculator zijn de eerste in hun soort en werden nog niet gevalideerd in andere patiëntpopulaties. De calculator kent nog geen afkappunten.

Van de in te vullen patiëntkenmerken is alleen voor het serumurinezuur extra inspanning vereist. Deze zou echter goed gecombineerd kunnen worden met laboratoriumonderzoek in het kader van de cardiovasculaire risicoschatting. Dit risico blijkt bij jichtpatiënten belangwekkend genoeg te zijn (zie hieronder).

De beslisregel en de calculator zijn in potentie ook buiten de huisartsenpraktijk bruikbaar als additionele validatieprocedure, bijvoorbeeld als alternatief voor de ACR-criteria om jichtpatiënten te selecteren voor wetenschappelijk onderzoek.

EEN VEILIGE BEHANDELING

De meeste jichtpatiënten zijn van middelbare of oudere leeftijd en hebben los daarvan al een hoger risico op renale en cardiovasculaire comorbiditeit (zie hieronder). Daardoor zijn de gangbare geneesmiddelen (colchicine en NSAID's) vaak niet zomaar geschikt of zelfs gecontraïndiceerd.

Colchicine, het bekendste jichtmiddel, heeft een lange staat van dienst, met name in de tijd vóór de NSAID's. Het heeft een smalle therapeutische breedte met snel bijwerkingen,^{2,27} en belangrijke nadelen bij nierinsufficiëntie.²⁸ Naar de werkzaamheid of efficiëntie is nauwelijks onderzoek gedaan.²⁷ Dit geldt overigens ook voor alle andere jichtbehandelingen.^{24,29}

NSAID's zijn in de loop van de tijd middelen van eerste keus geworden bij jichtartritis, met name in de eerste lijn. Maar ook zij hebben nadelen, vanwege gastro-intestinale³⁰ en cardiovasculaire risico's.³¹ Nierfunctieverlies, vochtretentie, hartfalen of onbekendheid met de aanwezigheid daarvan, leeftijd en mogelijke interactie met andere geneesmiddelen zoals anticoagulantia zijn extra argumenten voor terughoudend gebruik van NSAID's.

Systemische corticosteroiden worden al langer beschouwd als een veilig alternatief voor beide andere behandelingen,²³ maar deze behandeling is nooit echt gangbaar geworden. In een randomised clinical trial (RCT) konden we bewijzen dat een korte kuur (vijf tot zeven dagen) van eenmaal daags 35 mg prednisolon ter behandeling van jichtpijn even effectief is als tweemaal daags 500 mg naproxen.²¹ De RCT vond plaats onder 120 jichtpatiënten in de eerste lijn bij wie de diagnose gevalideerd was door kristalidentificatie. Patiënten met een contra-indicatie voor NSAID's werden uitgesloten van deelname. Dit laatste lijkt een beperking, maar wij menen dat deze patiënten juist met een gerust hart aan de prednisolonbehandeling toegewezen hadden kunnen worden. Van belang is dat de proefpersonen geen klinisch relevante bijwerkingen

meldden. Dat stemt overeen met het spaarzame andere onderzoek naar de behandeling van jicht met corticosteroïden,²⁹ en ook met klinisch onderzoek in andere situaties waar kortdurend corticosteroïden worden voorgeschreven – vaak in nog hogere doseringen –, zoals bij multiële sclerose, acuut astma of COPD-exacerbaties.³²⁻³⁴ Gluco- en mineralocorticoïden hebben immers pas bij langdurig gebruik klinisch relevante bijwerkingen. Bijkomend voordeel is dat de keuze voor een prednisonkuur kosteneffectief blijkt.³⁵

CARDIOVASCULAIRE PROGNOSE

Steeds meer publicaties laten zien dat jichtartritis is geassocieerd met prognostisch relevante comorbiditeit, zoals coronaire hartziekten, myocardinfarct, andere cardiovasculaire morbiditeit, hoge bloeddruk en metabool syndroom.^{9-12,15,20} Volgens onze bevindingen heeft ongeveer de helft van de jichtpatiënten in de huisartsenpraktijk hypertensie en meer dan 30% een hart- en vaatziekte.^{1,18,19} De sterkte van het verband tussen jicht en cardiovasculaire aandoeningen blijkt af te hangen van de wijze waarop de diagnose wordt gesteld [tabel 1]. Hoe 'harder' de jichtdiagnose, des te sterker het verband.^{12,20} Ook wij hebben dat opgemerkt.^{1,18,19} De diagnose jichtartritis, gesteld door huisartsen zonder aanvullende validatie, is statistisch (net) geen onafhankelijke voorspeller voor het optreden van een eerste cardiovasculaire ziekte wanneer wordt gecorrigeerd voor hypertensie, obesitas, diabetes en hypercholesterolemie, met een odds ratio (OR) van 0,98 en een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van 0,65-1,47.¹⁸ Maar we kwamen er achter dat hypertensie en hartfalen wél onafhankelijk geassocieerd zijn met de incidentie van de diagnose jichtartritis als we die klinische diagnose verifieerden aan de hand van dossieronderzoek.¹⁹ En we ontdekten dat het hebben van hypertensie of een hart- en vaatziekte een onafhankelijke voorspeller is voor jichtartritis onder patiënten met een monoartritis bij wie urinezuurkristallen waren aangetoond.¹ Verder lieten onze onderzoeken zien dat de klinische huisartsendiagnose jichtartritis nauwelijks of niet samenhangt met hypercholesterolemie of diabetes mellitus,^{1,18} maar wél met obesitas, hoewel dit verband zijn onafhankelijkheid verliest als men de diagnose valideert met de test op urinezuurkristallen.¹

Jichtartritis moet dus uit prognostisch oogpunt worden beschouwd als een belangwekkende marker voor hart- en vaat-aandoeningen. In de huisartsenpraktijk presenteert deze cardiovasculaire marker zich haast als vanzelf, zonder enige speciale opsporingsinspanning. Immers, bijna elke patiënt met een acute heftige (jicht)artritis zal zich wel tot de huisarts wenden met de vragen: 'Wat is het?' en: 'Kunt u (snel) iets doen aan de felle pijn?' Eenmaal in de spreekkamer verdient de jichtpatiënt dan naast een veilige pijnbestrijding op zijn minst een cardiovasculaire risicoschatting. Leefregels en cardioprotectieve medicatie conform de richtlijnen van regulier cardiovasculair risicomanagement komen aan de orde bij een risico boven de 10%, en wellicht al bij een risico boven de 5%. Dit laatste is zeker te overwegen bij verminderde nierfunctie, iets wat bij jichtpatiënten eveneens vaak voorkomt.²⁸

SAMENGEVAT

Jicht wordt beschouwd als een van de best begrepen reumatische ziekten, maar de laatste jaren zijn er belangwekkende nieuwe inzichten in dit ziektebeeld bekend geworden. Anderzijds blijken ogenschijnlijk vanzelfsprekende aspecten soms niet of nauwelijks gebaseerd te zijn op goed wetenschappelijk onderzoek, of ze worden door nieuw onderzoek ontkracht. Huisartsen moeten zich ervan bewust zijn dat hun klinische jichtdiagnose een beperkte validiteit heeft.¹ Algemeen geaccepteerde *jichttypische* patiëntkarakteristieken blijken daarbij tekort te schieten.^{1,22} Om aan dit probleem tegemoet te komen, bieden wij een diagnostische beslisregel aan, ook in de vorm van een online te raadplegen jichtcalculator. Hiermee kan een huisarts op een eenvoudige manier een vermoedelijke jichtartritis met vrij grote waarschijnlijkheid uitsluiten óf aantonen.¹ Er blijft dan maar een kleine restcategorie over bij wie de diagnose onzeker is. Deze patiënten zou men naar een reumatoloog kunnen verwijzen voor een diagnostische punctie, met name als de precieze diagnose therapeutische of prognostische impact heeft (bijvoorbeeld bij een beslissing over levenslange urinezuurverlagende medicatie).⁷

In verband met de grote kans op belangwekkende comorbiditeit vinden wij dat er sterke argumenten zijn om de acute artritis van de meeste jichtpatiënten eerst te behandelen met een korte kuur prednison (bijvoorbeeld 30-50 mg per dag gedurende vijf tot zeven dagen).²¹ Deze keuze blijkt ook kosteneffectief te zijn.³⁵

Tot slot zou het goed zijn als de huisarts van iedere jichtpatiënt de cardiovasculaire status goed in het oog houdt.¹⁸ Als daarbij diuretica in het spel zijn, hoeven deze geneesmiddelen niet vermeden te worden.¹⁹

Een deel van de in deze beschouwing gepresenteerde onderzoeksresultaten hebben een plaats gekregen in de laatste versie van de NHG-Standaard Artritis.⁷ ■



Foto: Shutterstock/Sue McDonald

LITERATUUR

- 1 Janssens HJ, Fransen J, Van de Lisdonk EH, Van Riel PL, Van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gout arthritis in primary care without joint fluid analysis. *Arch Intern Med* 2010;170:1120-6.
- 2 Terkeltaub RA. Gout. *N Engl J Med* 2003;349:1647-55.
- 3 Wallace SL, Robinson H, Masi AT, Decker JL, McArty DJ, Yü T. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum* 1977;20:895-900.
- 4 Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2006;65:1301-11.
- 5 Mikuls TR, Farrar JT, Bilker WB, Fernandes S, Schumacher HR Jr, Saag KG. Gout epidemiology: Results from the UK General Practice Research Database, 1990-1999. *Ann Rheum Dis* 2005;64:267-72.
- 6 Arromdee E, Michet CJ, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE. Epidemiology of gout: Is the incidence rising? *J Rheumatol* 2002;29:2403-6.
- 7 Janssens HJEM, Lagro HAHM, Van Peet PG, Gorter KJ, Van der Pas P, Van der Paardt M, et al. NHC-Standaard Arthritis. Huisarts Wet 2009;52:439-53.
- 8 Owens D, Whelan B, McCarthy G. A survey of the management of gout in primary care. *Ir Med J* 2008;101:147-9.
- 9 Roubenoff R, Klag MJ, Mead LA, Liang KY, Seidler AJ, Hochberg MC. Incidence and risk factors for gout in white men. *JAMA* 1991;266:3004-7.
- 10 Choi HK, Ford ES, Li C, Curhan G. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Rheum* 2007;57:109-15.
- 11 Krishnan E, Baker JF, Furst DE, Schumacher HR. Gout and the risk of acute myocardial infarction. *Arthritis Rheum* 2006;54:2688-96.
- 12 Krishnan E, Svendsen K, Neaton JD, Grandits G, Kuller LH. Long-term cardiovascular mortality among middle-aged men with gout. *Arch Intern Med* 2008;168:1104-10.
- 13 Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan G. Alcohol intake and risk of incident gout in men. A prospective study. *Lancet* 2004;363:1277-81.
- 14 Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Willett W, Curhan G. Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men. *N Engl J Med* 2004;350:1093-103.
- 15 Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Curhan G. Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the health professionals follow-up study. *Arch Intern Med* 2005;165:742-8.
- 16 Choi HK, Curhan G. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men. Prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:309-12.
- 17 Man CY, Cheung IT, Cameron PA, Rainer TH. Comparison of oral prednisolone/paracetamol and oral indomethacin/paracetamol combination therapy in the treatment of acute goutlike arthritis. A double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Emerg Med* 2007;49:670-7.
- 18 Janssens HJEM, Van de Lisdonk EH, Bor H, Van den Hoogen HJM, Janssen M. Gout, just a nasty event or a cardiovascular signal? A study from primary care. *Fam Pract* 2003;20:413-6.
- 19 Janssens HJEM, Van de Lisdonk EH, Janssen M, Van den Hoogen HJM, Verbeek ALM. Gout, not induced by diuretics? A case-control study from primary care. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1080-3.
- 20 Chen SY, Chen CL, Shen ML. Severity of gouty arthritis is associated with Q-wave myocardial infarction: a large-scale, cross-sectional study. *Clin Rheumatol* 2007;26:308-13.
- 21 Janssens HJ, Janssen M, Van de Lisdonk EH, Van Riel PL, Van Weel C. Use of oral prednisolone or naproxen for the treatment of gout arthritis: A double-blind, randomised equivalence trial. *Lancet* 2008;371:1854-60.
- 22 Janssens HJ, Janssen M, Van de Lisdonk EH, Fransen J, Van Riel PL, Van Weel C. The limited validity of the criteria of the American College of Rheumatology for classifying gout patients in primary care. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1255-6.
- 23 Teng GG, Nair R, Saag KG. Pathophysiology, clinical presentation and treatment of gout. *Drugs* 2006;66:1547-63.
- 24 Sutaria S, Katbamna R, Underwood M. Effectiveness of interventions for the treatment of acute and prevention of recurrent gout. A systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45:1422-31.
- 25 Eisenberg JM, Schumacher HR, Davidson PK, Kaufmann L. Usefulness of synovial fluid analysis in the evaluation of joint effusions. Use of threshold analysis and likelihood ratios to assess a diagnostic test. *Arch Intern Med* 1984;144:715-9.
- 26 Malik A, Schumacher HR, Dinnella JE, Clayburne GM. Clinical diagnostic criteria for gout: Comparison with the gold standard of synovial fluid crystal analysis. *J Clin Rheumatol* 2009;15:22-4.
- 27 Schlesinger N, Schumacher HR, Catton M, Maxwell L. Colchicine for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(4):CD006190.
- 28 Petersel D, Schlesinger N. Treatment of acute gout in hospitalized patients. *J Rheumatol* 2007;34:1566-8.
- 29 Janssens HJEM, Lucassen PLBJ, Van de Laar FA, Janssen M, Van de Lisdonk EH. Systemic steroids for acute gout. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(2):CD005521.
- 30 Lewis SC, Langman MJ, Laporte JR, Matthews JN, Rawlins MD, Wiholm BE. Dose-response relationships between individual nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and serious upper gastrointestinal bleeding. A meta-analysis based on individual patient data. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54:320-6.
- 31 Kearney PM, Baigent C, Godwin J, Halls H, Emberson JR, Patrono C. Do selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2006;332:1302-8.
- 32 Filippini G, Brusaferri F, Sibley WA, Citterio A, Ciucci G, Midgard R, et al. Corticosteroids or ACTH for acute exacerbations in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(4):CD001331.
- 33 Rowe BH, Spooner C, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW. Early emergency department treatment of acute asthma with systemic corticosteroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(1):CD002178.
- 34 Wood-Baker RR, Gibson PG, Hannay M, Walters EH, Walters JA. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(1):CD001288.
- 35 Cattermole GN, Man CY, Cheng CH, Graham CA, Rainer TH. Oral prednisolone is more cost-effective than oral indomethacin for treating patients with acute gout-like arthritis. *Eur J Emerg Med* 2009;16:261-6.

Eric Plat

Verantwoorde zorg?

U kent ze wel: de patiënten die in het buitenland een ongevalletje hebben gehad en u daags na de vakantie het hele verhaal in geuren en kleuren komen vertellen, meestal met een plastic tas vol 'herinneringen'.

Zo zag ik laatst meneer X, 40 jaar, die eergisteren zijn knie had verdraaid op de piste en aldaar 'der Notarzt' had bezocht. De knie was pijnlijk aan de binnenkant en ietsjes dik, maar hij kon er prima mee lopen. Na het hele verhaal

bij mij te hebben gedaan, ging de tas open: eerst een NSAID, logisch. Gevolgd door een protonpompremmer, minder logisch bij deze gezonde man zonder verhoogd risico. Vervolgens een potje met hirudoïdcrème, ja werkelijk waar. En dan drie tromboespuitjes want 'hij had nog met de auto naar huis ontmoeten'. Natuurlijk dan het mapje met röntgenfoto's en *last but not least* laat hij vol trots zijn beenspalk zien, reikende van enkel tot lies. Totale kosten € 275,-. De zorgverzekeraar in Nederland betaalt de pret. Hatsiekie-

dee!! Het advies vanuit Oostenrijk was ook meteen even een MRI te laten maken bij terugkomst in Nederland want 'je weet maar nooit'.

Een mediale band laesie kost bij mij slechts € 9,- en als je nog op controle moet komen na een week zijn de totale kosten € 18,-.

De buitenlandse artsen proppen onze patiënten – onder goedkeuring van de zorgverzekeraars – zakkenvullend vol en wij maar ons best doen om goedkope en verantwoorde zorg te leveren in Nederland.