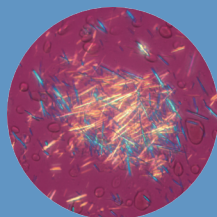
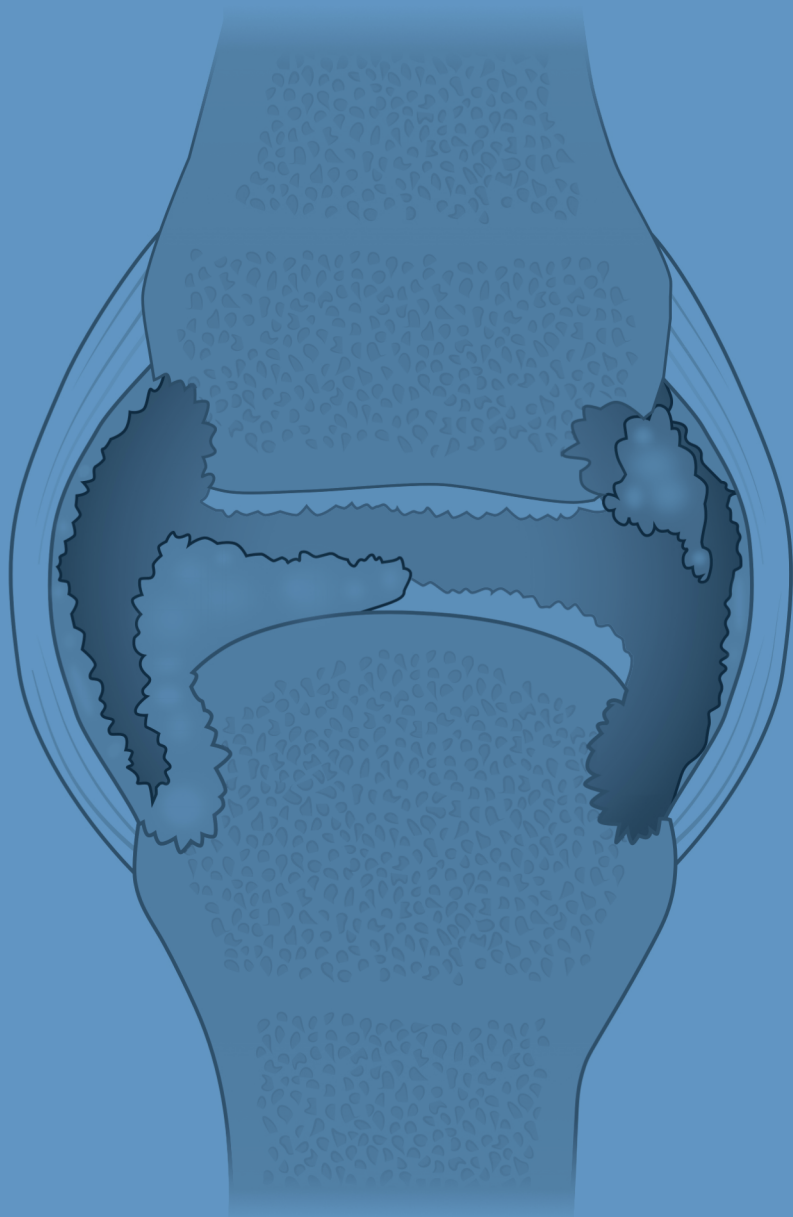


Probleemgeoriënteerd denken in de reumatologie



Redactie: prof.dr. W.F. Lems,
dr. M. Boonstra, K.E. Hiemstra,
J.E. Nieuwenhuis, dr. W.F.H. Peter,
prof.dr. H.E. Vonkeman

Redactie: prof.dr. W.F. Lems, dr. M. Boonstra, K.E. Hiemstra,
J.E. Nieuwenhuis, dr. W.F.H. Peter, prof.dr. H.E. Vonkeman

Probleemgeoriënteerd denken in de reumatologie

© Boom, 2025

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Ontwerp en verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp
Ontwerp en verzorging binnenwerk: Karin van Duuren, BoekenWijs
Tekeningen: Anna Sieben, Sieben Medical Art en Ron Slagter

ISBN 978 90 2445 853 0
NUR 876
www.boom.nl

Voorwoord

Klachten van het bewegingsapparaat, zoals pijn en functiebeperkingen, komen veel voor. Naar schatting ervaart ongeveer 20% van de bevolking in meer of mindere mate gewrichtsklachten. Daarom is het een waardevolle toevoeging dat er nu, binnen de succesvolle reeks boeken over probleemgeoriënteerd denken, een specifiek boek over reumatologie beschikbaar is.

In deze serie wordt in elk hoofdstuk casuïstiek stap voor stap behandeld. We beginnen met de anamnese, die vaak het belangrijkste aanknopingspunt is, gevolgd door het lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullende diagnostiek. Op deze manier hopen we het klinisch redeneren – dat in de praktijk vaak tot dagelijkse dilemma's leidt – inzichtelijker te maken. Immers, *'Much learning does not teach understanding'* (Heraclitus). De lezer krijgt niet alleen inzicht in de aandoening en de bijbehorende behandeling, maar wordt ook meegenomen in de vragen die daaraan voorafgaan: wat is de differentiële diagnose? Wanneer verwijst je wel of niet? En zo ja, wanneer is het juiste moment voor verwijzing? Voor veel reumatische aandoeningen is early treatment van essentieel belang. Hierbij geldt: de eerste klap is een daalder waard! Wat dit boek bijzonder maakt, is dat alle hoofdstukken zijn geschreven door artsen in opleiding tot reumatoloog (aios), in samenwerking met ervaren supervisors. Daarnaast is er een belangrijk verschil met voorgaande leerboeken in deze serie. Waar deze vaak door dokters, voor dokters werden geschreven, is bij dit leerboek een breder spectrum van zorgprofessionals betrokken, waaronder verpleegkundig specialisten en fysiotherapeuten. Aangezien zij de komende jaren een steeds grotere rol zullen spelen in de zorg, is bij ieder hoofdstuk expliciet aangegeven waar zij een waardevolle bijdrage kunnen leveren.

Door de vele facetten die het boek behandelt, is het niet alleen geschikt voor artsassistenten en reumatologen, maar ook voor huisartsen, medisch studenten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere paramedici.

Wij willen alle auteurs bedanken voor hun bijdrage aan de prachtige en leerzame hoofdstukken. De redactie is trots op het behaalde resultaat en wenst u veel leesplezier. We hopen dat dit boek eenieder helpt om patiënten nog beter te behandelen met de opgedane kennis.

Prof.dr. W.F. Lems, Dr. M. Boonstra, K.E. Hiemstra, J.E. Nieuwenhuis,
dr. W.F.H. Peter, prof.dr. H.E. Vonkeman

Inhoud

1	Een patiënt met recente pijn in de handen	1
	<i>Doortje Krijbolder, Annette van der Helm-van Mil</i>	
2	Een patiënt met langdurige pijn in de handen	17
	<i>Queeny Madari, Margreet Kloppenburg, Yvonne Veldhuis</i>	
3	Een patiënt met een dikke vinger	37
	<i>Marijn Vis, Mick Baas, Hetty Wintjes</i>	
4	Een patiënt met pijn in verschillende handgewrichten	57
	<i>Lisa Hogendoorn-van Zwienen, Bas Hilberdink, Kim van Slingerland, Pascal de Jong</i>	
5	Een patiënt met moeilijk te behandelen reuma en pijn in de voet	81
	<i>Nadia Roodenrijs, Etienne Blaas, Wilfred Peter, Jaap van Laar</i>	
6	Een patiënt met een acute dikke knie	109
	<i>Dieneke Haverkort, Gerlienke Geurts-Voerman</i>	
7	Een patiënt met pijn in de voet	125
	<i>Chantal Bouman, Viola Klück, Monique van Teeffelen-Lourens, Tim Jansen</i>	
8	Een patiënt met rugklachten	149
	<i>Maren Hof-Karreman, Angelique Boender, Salima van Weely, Irene van der Horst-Bruinsma</i>	
9	Een patiënt met een recente polsfractuur	171
	<i>Maike Gerards, Ingrid Draaijer-Janssen, Christianne Bessems, Willem Lems</i>	
10	Een reumapatiënt met een pijnlijke schouder	199
	<i>Jill Nawrot, Marc Visschers, Debby Vosse</i>	

11	Een patiënt met een droge mond	229
	<i>Jolien van Nimwegen, Hilde Hop, Hendrika Bootsma</i>	
12	Een patiënt met hoofdpijn en visusklachten	251
	<i>Meredith Dosoe, Lenny van Bon</i>	
13	Een patiënt met witverkleuring van de vingers	265
	<i>Maike Boonstra, Michel Tsang-A-Sjoe, PiaJudith Scheepe, Alexandre Voskuyl</i>	
14	Een patiënt met pijn in beide enkels	285
	<i>Anke Struiksma, Frieda Koopman</i>	
15	Een patiënt met pijn en stijfheid in de schouders en heupen	305
	<i>Froukje Tigchelaar, Maria Sandovici, Elisabeth Brouwer, Kornelis van der Geest</i>	
16	Een jonge patiënt met artralgieën	327
	<i>Laura Schenning, Liesbeth Beaart-van de Voorde, Ronald van Vollenhoven</i>	
17	Een patiënt met malaise, koorts en polyarthritis	355
	<i>Lidewei van Rijn, Gea Wagenaer, Ronald van Vollenhoven</i>	
	Afkortingen	377
	Hoofdstukindeling per diagnose	382
	Online verdieping, tools en organisaties	383
	Redactie en auteurs	385
	Register	389

1

Een patiënt met recente pijn in de handen

Doortje Krijbolder, Annette van der Helm-van Mil

Casus

U bent reumatoloog. Mevrouw Bakker, 48 jaar, is naar u doorverwezen vanwege sinds twee maanden bestaande pijnklachten in beide handen. Er is geen trauma aan voorafgegaan. In het dagelijks leven is mevrouw Bakker eventmanager bij een groot bedrijf; ze doet veel computerwerk en heeft soms fysiek belastende taken. Zij heeft een blanco voorgeschiedenis en gebruikt geen medicatie. Mevrouw Bakker wil graag weten of haar klachten worden veroorzaakt door 'reuma'.

Vraag 1

Wat zijn globale groepen van aandoeningen die in het algemeen ten grondslag kunnen liggen aan niet-traumatische gewrichtsklachten van de handen?

Vraag 2

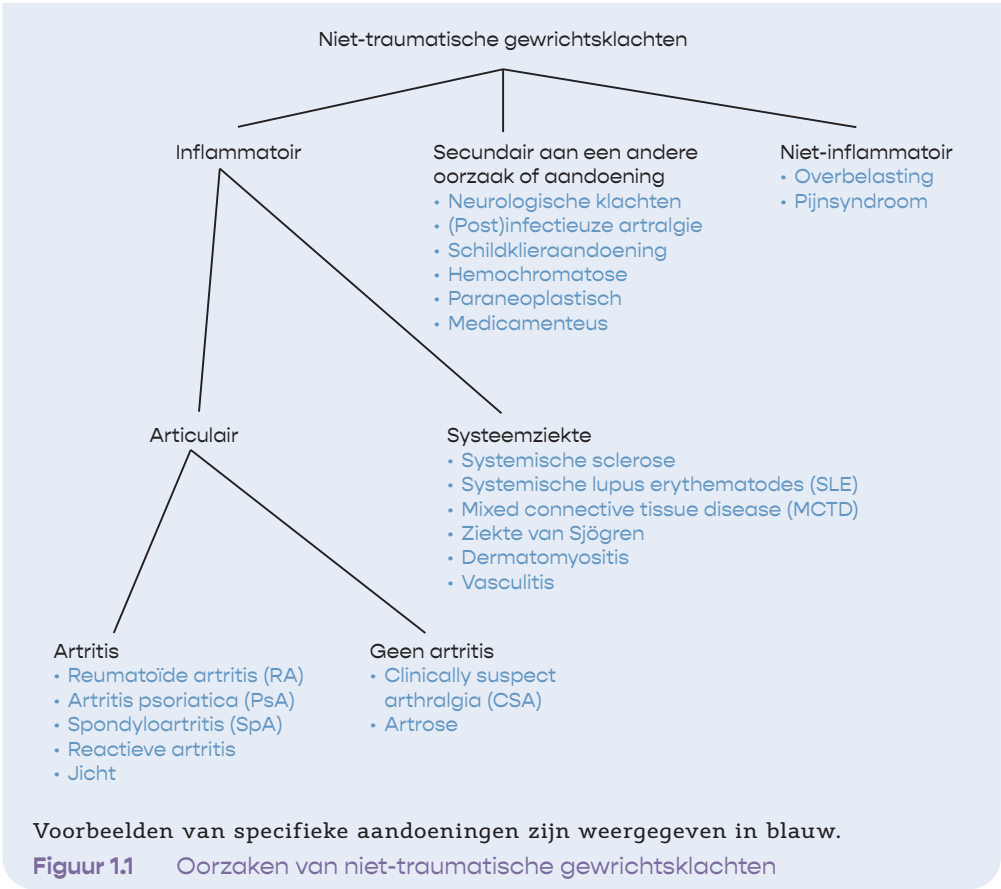
Welke aanknopingspunten in de anamnese kunnen richtinggevend zijn voor een bepaalde aandoening?

Vraag 3

Welke patiëntspecifieke factoren kunnen u helpen differentiëren tussen de verschillende aandoeningen?

Antwoord 1

De aandoeningen die ten grondslag kunnen liggen aan niet-traumatische gewrichtsklachten zijn onder te verdelen in een aantal categorieën: inflammatoir, niet-inflammatoir en secundair. Figuur 1.1 geeft een overzicht. In de praktijk kan er altijd overlap zijn tussen verschillende categorieën en aandoeningen (inflammatoire artrose is een voorbeeld).



Antwoord 2

In tabel 1.1 staan specifieke aanknopingspunten genoemd in anamnese, en aan bij welke aandoeningen deze kunnen passen.

Tabel 1.1 Aanknopingspunten in de anamnese

Vraag	Specifiek aanknopingspunt	Kan passen bij
Locatie	Symmetrisch	Inflammatoire reumatische aandoening (CSA, RA)
	Pols- en MCP-gewrichten	Voorkeurslocatie CSA, RA, PsA en SLE
	PIP- en DIP-gewrichten of duimbasis	Voorkeurslocatie artrose en PsA

Tabel 1.1 Aanknopingspunten in de anamnese (vervolg)

Vraag	Specifiek aanknopingspunt	Kan passen bij
Aard van de pijn	Tintelingen, hypo- of hypersensibilisatie	Neurogene oorzaak (carpaletunnelsyndroom, polyneuropathie)
Zwelling bij gewrichtsspleet	Door de patiënt geobserveerd	Artritis bij inflammatoire reumatische aandoening
Functiebeperking	Moeite met knoopjes openmaken	Inflammatoire reumatische aandoening, artrose
	Incomplete vuistsluiting	Inflammatoire reumatische aandoening, artrose
Beloop over de dag	Ergste klachten in de ochtend	Inflammatoire reumatische aandoening
	Vergering in rust	Inflammatoire reumatische aandoening
	Vergering door activiteit	Tendinomyalgene oorzaak, artrose, pijnsyndroom
	Nachtpijn	Inflammatoire reumatische aandoening, neurologische oorzaak, cave maligniteit
Ochtendstijfheid	Tot 30 minuten	Artrose
	Meer dan 30 minuten	CSA, RA, PsA
Betrokkenheid andere gewrichten	Voeten	CSA, RA, jicht
	Grote gewrichten	SpA
	Gegeneraliseerde pijn	Pijnsyndroom
Tekenbeet	Erythema migrans	Ziekte van Lyme
Bijkomende klachten	Fenomeen van Raynaud (verkleuring van vingers of tenen bij kou, klassiek trifasisch: wit-blauwpaars-rood)	Systemische sclerose, RA, ziekte van Sjögren, SLE

Tabel 1.1 Aanknopingspunten in de anamnese (vervolg)

Vraag	Specifiek aanknopingspunt	Kan passen bij
Bijkomende klachten	Psoriasis	PsA
	Zonlichtovergevoeligheid (met name vlinderexantheem)	SLE
	Uveïtis	Inflammatoire reumatische aandoening (SpA)
	Darmklachten	Artralgie/artritis bij inflammatoire darmziekte
	Infectieuze klachten in laatste weken	(Post)infectieus, bijvoorbeeld parvovirus B19 of poststreptokokken Reactieve artritis
	Algehele malaise, onverklaard gewichtsverlies, koorts, nachtzweeten	Maligniteit, systeemziekte, infectieus
Familie-anamnese	Eerstegraads familielid met RA	CSA of RA
	Eerstegraads familielid met inflammatoire darmziekte of psoriasis	PsA en SpA
Zelfbehandeling	Goed effect op langer gebruik van NSAID's	Inflammatoire reumatische aandoening

Voor verklaring van de afkortingen, zie de Afkortingenlijst achter in dit boek.

Antwoord 3

De belangrijkste patiëntspecifieke factoren zijn leeftijd, geslacht, erfelijkheid, voorgeschiedenis, medicatie en leefstijlfactoren. Deze gegevens maken bepaalde diagnoses meer of minder waarschijnlijk. Reumatoïde artritis (RA) en andere auto-immuunaandoeningen komen vaker voor bij vrouwen. RA en *clinically suspect arthralgia* (CSA) treden typisch op rond middelbare leeftijd (40-65 jaar), patiënten met artrose zijn vaker ouder (> 55 jaar), patiënten met perifere spondyloartritis (SpA) zijn vaker jonge mannen (begin rugklachten < 40 jaar). Enige mate van erfelijkheid kan een rol spelen bij reumatische aandoeningen. Een belaste familieanamnese (in de eerste lijn) voor RA maakt RA of CSA enigszins waarschijnlijker. Ook handartrose heeft een grote erfelijke component, met name via de vrouwelijke lijn. Verder maakt een belaste familieanamnese (in de eerste lijn) voor psoriasis, uveïtis of een inflammatoire darmziekte het

vermoeden van artritis psoriatica (PsA) groter, evenals de vermelding van deze aandoeningen in de voorgeschiedenis van de patiënt zelf. Primaire hemochromatose is erfelijk. Jicht komt vaker voor bij mannen met overgewicht, een ongezonde leefstijl en alcoholgebruik en hypertensie. Roken geeft een hoger risico op inflammatoire reumatische aandoeningen.

Anamnese

Mevrouw Bakker vertelt dat de klachten even erg zijn aan beide handen (symmetrisch). Ze wijst haar MCP-gewrichten aan als de plek waar ze met name last heeft. De klachten zijn zo'n twee maanden geleden spontaan begonnen, voordien heeft ze nooit last van haar gewrichten gehad. Ook de voeten doen af en toe pijn, van andere gewrichten heeft ze geen last. De klachten komen en gaan. De pijn is zeurend en stekend, ze heeft geen last van tintelingen of gevoelsverlies. De klachten zijn het ergst in de ochtend, met name dan lukt het niet om knooppjes open te maken en om een vuist te maken. In de ochtend ervaart ze gedurende ongeveer een uur stijfheid van de handen. Ook het typen van e-mails voor haar werk gaat dan minder goed. In de loop van de dag en met bewegen worden de klachten minder. Ze heeft het idee dat de pijnlijke gewrichten in de hand af en toe wat dikker zijn, maar die van de voet niet. Ook is ze de laatste tijd wat vaker moe.

Bij navraag vertelt mevrouw Bakker dat ze de laatste tijd last heeft van droge ogen. Ze heeft geen last van een droge mond, toegenomen gebitsproblemen of opgezette (speeksel)klieren. Ze heeft geen andere klachten bemerkt zoals huidafwijkingen of raynaudklachten. Zelf heeft ze geen infectieuze klachten gehad. Enkele weken geleden heeft ze wel op haar neefjes gepast die op dat moment waarschijnlijk de 'vijfde ziekte' hadden. Een tekenbeet heeft ze niet opgemerkt. Ze is niet in de overgang. Ze heeft geen gegeneraliseerde pijn of heftige vermoeidheid.

De verdere tractusanamnese levert geen bijzonderheden op. Er is geen sprake van B-symptomen (koorts, onverklaard gewichtsverlies, nachtzweeten) of van respiratoire, gastro-intestinale, urogenitale of neurologische klachten die kunnen wijzen op een maligniteit. Ze slikt geen pijnstillers. Mevrouw rookt al dertig jaar enkele sigaretten per dag. Haar zus heeft RA, haar vader heeft suikerziekte en een leverprobleem (ze weet niet precies wat). Graag wil ze van u weten of zij ook RA heeft, of grote kans heeft om RA te krijgen.

Vraag 4

Wat is uw differentiaaldiagnose na de anamnese?

Antwoord 4

De pijnklachten hebben een inflammatoir patroon: ergste klachten in de ochtend in combinatie met ochtendstijfheid en verbetering met activiteit. De symmetrische pijnklachten in de kleine gewrichten van de handen en voeten en de gerapporteerde gewrichtszwellingen zouden goed kunnen passen bij RA of CSA (zie kader 1.1). Ook de familieanamnese is positief voor RA. Onderscheid tussen RA en CSA wordt gemaakt op basis van de aanwezigheid van artritis bij lichamelijk onderzoek. Ook voor het aantonen dan wel uitsluiten van andere reumatologische aandoeningen is lichamelijk onderzoek nodig, in het bijzonder naar de aanwezigheid van artritis. Patiënt is relatief jong voor artrose, maar ook dit kan pas worden aangetoond of uitgesloten met lichamelijk onderzoek. Handartrose wordt vastgesteld als er noduli (benige verdikkingen) van Heberden en Bouchard aan de DIP- en respectievelijk PIP-gewrichten aanwezig zijn. Anamnestic zijn er geen kenmerkende symptomen van een schildklier-aandoening, maar gezien de grote prevalentie van schildklier-aandoeningen is bij artralgieklachten te overwegen aanvullend onderzoek hiernaar in te zetten. In deze casus zouden gewrichtsklachten eventueel kunnen worden veroorzaakt door infectie met parvovirus B19, aangezien patiënt contact heeft gehad met haar neefjes die 'de vijfde ziekte' hadden. Het feit dat patiënt zelf geen infectieuze klachten heeft ervaren, maakt dit wel minder waarschijnlijk.

Mevrouw Bakker geeft aan dat ze last heeft van droge ogen, wat zou kunnen wijzen op een systeemziekte (ziekte van Sjögren), primair of secundair aan een andere reumatische aandoening. Andere klachten die hierbij kunnen passen, droge mond en opgezette speekselklieren, heeft ze niet.

Hemochromatose geeft vaak weinig klachten, maar een kenmerkend musculoskeletaal verschijnsel is betrokkenheid van MCP-2 en MCP-3 (artritis), wat bij lichamelijk onderzoek moet worden vastgesteld. In dat kader zou het 'leverprobleem' bij de vader eventueel verder kunnen worden uitgezocht, omdat hemochromatose erfelijk is. De tractusanamnese levert geen aanknopingspunten voor een maligniteit, maar lichamelijk onderzoek naar verdere aanknopingspunten is wel nodig.

Gezien de leeftijd (> 40 jaar), het geslacht (vrouw) en de afwezigheid van inflammatoire darmaandoeningen, uveïtis of psoriasis en rugklachten, zijn SpA en PsA minder waarschijnlijk.

De anamnestic afwezigheid van huidafwijkingen maakt artralgie in het kader van psoriasis en sommige systeemziekten minder waarschijnlijk, maar de huid moet hierop wel worden onderzocht. Jicht is zeldzaam bij premenopauzale vrouwen, maar moet worden overwogen bij mannen en postmenopauzale vrouwen met artritis en risicofactoren (zoals overgewicht, diabetes mellitus, hypertensie en alcoholgebruik) voor jicht, ook in afwezigheid van het klassieke verhaal met aanvalsgewijze zwelling van MTP-1.

De aard en het beloop van de pijnklachten maken een neurologische oorzaak onwaarschijnlijk. Het klachtenpatroon past niet goed bij een pijnsyndroom, gezien de afwezigheid van gegeneraliseerde pijn. Patiënt gebruikt geen medicatie, dus dit kan geen oorzaak zijn van de klachten.

U komt op basis van de anamnese tot de volgende differentiaaldiagnose:

- 1 CSA of RA;
 - 2 (inflammatoire) handartrose.
- Minder waarschijnlijk, maar ter uitsluiting:
- 3 schildklieraandoening;
 - 4 parvovirus B19;
 - 5 systeemziekte;
 - 6 hemochromatose;
 - 7 maligniteit.

Kader 1.1 Clinically Suspect Arthralgia (CSA)

Aan de diagnose RA gaat regelmatig een fase met gewrichtsklachten vooraf (artralgie), waarin nog geen artritis kan worden gevonden bij lichamelijk onderzoek van de gewrichten door de reumatoloog. Deze symptomen lijken zeer op die van RA, behoudens per definitie de afwezigheid van artritis, en worden dan omschreven als *clinically suspect arthralgia* (CSA). Hoewel er bij het lichamelijk onderzoek geen artritis kan worden gevonden, kan iemand in deze risicofase wel een subklinische inflammatie hebben. Deze kan worden gedetecteerd met beeldvormend onderzoek zoals musculoskeletale echografie en MRI.

De diagnose CSA wordt primair gesteld op basis van patroonherkenning door reumatologen. Een deel van de patiënten met RA heeft antistoffen (reumafactor en anti-CCP). Deze antistoffen komen al voorafgaand aan de CSA-fase tot ontwikkeling en worden in de reumatologische praktijk daarom ook vaak bepaald bij patiënten met CSA. De diagnose CSA (net als RA) is niet gebaseerd op de aanwezigheid van deze antistoffen, maar de aanwezigheid van antistoffen kan wel duiden op een groter risico op het ontwikkelen van RA. Ter illustratie geven we de definitie van CSA zoals die is opgesteld door de European League against Rheumatism (EULAR). Een belangrijke kanttekening is dat deze definitie, net zoals de classificatiecriteria voor RA, bedoeld is om homogene groepen te creëren voor wetenschappelijk onderzoek, in de tweede lijn, en niet zozeer om de diagnose te stellen in de klinische praktijk. Volgens de definitie heeft een patiënt CSA als er sprake is van artralgie zonder artritis terwijl er geen andere, meer waarschijnlijke diagnose is en de patiënt voldoet aan minimaal drie van de zeven in tabel 1.2 genoemde kenmerken. Vergeleken met de klinische diagnose zoals gesteld door reumatologen heeft de EULAR-definitie een sensitiviteit van 90% en specificiteit van 74% als de patiënt voldoet aan drie criteria, en van respectievelijk 71 en 94% als de patiënt voldoet aan vier criteria.

Tabel 1.2 EULAR-criteria voor clinically suspect arthralgia (CSA)

Anamnese	1	Recent ontstane gewrichtsklachten (korter dan 1 jaar geleden)
	2	Symptomen in MCP-gewrichten
	3	Ochtendstijfheid langer dan 60 minuten
	4	Ergste symptomen in de ochtend
	5	Eerstelijns familielid met RA
Lichamelijk onderzoek	6	Problemen met vuistsluiting
	7	Tangentiële drukpijn van de MCP-gewrichten

Bron: Van Steenberghe et al., 2017.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek heeft mevrouw Bakker een bloeddruk van 122/74 mmHg. Er zijn geen afwijkingen aan hart, longen en abdomen, geen lymfadenopathie, opgezette speekselklieren of struma in het hoofd-halsgebied en geen huid- of nagelafwijkingen. Ook bij het oriënterend neurologisch onderzoek vindt u geen afwijkingen. Het gewrichtsonderzoek levert de volgende bevindingen op.

- ▶ **Handen:** geen artritis, wel tangentiële drukpijn over de MCP-gewrichten. MCP-3 en -4, de pols rechts en MCP-4 en -5 links zijn pijnlijk bij palpatie. Patiënt kan met de rechterhand geen volledige vuist maken. Geen noduli van Heberden of Bouchard.
- ▶ **Voeten:** geen artritis, tangentiële drukpijn over de MTP-gewrichten.
- ▶ **Overige gewrichten:** geen pijn, geen artritis.
- ▶ **Wervelkolom:** geen kloppijn, geen pijn bij bewegen, voet-grondafstand 10 cm, schobertest 10-20 cm.

Vraag 5

Hoe verandert uw differentiaaldiagnose met de gegevens van het lichamelijk onderzoek en waarom?

Antwoord 5

Bij het lichamelijk onderzoek vindt u geen artritis. Dat sluit de diagnose RA uit, in ieder geval op dit moment. Er is wel sprake van beiderzijds pijnlijke MCP-gewrichten, tangentiële drukpijn en moeite met het maken van een vuist. Dit zijn kenmerken van CSA. Noduli van Heberden en Bouchard, benige verdichtingen aan respectievelijk de DIP- en PIP-gewrichten, worden niet gezien. Artrose

wordt hiermee uitgesloten. Een maligniteit is onwaarschijnlijk bij een patiënt van deze leeftijd zonder richtinggevende klachten of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. Parvovirus B19 is ook onwaarschijnlijk in afwezigheid van artritis.

U komt nu uit op de volgende differentiaaldiagnose:

1 CSA.

Minder waarschijnlijk, maar ter uitsluiting:

2 schildklieraandoening;

3 hemochromatose;

4 systeemziekte;

5 maligniteit.

Aanvullend onderzoek

U bespreekt met mevrouw Bakker dat u verder aanvullend onderzoek wilt inzetten.

Vraag 6

Welke aanvullend onderzoek stelt u voor aan de hand van uw differentiaaldiagnose?

Antwoord 6

Laboratoriumonderzoek

Een algemeen screenend bloedonderzoek en urinesediment is aangewezen. Eventueel verhoogde ontstekingswaarden (CRP en BSE) kunnen het vermoeden van een inflammatoire reumatische aandoening (inclusief CSA) verder doen toenemen. Aangezien CSA bovenaan uw differentiaaldiagnose staat, bent u benieuwd naar de waarden voor reumafactor en anti-CCP, waarbij anti-CCP2 een gangbare bepaling is. Als deze RA-gerelateerde autoantistoffen positief zijn, helpt dit u verder bij het inschatten van de kans op het ontwikkelen van RA door mevrouw Bakker. Verder bepaalt u het TSH ter uitsluiting van een schildklieraandoening. Om hemochromatose uit te sluiten bepaalt u ferritine en ijzerstatus. Naast de klachten van droge ogen heeft u weinig aanwijzingen voor de ziekte van Sjögren, maar het valt te overwegen om de antinucleaire antistoffen (ANA) te laten bepalen bij het bloedonderzoek.

Beeldvormend onderzoek

Naast het bloed- en urineonderzoek vraagt u beeldvormend onderzoek aan. Bij ongeveer de helft van de mensen met CSA wordt subklinische inflammatie gezien op MRI. Deze subklinische inflammatie op MRI is voorspellend voor het later ontwikkelen van RA; met name de aanwezigheid van tendosynovitis. Subklinische inflammatie kan ook worden vastgesteld met behulp van echografie,

dit is echter minder sensitief, met name tendosynovitis wordt vaak gemist. U vraagt daarom een MRI van de handen en polsen aan. In uw centrum is dit onderzoek relatief gemakkelijk te verrichten, in andere ziekenhuizen is MRI nog niet altijd laagdrempelig beschikbaar. Waarschijnlijk zal verder onderzoek naar verkorting van de scantijd daar komende jaren verbetering in brengen.

Aanvullend onderzoek (vervolg)

Enkele dagen later zijn de uitslagen van het laboratorium binnen: CRP 5 mg/L (normaal), bezinking 8 mm/u (normaal); in bloedbeeld en leverchemie geen afwijkingen; normale nierfunctie; RF 105 IU/mL, anti-CCP 235 mg/mL (beide positief); TSH niet verhoogd; ferritine 90 µg/L en ijzerverzadigingspercentage 25% (beide normaal). ANA negatief. Het urinesediment is negatief voor proteïnurie of (microscopische) hematurie.

Vraag 7

U heeft ook een MRI van handen en polsen aangevraagd. Welke afwijkingen ziet u bij de pijltjes op figuur 1.2?

Vraag 8

Hoe verandert het aanvullende onderzoek uw differentiaaldiagnose?



De pijlen geven verschillende vormen van subklinische inflammatie aan.
Bron: Krijbolder et al., 2023.

Figuur 1.2 MRI van de pols van een patiënt met CSA