

Zakkaartje Artritis

Gebaseerd op de NHG-Standaard Artritis

1. Wat is artritis?

- Ontsteking van een gewricht met pijn, zwelling en bewegingsbeperking; vaak ook warmte en roodheid.
- Bij artritis zijn actief én passief bewegen pijnlijk en beperkt.
- Kernpunten: onderscheid artritis van andere gewrichtsklachten (anamnese + LO). **Spoed** bij vermoeden bacteriële artritis. Basis-behandeling niet-bacteriële artritis = NSAID. Vermoeden RA → snel verwijzen.
- Incidentie: jicht ~24/1000 (m 36, v 13); RA/verwant ~14/1000. Neemt toe met leeftijd.

2. De hoofdvormen

- **Bacterieel:** mono, kóórts, porte d'entrée → spoed.
- Jicht: acuut, hevig, mono (vaak MTP-1/grote teen), zónder koorts.
- Reactief: 1-3 wk ná infectie (keel/darm/urogenitaal); mono/oligo onderste ledematen.
- Reumatoïde: meerdere kleine hand-/pols-/voetgewrichten, symmetrisch, ochtendstijfheid.
- Overig: flaring bij artrose, lyme, psoriasis, IBD, Bechterew, ongediff.

3. Anamnese

- Vraag naar: pijn in rust én bij belasten, zwelling, warmte, roodheid, functie-beperking.
- Werkdiagnose: stijfheid (duur/ochtend), welk(e) en hoeveel gewrichten, inflammatoire rugklachten.
- Beloop: duur, ontstaan (acuut/uren/geleidelijk), recidief. Uitlokkers: belasting, NSAID, trauma/OK, porte d'entrée.
- Systemisch: koorts (kan ontbreken bij ouderen/immuun-gecomp.), gewichtsverlies, keel-/darm-/urogenitale/oog-/huid-/nagelklachten
- Comorbiditeit (HVZ, nierschade, auto-immuun, prothese) + functioneren/werk (bedrijfsarts).

4. Lichamelijk onderzoek

- Start bij het pijnlijke gewricht; vergelijk links-rechts.
- Inspectie: roodheid, zwelling, jichttophi (vingers/tenen, oorschelp, ulnaire onderarm, achillespees, bursa).
- Palpatie: pijn gewrichtsspleet, tangentiële drukpijn ('handen geven'), zachte weerstand (synovitis) vs harde knobbels (artrose), temp-verschil L/R.
- Beweging (actief + passief): bij artritis béide pijnlijk/beperkt. Aléén actief pijnlijk = periarticulair (pees/kapsel), géén artritis.

5. Aanvullend onderzoek

- Lab door huisarts meestal niet geïndiceerd. BSE/CRP: normaal sluit artritis niet uit → weinig waarde.
- Jicht: urinezuur bij twijfel (ref. 0,35 mmol/l). Normaal → jicht onwaarschijnlijk; verhoogd → sterk voorspellend.
- Bacterieel & RA: géén lab door huisarts → verwijzen. Reactief: serologie complex → consulteer/verwijs.
- Beeldvorming: niet zinvol in 1e lijn. Gewrichtspunctie (gouden standaard jicht) bij aanhoudende twijfel → specialist.

6. Evaluatie & DD

- Stel artritis vast: pijn + zwelling + bewegingsbeperking (vaak warmte/roodheid).
- Bepaal de vorm. Gebruik het beloop in de tijd als extra diagnosticum (behalve bij spoed-vermoeden bacterieel).
- DD – géén artritis: cellulitis/erysipelas (rode huidzwelling, geen gewrichtsspleetpijn), bursitis, tendinopathie (pijn bij actief/weerstand, niet passief).
- Benige knobbels DIP/PIP (Heberden/Bouchard) = artrose, géén artritis.

7. Spoed: Bacteriële artritis

- Denk hieraan bij artritis van 1 gewricht + koorts, zeker met porte d'entrée bij het gewricht of bij een immuun-gecompromitteerde patiënt.
- Vaak prodromen: koorts, koude rillingen, malaise. Verwekker meestal *S. aureus* (kan blijvende schade of sterfte geven).
- Géén lab/beeldvorming door de huisarts.
- **Verwijs met SPOED (zelfde dag)** → reumatoloog/orthopeed/chirurg voor punctie + evt. i.v. antibiotica.

8. Jicht: Diagnose & beslisregel

- Denk aan: hevig pijnlijke, acute monoartritis (vaak MTP-1/podagra), zónder koorts; tophi ondersteunen.
- Beslisregel (score): man 2 · eerdere gelijke monoartritis 2 · <1 dag ontstaan 0,5 · roodheid 1 · MTP-1 2,5 · VG HVZ 1,5 · urinezuur >0,35 = 3,5.
- Uitslag: ≥ 8 → kans >85%; ≤ 4 → <5%; 4-8 → onzeker.
- Gouden standaard: urinezuurkristallen in punctaat.

9. Jicht: Behandeling

- Voorlichting: kristallen in gewricht; aanval 1-3 wk, dan volledig herstel; medicatie helpt binnen 1-2 dagen; koelen kan verlichten. Géén strikte dieetadviezen (geen bewijs).
- Acute aanval (gelijkwaardig): prednisolon 1dd 30 mg, 5 dagen (evt. tot 10) óf NSAID hoog gedoseerd.
- Alternatief: colchicine 2-3dd 0,5 mg, max 5 dagen (smalle marge – let op interacties/toxiciteit).
- Let op CVRM. Urinezuurverlaging (allopurinol) alleen bij ≥ 3 aanvallen/jr of tophi + zekere diagnose.

10. Reactieve & ongediff. artritis

- Reactief: mono/oligo (onderste ledematen), zónder koorts, 1-3 wk ná infectie. Zelflimiterend, gunstig beloop.
- Beleid: voorlichting + NSAID. Behandel primaire infectie indien nodig (chlamydia/gonorrroe → soa-consult).
- Vermoeden lyme → consulteer/verwijs.
- Ongedifferentieerd: niet te classificeren → voorlichting + NSAID; verwijs bij klachten > 3 wk.

11. Reumatoïde artritis – snel verwijzen

- Denk aan: niet-mono artritis, vooral hand/pols/voet, DIP's niet aangedaan, géén koorts, tangentiële drukpijn MCP/MTP, ochtendstijfheid ≥ 30 min, klachten ≥ 3 wk.
- Sterk vermoeden (anamnese + LO) = voldoende om te verwijzen → **zó snel mogelijk** naar reumatoloog (vroeg DMARD's; liefst < 6 wk gezien). RA = verhoogd HVZ-risico → CVRM zoals bij DM.
- DMARD's blijven bij reumatoloog. Huisarts: alert op bijwerkingen; infecties laagdrempelig behandelen; géén levende vaccins; griepvaccinatie; methotrexaat → géén trimethoprim + foliumzuur.

12. Consultatie, verwijzing & controle

- **SPOED (zelfde dag):** vermoeden bacteriële artritis.
- Verwijs/consulteer reumatoloog bij: (ongediff.) artritis > 3 wk; blijvende twijfel oorzaak; onbevredigend jichtresultaat; sterk vermoeden RA; perifere artritis bij Bechterew/psoriasis/IBD/SLE/Sjögren.
- Controle: onvoldoende verbetering < 7 dagen → terug, heroverweeg diagnose, nieuwe afspraak < 2 wk. Direct contact bij koorts/malaise.
- Verwijs naar thuisarts.nl.