

Leidraad handklachten

Introductie:

Handklachten kunnen gerelateerd zijn aan zowel gewrichtspathologie als weke delen pathologie. Beide problemen zijn te onderscheiden op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en soms aanvullende diagnostiek. Dit document is een leidraad voor diagnostiek en behandeling t.a.v. niet-inflammatoire handklachten. Evidente artritis zijn hoe dan ook een reden tot snelle verwijzing naar een reumatoloog.

Gewricht gerelateerde handklachten:

1. Artritis. Anamnese vermeldt daarbij nachtelijke pijn/pijn in rust, zwelling van gewrichten en effect van anti-inflammatoire medicatie (nsaid, steroiden). Bij lichamelijk onderzoek wordt een elastische zwelling gezien rondom het betreffende gewricht. Dit is vaak warm en soms rood, maar dat hoeft niet. De zwelling kan t.p.v. alle handgewrichten aanwezig zijn, maar in de regel zelden t.p.v. de DIP gewrichten. Bij deze locatie moet vooral aan artritis psoriatica worden gedacht.
2. Artrose: pijn bij beginnen met belasten of bij langer belasten. Bij lichamelijk onderzoek is er benige zwelling van de gewrichten met DIP en CMC1 gewrichten als voorkeurslokalisaties, maar PIP gewrichten en polsen zijn ook geregeld betrokken. In de regel zijn de MCP gewrichten hier niet bij betrokken, maar onmogelijk is dit niet.

Overige handklachten:

1. Tendinogene handklachten. Dit is veruit de meest voorkomende oorzaak van handklachten. De oorzaak is meestal (relatieve) surmenage. Doorgaans is er een anamnese van geleidelijk progressieve klachten, waarbij in de ochtend een vuist maken gevoelig is of beperkt. De klachten zijn minder tijdens belasten of nemen alleen toe bij lang en zwaar belasten. Bij langer bestaande klachten kunnen de vingers triggeren of ontstaan er ganglia. Ook hebben patiënten geregeld paresthesieën die doen denken aan een carpale tunnel syndroom (CTS) i.v.m. druk van de gezwollen pezen op de nervus medianus. Medicatie (nsaid, prednison) doet in de regel niets. In pure rust vallen de klachten vaak mee. Een bijzondere vermelding hierbij voor patiënten met een lang bestaande slecht gereguleerde diabetes: zij kunnen diabetische cheiroartropathie ontwikkelen met ernstige tendinogene handklachten. De behandeling hierbij geschiedt door een strakke regulatie van de diabetes

Adviezen t.a.v. aanpak handklachten

1. Anamnese: nachtelijke pijn? Zwelling? Relatie met inspanning? Klachten in rust? Tekenen van surmenage? Plaats van de klacht? Triggering? Beperking vuistfunctie in de ochtend? Tintelingen?
2. Lichamelijk onderzoek: zwelling? Drukpijn handflexoren? Ganglia? Zichtbare triggering?
3. Aanvullende diagnostiek. Labdiagnostiek is nodig bij artritis: BSE, CRP, bloedbeeld, kreatinine, ALAT, anti CCP en indien aan jicht wordt gedacht urinezuur. Bij tendinogene

handklachten is aanvullende diagnostiek niet nodig. Dit is ook het geval bij evidente handartrose. Röntgenonderzoek kan worden aangevraagd bij twijfel.

Wat te doen?

1. Bij artritis: verwijzen of in ieder geval overleg met reumatoloog. Verkorte toegangstijd wordt aangeboden bij artritis.
2. Bij artrose: zie leidraad handartrose
3. Bij tendinogene handklachten: verwijzen naar eerstelijns handtherapeut, bij voorkeur een handtherapeut met ergotherapeutische achtergrond. Bij twijfel evt overleg met reumatoloog (via meedenkconsult). Bij falen van eerstelijns handtherapie: overweeg verwijzing naar een plastisch chirurg.