

# PATIENT PARTNERS® PROGRAM



*Een levendige innovatie  
in de diagnose en  
de kennis van  
reumatoïde artritis  
en  
ankyloserende spondylitis*

**HANDLEIDING**

[www.patient-partners.be](http://www.patient-partners.be)

Opgesteld i.s.m.

**Dr. G. De Brabanter**, erevoorzitter PPP vzw

**Prof. Dr. R. Westhovens**, inhoudelijke begeleider Patient Partners® Program Reumatoïde Artritis

**Dr. P. Carron**, inhoudelijke begeleider Patient Partners® Program Ankyloserende Spondylitis

**En verder**

**Prof. Dr. H. Mielants**  
**Prof. Dr. J-P. Devogelaer**  
**Dr. R. François**  
**Dr. A. Peretz**  
**T. Swinnen**  
**Dr. V. Taelman**  
**Dr. L. Tant**

HET EDUCATIONELE MATERIAAL  
WERD MEDE GEREALISEERD  
DOOR EEN **GRANT** VAN DE



DE WERKING VAN DE PPP VZW WORDT  
MOGELIJK GEMAAKT DOOR  
EDUCATIONELE **GRANTS** VAN



abbvie

## **Wat is het Patient Partners® Program?**

Patient Partners® Program is een interactief nascholingsprogramma waarbij speciaal opgeleide patiënten met reumatoïde artritis (RA) en in België ook patiënten met ankyloserende spondylitis (AS), als ervaringsdeskundigen nascholing bieden over de anamnese en het gewrichtsonderzoek in het kader van vroegtijdige diagnostiek van deze aandoeningen. Tevens kunnen ze meer inzicht verschaffen in de functionele gevolgen van deze chronische ziekten. In België zijn deze patiënten verenigd in een VZW met steun van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie, de patiëntenverenigingen en de farmaceutische industrie.

## **Wat is het doel van Patient Partners® Program**

Deelnemers aan de cursus Patient Partners® Program zullen na de lessen door patiënten met reumatoïde artritis of ankyloserende spondylitis:

1. De symptomen van deze aandoeningen onderzocht, hun kennis getoetst en aangevuld hebben.
2. Een aantal symptomen kunnen herkennen en benoemen om een vroege diagnostiek te bevorderen en van daaruit een vroege behandeling en/of adequate doorverwijzing mogelijk te maken.
3. De consequenties van een chronische aandoening als reumatoïde artritis of ankyloserende spondylitis op alle aspecten van het dagelijks leven kunnen inschatten.
4. De patiënten kunnen informeren over beschikbare hulp en informatiebronnen voor patiënten met RA of AS.

Deze brochure tracht een handleiding te zijn voor de nascholing gegeven door Patient Partners, het is een naslagwerk waardoor het steeds mogelijk is het geheugen wat op te frissen. Een aantal nuttige adressen en informatiebronnen worden mee geleverd.

# Het klinisch onderzoek van de patiënt met een reumatologisch probleem met de nadruk op reumatoïde artritis (RA) en ankyloserende spondylitis (AS).

## A. Inleiding

De klinische evaluatie (anamnese en klinisch onderzoek) van een reumatologisch probleem is van cruciaal belang en brengt in veel gevallen meer sensitiviteit en soms zelfs meer specificiteit aan voor een diagnose dan heel wat technische evaluaties en labo onderzoek. Dit is bij uitstek zo bij beginnende problemen die voor de algemene practicus, zowel als voor de specialist, een uitdaging vormen.

- Aandoeningen van het musculoskeletale systeem maken tot 30% uit van de consultaties bij de algemene practicus.
- Zij zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van de morbiditeit/invaliditeit bij de bevolking.
- De diagnose en classificatie van een aandoening gebeurt hoofdzakelijk op klinische basis (cfr. ASAS classificatiecriteria voor AS en ACR classificatiecriteria voor RA).

### ASAS classificatiecriteria voor Ankyloserende Spondylitis

Deze worden ingedeeld naargelang de belangrijkste lokalisatie van de ziekte:

- Axiale Spondyloartritis (SpA), als de wervelzuil vooral is aangetast
- en Perifere Spondyloartritis (SpA)

#### Axiale Spondyloartritis

Bij patiënten met meer dan 3 maanden lage rugpijn en begin van de ziekte vóór 45 jaar

**Sacroiliitis op beeldvorming (RX of MRI)  
Plus minstens 1 SpA kenmerk  
OF**

**HLA-B27  
Plus minstens 2 SpA kenmerken**

SpA kenmerken:

- inflammatoire lage rugpijn
- artritis
- enthesitis (hiel)
- uveïtis
- dactylitis
- psoriasis
- Crohn / colitis
- goed antwoord op NSAID
- familiale geschiedenis van SpA
- HLA-B27
- Verhoogde CRP

### Perifere Spondyloartritis

#### Artritis of enthesitis of dactylitis

##### PLUS

Meer dan 1 SpA kenmerk

- uveïtis
- psoriasis
- Crohn/Colitis
- voorafgaande infectie
- HLA-B27
- sacroiliïtis op beeldvorming

OF

Meer dan 2 andere SpA kenmerken

- artritis
- enthesitis
- dactylitis
- inflammatoire lage rugpijn
- familiale geschiedenis van SpA

#### DEFINITIE SpA-KENMERKEN:

##### Sacroiliïtis op beeldvorming:

ofwel op gewone RX een bilateraal stadium 2 van sacroiliïtis of een unilateraal stadium 3 of 4; ofwel op MRI een beeld van acute ontsteking suggestief voor SpA

##### Inflammatoire lage rugpijn:

bij patiënten die meer dan 3 maanden lage rugpijn hebben en waar de ziekte begon vóór hun 45 jaar:

- ochtendstijfheid van meer dan 30 minuten;
- verbetering met oefening, niet met rust;
- wakker worden van de pijn in 2e gedeelte van de nacht;
- wisselende pijn t.h.v. de glutei

##### Artritis:

een asymmetrische, oligoarticulaire gewrichtszwelling vooral t.h.v. de onderste ledematen

##### Enthesitis:

ontsteking van de aanhechting van pezen op het bot vooral t.h.v. de hiel

**Uveïtis:**

een oogontsteking van het voorste gedeelte van het oog, unilateraal, spontaan genezend maar recidiverend

**Dactylitis:**

een worststeen of worstvinger

**Psoriasis:**

een huidpsoriasis liefst bevestigd op biopsie door een huidarts

**Crohn/colitis:**

een ziekte van Crohn of colitis ulcerosa bevestigd door coloscopie en biopsie

**Goed antwoord op NSAID:**

een significante verbetering van de symptomen na toediening van een anti-inflammatoire dosis van een niet-steroïdaal anti-inflammatoir geneesmiddel

**Familiale geschiedenis van SpA:**

een bloedverwant die lijdt aan ankyloserende spondylitis of psoriasis of ziekte van Crohn of colitis ulcerosa of reactieve artritis of voorste uveïtis

**HLA-B27:**

het erfelijk kenmerk HLA-B27 bezittend (tussen 85 en 90% van AS patiënten)

**Verhoogde CRP:**

verhoogde waarde van deze serumparameter kenmerkend voor ontsteking

**Voorafgaande infectie:**

een voorafgaande infectie op afstand, vooral een enteritis, uretritis of vaginitis

**ACR classificatiecriteria voor RA**

1. Ochtendstijfheid in en rond de gewrichten die gedurende minstens 1 uur aanhoudt
2. Wekedelen zwelling (artritis) van 3 of meer gewrichtsgroepen, vastgesteld door een arts
3. Zwelling (artritis) van de proximaal interfalangeale- (PIP), metacarpofalangeale- (MCP), of polsgewrichten
4. Symmetrische artritis
5. Subcutane noduli
6. Positieve reumafactor
7. Radiologische erosies of peri-articulaire osteopenie in hand- of polsgewrichten

Deze criteria dateren van 1987 en werden in 2010 geactualiseerd om een focus te leggen op vroegere diagnostiek alsook op negatieve prognose (persisterende ziekte en destructief erosief verloop) Dit past in een snellere en intensievere behandelstrategie die voor RA nu wordt toegepast.

## 2010 herziene ACR criteria

Deze criteria kunnen toegepast bij patiënten:

1. die minstens 1 gewricht hebben met een duidelijke klinische synovitis (zwellings)
2. waarbij de synovitis niet beter kan verklaard worden door een andere aandoening.

### Score algoritme:

Tel de scores van categorieën A–D op

**Een score van  $\geq 6/10$  is vereist om een patient te klasseren als lijdende aan RA**

### A. BETROKKENHEID VAN GEWRICHTEN

| Betrokkenheid van gewrichten                               | Score |
|--|-------|
| 1 groot gewricht   | 0     |
| 2-10 grote gewrichten                                      | 1     |
| 1-3 kleine gewrichten<br>(met of zonder grote gewrichten)  | 2     |
| 4-10 kleine gewrichten<br>(met of zonder grote gewrichten) | 3     |
| >10 gewrichten<br>(ten minste 1 klein gewricht)            | 5     |

### B. SEROLOGIE (ten minste 1 test is nodig voor classificatie)

| Serologie                                | Score |
|--|-------|
| Negatieve RF en negatieve ACPA           | 0     |
| Laag-positieve RF of laag-positieve ACPA | 2     |
| Hoog-positieve RF of hoog-positieve ACPA | 3     |

ACPA: anti-CCP antilichamen



### C. ACUTE-FASE REACTIE (ten minste 1 test is nodig voor classificatie)

| Acute-fase reactie                               | Score |
|--|-------|
| Normaal CRP <i>en</i> normale bloedbezinking     | 0     |
| Abnormaal CRP <i>of</i> abnormale bloedbezinking | 2     |

### D. DUUR VAN SYMPTOMEN

| Duur van symptomen | Score |
|--------------------|-------|
| <6 weken           | 0     |
| ≥6 weken           | 1     |

Dit hoofdstuk focust op het klinisch onderzoek dat samen met een systematische anamnese zo volledig mogelijk moet zijn.

De anamnese dient vooral gericht op de eigen voorgeschiedenis van gewrichts- of rug- of nekklachten, maar ook op voorgeschiedenis van andere systeemaandoeningen geassocieerd met RA of AS, op de familiale voorgeschiedenis en op de medicamenteuze voorgeschiedenis.

Het klinisch reumatologische onderzoek dient standaard deel uit te maken van een eerste evaluatie van elke nieuwe patiënt.

Een screeningsonderzoek dat er op gericht is majeure zaken te detecteren, moet bij een specifiek probleem aangevuld worden door een meer gerichte en nauwkeurigere evaluatie. Belangrijk is ook dat het musculoskeletale systeem volledig wordt geëvalueerd en dat men zich niet alleen richt op één overduidelijke afwijking. Vaak zijn discrete klinische afwijkingen (bv. een beperkte psoriasis of een discrete rigiditeit van de lumbale wervelzuil) diagnostisch bij een duidelijke oligoartritis van de onderste ledematen.

Ook een volledig internistisch-neurologisch onderzoek is noodzakelijk, omdat zowel RA als AS geassocieerd kunnen zijn met ontstekingen in andere systemen. Het kan de diagnose verduidelijken of complicaties van de reumatologische aandoening of de behandeling in het licht stellen.

Het objectief van een klinische evaluatie is niet alleen het stellen van een diagnose, maar ook een evaluatie te maken van de impact en de gevolgen van de aandoening om aldus een zo adequaat mogelijk behandelingsplan op te stellen.

De diagnose kan anatomisch zijn (bv. carpaal tunnel syndroom) of ziekte georiënteerd (bv. reumatoïde artritis). De evaluatie van de consequenties van een aandoening kan symptoomgericht zijn (bv. pijn), maar dient zeker ook een volledige inschatting van de fysische en psychosociale impact te omvatten.

Een systematische anamnese zowel van het bewegingsstelsel als van andere systemen, een familiale en medicamenteuze anamnese zijn essentieel.

- Een klinisch musculoskeletaal onderzoek moet volledig zijn en beperkt zich nooit tot één gewricht.
- Een grove screening wordt aangevuld door een nauwkeurigere evaluatie van een bepaalde focus.
- Een algemeen internistisch-neurologisch screeningsonderzoek kan bijkomend richtinggevend zijn.
- Niet alleen diagnose maar ook een evaluatie van de totale impact van een probleem is het voorwerp van een klinische evaluatie.
- Een evaluatie is niet alleen anatomisch of symptoomgericht, maar behelst ook een evaluatie in brede ziektecontext met inschatting van de volledige impact van het probleem.

Er volgt nu een methode voor een eerste grove routine evaluatie van het musculoskeletale systeem, dat net als een thoraxauscultatie of een bloeddrukmeting, standaard deel moet uitmaken van een volledig klinisch onderzoek.

Nadien wordt er stilgestaan bij enkele belangrijke aspecten in de anamnese (chronologie – presenterende symptomen – geassocieerde niet-locomotorische symptomen – impact).

Tenslotte worden enkele richtlijnen gegeven voor een meer gedetailleerd onderzoek van het musculoskeletale systeem (inspectie – palpatie – bewegingsbeperkingen – functionele beperking), wat gedemonstreerd en inge oefend wordt met de hulp van "Patient Partners". Dit zijn patiënten met reumatoïde artritis of ankyloserende spondylitis die specifiek opgeleid zijn voor deze taak.

## B. Reumatologisch screeningsonderzoek

Zowel anatomisch als functioneel kan het musculoskeletale systeem ingedeeld worden in een perifere (armen-benen) en een axiale component. De symptomen zijn meestal pijn en/of stijfheid, en geven aanleiding tot een min of meer groot functioneel probleem. Daarom zijn de aangepaste screeningvragen:

- Hebt u last van enige pijn of stijfheid t.h.v. armen, benen, hals of rug?
- Ondervindt u enige moeilijkheid bij het wassen of aankleden, het stappen of trappen lopen?

Is het antwoord op deze vragen NEEN, dan is er weinig kans op een majeur reumatologisch probleem.

Is het antwoord JA, dan dient een meer gedetailleerde evaluatie te volgen. Belangrijk is ook deze evaluatie kort samen te vatten in het patiëntendossier.

Een screeningsonderzoek kan in 1 à 2 minuten gebeuren en essentiële informatie opleveren over de integriteit van het locomotorische systeem. Het is vooral gebaseerd op een nauwkeurige inspectie die start wanneer de patiënt de onderzoeksruijme binnenkomt (gangpatroon) of zich uitkleedt (functie bovenste ledematen). Bij deze eerste screening kan men bijvoorbeeld vragen dat de patiënt enkele handelingen nadoet die hem getoond worden. Noteer ook steeds de bevindingen van dit screeningsonderzoek in het patiëntendossier.

De minimale evaluatie omvat:

- Inspectie van enige zwelling/deformatie en ook van enige abnormale stand van ledematen, individuele gewrichten of wervelzuil.
- Kijk hoe de patiënt beweegt en of er enige moeilijkheid/beperking is en/of pijn. Bekijk niet alleen het gewricht maar ook het gelaat van de patiënt.

De systemen die geëvalueerd worden zijn (volgorde is minder belangrijk):

- De gang
- Armen
- Benen
- Wervelzuil

### 1. **De gang**

Evaluatie start bij het binnenkomen van de consultatieruimte.

Dient soms formeel geëvalueerd.

Let op asymmetrie bij het gaan, manken, stijfheid, gebruik van eventuele hulpmiddelen bij het gaan, evalueer ook steeds rechtkomen uit een stoel.

### 2. **De armen** (patiënt staande of zittende voor je)

Vraag de patiënt (of doe het hem voor) de handen uit te strekken en kijk.

Vraag hem vervolgens de handen om te draaien en kijk.

Observeer dan de patiënt terwijl je hem vraagt een vuist te maken en een pinchgreep uit te voeren (met wijsvinger en middenvinger tot de duim). Vraag hem dan de ellebogen volledig te strekken en vervolgens de handen achter het hoofd te brengen (externe rotatie en abductie van de schouders).

Observeer telkens asymmetrie tussen links en rechts, enige bewegingsbeperking of eventuele pijnlijke grimas van het gelaat.

### Rationale

- Het voornaamste visitekaartje van een reumatologische aandoening is dikwijls de hand die op deze manier geëvalueerd wordt naar zwelling, deformatie, spieratrofie, huidverandering, bv. nagelafwijkingen, en verder ook een eerste functionele screening.
- Gebrek aan volledige extensie van de elleboog is een vroeg, zeer sensitief teken van elleboogartritis.
- De gevraagde beweging met de schouder is een complexe beweging die zowel schouder- als elleboogfunctie mee evalueert. Als je dit kan, zal je ook makkelijker je mond of je achterwerk kunnen bereiken, twee belangrijke functies te evalueren bij een ernstige reumatologische aandoening.

### 3. **De benen** (patiënt in lighouding en comfortabel)

Kijk naar enige asymmetrie in de benen (kniezwelling, spieratrofie).

Inspecteer de voeten voor zwelling, deformatie en ook voor eeltvorming onder de voetzolen.

Vraag vervolgens de patiënt de knieën te plooiën, de één na de ander.

Observeer gemak en eventuele asymmetrie waarmee dit gedaan wordt.

Onderzoek met de knie in 90° (flexie en ondersteunend) de interne rotatie van de heupen (kijk naar asymmetrie en eventueel pijnlijke grimas van patiënt hierbij).

Voel met je hand op de knieschijf en evalueer eventueel crepitatie van het gewricht bij flexie-extensie manoeuvres. Beoordeel ook warmte.

## Rationale

- Onderste ledematen zijn uiteraard functioneel belangrijk in de voortbeweging. Bij de heup is de beperking van de interne rotatie meestal het vroegste teken van aantasting, bv. bij beginnende coxartrose.
- Spieratrofie van de quadriceps is frequent en snel optredend bij knieproblemen.
- Eeltvorming t.h.v. de voeten is een cumulatief teken van een belangrijk voetprobleem bij een patiënt.
- Voetdeformatie is frequent, zowel bij louter mechanische als bij inflammatoire voetproblemen.

## 4. De wervelzuil

(te evalueren met patiënt zittend voor je, en nadien staande)

Vraag de patiënt de hals zowel naar links en rechts lateraal te bewegen en observeer beperkingen en eventueel pijn. Ook dient patiënt het hoofd te roteren.

Laat de patiënt rechtstaan en inspecteer de wervelzuil van opzij en langs achter voor abnormale statiek.

Vraag de patiënt voorwaarts te buigen met gestrekte benen en de vingers tot op de grond. Observeer asymmetrie en gemak waarmee dit gebeurt.

Zie na of de normale lumbale lordose zich ontplooit in een kyfose.

PS: een hyperextensie/compressie manoeuvre t.h.v. de cervicale wervelzuil is een weinig specifiek onderzoek en absoluut te mijden bij inflammatoir reumatische aandoeningen.

## Rationale

- Lateroflexie en rotatie van de cervicale wervelzuil is sensitief voor elk cervicaal probleem.
- Geïsoleerde problemen van de dorsale wervelzuil zijn zeldzaam.
- De meeste lumbale problemen gaan gepaard met deformiteiten, bv. scoliosis of beperkingen specifiek bij anteflexie van de wervelzuil. Lateroflexiebeperking van de dorsolumbale wervelzuil is soms een vrij sensitief en specifiek teken bij beginnende spondylitis.
- Beperking van de flexie van de lumbale wervelzuil heeft ook een majeure functionele implicatie bij patiënten.

## C. Reumatologische anamnese

Anamnese is een vaardigheid of kunst die men verbetert met het doen. Men moet kunnen luisteren maar ook de patiënt leiden (verbaal of non-verbaal) naar specifieke items.

- Chronologie van de klacht.
- Presenterende symptomen
- Impact van de problematiek op het dagelijks leven

### 1. CHRONOLOGIE

Tijdstip en omstandigheden van ziektebegin: **bv.** acuut ontstane pijn (jichtopstoot) versus insidieus optredende pijn en zwelling bij een artritis in het kader van een spondyloartritis; **bv.** variërende ziekteactiviteit met opstoten en remissies, klassiek voor RA of spondyloartritis; **bv.** oligoartritis enkele dagen na koorts of een gastroïntestinaal syndroom bij reactieve artritis; **bv.** nachtelijke pijn versus belastingspijn.

### 2. PRESENTERENDE SYMPTOMEN

Dominant hier zijn pijn en stijfheid.

- **PIJN:** te evalueren via 4 W's:
  1. **Waar** (lokaal, gegeneraliseerd, gerefereerd).
  2. **Wat** (pijn karakter: bv. schietende pijn bij neurogene problemen).
  3. **Wanneer** (belastingsgebonden versus nachtelijk bij rust).  
Noteren we wel dat inflammatoire gewrichten pijnlijk zijn bij rust, maar vanzelfsprekend ook bij belasting.
  4. **Waarom** (exacerberende factoren, factoren die verbetering brengen). Zo is er bij AS verbetering bij bewegen en geen verbetering in rust.  
Bv. spinale stenosis: claudicatio type last t.h.v. onderste ledematen, beter bij anteflexie van de lumbale wervelzuil en met tijdelijke rust, en bv. niet optredend bij fietsen.

- **STIJFHEID**

- Maak onderscheid tussen korte startproblemen (degeneratief) of langdurige (meer dan 30 minuten) ochtendstijfheid bij inflammatoire problemen.
- De lumbale stijfheid van een beginnende spondyloartritis is duidelijk anders dan van een discaal lijden.

### **3. IMPACT**

(op diverse niveaus te evalueren)



Dit kan geëvalueerd worden door bv. het verloop van een typische dag in het leven van een patiënt na te gaan. Vergeet soms ook niet te vragen naar ANL-activiteiten (activities of nightly life / seksuele problemen).

### **4. OVERIGE ASPECTEN IN ANAMNESE**

- Begeleidende symptomen (crepitus gewrichten, bewegingsbeperking, ...)
- Aantasting andere orgaansystemen (diarree, dyspnee, ...)
- Familiale voorgeschiedenis
- Antwoord op medicatie
- Psychologische aspecten (angst, depressie, slaapstoornissen, abnormale vermoeidheid, ...).

## D. Specifiek musculoskeletaal onderzoek bij de RA patiënt

In dit hoofdstuk wordt getracht de nadruk te leggen op systematiek in het specifieke gewrichtsonderzoek. Met de **anatomie** in het achterhoofd dient de onderzoeker eerst te **kijken** (eerst naar een gewricht in rust, dan in beweging); dan te **palperen** (met een gewricht in rust en nadien met het gewricht in beweging). Vervolgens worden bewegingsuitslagen geëvalueerd (actief en passief). Steeds is het belangrijk de beoordeling symmetrisch te doen. Het detecteren van bepaalde asymmetrie tussen links en rechts is meestal zeer sensitief naar diagnose toe. Ook bij specifiek gewrichtsonderzoek dient in een laatste stadium steeds de **functionele implicatie** van een vastgestelde afwijking mee geëvalueerd. Deze aspecten zullen in de praktijk ingeoefend worden tijdens een les door "Patient Partners". Dit zijn specifiek opgeleide patiënten met reumatoïde artritis, die het onderzoek van pols, hand, knie, enkel en voet – d.w.z. de belangrijkste gewrichten in inflammatoir reumatische aandoeningen – zullen demonstreren.

### 1. POLS

#### Inspectie

- Zwelling (let specifiek op ulnair styloïd)
- (Roodheid)
- Stand

#### Palpatie

- Warmte
- Zwelling(weke delen)
- Stand
- Crepitus
- Drukpijn
- Pianoetsfenomeen
- Tinel teken (bij carpaal tunnel syndroom)

#### Bewegingsuitslagen (normale waarden)

- Flexie: 80°
- Extensie: 70°
- Ulnair: 30°
- Radiar: 20°



## Functie

- Tanden poetsen
- Bestek gebruiken
- Sleutel omdraaien

## 2. HAND

### Inspectie

- Zwelling
  - Bv. MCP's, PIP's, DIP's (bv. noduli van Heberden/Bouchard)
  - Bv. extensorpees – beoordeling handrug
  - Bv. reumatoïde noduli
- (Roodheid)
- Stand
  - ulnaire deviatie vingers
  - zwanehalsmisvorming
  - knoopsgatmisvorming
- Spieratrofie
  - Bv. atrofie interossei
  - Bv. thenar - hypothenar

### Palpatie

- Metacarpalen en carpometacarpale gewrichten: palpatie meestal weinig informatief tenzij bij CMC 1 bij artrose (pijn, zwelling, crepitus, warmte, standafwijking)
- MCP's en PIP's: te evalueren via 2 vinger- of 4 vingermethode (c of dubbele c methode) ter beoordeling warmte, drukpijn, crepitus, weke delen versus benige zwelling, standafwijkingen (bv. subluxaties), ...
- Evalueer fascia palmaris (flexorpezen) en evalueer steeds ook extensorpezen (cave: vooral aandacht t.h.v. ulnair styloïd)

### Bewegingsuitslagen

- Flexie versus extensie
- Cave: ruptuur extensorpees (actieve extensiebeperking) versus een passieve extensiebeperking van de vingers (bv. Dupuytren contractuur)

### Functie

- Grijpkracht
- Pinchgreep
- Vraag steeds naar bepaalde functies, zoals schrijven, knopen dichtmaken, ...

### 3. KNIE

#### Inspectie

- Zwelling
- (Roodheid)
- Stand: valgus versus varus – steeds ook staande te evalueren
- Spieratrofie quadriceps

#### Palpatie

- Suprapatellaire recessus
- Eventueel bursae (warmte, zwelling, drukpijn)
- Patella palperen
- Gewrichtsranden palperen naar collaterale banden en gevoeligheid collaterale banden; ook gewrichtsspleten, menisci op drukpijn palperen
- Fossa poplitea (Bakercyste)
- Hydrops (bulge sign – patelladans evalueren)
- Quadricepssterkte (zowel actief bepalen als passief meten door omvangsmeting)

#### Bewegingsuitslagen

- Flexie is normaal 120° tot 130°
- Extensie is normaal 180°

#### Stabiliteitstesten

- collaterale bandstabiliteit nagaan
- schuifladeteken voor kruisbandstabiliteit

#### Functie

- Lopen
- Opstaan vanuit zit
- Trappen op- of afkomen

### 4. ENKELS

#### Inspectie

- Zwelling (cave: oedeem)
- (Roodheid)
- Standafwijkingen (steeds ook staande te evalueren)
- RA-noduli t.h.v. de Achillespees
- Zwelling t.h.v. aanhechting Achillespees te evalueren bij bv. een spondyloartritis

## Palpatie

- Warmte en zwelling, evenals drukpijn
- Achillespees (drukpijn, noduli)
- Tibialis posterior en peroneipeesen mee te evalueren. Tibialis posterior pees ook tegen weerstand testen

## Bewegingsuitslagen

- Dorsiflexie 20°-25°
- Plantaire flexie  $\pm 45^\circ$
- Subtalair  $\pm 5^\circ$  bilateraal

## Functie

Stappen, bv. op oneffen oppervlak is moeilijk vooral bij subtalaire gewrichtsaantasting

## 5. VOETEN

### Inspectie

- Middenvoetzwelling
- Zwelling/roodheid t.h.v. de tenen met standafwijkingen en eventueel eeltvorming
- Te evalueren:
  - hallux valgus (bunion)
  - klauwtenen
  - hamertenen

### Palpatie

- MTP gewrichten (te palperen via 2 vingermethode)
    - Warmte
    - Zwelling (cave: oedeem)
    - Subluxaties
    - Drukpijn
- PS: Tangentiële drukpijn is een sensitief vroegtijdig teken bij een artritis van de voorvoet
- PIP's en DIP's: warmte, zwelling, standverandering, drukpijn

### Bewegingsuitslagen

- Inversie en eversie middenvoet  $\pm 5^\circ$
- Tenen: flexie en extensie  $\pm 45^\circ$

### Functie

Stappen

## E. Specifieke anamnese en onderzoek bij de patiënt met ankyloserende spondylitis

De **anamnese** is bij AS van essentieel belang om een vroegtijdige diagnose te stellen:

- **Leeftijd van begin van de klachten:** begint altijd voor de 45 jaar en meestal in de adolescentie
- **Type van klacht:** het onderscheid tussen mechanische lage rugpijn of nekpijn (bv. artrose) en inflammatoire lage rugpijn of nekpijn wordt door een goede anamnese gesteld.  
Typisch is
  - beter door bewegen
  - niet beter door rust
  - de nachtelijke pijn (met beterschap na het opstaan)
- **Anamnese naar de geschiedenis van artritis** (meestal mono- of pauciarticulair), van **enthesitis** (vooral t.h.v. de hielen), en **dactylitis** is vrij specifiek voor AS
- **Anamnese naar de geschiedenis van extra-articulaire manifestaties** zoals voorste uveïtis, psoriasis en inflammatoir darmlijden
- Anamnese naar voorkomen van AS, psoriasis, uveïtis, inflammatoir darmlijden bij de **bloedverwanten**
- **Anamnese naar antwoord op medicatie:** bijna alle AS-patiënten zullen aanvankelijk zeer goed verbeteren met een anti-inflammatoire dosis van een sterkwerkende NSAID

Het **onderzoek** van de AS patient is gericht op:

1. **De wervelzuil**
  - a. **Cervicaal** door het meten van de lateroflexies maar vooral de rotaties die meer dan 80 graden moeten zijn
  - b. **Dorsaal**
    - i. door het meten van de afstand tragus (oorringang) naar de muur in stand, dit geeft een idee over de dorsale kyfose
    - ii. door het meten van de thoraxexpansie bij in- en uitademen (zou meer dan 4 moeten zijn)
  - c. **Lumbaal**
    - i. door het meten van de lumbale anteflexie (door middel van de Shober index)
    - ii. door het meten van de lumbale lateroflexies (zou meer dan 10 cm moeten zijn)

2. **De gewrichten**

Het opzoeken van perifere gewrichtsontsteking, meestal asymmetrisch en oligoarticulair. Vooral aandacht voor de knieën en de heupen.

Aantasting van de heupen heeft een slechte prognose en kan men meten door de abductie (afstand tussen de interne malleoli van beide enkels bij maximale abductie) en door de rotaties.

Ook nagaan van dactylitis t.h.v. vingers en tenen.

3. **De peesaanhechtingen**

Vooral t.h.v. de aanhechting van de Achillespees en van de voetzoolpees is er dikwijls ontsteking, te meten door lokale drukpijn.

4. **Borstbeen**

Een drukpijn t.h.v. de aanhechting van de ribben op het borstbeen (plastronpijn) is vrij typisch voor AS.

5. **Onderzoek naar andere systemen zoals huid en oog**

## **Patient Partners® Program richtlijnen huisarts**

U neemt (nam) deel aan het nascholingsprogramma Patient Partners® Program waar de nadruk ligt op het klinisch gewrichtsonderzoek en anamnese van de patient met een reumatisch probleem.

Een andere belangrijke doelstelling van Patient Partners® Program is inzicht te geven in de gevolgen van een chronische aandoening als reumatoïde artritis en ankyloserende spondylitis. In dit boekdeeltje vindt u enkele theoretische beschouwingen maar ook praktische adressen.

Ook de huisarts speelt een cruciale rol in het bevorderen van de levenskwaliteit van patiënten met reumatoïde artritis en ankyloserende spondylitis. Alertheid voor verschillen tussen "disease" (ziekte) en "illness" (ziektebeleving), problemen rond "coping" (omgaan met de ziekte en zijn gevolgen) is belangrijk.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid patiënten door te verwijzen voor informatie betreffende deze problematiek via de adressenlijst in dit boekje.

## **De gevolgen van reumatoïde artritis en ankyloserende spondylitis voor het leven van de patiënt**

De meest voorkomende gevolgen die patiënten met RA en AS als zwaarwegend ervaren zijn afhankelijkheid, beperkingen (dingen niet kunnen doen) en pijn.

De ervaringen die de patiënt in diverse domeinen van zijn leven heeft, zijn echter even bepalend voor de impact op zijn levenskwaliteit ("illness") als de objectieve maat van ziekteactiviteit ("disease") en de graad van beperkingen.

## WAT VRAAGT OM EEN AANPASSING VAN DE PATIËNT (COPING)?

- **Verstoringen van het lichamelijk functioneren**
  - Bv. Pijn
  - (Ochtend)stijfheid
  - Vermoeidheid
  - Zwaktegevoel
  - Medicatiegebruik
  - Beperkingen in mobiliteit en dagelijkse activiteiten
- **Verstoringen van het emotionele evenwicht**
  - Bv. Onzekerheid en angst voor de toekomst
- **Psychosociale implicaties**
  - Bv. Veranderende relaties binnen en buiten het gezin en op het werk
  - Aanpassingen van het seksueel functioneren
- **Financieel-economische implicaties**
  - Bv. Kosten voor gezondheidszorg

## Hoe gaat de patiënt om met RA en AS en hoe kunnen we dit begeleiden?

Elke patiënt doet dit vanuit zijn eigen referentiekader. Hij zal zelf een betekenis toekennen aan de ziekte en zijn symptomen (attributie) (proces waarin mensen oorzaken of verklaringen toeschrijven aan verschijnselen).

Het (h)erkennen van denkpatronen, gevoelens en percepties van de patiënt over zijn aandoening en de gevolgen ervan zijn een belangrijke voorwaarde om te komen tot integratie in een brede behandeling die niet enkel medisch is gericht. Op die manier gaan ervaringsdeskundigheid en professionele hulpverlening hand in hand.

Dit betekent meer gezondheidsgericht dan klachtengericht werken: ziektegerichte kennis gebruiken binnen een bredere benadering van de mens in diens levenssituatie.

Educatieve zelfmanagementtechnieken of patiënten meer verantwoordelijkheid laten nemen voor de manier waarop ze omgaan met hun klachten en chronische aandoening blijkt een belangrijke meerwaarde te zijn in de behandeling. De manier waarop dit moet gebeuren is niet zo eenduidig en helder te verwoorden of in de praktijk te vertalen.

Nochtans betekent educatie naast het geven van basisinformatie m.b.t. RA of AS en de behandeling, ook instrueren (bv. medicatiegebruik) en begeleiden (bv. bevorderen van efficiënte copingstrategieën). Het bevorderen van therapietrouw m.b.t. levensstijl (bv. algemene reconditionering en oefentherapie, afwisselen van rust en activiteiten), gewrichtsbeschermende principes (bv. vermijden van piekbelasting en statische belasting) en medicatiegebruik staan centraal.

Vooraf therapietrouw in het gebruik van traagwerkende en immuunmodulerende basismedicatie (bv. methotrexaat, sulfasalazine, biologische medicatie) speelt een belangrijke rol in het voorkomen van gewrichtsbeschadiging op lange termijn en het voorkomen of behandelen van extra-articulaire systeemmanifestaties.



## Nuttige adressen

### **PPP vzw**

Patient Partners® Program vzw

Tel: 016 / 47 76 37

[www.patient-partners.be](http://www.patient-partners.be)

[info@patient-partners.be](mailto:info@patient-partners.be)

### **KBVR vzw**

Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie vzw

Winston Churchillaan 11 bus 30

1180 Brussel (Ukkel)

Tel: 02 / 372 36 43

Fax: 02 / 375 48 13

[www.kbvr.be](http://www.kbvr.be)

[srbrkbvr@skynet.be](mailto:srbrkbvr@skynet.be)

### **ReumaNet vzw**

Samenwerkingsinitiatief van patiëntenverenigingen

[www.reumanet.be](http://www.reumanet.be)

[info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be)

### **Clair asbl**

Confédération pour la Lutte contre les Affections Inflammatoires

Rhumatismales

[www.clair.be](http://www.clair.be)

[info@clair.be](mailto:info@clair.be)

### **FBP**

Federatie van Belgische Podologen

[www.podologieweb.be](http://www.podologieweb.be)

[www.professionelepodologen.be](http://www.professionelepodologen.be)

## Aanbevolen literatuur voor patiënten

### **Reuma leren begrijpen**

Prof. Dr. Filip De Keyser

Uitgeverij Lannoo, ISBN 90 209 5283 8

Dit boek is enkel te verkrijgen in de boekhandel, en kan niet besteld worden via ReumaNet – € 14,95

### **Reuma, en dan?**

Dr. Xavier Janssens, Dr. Filip De Keyser

Uitgeverij Lannoo, ISBN 90 209 6220 5

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 17,95 + € 2,5 verzendingskosten

### **Vrouwen over... reumatoïde artritis**

Dit boek bundelt de getuigenissen van 10 vrouwen die lijden aan reumatoïde artritis en hun dialoog met 10 politica

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 15,00 + € 2,5 verzendingskosten

### **Op zoek naar aanvaarding – Leven met reumatoïde artritis**

Mia Van der Schueren en Dr. Michel Walravens

Uitgeverij Houtekiet, ISBN 90 5240 609 x

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 14,75 + € 2,5 verzendingskosten

### **Oorlog in mijn lichaam – Een verhaal over kinderreuma**

An Vandeloo, met illustraties van Kristina Ruell

Uitgeverij Davidsfonds/Infodok, ISBN 90 5908 195 1

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 13,50 + € 2,5 verzendingskosten

### **Mensen met artritis**

Filip De keyser & Heidi Van de Keere

Uitgeverij Lannoo, ISBN 978 90 209 9760 6

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 19,5 + € 2,5 verzendingskosten

### **Reuma, na de diagnose**

Walter Vermeylen

Uitgeverij Acco, ISBN 90 334 6238 9

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 19,5 + € 2,5 verzendingskosten

### **Spondylartho.watte?! Leven met jeugdreuma**

Marlies Vervoort

Uitgeverij Bola-editions, ISBN 978 94 902 4352 4

Te bestellen via [info@reumanet.be](mailto:info@reumanet.be) – € 19,5 + € 2,5 verzendingskosten

**NOTA'S**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

