


Reumatische voetproblemen: kijken naar het geheel en oplossen a la carte

(G)een poot om op te staan (deel I)

Twee keer per jaar vinden orthopeden, reumachirurgen, reumatologen en revalidatieartsen elkaar tijdens een NERASS-congres. Ditmaal alles over de diagnostiek en behandeling van voetproblemen.

Voor (super)specialisten en oude rotten in het vak is dit congres een moment om kennis bij te spijkeren en te verbreden en om stevig met elkaar in discussie te gaan. Voor jonge specialisten (in opleiding) is het enorm verrijkend om vanuit meerdere disciplines kennis en ervaring over een onderwerp aangereikt te krijgen. Aios reumatologie Marjolein Kleibeuker: "Het heeft mij een leerzame inkijk gegeven in specialismen grenzend aan de mijne en een beeld van de gezamenlijke problematiek. Dit geeft mij de drive om meer multidisciplinair te werken en elkaars expertise te benutten!"

De kunst van het kijken naar lopen

De 19e-eeuwse fotograaf en uitvinder Eadweard Muybridge was de grondlegger van de gangbeeldanalyse. Door snel achter elkaar foto's te maken van dieren

kunnen kijken. De volgende vragen moeten worden beantwoord: Wat is het probleem? Wat zie ik? Hoe kan ik het oplossen? De kunst van goed kijken zit hem in structuur en kijken naar het geheel. Het begint al met kijken hoe iemand de onderzoekskamer inloopt en na het onderzoek weer verlaat. Omstandigheden hebben invloed op het looppatroon. Een kind, dat volgeplakt is met detectoren en weet dat hij wordt geobserveerd, loopt anders. Gestructureerd naar het geheel kijken betekent iemand van hoofd tot tenen systematisch observeren. Of iemand rechtuit kijkt of naar beneden beïnvloedt hoe iemand loopt. Ook de rompstabiliteit en atrofie maken uit. Dus moet de lange broek uit en de top boven de navel, zodat het bekken en de onderrug goed zichtbaar zijn. Het gangbeeldonderzoek moet in twee richtingen worden uit-

"Het is een kunstfout om gangbeeldonderzoek te doen zonder anamnese en lichamelijk onderzoek. Een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek zijn essentieel om gericht te kunnen kijken."

en mensen in beweging en die vervolgens achter elkaar af te spelen kon hij vastleggen wat met het blote oog niet goed was waar te nemen. Bijvoorbeeld of er bij een paard in galop een moment is dat alle vier de benen los zijn van de grond. Nu wordt gangbeeldonderzoek toegepast bij de diagnostiek van loopproblemen en helpt het bij het vinden van de juiste oplossing. "Het is een kunstfout om gangbeeldonderzoek te doen zonder anamnese en lichamelijk onderzoek", betoogt Klaas Postema, revalidatiearts in het UMC Groningen. "Een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek zijn essentieel om gericht te

gevoerd om een driedimensionaal beeld te kunnen vormen. Een valkuil is te snel conclusies trekken voordat het onderzoek volledig is doorlopen. Een zelf opgelegde structuur behoedt je daarvoor."

Gevoelige beeldvorming: (te) vroege diagnostiek?

Met gevoelige beeldvormende technieken zoals dual-energy CT (DECT) en MRI kunnen afwijkingen worden gezien die bij lichamelijk onderzoek (nog) niet zichtbaar zijn. Fercio Berger, radioloog in het VUMC en Annette van der Helm-van Mil, Reumatoloog in het LUMC, vertelden over de plaats van MRI en DECT in de klinische praktijk voor de detectie van respectievelijk (subklinische) artritis en jicht.

Jichttophi in beeld met dual-energy CT

Jicht is de meest voorkomende vorm van artritis, aldus Rabia Agca, arts-onderzoeker in het VUMC. In 80% van de gevallen is het een monoarticulaire aandoening – meestal MTP-1 of de knie – in minder dan 20% van de gevallen is het polyarticulair. Dit zijn vaker ouderen. Ook wordt het gezien bij mensen met een myeloproliferatieve aandoening. De polyarticulaire vorm gaat vaak gepaard met koorts. De differentiële



diagnose van jicht is breed. Er moet worden geacht aan onder andere een infectie, een andere reumatische aandoening, een systeemziekte of een andere onderliggende ziekte met verhoogd risico op jicht. Jicht is een stapelingsziekte, waarbij een overmaat aan urinezuur – het eindproduct van de urinezuurstofwisseling – neerslaat in de weke delen en gewrichten. Die overmaat ontstaat door disbalans in de productie en uitscheiding. Terugkerende artritis en persisterende tophi (uraatkristaldeposities) leiden tot erosieve gewrichtsschade. Het aantreffen van typische dubbelbrekende kristallen in synoviale vloeistof of een tophus bewijst de diagnose. Dit lukt echter maar in 50% van de gevallen. Het serumurinezuur is tijdens een acute aanval vaak normaal. Na een eerste aanval is er geen indicatie voor een röntgenfoto, omdat er dan over het algemeen nog geen schade is. Echografie kan behulpzaam zijn. Uraatkristallen op het kraakbeen geven een typische 'double contour sign' en een 'patchy' beeld van het synovium met soms echoreflecties van multiële kristallen (zogenoemde 'snow storm appearance'). Een nieuwe beeldvormende techniek die, in tegenstelling tot conventionele CT en MRI, de uraatdeposities kan visualiseren is de dual-energy CT (DECT). Fercio Berger, radioloog in het VUMC, legde uit dat de DECT twee maal hetzelfde plaatje maakt, maar met een ander energiespectrum. Elk molecuul heeft een eigen curve van stralenabsorptie per energieniveau en onderscheidt zich daarmee van andere moleculen die een andere energiecurve hebben. Door dit principe kunnen uraatmoleculen worden onderscheiden van bijvoorbeeld calciummoleculen die in bot zitten. Omdat het om berekeningen gaat, zijn er ook artefacten, soms bijvoorbeeld rond het nagelbed, huid tegen huid en sieraden. Bij het toepassen van deze techniek bij jichtpatiënten, blijkt dat uraatdeposities op veel meer plaatsen in het lichaam zitten, dan waar er symptomen zijn. Bij topheuze jicht is de sensitiviteit en specificiteit hoog (> 90%). Voor een eerste jichtaanval is dat nog niet goed uitgezocht. Bij een atypische presentatie van jicht of als het niet is gelukt om kristalbewijs te krijgen, zou DECT uitkomst kunnen bieden. Het kan ook worden gebruikt om de effectiviteit van urinezuur-



DECT van jicht in de voeten
 Bron: Nicolaou et al.¹

verlagende therapie te monitoren, omdat de uraatvolumen berekend kunnen worden. In Vancouver – in de reumatologiekliniek van Nicolaou, een van de pioniers op het gebied van DECT voor jicht – wordt DECT ingezet in plaats van microscooponderzoek.¹ In Nederland is dat nog niet aan de orde. DECT is duur in aanschaf en er zijn maar een paar DECT-apparaten in Nederland.

MRI nodig bij vroege diagnose RA?

MRI is gevoeliger in het detecteren van artritis dan lichamelijk onderzoek. 91% van de patiënten in de Early Arthritis Clinic (EAC) had 1 of meer ontstoken gewrichten op de MRI die de reumatoloog bij lichamelijk onderzoek niet had vastgesteld, aldus Annette van der Helm-van Mil, Reumatoloog in het LUMC. De vraag is of dat klinisch relevant is en of dat de hoge kosten van een MRI rechtvaardigt. Met echografie, een techniek die tegenwoordig op de meeste poliklinieken beschikbaar is, kan immers ook gevoelig artritis worden vastgesteld. Osteïtis (zichtbaar als beenmergoedeem op MRI), dat meer dan synovitis is geassocieerd met de ontwikkeling van erosies ter plaatse, is niet te zien bij echografie en wel op een MRI. Maar, is het allemaal pathologie die met een MRI wordt gemeten? Uit een klein onderzoekje van Van der Helm met 3 jonge vrouwen bleek dat intensief lopen en traplopen op 10 centimeter hoge hakken geen MRI-afwijkingen veroorzaakte die verward zouden kunnen worden met synovitis of beenmergoedeem. De afwijkingen bleven beperkt tot subcutaan oedeem. Uit andere studies kwam naar voren dat bij 30-50% van gezonde mensen erosies te zien waren. Bij 0-16% betrof dit beenmergoedeem en bij 7% synovitis. Bij oudere mensen kwam dat meer voor dan bij jongere personen. Uit data van het EAC-cohort van het LUMC en het Franse ESPOIR-cohort blijkt dat de ontwikkeling van schade een curve vertoont die na verloop van tijd afvlakt. Dit betekent dat het verschil maakt als je in een zo vroeg mogelijke fase van de ziekte start met DMARD-therapie. Er is een 'window of opportunity' dat benut moet worden. Als MRI gevoeliger artritis kan detecteren dan lichamelijk onderzoek door de reumatoloog, zou met MRI preklinische artritis gediagnosticeerd kunnen worden en zou nog vroeger met DMARD-therapie kunnen worden gestart. Van der Helm onderzocht bij patiënten met artralgie, die klinisch verdacht waren voor RA, de toegevoegde waarde van MRI. Van alle patiënten met artralgie was 6,5% klinisch verdacht voor RA. 44% had meer dan 3 MRI-features (afkappunt voor een positieve test). Hiervan ontwikkelde 35% zich tot RA. MRI zou dus kunnen bijdragen aan het vinden van preklinische RA, maar het is de vraag of dit toepasbaar is in de klinische praktijk.

Vrijwel alle RA patiënten krijgen eens voetklachten

"Vrijwel alle patiënten met reumatoïde artritis (RA) krijgen een keer te maken met voetklachten", zegt Marjke van der Leeden, onderzoeker bij Reade, Amsterdam. In Reade heeft 70% van de patiënten in de EAC een of meer pijnlijke MTP-gewrichten, na een jaar is dat door medicamenteuze therapie verminderd naar 40%.² Van patiënten die volgens de DAS28 in remissie zijn heeft een derde nog steeds voetklach-



ten. 20% van de patiënten heeft bij het stellen van de diagnose al erosies, na 8 jaar is dat 60%. Voetklachten bij RA worden veroorzaakt door zowel ontsteking als mechanische belasting. Patiënten die na 2 jaar nog problemen hebben met lopen, hebben dat vaak blijvend. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een veranderd looppatroon al vroeg optreedt in de ziekte.^{3,4} De klachten worden vaak veroorzaakt door hoge piekdruk onder de voorvoet. Er is een relatie tussen de mate van schade en standafwijkingen en voetklachten.

Wetenschappelijk bewijs effecten inlegzolen en aangepast schoeisel

Naast goede DMARD-therapie is er een arsenaal aan conservatieve therapieën: voorlichting, bevorderen van zelfmanagement, verwijderen van eelt, op maat

in combinatie met goed passend schoeisel. De compliance voor het dragen van orthopedische schoenen onder RA-patiënten blijkt gering te zijn. Of de schoenen worden gedragen, wordt voor een belangrijk deel bepaald door de effectiviteit. Maar ook heel belangrijk is goede informatie en het betrekken van de patiënt bij het meebeslissen over het uiterlijk van de schoenen.⁹

Optimaliseren van aanpassing inlegzolen

Marloes Tenten-Diepenmaat, podotherapeute in Rotterdam en onderzoeker bij Reade in Amsterdam, vertelde over de rol van de podotherapeut in de voetzorg voor patiënten met artritis. Inlegzolen zijn de meest toegepaste voetbehandeling voor RA-patiënten. Een gemaakte inlegzool moet vaak worden aangepast voor een

over de gemaakte zolen en ondersteunde daarmee het klinisch redeneren van de podotherapeut. Uit de evaluatie bleek dat het protocol voor verbetering vatbaar was. De criteria voor aanpassingen aan de zolen waren niet helemaal toepasbaar. Ook bleek dat drukverlaging niet voor elke patiënt het doel was. Op basis van de evaluatie werd het protocol verbeterd, onder andere door het stellen van individuele doelen per patiënt.

Referenties

- Nicolaou S, Liang T, Murphy DT, et al. Dual-energy CT: a promising new technique for assessment of the musculoskeletal system. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;199(5 Suppl):S78-86.
- Van der Leeden M, Steultjens MP, Ursum J, et al. Prevalence and course of forefoot impairments and walking disability in the first eight years of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;59:1596-602.
- Turner DE, Helliswell PS, Emery P, Woodburn J. The impact of rheumatoid arthritis on foot function in the early stages of disease: a clinical case series. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:102.
- Baan H, Dubbeldam R, Nene AV, van de Laar MA. Gait analysis of the lower limb in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2012;41:768-788.e8.
- Hennessy K, Woodburn J, Steultjens MP. Custom foot orthoses for rheumatoid arthritis: A systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64:311-20.
- Farrow SJ, Kingsley GH, Scott DL. Interventions for foot disease in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum.* 2005;53:593-602.
- Dahmen R, Buijsmann S, Siemonsma PC, et al. Use and effects of custom-made therapeutic footwear on lower-extremity-related pain and activity limitations in patients with rheumatoid arthritis: A prospective observational study of a cohort. *J Rehabil Med.* 2014;46:561-7.
- Van der Leeden M, Fiedler K, Jonkman A, et al. Factors predicting the outcome of customised foot orthoses in patients with rheumatoid arthritis: a prospective cohort study. *J Foot Ankle Res.* 2011;4:8.
- Williams AE, Rome K, Nester CJ. A clinical trial of specialist footwear for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:302-7.

Mw. dr. W.H. Noort-van der Laan, reumatoloog, Sint Maartenskliniek, Woerden



Dual-energy CT kan worden gebruikt om de effectiviteit van urinezuurverlagende therapie te monitoren

gemaakte inlegzolen, schoenaanpassingen, orthesen en orthopedische schoeisel. Zelfmanagement wordt bevorderd door adviezen over schoeisel, preventie van eeltplekken, voorkomen van wondjes, behandeling van huid- en nagelinfecties, voethygiëne en leefstijladviezen. Er is toenemend wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van inlegzolen⁵ en aangepast schoeisel.^{6,7} In een recente systematische review naar de effectiviteit van inlegzolen werd een middelgrote effectmaat na 0,45 jaar is dat door medicamenteuze therapie verminderd naar 40%.² Van patiënten die volgens de DAS28 in remissie zijn heeft een derde nog steeds voetklach-

optimale functie. Om dit proces te verbeteren ontwikkelde Tenten een protocol, geïnspireerd op een bestaand protocol voor diabetische voeten. In plaats van een paar keer te moeten terugkomen voor aanpassingen aan de zolen, worden de effecten van de zolen op de drukverdeling in de voeten direct geëvalueerd en worden de zolen direct aangepast. Na 3 uur heeft de patiënt een optimale inlegzool. Dit protocol werd bij 34 RA-patiënten met voetklachten en weinig schade geëvalueerd met de foot-function index en semigestructureerde interviews. Door het protocol werd 3% extra drukreductie gerealiseerd op de initiële 9%. Deze procedure gaf direct feedback

Reumatische voetproblemen: kijken naar het geheel en oplossen a la carte

(G)een poot om op te staan (deel II)

Twee keer per jaar vinden orthopeden, reumachirurgen, reumatologen en revalidatieartsen elkaar tijdens een NERASS-congres. Ditmaal alles over de diagnostiek en behandeling van voetproblemen.



Er blijkt gebrek aan kennis over mogelijkheden van voetzorg bij patiënten en behandelaars.¹ Zelfs in een gespecialiseerd centrum voor reumatologie en revalidatiegeneeskunde als Reade wordt slechts een deel van de patiënten doorverwezen voor voetzorg.

Voetproblemen bij RA patiënten worden onderbehandeld

Ook uit de zaal kwam op dit congres de vraag wanneer naar een podoloog, podotherapeut of orthopedisch schoenmaker moet worden verwezen (zie kader). De zorg voor voetproblemen bij RA kan dus beter. Er is bij zorgprofessionals behoefte aan bundeling van kennis over diagnostiek en behandeling van voetklachten bij artritis. Daarom zijn Marike van der Leeden (onderzoeker Reade), Marloes Tenten (podotherapeute Rotterdam) en Huub van der Heide (orthopedisch chirurg LUMC) met een aantal collega's gestart de beschikbare kennis te inventariseren – en waar mogelijk te standaardiseren – en dit te bundelen in een aanbeveling. De inventarisatie is nu gaande en het publiek werd gevraagd hier actief aan mee te werken. Ook patiënten worden hierbij betrokken.

Orthopedische schoenen alleen goed indien gedragen

De oplossing van een looppatroon kan liggen in aangepast of orthopedisch schoeisel. Maar dat moet wel gedragen worden. Jaap van Netten, promovendus van Postema en Geertzen in het UMCG, heeft met vragenlijsten en semigestructureerde interviews onderzocht welke factoren bijdroegen aan het gebruik van de orthopedische schoenen door patiënten.² Vaak zijn medische hulpmiddelen techniekgedreven en wordt er bijvoorbeeld geen rekening mee gehouden dat een perfect gemaakte schoen niet gedragen wordt, omdat deze zo moeilijk aan en uit gaat of zo zwaar is dat je er niet mee kunt autorijden. Van Netten vond dat 10% van de mensen na 3 maanden de schoenen niet meer draagt. Na anderhalf jaar is dat 15%. De mensen die de schoenen dagelijks binnens- en buitenshuis droegen, deden dat ook na anderhalf jaar. Degenen die afvielen waren de mensen die ze vanaf het begin niet dagelijks droegen. Effectieve schoenen waren geassocieerd met dagelijks

gebruik, terwijl minder effectiviteit geassocieerd was met het wisselend of niet dragen van de schoenen. Belangrijke redenen om de schoenen niet te dragen, waren het niet kunnen accepteren en verwachtingen die niet strookten met de ervaring. Goede communicatie met de patiënt is dus heel belangrijk. Een techniek als 'motivational interviewing' kan daarbij helpen. Een 65-jarige dame, die zich kan voorstellen dat ze met orthopedische schoenen weer met haar kleinzoon een boswandeling kan maken, kan zo gemakkelijker komen tot acceptatie van haar niet zo elegante orthopedische schoenen. De extra tijdsinvestering om te komen tot acceptatie en een reëel verwachtingspatroon loont. Patiënten die hun orthopedische schoenen hebben geaccepteerd komen minder vaak terug met problemen of klachten.

Schoenen uit!

Het is belangrijk om bij RA-patiënten de voeten goed te inspecteren op weke-delenzwellingen, standsafwijkingen en alert te zijn op drukplekken en wondjes. Chronische artritis en DMARD's verhogen het risico op infecties. Schoenen uit dus! Bij reumatoïde artritis zorgt chronische ontsteking voor synovitis en tenosynovitis voor toegenomen laxiteit van de kapsels en ligamenten. Door disbalans ontstaan subluxaties en vervolgens verplaatsing van het vetweefsel dat normaal de kopjes van de MTP-gewrichten beschermt tegen druk. Voor de diagnostiek volstaan meestal röntgenfoto's van de voorvoeten in twee richtingen, belast uiteraard, en een skylineopname van de sesambeentjes. Bij verdenking op een mortonneurinoom is echografie nodig. Zelden is er een indicatie voor een MRI.

Van niet-schoeibare naar schoeibare voeten

Doel van voorvoetchirurgie is het krijgen van een weer schoeibare voet, aldus Kirsten Veenstra, orthopedisch chirurg in de Sint Maartenskliniek Woerden en gespecialiseerd in reumachirurgie. Niet-schoeibare voeten zijn voeten met deformaties die niet meer met zolen of schoenen zijn te corrigeren, met weke-delenzwellingen als reumanoduli en jichttophi, en niet-genezende voetwonden ondanks maximale conservatieve behandeling. De belangrijkste behandeldoelen bij voorvoetchirurgie zijn het verkrijgen van een stabiele eerste straal, de repositie van de MTP-gewrichten en het terugplaatsen van het vetweefsel onder de MTP-kopjes. De keuze van de operatie wordt bepaald door de mate van schade. Bij weinig schade kan met uitlijnen en nettooyage van het gewricht een goed resultaat worden verkregen. Als MTP 1 erosief is aangetast, heeft artrodese de voorkeur. Subluxaties van MTP 2-5 kunnen bij weinig schade en redelijk intact kraakbeen gereponeerd worden door verlenging van de strekpezen en inkrings-



osteotomie van de metatarsalia (Weil-osteotomie). Bij forse schade is resectie van de MTP-kopjes noodzakelijk. Het resultaat na de behandeling moet functioneel zijn. Het is belangrijk dat de eerste straal voldoende lengte houdt. Als deze te kort is, kan hij onvoldoende druk dragen en komt er te veel druk op de overige MTP-kopjes met problemen tot gevolg. Ook moet MTP 1 in 15 graden valgusstand worden gezet en 10-15 graden dorsoflexie om te kunnen afwikkelen. Soepele hamertenen kunnen vaak worden behandeld met inlegzolen. Rigide hamertenen zijn een indicatie voor chirurgische uitlijning.

Complicaties van voorvoetchirurgie zijn pseudoartrose, verkeerde eindstand met drukplekken of een bunion tot gevolg of een te korte eerste straal. 80-90% van de patiënten is tevreden na voorvoetchirurgie en het recidiefpercentage is laag. De tenen voelen vaak raar en stijf, maar de patiënten kunnen meestal weer confectieschoenen (met aanpassingen) dragen.

Slecht belastbare voet door voetwortelpathologie

Bij voetwortelpathologie heb je volgens Mark Stegeman, orthopedisch chirurg in de Sint Maartenskliniek Woerden, inderdaad

Podoloog, podotherapeut of orthopedisch schoenmaker?

Podotherapie is een wettelijk erkend paramedisch beroep met een HBO opleiding van 4 jaar. Een podotherapeut doet uitgebreide diagnostiek met anamnese, lichamelijk onderzoeken, schoeninspectie, ganganalyse en drukmetingen. Behalve op maat gemaakte inlegzolen, aanpassingen aan confectieschoeisel om de drukverdeling te verbeteren, maakt de podotherapeut ook preventieve voorzieningen om drukplekken te voorkomen zoals teenortheses en nagelbeugels en behandelt deze wonden. Hierin onderscheidt de podotherapeut zich van de podoloog en de orthopedisch schoenmaker. De podoloog behandelt met corrigerende inlegzolen en doet geen wondbehandeling. De orthopedisch schoenmaker is een technicus die (semi-)orthopedische schoenen maakt of orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen maakt. Patiënten met loopproblemen, pijn of risico op wonden door ernstige standsafwijkingen kunnen niet geholpen worden met inlegzolen, maar hebben een compleet aangepaste schoen of orthopedische schoen nodig.

geen poot om op te staan. De voetwortel bestaat uit het talocalcaneaire en talonaviculare gewricht. Artrose van het talocalcaneaire gewricht (het onderste spronggewricht) kan heel invaliderend zijn. Bij RA zijn secundaire artrose, peesletsels en erosies oorzaken van klachten en loopproblemen. Door peesletsels ontstaan standsafwijkingen, zoals een platvoet door een ruptuur van de tibialis posterior-pees. Principes van behandeling van achtervoetpathologie zijn alignment, stabiliteit, verbeteren van de functie en pijnreductie. Eerst wordt conservatief behandeld met medicatie, glucocorticoidinjecties, inlegzolen en eventueel orthopedische schoenen. Maar als de klachten ondanks conservatieve maatregelen lang bestaan, kan voetwortelchirurgie een oplossing zijn. Chirurgische oplossingen voor peesletsels zijn het hechten van een ruptuur, nettoyage bij chronische ontsteking of peesaugmentatie. Bij artrose in het talocalcaneaire of talonaviculare gewricht of bij een ernstige platvoet of holvoet is er een indicatie voor een subtalaire of triple artrodese. Bij een triple artrodese worden de calcaneus, talus, het os naviculare en het os cuboideum aan elkaar vastgezet. Hierdoor ontstaat weer goede alignment. Een nieuwe ontwikkeling is de arthroscopische triple artrodese. Bij RA-patiënten zorgt een triple artrose voor aanzienlijk minder pijn, maar is de verbetering van de functie beperkt. Toch zijn de meeste RA-patiënten tevreden met het resultaat. De meest voorkomende complicaties zijn slechts wondgenezing en pijn van het osteosynthesemateriaal. Op dit moment wordt een prospectieve studie uitgevoerd die de resultaten van de open subtalaire artrodese vergelijkt met de arthroscopische techniek. Alle patiënten die geïndiceerd zijn voor een subtalaire artrodese worden geïncludeerd en gerandomiseerd. Uitkomstmaten zijn de PROMS (patient reported outcome measures) en QUOTE (Quality Of care Through the patient's Eyes). Sommige patiënten hebben hoge verwachtingen en scores laag in hoe ze de behandeling hebben ervaren, ook als de operatie technisch geslaagd is. Het is dus

heel belangrijk om de verwachtingen bij de patiënt te managen door vooraf de wensen van de patiënt en de verwachte resultaten goed te bespreken.

Enkelprothese of artrodese?

Bij artrose van het enkelgewricht, waarbij de conservatieve behandelingen gefaald hebben, kan gekozen worden voor een artrodese of het plaatsen van een enkelprothese. Volgens Huub van de Heide, orthopedisch chirurg in het LUMC, is artrodese nog steeds de gouden standaard. Vooral bij de eerste generatie enkelprothesen was de kans op falen groot. Een hoog percentage heeft een revisieoperatie nodig. De derde generatie enkelprothese pres-

weg voor de patiënt. Ongeveer 10% van de enkelprothesen faalt technische binnen vier jaar. De kwaliteit van de wetenschappelijke studies naar de effectiviteit en de complicaties zijn over het algemeen slecht door kleine patiëntenaantallen, selectie- en publicatiebias. Resultaten van studies die zijn uitgevoerd door de uitvinders van de prothese of het bedrijf dat ze produceert zijn vaak twee keer zo goed als wanneer de studies zijn uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers. Een prospectieve, gerandomiseerde studie die artrodese van de enkel met een prothese vergelijkt, zou moeten worden gedaan, maar dit is in de praktijk niet haalbaar. Patiënten zijn moeilijk te includeren, want als ze een indica-

Patiënten die hun orthopedische schoenen hebben geaccepteerd komen minder vaak terug met problemen of klachten

teert gelukkig beter. Omdat de levensduur beperkt is en wordt verkort door intensieve belasting, heeft bij jonge mensen en bij mensen die door sport of werk hun enkel intensief belasten een artrodese de voorkeur. Ook bij patiënten met weinig beweeglijkheid in de enkel heeft een artrodese de voorkeur, omdat met een prothese geen toename van de beweeglijkheid wordt bereikt. Bij patiënten met monoarticulaire enkelklachten zijn de resultaten van een artrodese beter dan van een prothese. De kans op complicaties of falen wordt groter bij minder ervaring door de chirurg, instabiliteit, slechte 'bone stock' of verhoogd risico op een infectie, bijvoorbeeld een eerder doorgemaakte prothese-infectie. Bij iemand met polyarticulair enkel- en voetijsden, die oud is en zijn enkel niet intensief belast, kan wel voor een enkelprothese worden gekozen. Als een enkelprothese faalt wordt meestal alsnog de enkel vastgezet. Maar in tegenstelling tot een primaire artrodese is dit een lijdens-

tie hebben voor een enkelprothese zullen ze geen artrodese willen. Het is dus heel belangrijk de indicatie voor artrodese of een prothese zorgvuldig te stellen. En patiënten moeten vooraf goed worden voorgelicht zodat ze weten waarvoor ze kiezen.

Voetproblemen oplossen is geneeskunde à la carte

Hoewel we steeds specialistischer worden, onderschrijven alle specialisten de toegevoegde waarde van multidisciplinaire samenwerking. Voor de revalidatiearts is dat een vanzelfsprekend onderdeel van zijn werk. Voor reumatologen en orthopeden is goed intercollegiaal contact onontbeerlijk voor goede en tijdige indicatiestelling. Liever te vroeg dan te laat overleggen of verwijzen. Tijdens een gezamenlijk spreekuur kijken de verschillende professionals vanuit hun eigen expertise naar dezelfde voet. De reumatoloog ziet ontsteking en denkt aan activiteit van de RA, de orthopeed ziet een standsafwijking die ontsteking veroorzaakt en de orthopedisch schoenmaker beoordeelt of de afwijking met aangepast schoeisel is te corrigeren. Voor alle voetbehandelaars geldt dat bij een patiënt met voetproblemen niet alleen de voet moet worden bekeken, maar de rest van het houdings- en bewegingsapparaat ook. Voor het beste resultaat van een voetoperatie moet soms eerst de versleten heup worden geopereerd of de scheve knie worden rechtgezet. Voor alle voetbehandelaars geldt ook dat goede inventarisatie van de behoefte van de patiënt, goede voorlichting en verwachtingenmanagement vooraf, een enorme bijdrage leveren aan het succes van de behandeling. Voetproblemen oplossen is geneeskunde à la carte.

Het volgende NERASS congres zal plaats vinden op 24 april 2015 en heeft de rug als thema.

Referenties

1. Meesters J, de Boer I, van den Berg M, et al. Unmet information needs about the delivery of rheumatology health care services: a survey among patients with rheumatoid arthritis. Patient Educ Couns. 2011;85:299-303.
2. Van Netten SJJ. Use of custom-made orthopaedic shoes. Thesis. Groningen, 2010.

Mw. dr. W.H. Noort-van der Laan, reumatoloog, Sint Maartenskliniek, Woerden



Korte berichten

Het zelfgekozen levenseinde

Het is onduidelijk hoeveel ouderen een actieve doodswens hebben zonder dat daar een medische aandoening aan ten grondslag ligt. Volgens onderzoekers van vijf medische centra lijkt de omvang van deze groep voorsnog 'zeer beperkt'. De verwachting is wel dat de omvang van deze groep de komende jaren zal toenemen. Dit blijkt uit het in november verschenen rapport *Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*. Minister Schippers van het ministerie van VWS gaf opdracht tot dit onderzoek omdat uit een eerdere ZonMw-verkenning over dit onderwerp bleek dat begrippen zoals 'levensmoe' die op dit terrein worden gebruikt, niet eenduidig zijn.

ZonMw, 10 november 2014

Reuma-onderzoekers

Amsterdam bundelen krachten

Reuma-onderzoekers van AMC, Reade en VUmc bundelen hun krachten in het nieuwe Amsterdam Rheumatology & Immunology Center. Hiermee ontstaat het grootste centrum voor dit onderzoek in Nederland. Binnen het centrum werken ruim 50 onderzoekers aan de opsporing en behandeling van reumatische en immunologische aandoeningen. Het grote voordeel van deze samenwerking is de concentratie van onderzoekers, die hopelijk zal leiden tot innovatie in de behandeling van deze ziekten.

VUmc, 16 oktober 2014

Speekselklierbiops Sjögren

In het proefschrift van Anna Risselada wordt de waarde van de ESSDAI vastgelegd in een cohort poliklinische patiënten met het sjögrensyndroom en daarnaast wordt de mogelijkheid om met diagnostische testen de ziekte-uitkomst te voorspellen onderzocht. Ook worden associaties tussen klinische symptomen en lymfoomontwikkeling geëvalueerd en wordt de prognostische waarde van kliercentra in speekselklierweefsel beschreven. Risselada concludeert dat het speekselklierbiops kan worden gebruikt om de prognose in te schatten. Patiënten met meer dan 3 clusters van ontstekingscellen per 4 mm² in het biops hebben 14% kans om een lymfoom te ontwikkelen; 98% van de patiënten met minder clusters krijgt geen lymfoom. Daarnaast hebben patiënten met meer ontstekingsclusters of verscheidene autoantistoffen in het bloed meer kans op ontstekingen elders in het lichaam. Ook bleek uit het onderzoek dat Sjögren-gerelateerde lymfomen in een derde van de gevallen samengaan met ontstekingsverschijnselen, wat belangrijk kan zijn voor de behandeling van het lymfoom. De promovenda concludeert daarnaast dat de ernst van het ziektebeloop van primair sjögrensyndroom gemakkelijker kan worden gekarakteriseerd door de cumulatieve ESSDAI-score.

Universiteit Utrecht, 11 november 2014

