

Reumatoïde artritis

1 Inleiding

Reumatoïde artritis (RA), ofwel chronisch gewrichtsreuma, is een systeemziekte waarbij een ontsteking van de gewrichten (arthritis) op de voorgrond staat. Kenmerkend is een symmetrische polyarthritis waarbij vrijwel altijd de kleine gewrichten van handen en voeten zijn aangetast. Daarnaast kunnen ook de grote gewrichten betrokken worden bij het ontstekingsproces. Naast aantasting van de gewrichten kan de ziekte zich uiten in aantasting van diverse organen waaronder het hart, de longen, kleine bloedvaten en de milt.

2 Epidemiologie

Reumatoïde artritis komt bij ongeveer 1-2% van de Nederlandse bevolking voor. Reumatoïde artritis komt bij vrouwen tweemaal zo vaak voor als bij mannen. Omdat het een chronische, in principe niet lethale, aandoening is neemt de prevalentie van de ziekte met de leeftijd toe. Uit een bevolkingsonderzoek in Zoetermeer bleek dat in Nederland 1,5% van de mannen en 4,5% van de vrouwen boven de 65 jaar lijdt aan reumatoïde artritis.¹

Vaak wordt ten onrechte verondersteld dat het een ziekte is die vooral voorkomt in koude, vochtige streken.

3 Etiologie

De etiologie van reumatoïde artritis is vooralsnog onopgehelderd. Het is een auto-immuunaandoening die vaker voorkomt bij personen met een bepaalde genetische predispositie. De ziekte lijkt uitgelokt te worden door een (onbekende) initiërende factor die immunologische reacties in gang zet. Als initiërende factor wordt gedacht aan virale of bacteriële infecties.

4 Kenmerken van reumatoïde artritis

4.1 Klinische verschijnselen

Het meest in het oog springend zijn de ontstekingen van de gewrichten. Deze zijn gezwollen, warm en soms rood. De patiënt ervaart pijn en stijfheid en kan de aangedane gewrichten minder (goed) gebruiken. Meestal zijn de kleine hand- en voetgewrichten aangedaan. Verder kunnen in meer of mindere mate grote gewrichten ontstoken zijn. In principe kunnen alle gewrichten met een synoviale bekleding bij het ontstekingsproces betrokken zijn. Zo is het kaakgewricht ook regelmatig ontstoken. Naast de perifere gewrichten kan de cervicale wervelkolom meedoen. Dit kan een abnormale beweeglijkheid tussen de atlas en dens tot gevolg hebben, hetgeen

kan resulteren in compressie van het myelum. Dit is een levensbedreigende situatie.

Een typisch verschijnsel bij reumatoïde artritis is ochtendstijfheid. Patiënten zijn bij het wakker worden stijf in alle gewrichten. Dit neemt in de loop van de ochtend af als de patiënten in beweging komen. De duur van de ochtendstijfheid hangt af van de activiteit van de ziekte en kan oplopen tot vele uren. Een vergelijkbare stijfheid, doch minder uitgesproken, ervaren de patiënten na een rustperiode bij het opnieuw in beweging komen (startstijfheid). Tijdens actieve perioden van de ziekte hebben patiënten vaak algemene malaiseverschijnselen: moeheid, gewichtsverlies en koorts.

Behalve in de gewrichten kan de ziekte zich manifesteren in diverse organen, de zogenaamde extra-artculaire symptomen. Voorbeelden hiervan zijn pleuritis, pericarditis, subcutane noduli, noduli in de long (syndroom van Kaplan), vasculitis (waardoor huiddefecten en zenuwuitval), splenomegalie met leucopenie (syndroom van Felty), en verminderde traan- en speekselproductie (syndroom van Sjögren).

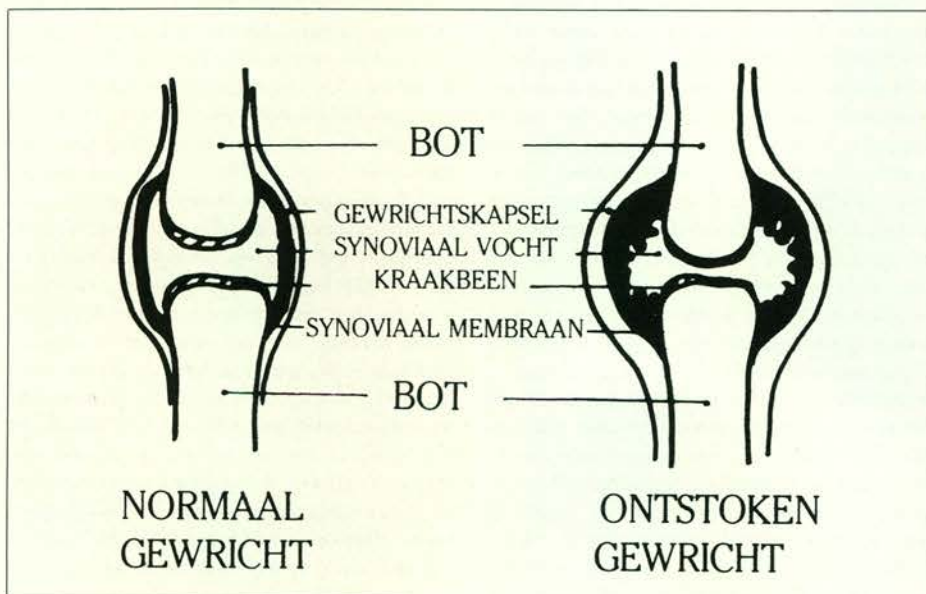
4.2 Laboratoriumafwijkingen

Bij ongeveer 80% van de patiënten zijn reumafactoren in het serum aantoonbaar. Dit zijn antistoffen meestal, van het IgM-type. De afwezigheid van reumafactoren sluit reumatoïde artritis dus niet uit. Veel gebruikte testen om deze antistoffen aan te tonen zijn de Rose-, Latex- en een ELISA-bepaling.

In het bloed is regelmatig verhoogde bezinking en anemie aantoonbaar als algemene ontstekingsverschijnselen.

4.3 Blijvende beschadigingen

Langbestaande gewrichtsontstekingen (maanden tot jaren) leiden tot blijvende beschadigingen van het kraakbeen en het onderliggende bot. Op de röntgenfoto's zijn deze zichtbaar als gewrichtsspleetversmalling en erosies. Als deze afwijkingen zijn opgetreden, is er geen volledige genezing meer mogelijk omdat kraakbeen niet in staat is zich te herstellen. Pezen zijn vaak ontstoken waardoor contracturen en rupturen kunnen ontstaan. Als gevolg van actieve gewrichtsontstekingen en inactiviteit ontstaat atrofie van spieren. Het uiteindelijke gevolg van deze afwijkingen is een verandering van de stand van het gewricht



Afb. 1. Schematische tekening van een normaal en ontstoken gewricht. Tijdens de ontsteking is er een zwelling van het synoviaalweefsel met op den duur aantasting van het kraakbeen. Dit wordt rafeliger en dunner.

Tabel 1. Gemodificeerde criteria voor reumatoïde artritis volgens de American College of Rheumatology (1987).

Indien 4 van de volgende 7 criteria aanwezig zijn, spreekt men van reumatoïde artritis. Voor de criteria 1 tot en met 4 geldt dat de symptomen minstens zes weken moeten bestaan.

1. Ochtendstijfheid in of rond de gewrichten gedurende minimaal een uur.
2. Kapselzwellung door een arts geobjectiveerd van minimaal 3 van de volgende 14 groepen gewrichten (rechts en links apart): metacarpophalangeale (MCP), proximaal interphalangeale (PIP), metatarsophalangeale gewrichten (MTP), pols, elleboog, knie, enkel.
3. Kapselzwellung in een handgewricht (MCP, PIP, pols).
4. Symmetrische zwelling van een groep gewrichten uit 2.
5. Reumanodus.
6. Reumafactor positief.
7. Radiologische afwijkingen in hand of pols: erosies of juxta-articulaire osteoporose.

met een vervroegde slijtage en destructie. Patiënten worden hierdoor beperkt in het algemeen dagelijks functioneren.

4.4 Diagnostische criteria

In de literatuur wordt vaak gebruik gemaakt van classificerende criteria voor reumatoïde artritis zoals die opgesteld zijn door de American College of Rheumatology. Deze criteria staan vermeld in tabel I.

5 Beloop

Het beloop van reumatoïde artritis kan heel wisselend zijn: Het kan variëren van een enkele aanval met een volledig herstel tot een snel verergerend ziektebeeld met blijvende beschadigingen aan gewrichten en organen. Het merendeel van de patiënten heeft een beloop waarbij exacerbaties en remissies elkaar afwisselen. De klachten kunnen ook van dag tot dag sterk wisselen.

De overleving van patiënten met een milde reumatoïde artritis is vergelijkbaar met de normale bevolking. Wel is er vaak sprake van een grote ziektelast. De overleving van patiënten met ernstige reumatoïde artritis is vergelijkbaar met de overleving van patiënten met de ziekte van Hodgkin IV (het ernstigste stadium).

6 Therapie

6.1 Algemene maatregelen

Het doel van de behandeling is vermindering van pijn en stijfheid, behoud van optimale functie en voorkoming van blijvende beschadigingen. Voor iedere patiënt is een goede voorlichting van groot belang. Dit houdt onder andere uitleg over een juiste rust-activiteitsbalans in.

6.2 Geneesmiddelen

Medicatie is de hoeksteen van de behandeling. Deze kan onderverdeeld worden in twee hoofdgroepen: de eerstelijns geneesmiddelen of Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAID's) en de tweedelijns geneesmiddelen of Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs (DMARD's). Voorbeelden van de eerste groep zijn Indomethacine en Naproxen. Deze kunnen wel de pijn en stijfheid gunstig beïnvloeden maar niet het ontstekingsproces tot rust brengen. Vrijwel alle patiënten worden met een NSAID behandeld en daarnaast afhankelijk van de ernst met een DMARD. De laatste jaren gaan reumatologen er steeds vaker toe over om al in een vroeg stadium van de ziekte te starten met een DMARD om zodoende blijvende beschadigingen te voorkomen. Veel gebruikte DMARD's zijn: Salazopyrine[®], Plaquenil[®], oraal en intramusculair goud, Methotrexaat en Imuran[®]. Daar-

naast worden in zeer resistente gevallen Endoxan[®] en Cyclosporine gebruikt. Al deze middelen zijn in staat om de ontstekingen van de gewrichten te verminderen. Alleen van Salazopyrine en Methotrexaat (en minder duidelijk van intramusculair goud) is aangetoond dat eveneens de röntgenprogressie vertraagd kan worden. De DMARD's als groep hebben enige nadelen. Een van de voornaamste is dat het lang duurt voordat de therapie effectief is. Dit varieert van ongeveer vier tot zes weken voor Salazopyrine en Methotrexaat tot meer dan drie maanden voor Plaquenil en i.m. goud. Verder kunnen diverse DMARD's ernstige (soms lethale) bijwerkingen geven.

Naast de NSAID's en DMARD's wordt prednison in lage doseringen voorgeschreven. Dit wordt vooral gedaan ter overbrugging van de tijd dat een DMARD begint te werken en indien DMARD's onvoldoende effectief zijn dan wel bijwerkingen veroorzaken. Het grootste bezwaar van langdurig (zelfs lage doseringen) prednison is het ontstaan van osteoporose terwijl patiënten met een reumatoïde artritis al een verhoogde kans op osteoporose hebben.

Corticosteroiden kunnen ook intra-articulair toegediend worden met een injectie. Dit wordt vooral toegepast als er een lokaal probleem is.

6.3 Fysiotherapie en ergotherapie

Fysiotherapie kan van belang zijn als pijnbestrijding (bijv. warmte- of koude-applicaties) en voor het behoud en de bevordering van functie en mobiliteit. Vooral hydrotherapie is belangrijk voor een goede algemene conditie en goede staat van de musculatuur. De ergotherapie probeert de patiënt gewrichtsbeschermende maatregelen



Afb. 2. Hand van een patiënt met een beginnende reumatoïde artritis waarbij de zwelling van enkele PIP- en MCP-gewrichten opvalt.

len aan te leren. Daarnaast krijgt de patiënt adviezen ten aanzien van benodigde hulpmiddelen en eventuele aanpassingen.

6.4 Orthopedische ingrepen

De laatste decaden zijn nieuwe chirurgische technieken ter beschikking gekomen waardoor patiënten veel langer mobiel gehouden kunnen worden. De voornaamste zijn de prothesen. Vooral met de totale heupprothese is inmiddels vele jaren ervaring opgedaan. Daarnaast zijn er prothesen beschikbaar voor de knie, schouder en elleboog. Prothesen voor enkel en pols worden op kleinere schaal toegepast. De resultaten van het plaatsen van een prothese zijn over het algemeen heel goed. Hierdoor zijn tegenwoordig veel minder patiënten met reumatoïde artritis gebonden aan rolstoel en bed. Andere chirurgische ingrepen die worden uitgevoerd zijn synovectomie (weghalen van het ontstoken synovium), peesoperaties en cervicale spondylodeses.

7 Raakvlak met tandheelkunde

Onstekingen van het kaakgewricht komen regelmatig voor bij patiënten met reumatoïde artritis. Dit kan ook een van de eerste symptomen zijn. Deze patiënten hebben pijn bij kauwen en kunnen de mond soms niet volledig openen. De pijn wordt vaak gelokaliseerd in de bovenkaak en gepresenteerd als tandpijn. Het is opvallend dat de klachten van dag tot dag sterk kunnen verschillen. Behandeling gebeurt door

middel van algemene antireumatische therapie met NSAID's en DMARD's.

Patiënten met reumatoïde artritis kunnen een secundair syndroom van Sjögren hebben. Meestal staan de klachten van droge ogen op de voorgrond. Echter de droge mond kan eveneens een hinderlijke klacht zijn. Dit is symptomatisch slechts matig te verhelpen met kunstspeeksel. Bij deze patiënten is een goed onderhoud van het gebit van het grootste belang.

Diverse medicamenten die gebruikt worden bij de behandeling van reumatoïde artritis kunnen bijwerkingen veroorzaken in de mondholte. Een enkele maal reageert een patiënt met ulcera in de mond op NSAID's. Indien dit optreedt bij één NSAID is de kans groot dat deze reactie op alle NSAID's ontstaat. Dit wordt ook wel het syndroom van Stevens-Johnson genoemd. NSAID's beïnvloeden de stolling in nadelige zin: de trombocytenuitstroom wordt geremd waardoor de bloedingsstijd is verlengd. De remming is reversibel. Onge-

veer vijf tot zeven dagen na het stoppen van het NSAID is er weer een normale stolling. Deze vertraagde stolling geeft in de praktijk in het algemeen geen problemen. Patiënten behoeven voor een operatie (bijv. plaatsing van een prothese) de NSAID's niet te stoppen. Bij bloedige tandheelkundige ingrepen kan eventueel met de behandelend arts overlegd worden over onderbreking van de therapie.

Methotrexaat en i.m. goud (in mindere mate oraal goud) kunnen een stomatitis veroorzaken.

Patiënten die langdurig prednison gebruiken hebben een onderdrukking van de bijnierschors. Dit betekent dat zij bij stress niet in staat zijn zelf meer corticosteroiden te maken. Rondom operaties en tijdens koorts moeten deze patiënten extra corticosteroiden toegediend krijgen. Hierover kan contact opgenomen worden met de behandelend arts.

D.M.F.M. van der Heijde, reumatoloog.

Uit de Afdeling Reumatologie van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen.

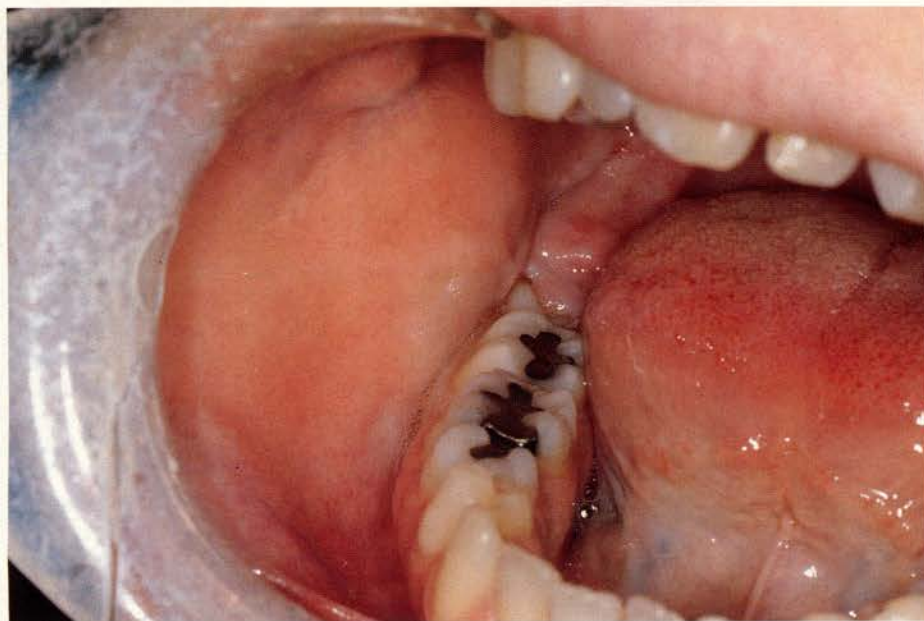
Adres: Mw. Dr. D.M.F.M. van der Heijde, Reumatologie, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Trefwoorden: **Geneeskunde** – Reumatoïde artritis

Literatuur

¹Epidemiologisch Preventief Onderzoek Zoetermeer (EPOZ). Vijfde voortgangsverslag deel 4 (reuma) januari 1979.

Pericoronitis



Afb. 1. Patiënt met pijnklachten ten gevolge van doorbrekende 48. De klachten lijken ten dele (of wellicht zelfs wel geheel) te worden veroorzaakt door de antagonist.



Afb. 2. Deel van het orthopantomogram, behorende bij afbeelding 1.

Tijdens de opleiding tot tandarts zal aan elke collega ooit het verhaal verteld zijn wat te doen indien rond een doorbrekende of doorgebroken verstandskies in de onderkaak ontsteking optreedt. Naast het uitspuiten met 1,5% waterstofperoxyde of het door de patiënt zelf laten gebruiken van in

1,5% waterstofperoxyde gedrenkte gaasjes ter plaatse van de aangedane kies, wordt maar al te vaak vergeten de directe oorzaak, een traumatiserende antagonist, bij de behandeling te betrekken. Verwijdering hiervan heeft in alle gevallen altijd een direct gunstig gevolg. Voor velen is dit een

'open deur intrappen', doch uit de algemeen-kaakchirurgische praktijk blijkt dit voor andere collega's toch nieuws te zijn.

D.B. Tuinzing, kaakchirurg