

## **NERASS Najaarscongres 29 november 2019 “De reumatische voet”**

Op vrijdag 29 november vond het NERASS najaarscongres plaats in Woerden. Deze keer was er vanuit de verschillende disciplines aandacht voor voetproblematiek bij de reumapatiënt.

Er werd gesproken over de anatomie, het bewegingsonderzoek van de voet en huidafwijkingen die kunnen wijzen op een systemische aandoening. Beeldvorming en patroonherkenning daarin kan bijdragen aan het stellen van de juiste diagnose. Bijzondere aandacht was er voor de diagnose jicht waarbij acute jichtaanvallen vaak in de voet optreden. De verschillende mogelijkheden in het behandelen van voetklachten, van rekoefeningen en spalken bij verkorte kuitspieren en fasciitis plantaris, tot therapeutische zolen en orthopedische schoenen bij standsafwijkingen, werden belicht. Ook operaties kwamen aan bod, met speciale aandacht voor eventuele aanpassingen van medicatie om postoperatieve complicaties te voorkomen. Een patiënte kwam aan het woord om haar persoonlijk verhaal te vertellen van een zeer pijnlijke voet bij RA. De waarde van goede samenwerking tussen patiënte, reumatoloog en orthopeed kwam in dit verhaal naar voren. Samenwerking is van belang binnen de tweede lijn maar ook samenwerking met de eerste lijn is van belang, zoals met podotherapeuten, podologen en pedicures, om optimale zorg te kunnen leveren aan onze reumapatiënt met voetklachten.

Op het najaarscongres werden ook enkele niet voor iedereen bekende termen genoemd, zoals “Mickey Mouse oren”, “Rat bites”, de Silfverskiöld test en “pump bumps”. Wil je hier meer over weten lees dan verder in dit verslag.

### **Uitingen van reumatische aandoeningen en systeemziekten aan de voeten**

Reumatoloog Anne Schouffoer (Hagaziekenhuis/LUMC) liet allerlei reumatische aandoeningen met huidafwijkingen aan de voeten de revue passeren. Sleutelwoord in haar presentatie was “patroonherkenning”. Door goed te bevragen, kijken en symptomen en uiterlijke kenmerken te combineren met gericht aanvullend onderzoek, kunnen we tot de juiste diagnose komen. Het advies: als de voeten te weinig aanknopingspunten geven, kijk dan ook altijd naar de handen.

De nadruk van de presentatie van Schouffoer lag op de reumatische vasculitis, waarbij je een onderverdeling kan maken van problematiek van de grote tot kleinere bloedvaten. Een voorbeeld van vasculitis van de medium vaten is polyarteritis nodosa, een vasculitis van de kleinere bloedvaten is bijvoorbeeld Hensch Schonlein. Bijzondere aandacht was er voor sclerodermie waarbij je de diffuse variant en de gelimiteerde variant hebt, beschreven op basis van het patroon van huidbetrokkenheid. Beide kennen systemische complicaties, maar het risicoprofiel verschilt. Juist bij de gelimiteerde variant is de diagnose soms moeilijk te stellen, omdat het een veel sluipender beloop heeft. Snelle diagnose en daardoor ook vroege behandeling kan echter complicaties voorkomen.

Bij sclerodermie zie je vaak ulcera, “pitting scars” en calcinose, al ziet Schouffoer de laatste eigenlijk niet bij de voeten. Risico op druk ulcera bij de voeten en met name de tenen is groot, daarom moet er altijd voldoende ruimte zijn in de schoenen om druk te voorkomen. In de handen zie je soms ook “pulp-loss” als uiting van een chronisch probleem van de capillairen. Capillaroscopie heeft een prominente rol in de diagnostiek. Een typisch Systemische Sclerose patroon laat reuze capillairen, in verschillende mate verlies van capillair dichtheid en soms bloedingen zien.

## **Functionele anatomie en lichamelijk onderzoek**

Orthopedisch chirurg Huub van der Heide (LUMC, Leiden) benadrukt de noodzaak van het spreken van dezelfde taal als het gaat om beschrijven van anatomische structuren, bewegingen en bewegingsuitslagen in de enkel en de voet. We spreken namelijk niet altijd dezelfde taal in het beschrijven van typische standsafwijkingen en dat kan tot misverstanden leiden. Zo illustreert hij dat alleen al over de term hamertenen er veel discussie kan zijn tussen orthopedisch chirurgen onderling. De definitie van een hamerteen volgens van der Heide is een gefixeerde flexiestand in het PIP-gewricht onafhankelijk van de stand van het DIP-gewrichtje. Bij een klauwteen is er sprake van extensie in het MTP gewricht en flexie in het PIP gewricht (en is dus onafhankelijk van de stand van het DIP gewricht)

Bewegingen om de sagitale as zijn de ab- en adductie, bewegingen om de frontale as zijn flexie en extensie. Als je spreekt over rotaties om de coronale as heb je het over de exo- en endorotatie of pro- en supinatie. Vaak zijn bewegingen combinatiebewegingen zoals bijvoorbeeld de in- en eversie van de voet. Inversie is een gecombineerde beweging van plantairflexie adductie en supinatie van de voet. Eversie is een combinatie van dorsaalflexie, abductie en pronatie. De inversie beweging vindt niet plaats in de enkel. De enkel bestaat alleen uit het bovenste spronggewricht, dit is een scharniergewricht en hierin is alleen flexie en extensie mogelijk. De talus is een complex bot zonder spier of peesaanhechtingen en heeft zeven gewrichtsvlakken. De talus is aan de boven-voorzijde breder dan aan de achterzijde waardoor bij hielheffing de enkel minder stabiel is, zoals het geval is als je op zeer hogen hakken loopt. Het onderste spronggewricht, het subtalaire gewricht maakt geen onderdeel uit van de enkel maar is een gewricht in de voet.

Het is van belang om naast bewegingsonderzoek van de gewrichten ook een oriënterend neurologisch onderzoek te doen, met name onderzoek naar de sensibiliteit. De reden hiervoor is dat 50% van de mensen met reumatoïde artritis een polyneuropathie hebben. De dunne zenuwvezels zijn verantwoordelijk voor de pijn, tast en temperatuurzin en de dikke vezels voor de vibratie en bewegings- en positie zin. De vibratiezin is het makkelijkste te testen met de stemvork, waarvan van der Heide vindt dat iedereen deze bij zich moet hebben voor een goed lichamelijk onderzoek.

## **Radiologisch onderzoek van de enkel en voet**

Radioloog Charlotte Tutein Nolthenius (Sint Antoniusziekenhuis, Nieuwegein, Utrecht en Woerden) liet ons zien hoe de radioloog systematisch volgens het ABCDE-S-schema röntgenfoto's boordeelt en hoe dat kan bijdragen aan een diagnose. A staat voor Alignment, B voor Bone, C voor Cartilage, D voor Distribution, E voor Erosion en S als laatste voor Soft tissue. In beoordeling van röntgenfoto's is patroonherkenning cruciaal.

Gewrichtsspleetversmalling is bij een degeneratieve aandoeningen vaak asymmetrisch en gaat gepaard met osteofyten en sclerose en heeft bepaalde voorkeurs locaties. Soms is de locatie, ernst of leeftijd atypisch. Denk dan aan secundair artrose na een doorgemaakt trauma of doorgemaakte microtraumata zoals bij topsporters of soms zelfs een vroege fase van een neuropatisch gewricht (Charcot). Inflammatoire gewrichtsspleetversmalling gaat gepaard met erosies, is vaak symmetrisch met zichtbare weke delen zwelling en betreft meerdere gewrichten dit laatste in tegenstelling tot een septische artritis waar het vaak maar 1 gewricht betreft.

Het uiterlijk en de vorm van de erosies kunnen richting geven in het stellen van een diagnose. Reumatoïde artritis is zuiver erosief wat het beeld van "Mickey Mouse oren" kan opleveren. Erosies

bevinden zich ter hoogte van de aanhechting van het gewrichtskapsel aan het bot daar waar zich de meeste synovitis bevindt. Bij spondylartropathieën zie je naast erosies botproliferatie en gaat het beeld soms ook gepaard met periostitis en enthesitis. Voorbeelden van typische beelden zijn de “Ivory phalanx” dat wil zeggen dat de sclerose in 1 phalanx fors is toegenomen of de “pencil in cup deformity” bij arthritis psoriatica waarbij er bij het proximale deel sprake is van forse erosies en het distale deel van het gewricht juist extra botvorming. Erosieve artrose gaat gepaard met centrale erosies in de DIP- en PIP-gewrichten en dit lever vaak de gewrichtsschade op die “sawtooth” en “gulwing defomity” worden genoemd. De erosies bij jicht zijn sclerotisch begrensd deze worden ook wel “rat bites” genoemd. Ter aanvulling op de gewone röntgen kan bij echo bij jicht een “cartilage double contour” gezien worden. Bij twijfel over de diagnose jicht, kan gebruik gemaakt worden van een dual energy CT (DECT) welke onderscheid kan maken tussen uraatkristallen en calcium en dus de aanwezigheid van uraatkristallen kan aantonen.

Tutein Nolthenius benadrukt dat het van belang is om ook naar eerdere foto's te kijken als deze beschikbaar zijn en nooit alleen te kijken naar afwijkingen van 1 gewricht. Op die manier voorkom je verkeerde aannames. Zo kan je secundaire artrose zien ontstaan bij reumatoïde artritis met asymmetrie en osteofyten waarbij de oorspronkelijke typische afwijkingen van de reumatoïde artritis niet meer goed te onderscheiden zijn. Deze typische afwijkingen zijn vaak wel zichtbaar op oude foto's.

### **Samenwerking rond de zorg voor de reumavoet tussen de eerste en tweede lijn**

Orthopedisch chirurg Kirsten Veenstra (Sint Maartenskliniek Woerden en Nijmegen) had zich verdiept in de kennis en kunde van paramedische voet-behandelaren. We kregen inzicht in de verschillen en overeenkomsten van pedicures, podologen en podotherapeuten m.b.t. opleiding en therapeutische mogelijkheden. Doel van haar presentatie was om de discussie aan te gaan over onze samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijn. Vaak is dit op individuele titel, maar vraag is of we hier ook als NERASS een rol in zouden kunnen en moeten spelen. Zo kan er gedacht worden aan bijdrage aan nascholingen maar ook over bijdragen aan de opleiding van verschillende beroepsgroepen. Veenstra deed ook een beroep om onze lokale ervaringen in eventuele netwerken voor voetzorg voor de reumapatiënt te delen zodat we van elkaar kunnen leren. Zij wijst ons erop dat we in onze communicatie naar 1<sup>e</sup> lijns behandelaren, ons als 2<sup>e</sup> lijn open en constructief moeten opstellen en niet te snel moeten oordelen. Dit is nodig om uiteindelijk tot een goede samenwerking en goede netwerkgeneskunde te komen.

### **Revalidatie en orthopedische schoenen bij reuma voetproblematiek**

Revalidatiearts Rutger Dahmen (Reade, Amsterdam) vertelt ons dat 80% van de patiënten met reumatoïde artritis voetklachten heeft. De impact hiervan op het functioneren kan goed in kaart gebracht worden met het ICF-model. In dit model is ook aandacht voor persoonlijke en omgevingsfactoren. Hij liep met ons de “Aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van voetklachten bij patiënten met reumatoïde artritis”, door.

Als er klachten zijn maar geen schade of deformiteiten aanwezig zijn volstaan goede confectie schoenen en zolen. Bij geen effect hiervan zijn therapeutische zolen te overwegen gemaakt door podotherapeut of schoentechnicus. Indien er wel schade is en er deformiteiten aanwezig zijn, maar de voet nog wel past in confectie schoenen, kan gekozen worden voor therapeutische zolen

eventueel in combinatie met teenorthesen en aanpassingen aan confectieschoenen (OVAC). Past de voet niet meer in confectie schoenen dan moet gedacht worden aan orthopedische schoenen type A of B, waarbij type A schoenen zijn die volledig op maat gemaakt zijn. Als voeten niet meer schoeibaar zijn, zelfs niet in een orthopedische schoen, kan het nodig zijn om tot chirurgie over te gaan. Naast het hebben van inzicht in het therapeutisch arsenaal is het van belang goed naar de zorgen en behoeften van de patiënt te luisteren en zo zorg op maat te leveren. Doe je dit niet, is de kans groot dat zolen of aangepaste schoenen niet gedragen worden. Zolen en schoenen die niet gedragen worden hebben geen effect.

### **Jicht, update diagnostiek en behandeling**

Reumatoloog Martijn Gerritsen (Reade, Amsterdam) gaf ons een overzicht over de kliniek, diagnostiek en behandeling van jicht, de meest voorkomende inflammatoire reumatische aandoening. Bij jicht zorgt depositie van mono-natrium uraat voor artritis en tophi. Een en ander is het gevolg van een verstoorde urinezuurstofwisseling waarbij er vaak sprake is van verhoogde aanmaak en verminderde uitscheiding.

De diagnose jicht is te stellen op basis van het klinische beeld ondersteund door aanvullend onderzoek (bloedonderzoek, beeldvorming), maar vooral door aantonen van uraatkristallen onder een polarisatiemicroscop. In 70% van de gevallen treedt acute jicht op in de grote teen en gaat dit gepaard met hevig pijn, roodheid met soms een erysipelas-achtig beeld en een heel hoog CRP.

Behandeling bestaat uit 2 takken. Behandeling van de acute jicht aanval zelf. Hierin is er een belangrijke rol voor NSAID's, colchicine, steroïden en eventueel Anakinra gecombineerd met koelen en rust. Hiernaast is er een indicatie voor urinezuur verlagende therapie als er meer dan 2 jichtaanvallen zijn geweest, ondersteund door leefstijladviezen en voedingsadviezen. Hierbij kan gedacht worden aan allopurinol, benzbromanon en febuxostat elk met hun eigen voor en nadelen.

Belangrijkste boodschap van Gerritsen is om jicht "treat to target" te behandelen, waarbij het serum urinezuur de "target" is: <0.30 mmol/l bij topheuze jicht en <0.36 bij niet-topheuze jicht. In de eerste lijn, maar ook in de 2<sup>e</sup> lijn wil dit nog wel eens onvoldoende gecontroleerd worden.

### **De beoordeling en behandeling van achillespeesproblematiek**

Orthopedisch chirurg Eva Hoefnagels (Sint Maartenkliniek Woerden en Nijmegen) deelde haar kennis over achillespeesproblematiek en fasciitis plantaris. Er bestaan verschillende oorzaken van achillodynie zoals overbelasting, verkorte kuitspieren, overpronatie en inflammatoire aandoeningen. Bij het beoordelen van de oorzaak van deze problemen is het essentieel om te beoordelen of de kuitspier verkort is. Door middel van de "Silfverskiold test" is te onderzoeken of de gehele kuitspier (triceps surae) te kort is of alleen de gastrocnemius. Bij de Silfverskiold test wordt gekeken naar de enkeldorsaalflexie zowel bij de knie in extensie als in 90 graden flexie. Als in beide situaties de enkeldorsaalflexie even beperkt is, is de gehele kuitspier verkort, als bij knieflexie er meer enkeldorsaalflexie mogelijk is, is alleen de gastrocnemius verkort.

Bij een verkorte kuitspier bestaat de behandeling uit rekoefeningen en een nachtsplank om spitsstand van de voet gedurende de nacht tegen te gaan. Is er sprake van enthesitis, bijvoorbeeld bij een spondylartropathie, zonder aanwijzingen voor verkorting van de kuitspier, kan lokale infiltratie met corticosteroïden overwogen worden. Operatief ingrijpen is echt de laatste oplossing en advies is om

hier niet te snel toe over te gaan. Bij operatie kan als de gastrocnemius verkort is deze verlengd worden door een zogenaamde “gastric slide”.

Soms ontstaat er een Haglundse exostose bij de aanhechting van de achillespees aan de calcaneus, deze wordt ook wel “pump bump” genoemd en wordt vaker gezien bij een wat steile calcaneus.

Fasciitis plantaris is vaak multifactorieel in zijn oorsprong, 90-95% is self limiting, 5- 10% van de mensen houdt chronisch klachten. Vaak is er een relatie met een verkort gastrocnemius waarbij opnieuw de rekoefeningen en de nachtspalk uitkomst kunnen bieden. Als er sprake is van een pes cavovarus heeft rek of verlengen van de gastrocnemius geen zin, dan kan eerder gedacht worden aan een hakverhoging.

### **Weer op hakjes**

Vervolgens besprak Hoefnagels, samen met reumatoloog Willemijn Noort-van der Laan (Sint Maartenskliniek Woerden) en een reumapatiënte het nut van goede samenwerking tussen reumatologen en orthopedisch chirurgen bij reumapatiënten die vastlopen met ernstige voetklachten. De patiënte deelde haar verhaal en de impact die reuma op haar leven heeft. Bij deze patiënte was sprake van een snelle progressie van schade in meerdere gewrichten, waaronder ook het subtalaire gewricht. Dankzij een artrodese van het betreffende gewricht kan patiënte weer langere afstanden op confectie schoenen lopen.

### **Reumamedicatie rond orthopedische operaties**

Internist Fidel Vos (Sint Maartenskliniek Nijmegen) besprak aan de hand van casuïstiek de overwegingen bij het al dan niet stoppen van DMARDs en biologicals bij reumapatiënten rondom orthopedische operaties. Risicofactoren voor postoperatieve infecties zijn: eerdere postoperatieve infecties, recidiverende huidinfecties en chirurgie van de voet/enkel, elleboog of wervelkolom.

Het risico op een wondinfectie versus het risico op een opvlamming van de reuma moet bij elke patiënt apart afgewogen worden. Methotrexaat kan over het algemeen doorgegeven worden. Wat te doen met een biological is maatwerk. Voorkomen moet worden dat steroïden gegeven moeten worden bij een opvlamming, want dat verhoogt noit het risico op complicaties na een operatie. Een andere instinker is het gebruik van de IL-6 blokker tocilizumab. Ongeacht de aanwezigheid van reuma activiteit of een infectie blijft het CRP laag, wat een direct effect van het medicijn is. Bij verdenking op een infectie in deze groep moet dus naar andere parameters gekeken worden.

Wat betreft steroïden stress schema's rond operaties adviseert Vos om dit met de internist/endocrinoloog van het eigen ziekenhuis te bespreken. Er zijn bijna zoveel stressschema's als ziekenhuizen.

Aan het einde van het congres kreeg Lieke Nieboer PA reumatologie in opleiding in de Sint Maartenskliniek Nijmegen de gelegenheid om kort toe te lichten waar zij het toegekende Stipendium van de NERASS voor zal gebruiken. Het Stipendium stelt haar in staat een retrospectief onderzoek te doen naar aanvalspylaxe bij Jicht. Zij zal in een toekomstig NERASS congres het resultaat van haar onderzoek komen toelichten.

Al met al heeft het najaarscongres weer een mooi overzicht opgeleverd in de diagnostiek en behandeling van voetproblematiek bij onze reumapatiënten. Ook dit congres werd weer duidelijk hoe belangrijk inzicht in elkaars expertise en samenwerking tussen disciplines is.

Foskea Bos

revalidatiearts Reade