

Tabel Criteria van Tel Hashomer voor de diagnose FMF^{4,7}

Hoofdcriteria	1	recidiverende koortsaanvallen met peritonitis, synovitis of pleuritis
	2	amyloïdose zonder predisponerende ziekte
	3	gunstig effect van behandeling met colchicine
Aanvullende criteria	1	recidiverende koortsaanvallen
	2	erysipelasachtig erytheem
	3	familiaire mediterrane koorts bij eerstegraads familielid

Zekere diagnose = twee hoofdcriteria of één hoofdcriterium plus twee aanvullende criteria.

Waarschijnlijke diagnose = één hoofd- plus één aanvullend criterium.

de aanvallen bij ongeveer 60% en verminderen de aanvallen in ernst of frequentie bij 30% van de patiënten. Bij 5 tot 10% van de patiënten heeft colchicine weinig tot geen effect. Colchicine vermindert niet alleen de duur en heftigheid van de aanvallen, maar beperkt vooral de kans op het ontstaan van amyloïdose.^{1-3,5} De voornaamste bijwerkingen van colchicine zijn gastro-intestinale verschijnselen (misselijkheid en diarree). Alle bijwerkingen reageren goed op een dosisverlaging.

Conclusie

Omdat de hoofdsymptomen van FMF (koorts- en buikpijnaanvallen) algemene symptomen zijn die bij veel aandoeningen voorkomen, is de diagnose FMF in de huisartsenpraktijk moeilijk te stellen. Toch is het juist voor de huisarts belangrijk kennis te hebben van deze ziekte, omdat men met die kennis onnodige ingrepen, zoals appendectomie, en onnodig aanvullend onderzoek (CT-abdomen, gastroscopie, colonoscopie) kan vermijden. Wanneer de diagnose bekend is, kan men ook adequater anticiperen op langetermijncomplicaties zoals nierinsufficiëntie door amyloïdose, en de kwaliteit van leven van de patiënt aanmerkelijk verbeteren.

Abuis

Onder het NHG-Standpunt diabetesmiddelen rosiglitazon en pioglitazon in nummer 9 (H&W 2007;50:458) staan de verkeerde auteursnamen. De juiste auteurs zijn A.N. Goudswaard en M.M. Verduijn.

Het belangrijkste aanknopingspunt voor de huisarts is dat de aandoening bij bepaalde bevolkingsgroepen (Turken, Armeniërs, Arabieren, niet-Asjkenazische Joden) vaker voorkomt, in combinatie met het karakteristieke klachtenpatroon (met name nadat meer dan drie aanvallen zijn opgetreden). DNA-diagnostiek kan de diagnose familiale FMF bevestigen. Als de diagnose eenmaal gesteld is, kan men de

behandeling met colchicine instellen.

Literatuur

- 1 Drenth JPH, Van der Meer JWM. Hereditary periodic fever. *N Engl J Med* 2001; 345:1748-57.
- 2 Ben-Chetrit E, Levy M. Familial mediterranean fever. *Lancet* 1998; 351:659-64.
- 3 Breuning MH, Bakker E. Van gen naar ziekte: marenostriene en familiale mediterrane koorts. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1728-30.
- 4 Hulsmann AR, Hofstra WB, Brinkman JG, Van der Wielen MJR, Bakker E, Oudesluys-Murphy AM. Turkse kinderen met recidiverende buikpijn en koorts. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1097-100.
- 5 Samuels J, Aksentijevich I, Torosyan Y, Centola M, Deng Z, Sood R, et al. Familial mediterranean fever at the millennium: Clinical spectrum, ancient mutations, and a survey of 100 American referrals to the National Institutes of Health. *Medicine (Baltimore)* 1998;77:268-97.
- 6 Yilmaz E, Ozen S, Balci B, Duzova A, Topaloglu R, Besbas N, et al. Mutation frequency of familial mediterranean fever and evidence for a high carrier rate in the Turkish population. *Eur J Hum Genet* 2001;9:553-5.
- 7 Pras M. Familial mediterranean fever: from the clinical syndrome to the cloning of the pyrin gene. *Scand J Rheumatol* 1998;27:92-7.