

haal ik wat reeds hierboven is gezegd: men moet erg oppassen niet te gaan mee-ageren. Men moet voorkomen dat de echtelieden ruzie krijgen over wat zij aan de dokter hebben verteld.

In het algemeen moet men zuinig zijn met raadgevingen. Het gesprek met de arts moet ertoe leiden om binnen de beslotenheid van het huwelijk tot de verwerkelijking van een stuk eigen leven te komen. Indien ons gesprek zo ontspannend werkt dat het echtelijke samenzijn een nieuwe stimulans krijgt, is ons doel bereikt.

* * *

Een zekere bescheidenheid past ons. Het lichamelijke en het geestelijke liefdesleven stoelt op sterke instinctieve impulsen. Freud, zo vertelt Reik, heeft hierover gezegd: in de belangrijke beslissingen in ons persoonlijk leven, moeten wij gestuurd worden door de diepe innerlijke behoeften van onze aard. De patiënt komt niet met de diepe innerlijke behoefte zelf, hij weet deze vaak niet; hij weet veelal niet dat zijn diepste wensen vaak tegenstrijdig zijn aan zijn openlijke gedrag. Hij zou bijvoorbeeld door zijn vrouw bemoederd willen worden of hij zou zijn vrouw geheel willen beheersen als een bezit. Maar hij komt meestal met een klacht welke resulteert uit de aanwezigheid van velerlei krachten, bewuste, half-bewuste en onbewuste, uit verschil-

lende richtingen. De enige doelstelling van ons gesprek is voor de patiënt een nieuwe weg te openen, hem terug te voeren naar het laatste kruispunt waar hij een verkeerde richting is ingeslagen. Hij zal de weg terug, zelf moeten gaan, hij moet zelf er toe komen samen met zijn partner een betere weg te zoeken. Maar het is onze taak het werkelijke probleem gedurende het gesprek voor de patiënt dusdanig te etaleren, dat hij, zijn probleem zelf inziend, het zelf gaat oplossen.

Samenvatting. Na erop te hebben gewezen hoe het beschaafd taalgebruik de arts in de steek laat bij het spreken over de seksualiteit wordt een onderscheid gemaakt hoe seksuele problematiek aan de dokter wordt gepresenteerd: direct als klacht over seksuele dysfunctie of indirect, als achtergrond van een lichamelijke klacht zoals rugpijn of hoofdpijn. De arts moet zelf ontspannen kunnen spreken. Deze ontspanning bereikt hij door kennis van zaken en vrijheid van vooroordeel ten opzichte van andermans en eigen seksuele leven.

Summary. Some remarks on the technique of discussing sexual problems. It is pointed out that civilized usage offers the general practitioner no adequate idiom in discussing sexuality. A distinction is then made according to the manner in which sex problems are presented to the physician: directly, in the form of complaints about sexual dysfunction, or indirectly, as background to a discussion of a physical symptom such as backache, etc. The physician must be able to discuss these things in a relaxed manner. He can achieve this by a good understanding of the subject and freedom of prejudice concerning his patient's and his own sex life.

*Beloop en prognose van reumatische gewrichtsaandoeningen, in hoofdzaak reumatoïde arthritis**

DOOR DR. J. J. DE BLÉCOURT, LECTOR IN DE REUMATOLOGIE TE GRONINGEN

Deze inleiding vormt een soort brug tussen de symptomatologie van de verschillende reumatische gewrichtsziekten en een bespreking van de therapie.

Het is reeds duidelijk geworden dat er zich in de symptomatologie grote variaties voordoen en dat men vaak niet verder kan komen dan een waarschijnlijkheidsdiagnose, waarbij men de differentiële diagnose ten opzichte van verschillende andere ziekten, die een kleiner of groter deel van eenzelfde symptomen-combinatie kunnen tonen, niet uit het oog mag verliezen.

Wanneer wij nu het beloop van de verschillende reumatische gewrichtsaandoeningen nagaan, blijkt dat ook geval voor geval zeer uiteenlopend te kunnen zijn. Wij willen ons in hoofdzaak bepalen tot de reumatoïde arthritis, daarna zullen enkele korte opmerkingen worden gemaakt over acuut reuma, spondylitis ankylopoëtica en arthritis deformans.

In *figuur 1* zijn vier mogelijke beloopsvormen

schematisch aangegeven. De graad van de activiteit van het proces gedurende een bepaalde periode wordt aangegeven door een getrokken lijn. De horizontale stippellijn geeft de grens aan van de klinische activiteit zoals die met onze betrekkelijk grove hulpmiddelen nog kan worden aangetoond. Des te hoger de getrokken lijn zich boven de stippellijn verheft, des te groter is de activiteit van het proces.

Als activiteitssymptomen noemen wij hier onder meer: pijn en zwelling van de gewrichten, temperatuursverhoging, gewrichtsverlies, verhoogde bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes, anemie en het ontstaan van (nieuwe) noduli.

Naast de activiteit van het ziekteproces gedurende een bepaalde periode is, vooral in verband met de prognose, het al of niet ontstaan van irreversibele destructieve gewrichtsafwijkingen van grote betekenis. In tegenstelling met verschillende andere ziekteverschijnselen kunnen deze destructies zich niet of slechts in zeer geringe mate herstellen.

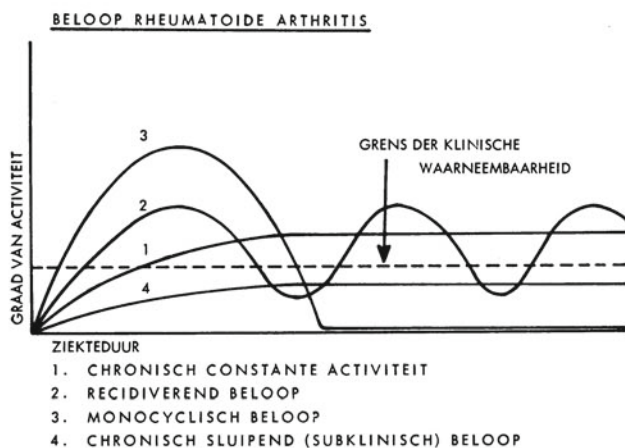
In het algemeen kan men verwachten dat, naar mate het proces langer in een actieve fase heeft ver-

* Huisartsencursus Reumatische gewrichtsaandoeningen in de praktijk. Boerhaave-cursus, oktober 1962.

keerd, des te meer kans ontstaat op het ontwikkelen van ernstige gewrichtsdestructies. Een absoluut verband bestaat er echter niet tussen duur en destructie, evenmin als met de ernst en de mate van de activiteit. Anders gezegd: gewrichtsdestructies kunnen ook ontstaan bij kortdurende, niet zo ernstig lijkende gevallen en goeddeels achterwege blijven bij langdurende vrij zware gevallen.

Meestal verloopt het proces in golvende en wisselende activiteit; wanneer de golf beneden het klinisch waarneembare niveau komt (in figuur 1 de getrokken lijn beneden de stippellijn) spreekt men van een remissie. De duur van remissies en perioden van activiteit kunnen zeer wisselend zijn, niet alleen geval voor geval, maar ook bij éénzelfde patiënt in opeenvolgende perioden.

Figuur 1. Schematische weergave van verschillende mogelijkheden van het beloop der ziekte.



Het is nu wel duidelijk geworden hoe moeilijk het is zich een idee te vormen omtrent beloop en prognose, zowel in het algemeen als bij het individuele geval. Door te trachten gegevens te verzamelen omtrent een groot aantal patiënten en dit gedurende vele jaren voort te zetten, kan men trachten een indruk te verkrijgen omtrent het natuurlijke beloop van de ziekte in de loop der jaren. Nu is het uiteraard slechts zelden het echte natuurlijke beloop dat wij volgen, want in de regel worden de patiënten zowel medicamenteus als fysico-therapeutisch behandeld, maar er zijn toch enkele onderzoekers, die een groot aantal patiënten jaren lang hebben gevolgd en zich hebben beperkt tot een zogenaamde basisbehandeling, waarbij het natuurlijke beloop zomin mogelijk geweld werd aangedaan. Engelse onderzoekers hebben aan de hand van een groot aantal patiënten lijdende aan reumatoïde artritis, dat jarenlang nauwkeurig werd gevolgd, vastgesteld dat 25 procent klachtenvrij wordt, dus in remissie komt, 25 procent houdt lichte restverschijnselen, 40 procent wordt gedeeltelijk invalide en toont blijvende activiteit, 10 procent wordt totaal invalide. Deze patiënten werden behandeld volgens de gangbare moderne opvattingen, dat wil zeggen

basistherapie bestaande uit gedoseerde rust, analgetica en eenvoudige fysieke therapie, veelal uitgebreid met meer speciale therapie zoals goud, corticosteroiden, uitgebreidere revaliderende therapie enzovoort.

Bauer en medewerkers uit Boston hebben een groep van ongeveer 250 patiënten jarenlang gevolgd. Na negen en half jaar observatie noteerden zij de resultaten, die in tabel 2 zijn weergegeven.

Tabel 2. Resultaten bij 250 patiënten met reumatoïde artritis, behandeld met basistherapie en eenvoudige fysieke therapie (C. L. Short en W. Bauer (1948) New Eng. J. Med. 238, 142).

Ziekte-toestand	Aantal gevallen	Percentage
Verbeterd	133	53,2
Stationair	32	12,8
Verergerd	85	34,0
Totaal 250		

Deze getallen zijn goed vergelijkbaar met die van de Engelse verzamelstatistiek en geven verder nog de mogelijkheid tot een meer gedetailleerde analyse. Het blijkt dat ongeveer 50 procent inactief geworden is, dan wel in meerdere of mindere mate is verbeterd.

Het blijkt van veel betekenis te zijn voor de prognose hoe lang de ziekteduur was voordat de patiënt zich bij dit reuma-centrum voor het eerste onderzoek heeft gemeld (tabel 3). Het percentage verbeteringen hangt duidelijk samen met de ziekteduur vóór het eerste onderzoek. Is deze ziekteduur langer dan één jaar, dan is de prognose duidelijk veel minder gunstig (minder dan 50 procent kans op verbetering).

Tabel 3. Verbetering in verband met de duur der reumatoïde artritis voordat de patiënt zich aanmeldde bij het reuma-centrum (C. L. Short en W. Bauer (1948) New Eng. J. Med. 238, 142).

Ziekteduur	Aantal patiënten	(in procenten) Verbeterd
0- 6 maanden . .	53	81,0
6-12 maanden . .	28	60,6
1- 3 jaar	64	45,3
3- 5 jaar	35	34,3
5-10 jaar	39	48,7
meer dan 10 jaar .	31	41,9
Totaal 250		

Dit verschijnsel zal hoofdzakelijk berusten op het feit, dat in de groep met een kortdurend ziektebeloop verscheidene gevallen worden gevonden welke een spontane neiging tot remissie hebben en gedurende lange tijd of zelfs blijvend inactief worden. Bij de langdurende gevallen zijn deze gunstige beloopvormen uitgezeefd. Bij deze groep, als het ware

een negatieve selectie van patiënten, ziet men een veel slechtere prognose.

Uit de cijfers van de groep van Bauer worden geen gegevens verkregen betreffende de nog bestaande sociale aanpassingsmogelijkheden, dus wat betreft het al of niet kunnen uitoefenen van een beroep. De aard van het beroep is hier natuurlijk ook van veel betekenis. De sociale validiteit hangt naast de somatische toestand ook af van het beroep, voorafgaande opleiding, die de mogelijkheid tot herscholing bepaalt en psychogene factoren, welke mede bepalend zijn voor het adaptatievermogen van de patiënt (en zijn omgeving) om het leven en het beroep, oud of nieuw, weer aan te kunnen.

* * *

Wat betreft het behoud of het herkrijgen van de „functionele capaciteit” kunnen wij iets leren uit het werk van de groep van *Duthie* uit Edingburgh. Deze volgde ongeveer 280 patiënten gedurende ruim zes jaar waarin zij viermaal werden onderzocht, bij opname, bij ontslag (de gemiddelde opnameduur bedroeg acht weken), na drie en na zes en half jaar. De groep met sterke activiteit neemt af en blijft klein. De groep met matige activiteit blijft ongeveer gelijk, de groep met inactiviteit is bij ontslag sterk gestegen in aantal en daalt in die zes en half jaar slechts langzaam (*tabel 4*). De functionele capaciteit wordt aangegeven in graden; graad I kan alles, graad II het zwaarste niet, graad III alleen lichte bezigheden en graad IV niets. In de groepen I en II is de meeste kans op het volhouden van het beroep. De mogelijkheid tot werkzaam zijn, stijgt van ongeveer 35 tot ongeveer 70 procent en blijkt zich na zes en half jaar nog op 64 procent te bevinden. Wanneer men deze cijfers splitst over mannen en vrouwen, dan blijkt dat na zes en half jaar 75 procent van de mannen nog een bepaalde werkkring heeft en 60 procent van de (huis)vrouwen een redelijke functionele capaciteit, ondanks het feit dat 70 procent van de patiënten na zes en half jaar nog steeds matige activiteitsverschijnselen toont.

Tabel 4. Activiteit van de ziekte bij opname, bij ontslag, na drie en na zes en half jaar.

Tijdstip van beoordeling	Aantal gevallen	Activiteit van de ziekte in procenten		
		Zeer actief	Middelmatig actief	Inactief
Opname . . .	282	26,2	63,5	10,3
Ontslag . . .	282	5,0	59,2	35,8
Na 3 jaar	282	3,5	65,6	30,9
Na 6 ¹ / ₂ jaar	247	1,2	69,6	29,2

Duthie merkte nog op dat de genezingskansen het grootst waren wanneer iemand onder behandeling kwam één jaar of eerder na het manifest worden van de ziekte. De leeftijd en het geslacht hadden geen duidelijke invloed op de prognose. Een sterk

Tabel 5. Functionele capaciteit bij opname, bij ontslag, na drie en na zes en half jaar.

Tijdstip van beoordeling	Aantal gevallen	Functionele capaciteit (in procenten van het totaal) uitgedrukt in graden					
		I	II	III	IV	I+II	III+IV
Opname . . .	282	—	35,4	42,6	22,0	35,4	64,6
Ontslag . . .	282	11,3	64,2	24,1	0,4	75,5	24,5
Na 3 jaar	282	28,4	44,0	25,1	2,5	72,4	27,6
Na 6 ¹ / ₂ jaar	247	23,5	40,5	26,7	9,3	64,0	36,0

verhoogde bezinkingssnelheid van de erythrocyten, positieve reuma-serologie en het aanwezig zijn van subcutane noduli beïnvloedden de prognose ongunstig. Patiënten, bij wie de ziekte acuut en progressief begon, toonden vaak een gunstig beloop.

Bij dit alles moet echter niet uit het oog worden verloren dat het patiëntenmateriaal, dat zich voor onderzoek en behandeling bij een reuma-centrum meldt, een negatieve selectie vormt ten opzichte van het totaal aantal lijdende aan reumatoïde artritis dat in de bevolking wordt gevonden. Wij komen hierop dadelijk nog terug.

Eerst wil ik nog het onderzoek van *Querido* uit Amsterdam memoreren, die het beloop naging van een groep gehospitaliseerd geweest zijnde lijdende aan reumatoïde artritis tegenover een vergelijkbare groep niet-gehospitaliseerde patiënten. Na verloop van enige jaren bleek de gehospitaliseerde groep er niet beter aan toe te zijn dan de niet-gehospitaliseerde, doch uitsluitend poliklinisch behandelde groep. Dit werd geweten aan onvoldoende opvang en nazorg thuis na de hospitalisatie, hetgeen zowel een somatische als een psychische terugval veroorzaakte. Hieruit moge blijken hoe belangrijk curatieve en preventieve, waaronder psycho-sociale, maatregelen zijn voor het beloop van reumatoïde artritis.

Ook *Ter Bals* heeft aangetoond dat een vroegtijdig gestelde diagnose, gevolgd door een snel ingezette en blijvende adequate behandeling en begeleiding, het beloop wezenlijk gunstig beïnvloedt.

Wij willen nu, zeer in het kort, nog iets opmerken over een paar andere reumatische gewrichtsaandoeningen. Acuut reuma speelt in ons betoog verder geen rol omdat hier geen blijvende gewrichts-afwijkingen worden gezien.

In tegenstelling met reumatoïde artritis, waarbij röntgenologische en met name destructieve afwijkingen pas lange tijd na de klinische verschijnselen optreden, bestaan deze bij arthrosis deformans vaak reeds lang, soms jaren lang, voordat de patiënten klachten hebben. Arthrosis deformans berust primair op kraakbeendegeneratie met als reactie daarop botsclerose, osteofytvorming en prikkeling van de gewrichtskapsel. Ook bij arthrosis deformans kennen wij een zeer gevarieerde beloopsvorm met grote individuele verschillen. Traumata en relatieve overbelasting zijn belangrijke oorzakelijke momenten voor het manifest worden van de klachten.

Wat betreft de ankyloserende spondylitis (ziekte

van Bechterew) en het vaak daarop lijkende beeld van de morbus Reiter kunnen wij kort zijn: de perifere gewrichtsafwijkingen welke hierbij kunnen worden waargenomen, tonen eigenlijk geen verschil ten opzichte van het beloop van reumatoïde arthritis.

Jicht treedt in zijn typische vorm in aanvallen op. De periodiciteit kan in het begin nog ver uiteen liggen, doch neemt later meestal in frequentie toe. Ook hier kunnen tenslotte chronische gewrichtsafwijkingen ontstaan, naast tofi en nierafwijkingen. Ook hier treffen wij weer van geval tot geval een sterk wisselend beloop wat betreft frequentie van de aanvallen en tijdstip van het ontstaan van chroniciteit.

Ik heb reeds enige malen gewezen op het feit dat de clinicus, die uitgaat van de bestudering van groepen patiënten, die voor onderzoek naar hem worden verwezen, een geheel ander beeld krijgt van het ziektebeloop en daarmee van de prognose, dan degene, die zich wijdt aan de opsporing van dezelfde ziekte onder de bevolking, bijvoorbeeld ten behoeve van bevolkingsonderzoek of andere groeps-onderzoekingen. De lichtere, kortdurende gevallen bereiken vaak zelfs de huisarts niet. Bij deze groeps- (bevolkings-)onderzoekingen is gebleken dat de daarbij gevonden gevallen van zogenaamde „zekere reumatoïde arthritis” vaak een ander beeld tonen dan in de kliniek, dat wil zeggen dat zij meestal wel vijf symptomen van de zogenaamde ARA- (American Rheumatism Association)-criteria tonen, maar geen röntgenologische destructieverschijnselen en minder vaak een positieve Rose test dan het klinische materiaal (30 tegenover 60 procent). Hier ter lande hebben *De Blécourt*, en later *De Graaff* op veel uitgebreidere schaal dergelijke bevolkingsonderzoekingen verricht.

Ik noem enkele resultaten van deze onderzoekingen. In de eerste plaats konden vaak bij reumatoïde arthritis en ankyloserende spondylitis (afzonderlijke) erfelijke factoren als oorzakelijk moment worden aangetoond. Een lijder aan reumatoïde arthritis heeft driemaal zoveel kans en een lijder aan ankyloserende spondylitis drieëntwintigmaal zoveel kans op een of meer lijders aan dezelfde aandoening onder zijn naaste familieleden dan normaal te verwachten zou zijn bij een gelijkmatige verdeling over de bevolking. Bij deze onderzoekingen werd eveneens vastgesteld dat lang niet alle personen, bij wie reumatische afwijkingen, waaronder reumatoïde arthritis, werd vastgesteld, op dat moment ook medische hulp nodig hadden.

Onder de Nederlandse bevolking ouder dan vijftien jaar, komt 0,8 procent zekere reumatoïde arthritis voor. Het percentage stijgt met het toenemen van de leeftijd en is voor vrouwen ongeveer drie-

maal zo hoog als voor mannen. Recente onderzoekingen duiden erop dat de serologisch positieve vorm van reumatoïde arthritis een duidelijkere erfelijke component of componenten toont dan de serologisch negatieve vorm.

Het zou te ver voeren nader op de bijzonder belangwekkende en belangrijke facetten van het epidemiologisch reuma-onderzoek in te gaan, maar ik memoreerde deze even, omdat juist bij deze onderzoekingen de hulp van de huisarts onmisbaar is en in de toekomst, evenals in het verleden, voor dergelijke onderzoekingen een beroep op de huisarts zal worden gedaan.

Dergelijke bevolkingsonderzoekingen dienen ook geregeld te worden herhaald om ons een duidelijk en volledig beeld van het werkelijk beloop te geven. In Nederland is hiermede begonnen op het eiland Schiermonnikoog, elf jaar geleden, en de drie huisartsen, die daar waren gevestigd in die periode, namen enthousiast deel aan dit wetenschappelijk onderzoek.

Het spijt mij dat wij in dit betoog over beloop en prognose zo weinig vaststaande feiten konden vermelden en steeds moesten wijzen op de sterke variatiebreedte, welke zowel bij het bestuderen van individuele patiënten als groepen patiënten wordt opgemerkt. Maar daaruit is ook wel komen vast te staan dat reumatoïde arthritis gelukkig ook vele lichte en kortdurende beloopsvormen kent en de redelijk gunstige percentages, welke uit het werk van Bauer en Duthie werden vermeld, nog veel gunstiger zouden zijn wanneer wij alle in de bevolking voorkomende lijders aan reumatoïde arthritis bij dergelijke onderzoekingen konden betrekken.

Hoewel thans, door de sterke gevarieerdheid geval voor geval, de prognose van het toekomstig beloop in de individuele patiënt nog praktisch onvoorspelbaar lijkt, mag worden gehoopt dat de „follow-up” van bevolkingsgroepen en patiëntenseries onze inzichten in beloop en prognose zullen vergroten.

- Bals, B. J. ter (1955) De maatschappelijke betekenis van reumatoïde arthritis voor de patiënt zelf. Van Gorcum & Comp. n.v., Assen.
- Blécourt, J. J. de (1954). *Ann. rheum. Dis.* 13, 338.
- Blécourt, J. J. de, A. Polman, T. de Blécourt-Meindersma (1961). *Ann. rheum. Dis.* 20, 215.
- Duthie, J. J. R., e.a. (1955). *Ann. rheum. Dis.* 14, 133.
- (1957). *Ann. rheum. Dis.* 16, 411.
- Graaff, R. de (1962) De reumatoïde arthritis in Nederland. Academisch proefschrift, Van Gorcum & Comp. n.v., Assen.
- Short, C. L. en W. Bauer (1948). *New. Eng. J. Med.* 238, 142.
- Short, C. L., W. Bauer en W. E. Reynolds (1957) Rheumatoid Arthritis. Harvard University Press, Cambridge, Mass.