

## DISCLAIMER

ntv  
g  
NEDERLANDSE  
TIJDSCHRIFT  
VOOR  
GENEESKUNDE

Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

## Vroege herkenning van artritis bij pijn aan de handen

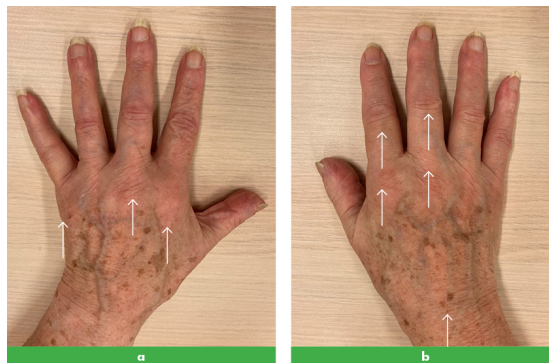
Florus J. van der Giesen en Arlette Y. de Voogd

**Beste collega's, In dit artikel bespreken wij het onderscheid tussen reumatoïde artritis en artrose bij patiënten met gewrichtspijn aan de handen. Dit onderscheid is belangrijk om patiënten met reumatoïde artritis tijdig te kunnen behandelen.**

Als een patiënt reumatoïde artritis blijkt te hebben, beginnen we het liefst zo snel mogelijk met de behandeling, omdat snelle behandeling zorgt voor een lagere kans op gewrichtsschade en beperkingen in het functioneren, en een grotere kans op medicatievrije remissie op de lange termijn.<sup>1</sup> Het klassieke beeld van reumatoïde artritis is een symmetrische polyartritis van de pols- en/of handgewrichten, maar in een vroege fase kan de ontsteking beperkt zijn tot een asymmetrische mono- of oligo-artriculaire distributie.<sup>2</sup>

De basis voor een snelle diagnosestelling is het herkennen van artritis aan de handgewrichten en het maken van het onderscheid met bijvoorbeeld artrose van de handen. Wij laten dat zien aan de hand van drie patiënten met gewrichtspijn aan de handen.

**Patiënt A**, een 74-jarige vrouw, wordt door de huisarts verwezen naar een polikliniek Reumatologie vanwege pijnklachten van de handen sinds 2 maanden. Haar moeder had reumatoïde artritis. De klachten zijn in de ochtend het ergst; ze kan dan geen volledige vuisten maken en heeft moeite met het hanteren van bestek. Deze klachten worden in de loop van de ochtend wat minder. Bij gewrichtsonderzoek is er een beperkte vuistsluiting en valt op dat er synoviale zwelling is van de rechter pols, de metacarpofalangeale (MCP) gewrichten 2, 3 en 5 links en MCP-gewrichten 2 en 3 rechts. Ook is er synoviale zwelling van de proximale interfalangeale (PIP) gewrichten 2 en 3 rechts. De distale interfalangeale (DIP) gewrichten vertonen geen zwelling of drukpijn (figuur 1).



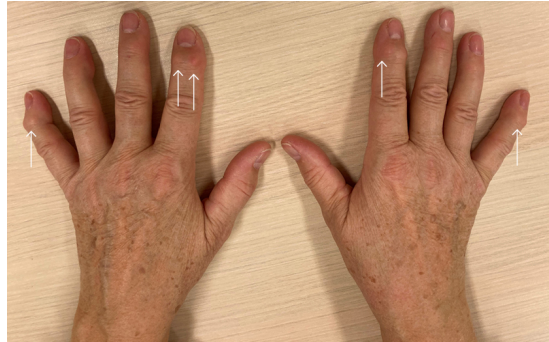
**Figuur 1**  
**Patiënt A met reumatoïde artritis**

Foto's van (a) de linker hand en (b) de rechterhand van patiënt A. De pijlen wijzen naar gebieden met synoviale zwelling (afgebeeld met toestemming van de patiënt).

Op basis van het klinische beeld van inflammatoire pijnklachten en artritis van pols-, MCP- en PIP- gewrichten stellen wij de werkdiagnose 'symmetrische polyartritis'. Op de röntgenfoto van de handen zijn geen erosieve afwijkingen aan MCP- of PIP-gewrichten te zien. Bij bloedonderzoek is de bezinking 42 mm in het eerste uur (referentiewaarde: 0-30), en de CRP-waarde was 6 mg/l (referentiewaarde: < 5). De uitslagen van de anti-CCP-test en de bepaling van reumafactoren zijn negatief. De uiteindelijke diagnose luidt 'serologisch negatieve, niet-erosieve reumatoïde artritis', waarop de patiënte begint met methotrexaat. Na 3 maanden heeft zij geen beperkingen in haar handfunctie meer.

**Patiënt B**, een 60-jarige vrouw met in de voorgeschiedenis bilaterale gonartrose, wordt naar de polikliniek Reumatologie verwezen vanwege pijn van de handen. Ongeveer 8 jaar geleden had ze deze pijn af en toe, maar in de loop der jaren kreeg ze deze pijn steeds vaker. Ze heeft pijnklachten van de eindkootjes van de vingers, die ook vergroeien, en ze ervaart pijn van de duimmuizen. In de ochtend is zij ongeveer 15 minuten stijf in de handen; ze kan dan geen volledige vuist maken. Verder is de patiënte gezond.

Bij gewrichtsonderzoek is de vuistsluiting volledig, maar de knijpkracht wat minder dan verwacht. Er is een adductiestand van de eerste stralen, waarbij het os metacarpale van de duim zich in de handpalm verplaatst en de repositie- en extensiebeweging van de duim beperkt is. Er is drukpijn van de carpometacarpale gewrichten van de duim (CMC-1), rechts meer dan links. We zien benige zwellingen aan de DIP-gewrichten van beide handen (noduli van Heberden), het meest uitgesproken aan de 2e en 5e straal rechts en links, met hier ook extensiebeperkingen en drukpijn. De DIP-gewrichten van de linker en rechter ringvinger vertonen ook een extensiebeperking. Er zijn geen synoviale zwellingen van de pols-, MCP-, PIP- of DIP-gewrichten (figuur 2).



**Figuur 2**  
**Patiënt B met handartrose**

Foto van de handen van patiënt B. De pijlen wijzen naar noduli van Heberden. Daarnaast is er een extensiebeperking van de DIP-gewrichten van de ringvingers en is de abductie van de duimen beperkt (afgebeeld met toestemming van de patiënt).

Op basis van de symmetrische, langzaam ontstane, niet-inflammatoire pijn en stijfheid van de DIP-gewrichten en duimmuizen, de drukpijn en de benige zwellingen, stellen wij de diagnose 'handartrose'. We informeren de patiënte over de ziekte en zij krijgt een positief beweegadvies. Ze is daarmee gerustgesteld; behoefte aan medicamenteuze pijnstilling of een spalk heeft zij op dit moment niet.

**Patiënt C**, een 63-jarige vrouw, wordt naar een polikliniek Reumatologie verwezen vanwege toenemende pijn van de handen met zwelling en standsafwijking van de vingergewrichten. Omdat zij een zus met reuma heeft, werden eerder anti-CCP-antistoffen en reumafactoren bepaald; die waren destijds negatief.

De pijn heeft ze sinds ongeveer 5 jaar, maar de klachten zijn de afgelopen 3 maanden toegenomen. In de ochtend voelen de vingers stijf gedurende 20 minuten en de pijnklachten nemen in de loop van de dag toe. Er zijn verschillende perioden van enkele weken geweest waarin de rechter wijs- en middelvinger met name 's nachts veel meer pijn deden. De rechter pink is in de ochtend pijnlijk en ze tracht die te ontzien. De meeste klachten ervaart zij met kracht zetten, zoals met het openen van potjes. Ze heeft geen andere gezondheidsklachten. Afgezien van vitiligo heeft de patiënte nooit andere huidafwijkingen opgemerkt; ze heeft geen psoriasis. Bij gewrichtsonderzoek blijft de pink achter in vuistsluiting. Er is een benige zwelling van de DIP-gewrichten van de wijs- en middelvinger. Het PIP-gewricht van de rechter pink is synoviaal gezwollen. Aan de polsen en MCP-gewrichten heeft de patiënte geen afwijkingen (figuur 3).



**Figuur 3**  
**Patiënt C met**  
**inflammatoire**  
**handartrose**

Foto van de rechter hand van patiënt C. De pijlen wijzen naar regio's van benige zwelling. Het proximale interfalangeale gewricht van de pink vertoont synoviale zwelling. De lichte plekken in de huid zijn een gevolg van vitiligo (afgebeeld met toestemming van de patiënt).

Op basis van het klinisch beeld van periodiek inflammatoire pijnklachten van PIP- en DIP-gewrichten en de degeneratieve en inflammatoire kenmerken bij gewrichtsonderzoek, vermoeden wij de diagnose 'inflammatoire handartrose'. Een röntgenfoto van de handen laat erosies centraal in het gewricht van PIP-2, -3 en -5 zien, met gewrichtsspleetversmalling van DIP-2 en -3; deze bevindingen passen bij het klinisch beeld van inflammatoire handartrose. Daarmee wordt de diagnose bevestigd.

De patiënte krijgt informatie en uitleg over de diagnose, het te verwachten beloop en de behandeling. Zij wordt verwezen naar de handtherapeut voor ergonomische adviezen. Als medicamenteuze pijnstilling wordt paracetamol geadviseerd, zo nodig aan te vullen met een topicaal NSAID.

### Beschouwing

De casussen van patiënt A, B en C illustreren het belang van gewrichtsonderzoek binnen de klinische patroonherkenning als basis voor de diagnostiek bij patiënten met pijn van de handgewrichten.

### Anamnese: inflammatoire en niet-inflammatoire patronen

In de anamnese wordt al onderscheid gemaakt tussen pijn en stijfheid in inflammatoire patronen (richtinggevend voor artritis) en niet-inflammatoire patronen (richtinggevend voor artrose). Kenmerken van inflammatoire klachtenpatronen zoals bij patiënt A zijn: nachtelijke pijn, pijn in rust, en langdurige ochtendstijfheid die vaak pas na meer dan een uur is opgeknapt. Dit contrasteert met niet-inflammatoire klachtenpatronen, zoals bij patiënt B. Bij dit patroon neemt de pijn gedurende de dag toe, vooral bij belasting, en ervaart de patiënt startstijfheid na een periode van rust. De ochtendstijfheid is vaak van korte duur en knapt in de regel op in minder dan 30 minuten.

Hoewel een klachtenpatroon vaak te duiden is als specifiek inflammatoir dan wel niet-inflammatoir, zijn er soms combinaties van beide te herkennen. Zo kan handartrose gepaard gaan met perioden van inflammatie; dat is het geval bij het subtype 'inflammatoire handartrose', zoals geïllustreerd door patiënt C.<sup>3</sup>

Naast het klachtenpatroon kan de distributie over specifieke gewrichten richting geven aan de diagnose. Bij reumatoïde artritis zijn vaker polsen en MCP-gewrichten betrokken. Bij handartrose past niet-inflammatoire betrokkenheid van CMC-1- en DIP-gewrichten. We merken hierbij op dat een ziektebeeld als artritis psoriatica met inflammatoire klachten en artritis van DIP-gewrichten gepaard kan gaan. Ook bij andere reumatische systeemziekten kan artritis van de handgewrichten optreden.

### Synoviale of benige zwelling van gewrichten

Bij de diagnostiek van artritis is naast een richtinggevende anamnese ook de herkenning van synoviale zwelling van gewrichten – het anatomisch-pathologisch proces van artritis – een belangrijk aspect. De hyperplasie van het synovium, gelokaliseerd aan de binnenkant van het gewrichtskapsel, kan bij palpatie gevoeld worden als een zwelling die anatomisch past bij het gewrichtskapsel. Het aspect kan als zacht en sponzig worden omschreven. Als criterium voor het bestaan van synoviale zwelling kan het verstrijken van de gewrichtsspleet worden gebruikt, die dan bij palpatie niet meer geïdentificeerd kan worden.<sup>4</sup> Het is daarbij belangrijk de

anatomische verhoudingen van de individuele patiënt in het oog te houden en niet-symptomatische gewrichten te vergelijken met symptomatische gewrichten. Naast zwelling is er bij patiënten met artritis vaak in meer of mindere mate een bewegingsbeperking waar te nemen. Synoviale zwelling neemt intra-articulair ruimte in, waardoor de mobiliteit van een gewricht beperkt wordt. Een bewegingsbeperking van een gewricht is echter niet bewijzend voor artritis. Ook artrose kan een bewegingsbeperking geven door klinisch waarneembare, degeneratieve kenmerken als verdikking van het gewrichtskapsel en hypertrofie van het bot. De zwelling bij artrose is in de regel hard van aard; bij gewrichtsonderzoek kan die worden waargenomen als een diffuse zwelling of als noduli. Noduli aan DIP-gewrichten worden noduli van Heberden genoemd; noduli van Bouchard doen zich voor aan PIP-gewrichten. Zowel artritis als artrose zijn klinisch op basis van deze kenmerken bij lichamelijk onderzoek vast te stellen. De onderscheidende kenmerken van handartrose en reumatoïde artritis staan samengevat in de tabel.

handartrose	reumatoïde artritis
anamnese	
niet-inflammatoire klachten	inflammatoire klachten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• belastingsafhankelijke klachten</li> <li>• ochtendstijfheid &lt; 30 minuten</li> <li>• startstijfheid na inactiviteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klachten in rust of 's nachts</li> <li>• ochtendstijfheid &gt; 30 minuten</li> </ul>
distributie over de gewrichten	
• duimbasis, DIP- en PIP-gewrichten	• polsen, MCP- en PIP-gewrichten
gewrichtsonderzoek	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwelling door botproliferatie</li> <li>• zwelling hard, nodulair</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwelling door proliferatie van synoviaal weefsel</li> <li>• zwelling zacht, spoelvormig</li> </ul>

DIP = distaal interfalangeaal; PIP = proximaal interfalangeaal;  
MCP = metacarpofalangeaal.

**Tabel**  
**Onderscheidende kenmerken van handartrose en reumatoïde artritis**

### Diagnostiek in de eerste en tweede lijn

Er is een verschil tussen de eerste en de tweede lijn in de diagnostische benadering van pijnklachten van de handen. Daaraan ligt onder andere een verschil in prevalentie en incidentie van de oorzaken van handklachten ten grondslag. In de eerste lijn kan met name gebruikt worden gemaakt van de anamnese, de distributie van de gewrichtsklachten en uiterlijke gewrichtskenmerken. Het gedetailleerd uitvoeren van gewrichtsonderzoek en herkennen van synovitis daarentegen is een reumatologische expertise. Het kost tijd en vergt specifieke training om deze vaardigheid aan te leren.

In de eerste lijn is er zelden of nooit een indicatie voor aanvullend onderzoek in de vorm van een röntgenfoto of bepaling van antistoffen tegen gecitrullineerde eiwitten (anti-CCP-antistoffen) en reumafactor.<sup>5</sup> In de tweede lijn wordt dit aanvullende onderzoek gebruikt om de differentiaaldiagnose bij patiënten met klinische artritis uit te werken. Bij een vermoeden van inflammatoire handartrose is bloedonderzoek niet geïndiceerd; zo is een verhoogde CRP-waarde niet kenmerkend voor deze diagnose.

Verhoogde waarden van inflammatieparameters als BSE en CRP zijn aspecifiek; niet-afwijkende waarden sluiten de diagnose 'reumatoïde artritis' niet uit. Ook de afwezigheid van reumafactoren sluit reumatoïde artritis geenszins uit. De voor reumatoïde artritis specifieke anti-CCP-antistoffen zijn bij slechts 60-70% van de mensen met reumatoïde artritis aanwezig en kunnen ook aanwezig zijn zonder klinische artritis.<sup>6</sup>

Röntgenonderzoek maakt eveneens zelden goed onderscheid tussen artritis en artrose. Gewrichtserosies zijn in de regel een laat verschijnsel van artritis en de diagnose 'handartrose' is op klinische gronden met grote zekerheid te stellen.<sup>7</sup>

**Beste collega's**, de vroege herkenning van artritis bij patiënten met pijnklachten van de handen is vaak goed mogelijk op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Het zwaartepunt ligt hierbij op het aantonen van klinische artritis bij gewrichtsonderzoek. Aanvullend onderzoek is hierbij niet van belang. Bij artritis of een vermoeden daarvan is een verwijzing naar een reumatologische centrum geïndiceerd.<sup>5</sup> Voor patiënten met reumatoïde artritis is specifieke behandeling met antireumatica beschikbaar.<sup>1</sup> Bij de behandeling van patiënten met artrose staan informatievoorziening, beweegadviezen en pijnstilling centraal; die kunnen in de eerste lijn plaatsvinden.<sup>8</sup>

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D8134](http://ntvg.nl/D8134)
- Zuyderland Medisch Centrum, afd. Reumatologie, Heerlen: dr. F.J. van der Giesen, physician assistant. Huisartsenpraktijk Warmond, Warmond: drs. A.Y. de Voogd, huisarts.
- Contact: F.J. van der Giesen ([f.vandergiesen@zuyderland.nl](mailto:f.vandergiesen@zuyderland.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

– Aanvaard op 29 mei 2024 Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2024;168:D8134

## Literatuur

1. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(1):3-18. [doi:10.1136/ard-2022-223356](https://doi.org/10.1136/ard-2022-223356). [Medline](#)
2. Dakkak YJ, Boeters DM, Boer AC, Reijnierse M, van der Helm-van Mil AHM. What is the additional value of MRI of the foot to the hand in undifferentiated arthritis to predict rheumatoid arthritis development? *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1):56. [doi:10.1186/s13075-019-1845-7](https://doi.org/10.1186/s13075-019-1845-7). [Medline](#)
3. Favero M, Belluzzi E, Ortolan A, et al. Erosive hand osteoarthritis: latest findings and outlook. *Nat Rev Rheumatol.* 2022;18(3):171-183. [doi:10.1038/s41584-021-00747-3](https://doi.org/10.1038/s41584-021-00747-3). [Medline](#)
4. Van Riel PLCM (namens EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials). EULAR handbook of clinical assessments in rheumatoid arthritis. Hoofdstuk 2.1.1.1. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.; 2000.
5. Janssens HJEM, Lopushaä DE, Schaafstra A, et al. [NHG-standaard Artritis \(M90\)](#). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2017.
6. Van Gaalen F, Ioan-Facsinay A, Huizinga TW, Toes RE. The devil in the details: the emerging role of anticitrulline autoimmunity in rheumatoid arthritis. *J Immunol.* 2005;175(9):5575-5580. [doi:10.4049/jimmunol.175.9.5575](https://doi.org/10.4049/jimmunol.175.9.5575). [Medline](#)
7. Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(9):1484-1494. [doi:10.1136/annrheumdis-2016-210815](https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210815). [Medline](#)
8. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020;72(2):149-162. [doi:10.1002/acr.24131](https://doi.org/10.1002/acr.24131). [Medline](#)

## Kernpunten

- De diagnostiek van reumatoïde artritis bij pijnklachten aan de handgewrichten is gebaseerd op herkenning van het klinisch beeld.
- De aard van de zwelling en de distributie over de hand- en polsgewrichten kunnen behulpzaam zijn bij het onderscheid tussen artritis en artrose.
- Bij de vroege herkenning van artritis staat het aantonen van synoviale gewrichtszwelling bij gewrichtsonderzoek centraal.
- Snelle herkenning van artritis bij mensen met pijnklachten van handgewrichten maakt een effectieve behandeling met antireumatica mogelijk.
- Bij een verdenking op artritis van de handgewrichten is verwijzing naar een reumatologisch centrum aangewezen.