

Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk; anamnese, fysisch onderzoek en differentiële diagnostiek*

DOOR H. COLENBRANDER, REUMATOLOOG TE LEIDEN

Voor de diagnostiek van reumatische ziekten is een zekere kennis van een aantal reumatische syndromen en hun differentieel-diagnostische kenmerken onontbeerlijk. Ook moet men iets weten over de frequentieverdeling naar leeftijd en geslacht; wij werken bij het stellen van een diagnose immers met waarschijnlijkheden, zonder daarbij overigens te vergeten, dat ook onwaarschijnlijke zaken kunnen voorkomen.

Daarom is het — ofschoon in deze cyclus niet primair van de ziektebeelden wordt uitgegaan, maar meer van de gegevens welke nodig zijn om tot een diagnose te komen — gewenst om bij wijze van geheugensteuntje eerst in telegramstijl van de zes voornaamste reumatische syndromen enkele belangrijke kenmerken op te sommen.

Acuut reuma: meestal op jonge leeftijd — tonsillitis vooraf — koorts — verspringende gewrichtsontsteking — carditis — zeer hoge bloedbezinkingssnelheid. Zie hiervoor ook de Jones-criteria.

Rheumatoide arthritis: vrouwen meer dan mannen — sluipend begin — ochtendstijfheid — symmetrische zwelling van kleine gewrichten — pijn bij tangentiële druk — hoge bloedbezinkingssnelheid. Zie ook de A.R.A.-criteria.

Spondylitis ankylopoëtica: jonge mannen — rugklachten, stijfheid van rug en thorax — soms perifere gewrichten — röntgenfoto: sacro-iliitis — hoge bloedbezinkingssnelheid.

Ziekte van Reiter: jonge mannen — trias = urethritis, conjunctivitis en arthritis — één of enkele grote gewrichten-recidieven — later soms sacro-iliitis — hoge bloedbezinkingssnelheid.

Arthrosis: oudere leeftijd — vaak adipositas — langzaam beginnend, in episoden — knieën, heupen, duimen, grote tenen — noduli van Heberden — niet algemeen ziek — bloedbezinkingssnelheid normaal.

Jicht: mannen van middelbare leeftijd — acute aanvallen — typisch aspect van gewricht — eerst volkomen herstel, later chronisch — tofi — verhoogd urinezuurgehalte.

Anamnese. Het eerste, wat wij constateren, is het geslacht. Dit is van belang, omdat het onze gedachten in een bepaalde richting kan leiden. Zo hebben vrouwen vaker rheumatoïde arthritis dan mannen; omgekeerd hebben mannen eerder een spondylitis ankylopoëtica of een Reiter. Arthrotische klachten komen vaker bij vrouwen voor; mannen hebben waarschijnlijk een wat grotere kans op een traumatische gewrichtsaandoening.

Het tweede gegeven betreft de leeftijd. Bij kinderen zal men het eerst aan febris rheumatica acuta denken, ofschoon ook de rheumatoïde arthritis wel bij kinderen voorkomt (ziekte van Still). Bij jonge volwassenen zien we vooral spondylitis ankylopoëtica (bij mannen) en rheumatoïde arthritis (bij vrouwen). Arthrotische klachten behoren bij oudere patiënten.

Een derde belangrijk gegeven is de eerste indruk omtrent de graad van ziek-zijn. Een ernstige algemene ziekte-toestand zien we bij febris rheumatica, bij sceptische arthritis en soms bij rheumatoïde arthritis. Matige ziekteverschijnselen met matige koorts treft men vaak bij rheumatoïde arthritis aan; lichte algemene symptomen bij spondylitis ankylopoëtica. Bij arthrosis is de patiënt meestal niet algemeen ziek.

Bij de speciale anamnese gaat onze belangstelling vooral uit naar de wijze van ontstaan van de gewrichtsverschijnselen. Plotseling of langzamerhand? Lang geleden of recent? Alle gewrichten tegelijk of na elkaar? En zijn de eenmaal ontstane gewrichtsafwijkingen blijven bestaan of zijn ze weer verdwenen om plaats te maken voor de afwijkingen in een volgend gewricht?

De febris rheumatica is, zoals bekend, gekenmerkt door het verspringen van de gewrichtsklachten. Het begint vaak met een groot gewricht, dat gedurende enkele dagen dik, rood en zeer pijnlijk is en dan weer afzakt; daarna komt een ander gewricht aan de beurt.

Ook bij jicht kan, na de genezing van de acute aanval in het ene gewricht, een volgend gewricht aan de beurt komen, maar gewoonlijk duurt de cyclus hier langer. Van belang bij het stellen van de diagnose jicht zijn verder de voorgeschiedenis van soortgelijke aanvallen, het verhoogde urinezuurgehalte van het bloed en het goede therapeutische effect van colchicine.

Ook bij rheumatoïde arthritis kunnen de gewrichten na elkaar dik en pijnlijk worden, maar gewoonlijk zijn de verschijnselen aan de reeds eerder

* Huisartsencursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.

aangetaste gewrichten dan nog niet verdwenen, al zijn ze misschien wel wat uit de aandacht van de patiënt verdwenen.

Een acuut begin van de gewrichtsverschijnselen doet natuurlijk het eerst aan febris rheumatica denken, maar kan evenzeer voorkomen bij reumatoïde arthritis, bij jicht en ook wel (vooral na een trauma) bij arthrosis. Een acute ziekte, die veel kan lijken op acuut reuma, is de serumziekte. En tenslotte mag in dit verband nog worden genoemd de bursitis calcarea, welke plotseling begint met heftige schouderpijn; de ziekte duurt enkele dagen met koorts en een flink verhoogde bloedbezinkingssnelheid.

Uiteraard is de voorgeschiedenis van belang. Er moet worden gevraagd naar vroegere gelijksoortige aanvallen, naar vroeger doorgemaakt acuut reuma en voorts naar allerlei ziekten, die aan een reumatisch syndroom vooraf kunnen gaan, zoals keelontsteking (bij acuut reuma), oogontsteking (bij spondylitis ankylopoëtica en bij de ziekte van Reiter), urethritis (bij de ziekte van Reiter), diarree (bij de ziekte van Reiter en bij de vorm van chronische polyarthritis, die men kan aantreffen bij colitis ulcerosa en bij de ziekte van Crohn) en tenslotte huidaandoeningen.

De familie-anamnese kan van betekenis zijn voor het stellen van de diagnose acuut reuma, jicht, reumatoïde arthritis en spondylitis ankylopoëtica.

Onderzoek. Bij het onderzoek van de gewrichten moet eerst worden gelet op de localisatie: Grote of kleine gewrichten? Welke vingergewrichten zijn aangedaan? Hoeveel gewrichten doen er mee? Bestaat er symmetrie? Vervolgens moet de gewrichtsaandoening nader worden beschreven: zwelling (hard of week), vocht, stand, beweeglijkheid, aard van de pijn. Dan volgt het onderzoek van pezen (pijnlijkheid, zwelling, ruptuur) en spieren (atrofie, consistentie, kracht).

Een algemeen fysisch onderzoek is natuurlijk altijd noodzakelijk, ook wanneer de diagnose zonder meer vaststaat. Men lette bij de staande patiënt op de stand en op de beweeglijkheid van nek, rug en thorax. Speciale aandacht verdient de huid. Men lette op vasomotorische stoornissen aan de handen, op psoriasis (ook van het behaarde hoofd en de nagels), op noduli en tofi. Tenslotte zoeke men naar oogafwijkingen, zoals conjunctivitis, iritis, episcleritis en keratitis.

Differentiële diagnostiek. Voor de differentiële diagnostiek kan men uitgaan van vier groepen, zoals die onder andere ook in het door *Hollander* geregeerde leerboek zijn voorgesteld.

1 *De acute vormen.* Centraal in deze groep staat het acute reuma, (maar men bedenke wel, dat het acute reuma niet altijd acuut begint, zoals het zich ook in andere opzichten niet steeds houdt aan de regels uit de leerboeken). Daarnaast zijn er echter veel meer gewrichtsaandoeningen, die acuut kunnen beginnen. In de eerste plaats twee

ziekten, die ook anderszins veel op het acute reuma kunnen lijken: de serumziekte en het erythema nodosum. Maar ook de meeste andere aandoeningen tonen soms een acuut begin: reumatoïde arthritis, lupus erythematosus, septische arthritis, jicht, bursitis calcarea, de ziekte van Reiter en ook spondylitis ankylopoëtica.

2 *De polyarticulaire vormen,* die niet acuut zijn, voornamelijk gekenmerkt zijn door zwellingen, maar geen misvormingen tonen en geen contracturen (behalve door de zwellingen). De voornaamste representant is de reumatoïde arthritis. Voorts horen in deze groep thuis de spondylitis ankylopoëtica (voorzover het de perifere gewrichten betreft), de chronisch wordende jicht en de gewrichtsafwijkingen, die bij leukemie kunnen voorkomen.

3 *De monarticulaire vormen.* Vroeger zou men ongetwijfeld als prototype van deze groep de arthritis tuberculosa hebben genoemd. Door het afnemen van de tuberculose is tegenwoordig de monarticulaire vorm van reumatoïde arthritis relatief belangrijker geworden. Men moet namelijk nooit vergeten, dat reumatoïde arthritis niet alleen monarticulair kan beginnen, maar dit ook vrij lang kan blijven. Bij monarticulaire gewrichtsaandoeningen is het in de eerste plaats van belang om uit te maken, of er werkelijk een arthritis bestaat en niet slechts een traumatische gewrichtsaandoening (eventueel gecombineerd met een preëxistente arthritis of met hemofilie). Daarná moet de aard van de arthritis worden vastgesteld en moet er gedifferentieerd worden tussen septische en purulente arthritis, tussen tuberculose en reuma, tussen tumor en wellicht de een of andere buitennissigheid. In elk geval moet direct een kweekproef worden ingezet. Is dan na zes weken de diagnose nog niet duidelijk geworden, dan is een proefexcisie van kapsel met synovia geïndiceerd (waarbij dan ook een deskundige blik in het gewricht moet worden geworpen).

4 *De groep der chronische gewrichtsaandoeningen met misvormingen.* Hoofdvertegenwoordigers zijn natuurlijk de arthrosis en de reumatoïde arthritis, die een tijd actief is geweest, verder chronische jicht en hemofilie.

In het algemeen zijn de problemen binnen deze groep minder van diagnostische dan van therapeutische aard. Toch liggen ook hier nog wel diagnostische moeilijkheden verscholen. Elke gewrichtsbeschadiging, hetzij door trauma hetzij door ontsteking, kan tot een arthrosis leiden, en een zeer langzaam voortsmeulende reumatoïde arthritis, met weinig verschijnselen van activiteit, kan volledig imponeren als een ernstige arthrosis. Men verlieze nooit uit het oog, dat oude mensen weliswaar vaak arthrosis hebben, maar dat hun klachten ook zeer wel een andere oorzaak kunnen hebben.

Hollander, J. L. (1960) Arthritis and allied conditions. Lea & Febiger, Philadelphia.