

prof. dr. Désirée van der Heijde
afdeling Reumatologie, Leids
Universitair Medisch Centrum,
Leiden

prof. dr. Robert Landewé
Amsterdam Reumatologie en
Immunologie Centrum, afdeling
reumatologie Zuyderland
Ziekenhuis, Heerlen

DIAGNOSTISCH ALGORITME HELPT BIJ VERDENKING OP AXIALE SPONDYLOARTRITIS

Axiale spondyloartritis: oud zeer in nieuwe jas

Als axiale spondyloartritis gepaard gaat met radiologische afwijkingen, is er sprake van de ziekte van Bechterew (spondylitis ankylopoetica). Minder bekend is dat axiale spondyloartritis zonder radiologische afwijkingen eenzelfde klinisch beeld geeft als spondylitis ankylopoetica, maar vaak niet wordt herkend.



GETTY IMAGES

patiënten met AS en nr-axSpA dezelfde symptomen (rugpijn, veelal met pijn en stijfheid die verbetert door bewegen, en nachtelijke pijn, ook wel aangeduid als inflammatoire rugpijn, zie *figuur 1*) en verschijnselen (artritis, enthesitis en dactylitis), en zijn ze beiden geassocieerd met psoriasis, inflammatoire darmziekte en uveïtis. De ziektelast en respons op behandeling is ook vergelijkbaar, maar er is, naast het verschil in radiologische afwijkingen, wel een verschil in geslachtsvoorkeur, en prevalentie in de bevolking.

1. ASAS-criteria voor inflammatoire rugpijn

- leeftijd waarop de ziekte begon < 40 jaar
- sluipend begin
- verbetering door oefening, training
- geen verbetering door rust
- 's nachts pijn (die vermindert na het opstaan)

Inflammatoire rugpijn als aan ten minste vier van de vijf criteria is voldaan.

Sensitiviteit: 79,6% Specificiteit: 72,4%

Bron: www.asas-group.org

Studenten geneeskunde leren over de ziekte van Bechterew (ankyloserende spondylitis; AS) en de bekende, maar nog steeds niet opgehelderde genetische associatie met HLA-B27. Waarschijnlijk maken ze ook kennis met klassieke AS-patiënten om hun karakteristieke klachten te leren herkennen, om te begrijpen wat *bamboo spine* is, en om de vaak wat vreemd aandoende klinische associaties van AS met psoriasis, met uveïtis anterior, en met

inflammatoire darmziekte te vernemen. Wat echter vaak onderbelicht blijft bij deze kennismaking is dat klassieke AS het uiteinde is van een veel breder spectrum dat we tegenwoordig kennen als axiale spondyloartritis (axSpA). Axiale spondyloartritis wordt onderverdeeld in niet-radiologische axSpA en radiologische axSpA (synoniem voor AS) op basis van de aanwezigheid van radiologische afwijkingen in de sacroiliacale (SI)-gewrichten. Verder hebben

Radiologische afwijkingen

Radiologische afwijkingen van een of beide SI-gewrichten zijn obligaat voor AS. Zonder radiologische sacro-iliitis is geen AS. Radiologische sacro-iliitis is een relatief laat optredend verschijnsel. Daardoor wordt de diagnose AS veelal (te) laat gesteld. Gemiddeld verstrijkt tussen het begin van de klachten – meestal rond het 20ste levensjaar – en het stellen van de diagnose AS liefst negen jaar.

De laatste jaren is bevestigd wat al langer bekend was: radiologische sacro-iliitis is niet eenduidig vast te stellen; er is een substantiële variatie tussen beoordelaars. Radiologen presteren hierbij niet beter dan reumatologen.

Axiale SpA hoeft niet te wachten op radiologische afwijkingen. Het ziektebeeld axiale SpA is vastgelegd in classificatiecriteria. De diagnose kan veel eerder worden gesteld dan die van AS op basis van een patroon van klinische kenmerken en passend aanvullend onderzoek, en met

behulp van werkbare klinische algoritmen (zie *figuur 2*). Van belang is dat zowel het diagnostisch algoritme als de classificatiecriteria worden toegepast bij patiënten met chronische rugpijn, met de eerste klachten voor het 45ste jaar. Ongeveer 30 procent van de patiënten met axSpA heeft bij diagnose beenmerglesiën kenmerkend voor sacro-iliitis op de MRI-scan van de SI-gewrichten, zonder dat er sprake is van een afwijkende röntgenfoto. Zij krijgen pas radiologische afwijkingen in een later stadium. Een deel van de patiënten zal nooit radiologische afwijkingen krijgen maar wel het typische klachtenbeloop hebben en de bijpassende ziektelast met alle consequenties van dien.

Man-vrouwverhouding

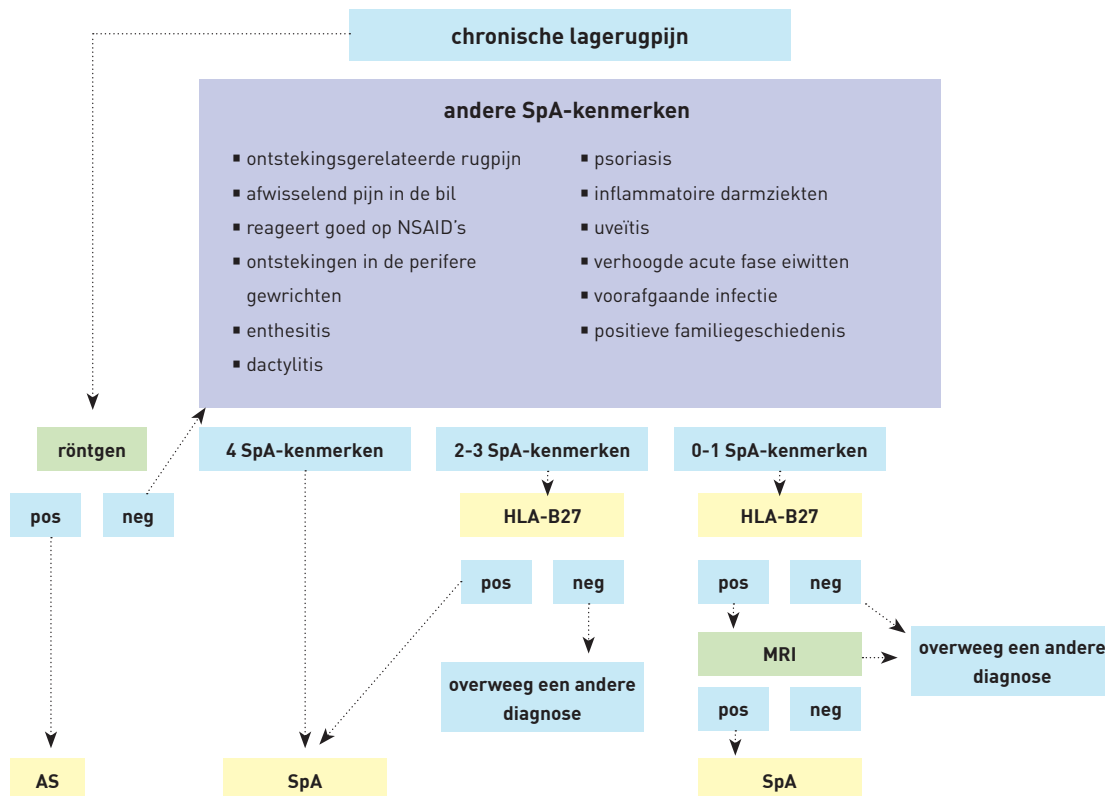
AS staat bekend als een ziekte van jongvolwassen mannen (de man-vrouwverhouding is ongeveer 3:1). Ruim de helft van deze mannen ontwikkelt voor de ziekte kenmerkende botnieuwvorming aan de wervels (syndesmofieten), die

– mits voldoende uitgebreid – uiteindelijk tot *bamboo spine* kan leiden. De man-vrouwverhouding bij axSpA is ongeveer fifty-fifty. Dit komt omdat chronische ontsteking van de SI-gewrichten en de wervelkolom bij mannen vaker dan bij vrouwen leidt tot radiologische afwijkingen. Axiale SpA is geen ‘mannenziekte’; AS is een subgroep van axiale SpA met radiologische afwijkingen en komt meer bij mannen dan bij vrouwen voor. Er zijn aanwijzingen dat de chronische ontsteking bij mannen meer dan bij vrouwen leidt tot botnieuwvorming. Externe factoren zoals mechanische belasting en roken versterken dit effect waarschijnlijk nog eens, maar een deel van de botnieuwvorming is daarentegen onafhankelijk van ontsteking.

Prevalentie

Een betere afbakening en beschrijving van het spectrum van axiale SpA en de plaats die AS in dat spectrum inneemt heeft er de afgelopen tien jaar toe geleid

2. ASAS-aanpassing van het Berlijn-algoritme om axiale spondyloarthritis te diagnosticeren



Bron: www.asas-group.org

PANKLARE ONZIN

Enige tijd geleden kwam een patiënt met reumatoïde artritis op mijn poli omdat hij last had van progressieve klachten aan zijn dominante hand. Zijn ziekte is al tijden goed onder controle en hij doet zijn werk met veel plezier. Recentelijk is hij weer gestart met werken na een ziekteperiode vanwege een pneumonie en een trombosebeen.

Bij zijn bezoek vertelde hij dat met name zijn pols en elleboog erg pijnlijk en licht gezwollen waren. Ik heb dit geduid als een gevolg van zijn werkhervatting – hij is heftruckchauffeur. Voor toegenomen ziekteactiviteit had ik geen aanwijzing.

De eerder geconsulteerde bedrijfsarts dacht daar echter anders over. Deze had de man twee adviezen gegeven: ten eerste zou hij niet langer de reumamedicatie moeten innemen, maar moeten starten met Yakult. Reuma was immers slechts een ziekte van de afweer en Yakult zou daar goed voor zijn. Ten tweede zou de man maar eerder met pensioen moeten gaan want het zou toch nooit beter gaan. Gelukkig is dit een zeer nuchtere patiënt die zich niets laat wijsmaken. De man gaf mij te kennen dat hij deze adviezen niet serieus nam en helaas ook de bedrijfsarts niet meer.

Dit Praktijkperikel is eerder geplaatst in oktober 2012.

dat MRI en het testen op dragerschap van HLA-B27 belangrijke elementen zijn geworden in de diagnostiek, dat de diagnose axSpA eerder dan voorheen wordt gesteld en dat vrouwen met axiale SpA nu ook als zodanig worden gediagnostiseerd. Door de betere opsporing van voorheen niet herkende patiënten is de prevalentie van axiale SpA (inclusief AS) nu beduidend hoger. Naar schatting bedraagt de prevalentie van AS 0,1 procent en die van axSpA 0,2-0,5 procent.

Behandeling

Hoewel de beeldvorming hieromtrent anders is kan naar schatting 70 procent van de patiënten met axSpA naar volle tevredenheid en gedurende langere tijd worden behandeld met een combinatie van niet-farmacologische en eerstelijns-farmacologische therapieën. Voor de veelal jongvolwassen patiënten die een baan te verliezen hebben, is toegespitste voorlichting van groot belang. Daarbij ligt de nadruk op het belang van oefenen. Bechterew-oefengroepen zijn waardevol voor alle patiënten met axSpA, met name om hun mobiliteit te verbeteren en te behouden, en om hun fysieke conditie te optimaliseren. De basisfarmacotherapie bestaat uit onderhoudsbehandeling met NSAID's. Deze middelen hebben in Nederland een 'slechte pers' om uiteenlopende redenen, maar zijn – mits voldoende hoog gedoseerd – uitermate effectieve symptoombestrijders gebleken en hebben daarenboven mogelijk een bescheiden remmend effect op de botnieuwvorming. Voor de 30 procent van de patiënten bij wie deze basisbehandelingen uiteindelijk falen zijn TNF-blokkerende (TNFi) biologicals een uitkomst gebleken. Van de met TNFi behandelde patiënten heeft een hoog percentage een goede klinische respons en ongeveer een derde bereikt snel een langdurige klinische remissie. Vooral patiënten met een verhoogd CRP en/of ontstekingsafwijkingen op de MRI-scan lijken goede kandidaten te zijn voor deze effectieve, maar dure geneesmiddelen. Recentelijk heeft de eerste remmer van interleukine-17 de Nederlandse markt bereikt (vooral nog voor de indicatie AS)

en zijn remmers van interleukine-23 voor deze indicatie in klinisch onderzoek. Het einde van deze ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen lijkt nog niet in zicht. Ook de internationale behandelrichtlijnen zijn recentelijk aangepast en gelden nu voor de behandeling van alle patiënten met axSpA.

Toekomstperspectief

AxSpA leidt tot een grote ziektelast voor patiënt en maatschappij. Patiënten ervaren een verminderde kwaliteit van leven, en er is een beduidend ziekteverzuim en een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid. Vroege herkenning en daarmee een snellere start van de behandeling zouden de langetermijngevolgen kunnen verminderen. Daarom wordt in Nederland veel aandacht besteed aan nascholing en onderzoek naar het beloop van de ziekte indien deze vroeg wordt gediagnosticeerd en behandeld. Het advies aan huisartsen is om patiënten met chronische rugpijn (minstens drie maanden met vrijwel dagelijks rugpijn) ontstaan voor het 45ste levensjaar naar de reumatoloog te verwijzen indien minstens één ander kenmerk voor axSpA aanwezig is. Deze kenmerken staan ook in het diagnostisch algoritme (zie *figuur 2*). Al deze kenmerken zijn gemakkelijk bij anamnese, lichamelijk onderzoek en eenvoudig labonderzoek (CRP) vast te stellen. Beeldvormend onderzoek wordt niet op voorhand geadviseerd maar kan indien aanwezig natuurlijk in de verwijzing betrokken worden. De vraag of HLA-B27 door de huisarts moet worden bepaald staat enigszins ter discussie. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat bij de aanwezigheid van één kenmerk bij ongeveer een derde van de patiënten de diagnose axSpA kan worden gesteld, en bij de aanwezigheid van twee kenmerken tot 60 procent van de patiënten. De toekomst zal leren of we inderdaad met eerdere herkenning en behandeling de kwaliteit van leven en langetermijnuitskomsten van patiënten kunnen verbeteren. ■

contact

mail@dvanderheijde.nl
cc: redactie@medischcontact.nl