



Reumatologische basisprincipes

M.G.B. van Onna

Ongeveer 2 miljoen Nederlanders hebben chronische klachten van het bewegingsapparaat. Men onderscheidt drie vormen van reuma. Dit artikel richt zich op de groep van inflammatoire reumatische aandoeningen, waarbij voornamelijk wordt ingegaan op het herkennen van het ziektebeeld via anamnese, patroonherkenning en lichamelijk onderzoek.

Reuma is een verzamelnaam voor meer dan 100 verschillende aandoeningen van het bewegingsapparaat. Naar schatting heeft één op de negen inwoners van Nederland een vorm van reuma. Reuma wordt verder onderverdeeld in vier categorieën:

- Inflammatoire reumatische aandoeningen: kenmerkend voor deze aandoeningen zijn artritis en soms extra-articulaire verschijnselen zoals psoriasis, huidverstrakking en interstitieel longlijden. Inflammatoire reumatische aandoeningen komen bij ongeveer 220.000 mensen in Nederland voor. Belangrijke voorbeelden zijn reumatoïde artritis, artritis psoriatica en systemische sclerose.
- Jicht en pseudojicht: bij jicht probeert het lichaam kristallen van natrium en urinezuur op te ruimen, bij pseudojicht gaat het om kristallen van kalk en pyrofosfaat. Dit leidt vaak tot een plotse gewrichtsontsteking. In Nederland zijn er 370.000 mensen met jicht.
- Degeneratieve reumatische aandoeningen: artrose is de meest voorkomende vorm van reuma. Ongeveer 1,25 mil-

joen mensen in Nederland geven aan een vorm van artrose te hebben, meestal van knie- en/of heupgewrichten.

- Wede delen-reuma: hiertoe behoren fibromyalgie en hypermobiliteit. Weke delen-reuma komt voor bij ongeveer 500.000 mensen in Nederland. [1,2]

INFLAMMATOIRE GEWRICHTSKLACHTEN VERSUS MECHANISCHE GEWRICHTSKLACHTEN

Wanneer een patiënt bij de dermatoloog gewrichtsklachten vermeldt, dan is het belangrijk om via anamnese te achterhalen of er sprake is van inflammatoire dan wel mechanische gewrichtsklachten. Mechanische gewrichtsklachten zijn vaak het gevolg van overbelasting of artrose; de pijnklachten verergeren in het algemeen bij toenemende belasting. Bij de overgrote meerderheid van de patiënten die zich bij de huisarts met gewrichtsklachten presenteert, zijn de gewrichtsklachten mechanisch van aard. Inflammatoire gewrichtsklachten onderscheiden zich op een aantal punten van mechanische

Reumatoloog, afdeling Interne Geneeskunde, onderafdeling Reumatologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum

gewrichtsklachten (tabel 1). [3] Voornaamste verschil is dat de gewrichtsklachten (pijn en stijfheid) met name in de ochtend en in rust aanwezig zijn. Daarbij zien we vaak systemische verschijnselen (koorts en gewichtsverlies) en extra-articulaire manifestaties zoals psoriasis, fenomeen van Raynaud, huidverstrakking, uveitis anterior en inflammatoire darmziekten. Zo heeft ongeveer 20-30% van de patiënten met psoriasis heeft ook artritis psoriatica. [2] Deze extra-articulaire manifestaties kunnen ook in de familie voorkomen. Wanneer patiënten last hebben van inflammatoire rugklachten in het kader van een axiale spondyloartritis (voorheen ook wel ziekte van Bechterew), is er vaak sprake van nachtelijke rugpijn met verbetering door opstaan uit bed en alternerende bilpijn. Patiënten met weke delen-reuma onderscheiden zich ook op een aantal punten van patiënten met inflammatoire klachten. Zij melden vaak wel nachtelijke pijn, langdurige ochtendstijfheid en moeheid, maar geen afvallen en geen koorts. De pijn bij weke delen-reuma neemt ook niet duidelijk af bij bewegen. [2,3]

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Bij lichamenlijk onderzoek van de gewrichten is het van belang om te kijken of er sprake is van artritis, enthesitis (ontsteking op plaats waar een pees aan het bot vastzit; vaak achillespees) en dactylitis (worstvormige zwelling van een vinger of een teen). Bij artritis is het gewrichtskapsel gezwollen en voelt het elastisch aan. Bij artrose worden juist benige verdikkingen gevoeld. Daarnaast dient men te letten op de mate van functieverlies en of er sprake is van bewegingsbeperking. [3] Structurele afwijkingen, zoals een versterkte thoracale kyfose bij axiale spondyloartritis of zwanenhalsdeformatie bij reumatoïde artritis worden voornamelijk gezien bij gevorderde ziekte. Ten slotte dient men te kijken naar de lokalisatie en distributie van de afwijkingen (zie ook paragraaf Patroonherkenning).

PATROONHERKENNING

Globale indeling reumatische aandoeningen

In tabel 2 vindt u een globale indeling van reumatische ziektebeelden gerelateerd aan de locatie van de gewrichtsklachten.

Tabel 1. Verschil tussen inflammatoire en mechanische gewrichtsklachten [2,3]

	Inflammatoire klachten	Mechanische klachten
Moment van de dag	's Ochtends en 's nachts In rust	's Middags en 's avonds Na belasting
Pijn en stijfheid	Duur > 30 minuten in de ochtend, verbetering in de loop van de dag, vaak nachtelijke pijn	Duur < 30 minuten in de ochtend, verslechtering in de loop van de dag, geen nachtelijke pijn
Activiteit	Verbetering symptomen	Verslechtering symptomen
Reactie op NSAIDs	Doorgaans goed	Doorgaans matig
Bijkomende klachten, zoals psoriasis of Raynaud?	Ja, mogelijk	Nee
Algemene verschijnselen, zoals koorts of gewichtsverlies?	Ja, mogelijk	Nee

ten. [3] Het is ook van belang om aandacht te besteden aan de distributie van de afwijkingen. Wanneer men kijkt naar de handen, dan is reumatoïde artritis een typisch voorbeeld van een symmetrische polyartritis van met name metacarpophalangeale en proximale interphalangeale gewrichten, maar juist niet van de distale interphalangeale gewrichten. Kenmerkend voor handartrose is dat de distale interphalangeale gewrichten juist wel betrokken zijn. [3]

Artritis psoriatica is een belangrijk voorbeeld van een aandoening waarbij samenwerking tussen de dermatoloog en reumatoloog essentieel is. Ongeveer 2-9 op de 1000 inwoners van Nederland worden behandeld voor artritis psoriatica. De ziekte komt evenveel voor bij mannen als bij vrouwen. De perifere articulaire klachten bij patiënten met artritis psoriatica bestaan uit artritis, enthesitis en dactylitis. De artritis is meestal asymmetrisch; vaak zijn de knieën, enkels en heupen betrokken. Wanneer men kijkt naar de handen doen, in tegenstelling tot bij reumatoïde artritis, de distale interphalangeale gewrichten wel



Figuur 1. Enthesitis van de achillespees.



Figuur 2: Dactylitis.

Tabel 2. Globale indeling reumatische aandoeningen [3]

	Inflammatoir beeld	Mechanisch/niet-inflammatoir beeld
Gewrichten	Monoartritis: jicht Oligoartritis, asymmetrisch: reactieve artritis Polyartritis, symmetrisch: reumatoïde artritis Polyartritis, asymmetrisch: artritis psoriatica*	Mono-articulair: osteonecrose Mono- of polyarticulair (asymmetrisch of symmetrisch): artrose
Rug	Axiale spondyloartritis (voorheen ziekte van Bechterew)	Spondylose, osteoporotische wervelinzakking
Weke delen	Systemische lupus erythematoses, systemische sclerose, dermatomyositis**	Fibromyalgie, hypermobiliteit

*Het onderscheid tussen mono-, oligo- en polyartritis is soms lastig te maken. Aandoeningen die meestal monoarticulair voorkomen, kunnen zich soms ook polyarticulair presenteren. Het bekendste voorbeeld is een polyarticulaire topheuze jicht.

**Bij aandoeningen zoals systemische lupus erythematoses wordt ook vaak artritis gezien en extra-articulaire manifestaties zoals interstitiële longziekten en nefritis. Een overkoepelende naam voor deze groep is ook wel systeemziekten.

vaak mee bij patiënten met artritis psoriatica, zeker wanneer ze ook last hebben van nagelpsoriasis. Gezien de betrokkenheid van de distale interphalangeale gewrichten, dient men differentiaal diagnostisch ook altijd aan handartrose te denken. [3] Enthesitis ter hoogte van de achillespees (figuur 1) of hiel wordt vaak gezien bij patiënten met artritis psoriatica. Dactylitis (figuur 2) is het volledig opzwellen van een vinger of teen door een combinatie van artritis en tenosynovitis. [3] Dactylitis is karakteristiek voor artritis psoriatica. Naast perifere articulaire klachten, kunnen patiënten met psoriatica ook axiale klachten krijgen (axiale spondyloartritis) in de vorm van een sacroiliitis of spondylitis. Tussen de 10 en 25% van de patiënten met axiale spondyloartritis heeft eveneens psoriasis. [2]

Het maken van onderscheid tussen inflammatoire en mechanische klachten en beoordelen van de lokalisatie en distributie van de gewrichtsklachten is van belang bij het opstellen van de differentiaal diagnose en uiteindelijk voor het instellen van een behandeling. [3]

Voorbeeld 1: bij aanwijzingen voor een symmetrische artritis van meerdere metacarpophalangeale en metatarsophalangeale gewrichten, zonder aanwijzingen voor enthesitis, dactylitis en psoriasis, zal reumatoïde artritis hoger in de differentiaal diagnose staan. Als de artritis meer asymmetrisch is (bijvoorbeeld één knie, één elleboog en meerdere distale interphalangeale gewrichten) én er sprake is van psoriasis, dan zal artritis psoriatica hoger in de differentiaal diagnose staan. Indien deze diagnose reumatoïde artritis dan wel artritis psoriatica wordt bevestigd, dan zal de reumatoloog anti-reumatische therapie opstarten.

Voorbeeld 2: bij pijn in en rondom meerdere gewrichten, zonder aanwijzingen voor artritis, enthesitis, dactylitis dan wel artrose, zal fibromyalgie hoger in de differentiaal diagnose staan. Indien de diagnose fibromyalgie wordt bevestigd, dan zal de reumatoloog geen anti-reumatische therapie opstarten, maar de patiënt bijvoorbeeld verwijzen voor een revalidatieprogramma.

VERWIJZING NAAR REUMATOLOOG

Wanneer een patiënt zich presenteert bij de dermatoloog en bij navraag melding maakt van gewrichts- of rugklachten, wordt verwijzing naar een reumatoloog in ieder geval aanbevolen bij:

- Vermoeden op aanwezigheid van artritis, enthesitis, dactylitis en/of inflammatoire rugpijn.
- Aanwezigheid van één of meerdere extra-articulaire manifestaties die kunnen wijzen op een inflammatoire reumatische aandoening zoals bijvoorbeeld psoriasis, uveitis anterior of inflammatoire darmziekte. [2]

Wanneer er op dermatologisch vlak verdenking is op een systeemziekte zoals systemische lupus erythematoses, dermatomyositis of systemische sclerose, dan is verwijzing sowieso aangewezen, los van de aan- dan wel afwezigheid van gewrichtsklachten.

BEHANDELDOELEN REUMATOLOOG

De behandeling van inflammatoire reumatische aandoeningen is de afgelopen jaren ingrijpend veranderd en omvat zowel niet-medicamenteuze als medicamenteuze strategieën. Met behandeling wordt getracht de volgende doelen te bereiken:

- Verminderen van pijnklachten en (ochtend)stijfheid door onderdrukken van inflammatie van de perifere gewrichten, wervelkolom en entheses.
- Behoud van functie van het bewegingsapparaat.
- Behandeling en voorkomen van eventuele extra-articulaire manifestaties.
- Afremmen of voorkomen van radiologische progressie.
- Voorkomen van uitval op het werk en verbeteren van kwaliteit van leven. [2]

Onder medicamenteuze behandelopties vallen NSAIDs, traditionele niet-biologische DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs, voorbeeld methotrexaat) en biologische DMARDs (breed scala geneesmiddelen, waaronder TNF-alpha remmers). Onder niet-medicamenteuze behandelopties vallen educatie, oefentherapie en een revalidatieprogramma.

TREFWOORDEN

reumatologie – artritis - extra-articulaire manifestatie

KEYWORDS

rheumatic diseases – arthritis – extra-articular manifestation

LITERATUUR

1. ReumaNederland, via: www.Reumanederland.nl.
2. van Onna M, van Tubergen A. Diagnostiek en behandeling van axiale spondyloarthritis. *FTO Online, E-Wise Nederland*; 2013.
3. Bijlsma JWJ, van Laar JM. *Leerboek reumatologie en klinische immunologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.

CORRESPONDENTIEADRES

Marloes van Onna

E-mail: m.van.onna@mumc.nl