

Klinische gids voor de tenlasteneming van fibromyalgiepatiënten of patiënten die lijden aan het chronischevermoeidheidssyndroom

Doelstellingen en methoden:

Naar aanleiding van de wijziging van de nomenclatuur van de kinesiotherapieverstrekkingen voor patiënten die lijden aan het chronischevermoeidheidssyndroom of aan fibromyalgie, wenst de Technische Raad voor Kinesiotherapie, na raadpleging van externe experts, allen vertrouwd met de behandeling van deze patiënten, richtlijnen te publiceren betreffende de goede praktijkvoering voor de tenlasteneming van die patiënten, teneinde de kinesiotherapeuten te helpen om de meest adequate zorg te verlenen.

Fibromyalgiepatiënten of patiënten die lijden aan het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS), hebben een beperkte fysieke capaciteit of een verhoogde waarneming van de inspanning welke hen belet fysieke oefeningen te doen; die oefeningen veroorzaken bij hen, tijdens en na de inspanning, hevige en buitensporige pijn of vermoeidheid, alsook stramheid na de inspanning.

Die gewijzigde reactie op oefeningen is, bij sommige patiënten, deels te verklaren door "aangetaste pijnmechanismen" en vraagt een zeer progressief opgebouwde inspanningsrevalidatie.

Dergelijke aangetaste pijnmechanismen worden omschreven als "een proces dat wordt gekenmerkt door een gegeneraliseerde overgevoeligheid van het somatosensorisch systeem".

Deze pijn die tijdens en na de inspanning opduikt, leidt vaak tot meer sedentair gedrag, wat de fysieke deconditionering van de patiënten verergert, en de kans om comorbiditeiten te ontwikkelen doet toenemen. Dit vraagt een bio-psycho-sociale aanpak van de patiënten.

De kinesiotherapeutische behandeling heeft als belangrijkste doelstelling de levenskwaliteit van de patiënten te verbeteren, met name door ze te helpen om hun aandoening beter te begrijpen en beter om te gaan met zowel de inspanningen als de symptomen (pijn, slaapstoornissen,...). De behandeling zal specifiek bestaan uit een educatief deel, een deel "coaching" (begeleiding) van de patiënt bij het beheer van zijn fysieke activiteiten en de invoering van een graduele oefentherapie. Daarom duren de zittingen 45 minuten. Bij dergelijke aanpak toont de EBM aan dat massages en puur passieve behandelingen te vermijden zijn aangezien ze ondoeltreffend zijn. Omdat de behandeling slechts eenmaal in het leven van de patiënt kan worden voorgesteld, moet worden getracht ze op het juiste ogenblik voor te stellen, wanneer de patiënt klaar blijkt te zijn voor een dergelijke behandeling.

De kinesiotherapeutische behandeling voor patiënten die lijden aan CVS/fibromyalgie, maakt idealiter deel uit van een multidisciplinaire behandeling. De kinesiotherapeut zal contact opnemen met de behandelende arts, eventueel zelfs de specialist, als hij van mening is dat een "cognitief-gedragsmatige aanpak" zou kunnen worden aangeraden aan de patiënt of als die aanpak al wordt toegepast.

1. De evaluatie van de patiënt zou volgende elementen moeten omvatten:

Deze evaluatie zal aan het begin, in het midden en aan het einde van de behandeling worden uitgevoerd.

- 1 De locomotorische antecedenten en de evaluatie van de comorbiditeiten die het functioneren beperken.
- 2 Het huidige niveau van fysieke activiteit alsook de fysieke capaciteit van de patiënt. Dat kan aangevuld worden met een 6-minutenwandelttest.
- 3 De functionele impact van de ziekte op de dagelijkse activiteiten thuis en op het werk moet worden geëvalueerd aan de hand van een functionele vragenlijst, bv. de "Fibromyalgia Impact Questionnaire", de "Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire".
- 4 De evaluatie van de pijn door middel van een visuele analoge pijnschaal. Er kan bijvoorbeeld aan de patiënt worden gevraagd om zijn gemiddelde pijn over de 7 laatste dagen in te schatten.
- 5 Een precieze anamnese onder meer om de bio-psycho-sociale context te bepalen. Het gebruik van de "brief illness perception questionnaire" is volkomen adequaat in deze context, de resultaten van die test kunnen voor de educatieve behandeling worden gebruikt. De anamnese moet het ook mogelijk maken om de voorbereiding op het "veranderingsproces" van de patiënt te evalueren (teneinde de behandeling op het meest adequate ogenblik voor te stellen), aan de hand van zijn voorstellingen, overtuigingen en verwachtingen en/of gebruik te maken van de "Brief Multidimensional Pain Readiness to Change Questionnaire".
- 6 Doelstellingen van haalbare fysieke activiteiten vastleggen volgens het SMART-principe (*Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar en Ambitieuw, Realistisch, Tijdsgebonden*). Er dient te worden opgemerkt dat de vooruitgang bij deze patiënten vaak veel trager verloopt dan bij personen die lijden aan een reconditionering ZONDER aantasting van de mechanismen die de pijn regelen.

2. De kinesitherapeutische tenlasteneming

De doelstellingen van de behandeling: de ziekte beter begrijpen en een coherenter activiteitenstrategie verkrijgen. Men moet de patiënt leren om zijn activiteiten te beheren in functie van zijn vermoeidheid en zijn pijn, en hem aanzetten actief deel te nemen om uiteindelijk tot nieuwe en betere bewegings- en gedragsgewoontes in het dagelijkse leven te komen ("*Self helping strategies*").

De kinesitherapeutische tenlasteneming zou volgende elementen moeten omvatten:

A) De educatie van de patiënten:

- aanpak volgens het bio-psycho-sociaal model;
- uitleggen dat pijn niet wijst op letsels en het gevolg is van een sensibilisatie van het zenuwstelsel door de fysiologie van de pijn, het fenomeen van centrale sensibilisatie en aangetaste pijnmechanismen ter sprake te brengen (bv. site: www.retrain.pain).

Voor de patiënten die geen pijn ondervinden, is deze uitleg niet nodig. Bij deze patiënten zal de klemtoon worden gelegd op het gedeelte "pacing" van de activiteiten.

- de kennis van de gepaste strategieën tegen pijn en vermoeidheid vergroten, raad geven. De "foute overtuigingen" en onaangepaste verwachtingen corrigeren om het humeur te verbeteren, de waargenomen stress te verlagen en de patiënt dus toe te laten zich beter aan de pijn/vermoeidheid aan te passen;
- de patiënten bewust maken van de interacties tussen de slaperigheid en/of het activiteitsniveau, het humeur en de symptomen;
- de activiteiten beheren ("*pacing*"): het ritme van de activiteiten controleren, risicogedrag reduceren (*bijvoorbeeld, overdreven fysieke activiteiten*), zijn eigen grenzen leren kennen, leren bewegen binnen de mogelijkheden van zijn lichaam, het evenwicht vinden tussen activiteit en rust (de patiënt op termijn zijn eigen activiteitsniveau laten opbouwen).

Er moet rekening worden gehouden met het feit dat er verschillende soorten gedrag bestaan: "avoider/hyperuser"... dus de adviezen zullen verschillen naar gelang de patiënt; Opgelet! Sommige patiënten kunnen tussen die twee gedragingen zitten. Het is belangrijk dat ze zich daarvan bewust worden zodat ze hun gedrag beter kunnen aanpassen.

- een "dagboek" bijhouden over zijn niveau van fysieke activiteit.

B) Graded activity-graded exercise:

De graduele oefentherapie zal erin bestaan geleidelijk aan een niveau van fysieke activiteit te ontwikkelen, door de patiënt oefeningen aan te leren die op een autonome manier zullen kunnen worden uitgevoerd en door op korte en lange termijn concrete functionele doelstellingen te formuleren. Er zullen strategieën moeten worden ontwikkeld om de deelname van de patiënten op lange termijn te bevorderen.

In dat kader zou men:

1. moeten ingrijpen in de levensstijl en de dagelijkse activiteiten door een gradueel oefenprogramma op te starten, bijvoorbeeld een wandelprogramma. Het doel moet erin bestaan de patiënt er geleidelijk aan toe te brengen die activiteit gedurende 30 minuten en 2 tot 3 X/week uit te oefenen. Er wordt aangeraden om te starten met periodes van minstens 10 minuten. Om de therapietrouw van de patiënt te verbeteren zal hem moeten worden uitgelegd dat men gaat proberen zijn "zenuwstelsel" opnieuw te laten wennen oefeningen te verdragen, en dat dankzij een zeer graduele opbouw van de fysieke activiteiten om het somatosensorisch systeem te "desensibiliseren". Men moet het programma van fysieke activiteiten personaliseren en proberen om het in het dagelijkse leven van de patiënt te integreren. Het gebruik van stappentellers of andere feedback zou een meerwaarde kunnen betekenen in het oefenprogramma van de patiënt. Dat graduele oefenprogramma kan met behulp van de schaal van Borg worden geëvalueerd.

2. een gradueel aeroboom oefenprogramma instellen:
 - De patiënt inlichten over de mogelijkheid op een zekere toename van de pijn en de vermoeidheid op korte termijn. De intensiteit van de oefeningen aanpassen aan de fysieke conditie van de patiënt en aan de manier waarop hij reageert op de fysieke activiteiten.
 - De duur en de intensiteit gradueel verhogen om een lage tot gemiddelde oefenintensiteit te behalen gedurende minimum 30 minuten, 2 tot 3X/week, gedurende minstens 6 weken. (al deze sessies moeten niet door de kinesitherapeut worden begeleid, sommige sessies kunnen autonoom door de patiënt worden uitgevoerd)
 - Het begrip "optimale intensiteit" preciseren: de intensiteit waarbij de patiënt in staat is om normaal met een andere persoon te praten; gebruik van een hartslagmeter (60 tot 70% van de maximale hartslag; opgelet, dat moet goed door de patiënt worden verdragen). Dat graduele oefenprogramma kan met behulp van de schaal van Borg worden geëvalueerd.
 - Een keuze aan fysieke activiteiten voorstellen op basis van het lokale aanbod, de voorkeur en de comorbiditeiten van de patiënt;
 - Een trainingsschema opstellen voor oefeningen thuis.
3. In een later stadium kan men ook een programma van graduele weerstandsoefeningen van de grote spiergroepen invoeren; dat zal ook 2 tot 3X/week worden uitgevoerd, de oefeningen zullen aanvankelijk een matige intensiteit moeten hebben (40% van de maximale weerstand die voor een herhaling wordt uitgevoerd, (1RM)) en zullen geleidelijk aan evolueren naar een matige tot intense intensiteit (70 tot 80% van de 1RM).

Bibliografie

Nijs J, Van Houdenhove B. **From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: application of pain neurophysiology in manual therapy practice.** Man Ther. 2009 Feb;14(1):3-12.

Kerns R, Rosenberg R, Jamison N, Caudill M, Haythornthwaite J. **Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ).** Pain 1997; 72: 227-234

Nielson W, Armstrong J, Jensen M, Kerns R. **Two Brief Versions of the Multidimensional Pain Readiness to Change Questionnaire, Version 2 (MPRCQ2)** Clin J Pain 2009; 25:48-57

Hawk C, Jason L, Torres-Harding S **Reliability of a Chronic fatigue Syndrome Questionnaire.** J Chronic Fatigue Syndr. 2006;13: 41-66

Ellingson LD, Shields MR, Stegner AJ, Cook DB. **Physical activity, sustained sedentary behavior, and pain modulation in women with fibromyalgia.** J Pain. 2012 Feb;13(2):195-206.

McLoughlin MJ, Stegner AJ, Cook DB. **The relationship between physical activity and brain responses to pain in fibromyalgia.** J Pain. 2011 Jun;12(6):640-51.

García-Hermoso A, Saavedra JM, Escalante Y. **Effects of exercise on functional aerobic capacity in adults with fibromyalgia syndrome: A systematic review of randomized controlled trials.** J Back Musculoskelet Rehabil. 2015;28(4):609-19.

Mannerkorpi K, Svantesson U, Broberg C. **Relationships between performance-based tests and patients' ratings of activity limitations, self-efficacy, and pain in fibromyalgia.** Arch Phys Med Rehabil. 2006 Feb;87(2):259-64.

Bernardy K; Füber N; Köllner V; Häuser W. **Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** J Rheumatol. 2010; 37(10):1991-2005

Goldenberg DL. **Multidisciplinary modalities in the treatment of fibromyalgia** J Clin Psychiatry 2008, 69 suppl 2 30-4

O'Connor et al : **Walking Exercise for Chronic Musculoskeletal Pain: Systematic Review and Meta-Analysis.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2015, 96(4), 724-734

Sanz-Banos et al: **To walk or not to walk: insights from a qualitative description study with women suffering from fibromyalgia.** Rheumatol Int 2016, Volume 36, Issue 8, pp 1135–1143

Fontaine et al: **Effects of lifestyle physical activity on perceived symptoms and physical function in adults with fibromyalgia: results of a randomized trial.** Arthritis Research & Therapy. 2010;12(2):R55

Macfarlane et al: **EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia.** Ann Rheum Dis 2016

Häuser *et al*: **Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** Arthritis Research & Therapy 2010

Bidonde J et al: **Aquatic exercise training for fibromyalgia (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews 2014

Busch et al: **Resistance exercise training for fibromyalgia (Review),** Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.

Hyland et al. **Explaining unexplained pain to fibromyalgia patients: finding a narrative that is acceptable to patients and provides a rationale for evidence based interventions.** British Journal of Pain 2016

Clifford J. Woolf. **Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain.** PAIN_ 152 (2011) S2–S15

Nijs J et al. **Applying Modern Pain Neuroscience in Clinical Practice: Criteria for the Classification of Central Sensitization Pain.** Pain Physician 2014; 17:447-457

Nijs J et al. **Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia: state of the art and implications for clinical practice.** Clin Rheumatol (2013) 32:1121–1129

Bruce M. Carruthers et al. **Encéphalomyélite myalgique /syndrome de fatigue chronique :Définition clinique et lignes directrices à l'intention des médecins.** Abrégé du Consensus canadien. Ed, Grad Dip Ed

Amarins J. Wijma PT, PhD, C. Paul van Wilgen PT, PhD, Mira Meeus PT, PhD & Jo Nijs PT, PhD (2016): **Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education,** Physiotherapy Theory and Practice, DOI: 10.1080/09593985.2016.1194651

Meeus M, Roussel N, Truijen S, Nijs J, **Reduced pressure pain thresholds in response to exercise in chronic fatigue syndrome but not in chronic low back pain: an experimental study** J Rehabil Med 2010; 42: 884–890

Meeus M , Nijs J, Wilgenl P, Noten S , Goubert D , Huijnen I:**Moving on to Movement in Patients with Chronic Joint Pain** _Pain clinical updates, VOL XXIV • No 1 • March 2016

Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. **Exercise therapy for chronic fatigue syndrome.**_Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12.