

Fibromyalgie, een gevoelig puntje

Astrid van Slobbe, Natalie de Blaeij, Marco Blanker

Inleiding

Over de diagnose fibromyalgie lopen de meningen sterk uiteen. Hoewel veel dokters van mening zijn dat fibromyalgie niet bestaat, is er een groep patiënten met chronische pijnklachten over het gehele lichaam die, mede ondersteund door een actieve patiëntenvereniging, hulp vragen voor hun probleem. Ook artsen die niet in de diagnose fibromyalgie geloven, zullen iets moeten met deze patiëntengroep.

Verschillende wetenschappers hebben de chronische gegeneraliseerde pijnklachten betiteld als 'spinale irritatie', 'fibrositis', 'fibrositissyndroom' en ten slotte 'fibromyalgie'.¹ De laatste term is in 1990 op voorstel van het American College of Rheumatology (ACR) ingevoerd.^{2,3} Hoewel deze term voornamelijk voor statistische en epidemiologische doeleinden is gekozen, wordt 'fibromyalgie' ook in de praktijk gebruikt. In de Nederlandse taal wordt ook wel 'weke-delenreuma' gebruikt.

Casus

Mevrouw de Waart, 37 jaar, komt op het spreekuur van huisarts De Winter. Zij presenteert de volgende klacht: 'Dokter, ik nu al bijna 4 maanden last van pijn in mijn hele lichaam. U heeft al pijnstil-

Samenvatting

Van Slobbe A, De Blaeij N, Blanker M. Fibromyalgie, een gevoelig puntje. Huisarts Wet 2003;46(4):201-4.

De diagnose fibromyalgie is controversieel door een gebrek aan causale verklaringen en geschikte behandelingen. Toch hebben patiënten met chronische gegeneraliseerde pijnklachten zorg en aandacht nodig.

Heldere gegevens over de prevalentie en prognose van fibromyalgie in de eerste lijn ontbreken. Wij bespreken de diagnostiek bij patiënten met chronische gegeneraliseerde pijn, waarbij voor spierkrachtmeting en gering bloedonderzoek gekozen kan worden.

Veel strategieën zijn onderzocht, maar geen enkele vormt de ideale behandeling van fibromyalgie. Activerende behandeling is effectief gebleken voor het algemeen welbevinden van patiënten met fibromyalgie. Cognitieve gedragstherapie lijkt de meest aangewezen behandeling, maar moet verder onderzocht worden.

Afdeling huisartsgeneeskunde, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam: drs. Astrid van Slobbe en drs. Natalie de Blaeij, huisartsen-in-opleiding; dr. Marco Blanker, epidemioloog en huisarts-in-opleiding

Correspondentie: blanker@hag.fgg.eur.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

lers gegeven, maar die helpen helemaal niet. Ik kom echt nergens meer toe. Ik ben thuis, werken gaat echt niet en ook thuis blijft veel werk liggen omdat ik zo'n pijn heb. Ik ben zelf maar eens op internet gaan kijken... enne... zou het geen fibromyalgie kunnen zijn dokter?'

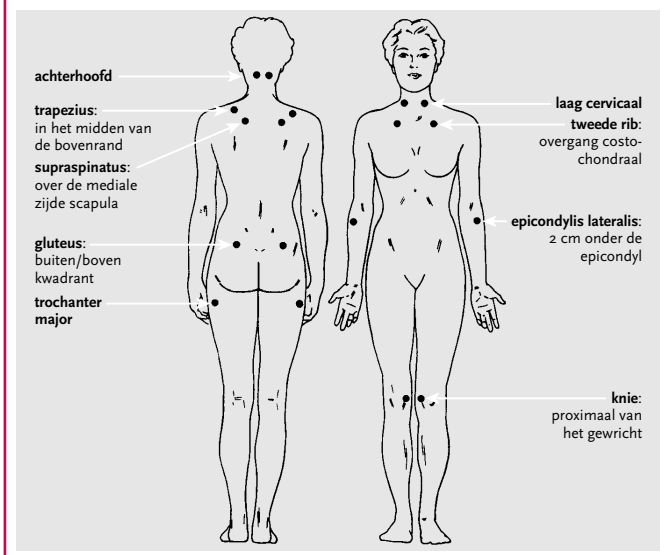
Patiënte kan zich niet herinneren hoe de klachten precies begonnen zijn. Behalve pijn en vermoeidheid levert de anamnese geen bijzonderheden op. Bij lichamelijk onderzoek wordt gegeneraliseerde pijn gevonden, terwijl de spierkracht en de bevindingen van globaal neurologisch onderzoek normaal zijn.

De huisarts bevestigt noch ontkent de diagnose fibromyalgie. Bij gebrek aan aanknopingspunten en een 'echte' diagnose besluit zij patiënte na een week terug te laten komen terwijl zij zich verdiept in de diagnostiek en behandeling van fibromyalgie.

Classificatie en prevalentie

Om de diagnose fibromyalgie vast te kunnen stellen zijn door de ACR criteria opgesteld.^{2,3} Deze criteria volgden uit een onderzoek waarin karakteristieken van 293 polikliniekpatiënten met een vermoedelijke diagnose fibromyalgie werden vergeleken met 265 controlepatiënten van dezelfde polikliniek. Het eerste criterium is dat de gegeneraliseerde pijn tenminste drie maanden bestaat en verspreid over de vier kwadranten van het lichaam voorkomt. Het tweede criterium is dat de pijn in elf of meer van de achttien drukpunten voorkomt (figuur 1). De combinatie van deze criteria bleek in deze onderzoekspopulatie de beste testkarakteristieken te heb-

Figuur 1 Criteria van fibromyalgie volgens het American College of Rheumatology



ben voor het stellen van de diagnose fibromyalgie.² Er zijn geen gegevens beschikbaar over de validiteit en toepasbaarheid van de ACR-criteria bij patiënten in de huisartsenpraktijk.

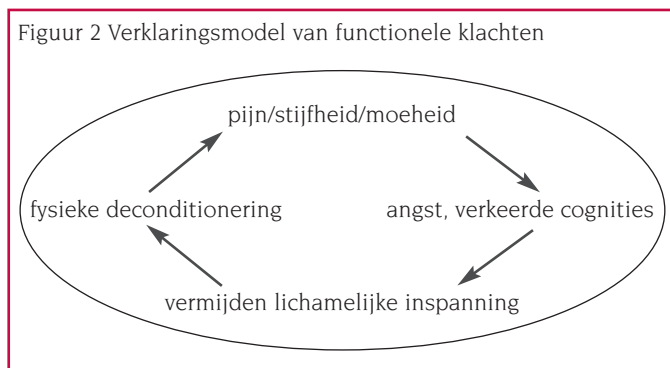
Aan de hand van deze criteria beschreef White een prevalentie van fibromyalgie van 4,9% voor vrouwen en 1,6% voor mannen in de open populatie.⁴ Slechts één onderzoek beschrijft de prevalentie van fibromyalgie in de Nederlandse huisartsenpraktijk.⁵ Gegevens werden verzameld met behulp van een enquête die aan 6657 huisartsen werd gestuurd. Hierin werd gevraagd naar het aantal patiënten met 'primair fibromyalgiesyndroom' (niet gedefinieerd) en de leeftijds- en geslachtsverdeling. Op basis hiervan concludeerden de auteurs dat de prevalentie in de huisartsenpraktijk 157 per 100.000 patiënten bedraagt. Zevenentachtig procent van de patiënten is vrouw; 48% in de leeftijd van 25 tot 44 jaar en 40% van 45 tot 65 jaar.⁵ Het gebrek aan een betrouwbare definitie en het lage responspercentage (58%) bemoeilijken echter de interpretatie van deze getallen.

Het ontbreken van een specifieke ICPC-code voor fibromyalgie bemoeilijkt het monitoren van deze aandoening in registratieprojecten zoals het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH).

Pathofysiologie

Ter verklaring van fibromyalgie zijn zeer uiteenlopende aanknopingspunten bestudeerd, die onlangs door Griep zijn uiteengezet:⁶ van neuro-endocriene componenten (hypothalamus-hypofyse-as, groeihormoon- en serotoninespiegels) en afwijkingen aan de spieren (spierpathologie en nachtelijke zuurstofsaturatiedalingen in de spieren) tot infectieuze componenten (zoals het hepatitis-C-virus) en psychosociale factoren. Geen van de onderzoeken heeft echter een eenduidig mechanisme ter verklaring van fibromyalgie aangetoond.⁶ Men kan zich dan ook afvragen of verder onderzoek uiteindelijk een pathofysiologisch substraat zal opleveren. Hoewel een dergelijk substraat mogelijk de (ontwikkeling van een) behandeling van een ziekte vergemakkelijkt, moet deze strategie wellicht verlaten worden.

Voorlopig kan fibromyalgie geclassificeerd worden als een functioneel syndroom. Wij trekken hierbij een parallel met het chronisch-vermoeidheidssyndroom (CVS): eveneens een aandoening



Lichamelijke klachten, verkeerde cognities en vermijdingsgedrag onderhouden en versterken elkaar.

De kern

- ▶ De controverse over fibromyalgie blijft bestaan door een gebrek aan pathofysiologisch substraat en adequate behandelingen.
- ▶ De diagnostiek van chronische gegeneraliseerde pijnklachten bestaat uit lichamelijk onderzoek en summier laboratoriumonderzoek.
- ▶ Activerende behandeling heeft een bewezen positief effect op het algemeen welbevinden van patiënten.
- ▶ Cognitieve gedragstherapie lijkt de behandeling van de toekomst en moet nader onderzocht worden.

zonder duidelijk substraat, waarvan de symptomen die van fibromyalgie bovendien vaak overlappen.^{7,8} Een mogelijk verklaringsmodel van functionele klachten wordt gevisualiseerd in *figuur 2*.

Diagnostiek en differentiële diagnose

Hoewel de ACR-criteria voor fibromyalgie duidelijk zijn, geven zij onvoldoende houvast voor de klinische praktijk.

Een breed spectrum aan begeleidende symptomen wordt bij fibromyalgie beschreven (*tabel 1*).^{2,9} Deze symptomen differentiëren echter slecht tussen mensen met en zonder de aandoening.

Bij de hoofdklacht chronische gegeneraliseerde pijn kan een zeer uitgebreide differentiële diagnose worden opgesteld. Om in de dagelijkse (reumatologie)praktijk een onderscheid te kunnen maken tussen fibromyalgie en andere met chronische pijn samenhangende aandoeningen stelde McCain een algoritme op met behulp van logische redeneringen.¹⁰ Een belangrijke drijfveer voor McCain was onnodig uitgevoerd aanvullend onderzoek terug te dringen.

Op basis van zijn onderzoek stellen wij een diagnostisch kader voor met lichamelijk onderzoek en een klein aantal laboratoriumbepalingen als uitgangspunt.

Bij het lichamelijk onderzoek kan het testen van de spierkracht een rol spelen indien de huisarts de aandoeningen waarbij spierzwakte optreedt wil uitsluiten (*tabel 2*). Hierbij merken wij op dat de neuromusculaire aandoeningen een lage prevalentie hebben in de huisartsenpraktijk. Manuele tests zijn hiervoor eenvoudig en reproduceerbaar, maar de validiteit ervan is zwak bij gering krachtsverlies.^{11,12} Gebruik van een handdynamometer zou betrouwbaarder zijn, maar over het gebruik daarvan in de huisartsenpraktijk is weinig informatie beschikbaar.^{11,12}

Aanwijzingen voor verminderde spierkracht zouden een reden moeten zijn voor een verwijzing naar de tweede lijn voor diagnostiek naar aandoeningen die zijn vermeld in *tabel 2*. Uitzondering hierop is het vermoeden van een postinfectieuze myopathie die in de huisartsenpraktijk behandeld kan worden door het self-limiting karakter. Bij normale spierkracht kan de huisarts naar onze mening de verdere diagnostiek zelf uitvoeren met behulp van BSE- en TSH-bepaling. Afwijkende uitslagen maken de diagnose fibromyalgie onwaarschijnlijk.¹⁰ Bij afwijkende TSH-waarden kan, eventueel na bepaling van het vrij-T4-gehalte, de diagnose hypo- of hyperthyreoïdie worden gesteld en volgens de daartoe opgestelde richtlijnen worden behandeld.

Tabel 1 Begeleidende symptomen bij fibromyalgie

- slaapstoornissen
- ochtendstijfheid
- subjectieve gewrichtszwelling
- hypermobiliteit van gewrichten
- tintelingen, branderigheid van de huid
- hoofdpijn
- stemmingswisselingen
- concentratiestoornissen
- prikkelbaredarmsyndroom
- sicca-symptomen
- Raynaud-fenomeen

Tabel 2 Differentiële diagnose bij chronische gegeneraliseerde pijn

Aandoeningen zonder spierzwakte

- hypo- en hyperthyreoïdie
- psychische aandoeningen
- fibromyalgie

Aandoeningen met spierzwakte

- polymyalgia rheumatica
- (post)infectieuze aandoeningen
- spierdystrofie
- maligniteit (paraneoplastisch)
- metabole myopathie
- myositis
- sarcoidose
- rabdomyolyse

Om uiteindelijk de diagnose fibromyalgie volgens de ACR-criteria te kunnen stellen dient drukpuntonderzoek plaats te vinden. Dit onderzoek is echter moeilijk te standaardiseren en is in de huisartsenpraktijk onvoldoende onderzocht.¹³ Toch kan dit onderzoek naar onze mening een handvat zijn voor het categoriseren van gegeneraliseerde pijnklachten.

Behandeling

Bij gebrek aan een causale verklaring is een fors aantal interventies onderzocht als behandeling van fibromyalgie, wat echter geen voorkeursbehandeling heeft opgeleverd. Behandeling met amitriptyline gaf in één onderzoek verbetering van pijn, slaap en vermoeidheid bij patiënten met fibromyalgie.¹⁴ Onderzoeken naar de behandeling met moclobemide, tenoxicam, bromazepam, ibuprofen, alprazolam en lokale lidocaïne-infiltratie tonen weinig effect.¹⁵⁻¹⁷ Methodologische beperkingen in verschillende onderzoeken bemoeilijken de interpretatie van de verschillende behandel-effecten.

Cognitieve gedragstherapie wordt nog maar weinig toegepast en onderzocht en toont vooralsnog geen eenduidig gunstig resultaat.¹⁸ Bij de behandeling van het CVS is wel een duidelijk positief effect aangetoond. Vanwege de eerder genoemde overeenkomsten tussen fibromyalgie en het CVS lijkt verder onderzoek naar deze behandelmethodes voor patiënten met chronische gegeneraliseerde pijn de juiste weg.^{8,19}

Bij cognitieve gedragstherapie is 'zelfmanagement' een sleutelwoord. In een slechtnieuwsgesprek erkent de behandelaar de klachten en vertelt dat een effectieve medicamenteuze behandeling niet voorhanden is. Dit zou de basis moeten vormen om de patiënt te leren omgaan met de pijnklachten.⁹ Steunende gesprekken en het behouden van dagelijkse (lichamelijke) activiteiten vormen de verdere behandelmethodes.¹⁸⁻²⁰ Bij het stimuleren

van lichamelijke activiteit moet worden uitgegaan van de mogelijkheden van de patiënt en niet van de beperkingen. Tijdens de ondersteunende gesprekken moet worden geprobeerd de vaak negatieve cognities over de redenen van pijn, stijfheid en moeheid in de gewrichten te corrigeren. Doel van deze aanpak is het doorbreken van de cirkel zoals beschreven in *figuur 2* en het voorkomen van verdere medicalisering. Activering door lichamelijke inspanning bleek uit recente onderzoeken een effectieve behandeling bij mensen met fibromyalgie.^{21,22} Pijn op drukpunten vermindert en het algemeen welbevinden verbetert hierdoor, terwijl de intensiteit van de pijn, vermoeidheid en slaapproblemen mogelijk niet verminderen.^{21,22}

Prognose

Het gebrek aan goede onderzoeken verhindert het doen van eenduidige uitspraken over de prognose van fibromyalgie in de huisartsenpraktijk. Onderzoeken gebaseerd op zeer kleine onderzoekspopulaties tonen dat het merendeel van de patiënten na enkele jaren nog klachten heeft; de klachten lijken bij de meeste patiënten niet te verergeren, maar eerder iets af te nemen.^{23,24}

Vervolg casus

Tijdens het vervolgconsult constateert de huisarts andermaal dat de spierkracht optimaal is. Drukpuntonderzoek laat zij achterwege omdat zij hierin onvoldoende vaardigheid heeft. De bezinking en het TSH-gehalte blijken normaal. Differentieel-diagnostisch resteren fibromyalgie en psychogene klachten.

De huisarts legt uit aan mevrouw De Waart dat medicamenteuze behandeling niet voorhanden is en dat de klachten bij de meeste patiënten niet verergeren, maar eerder iets verminderen. Zij legt tevens uit dat patiënte ondanks haar klachten de normale dagelijkse inspanningen moet blijven leveren om daarmee de vicieuze cirkel te doorbreken.

Conclusie

Er bestaat groot verschil van mening over de diagnose fibromyalgie. Hoewel vele benaderingswijzen onderzocht zijn, is er geen eenduidige causale oorzaak voor de pijnklachten aangetoond, noch is een evident effectieve behandelstrategie ontdekt.

Om patiënten met chronische gegeneraliseerde pijn in kaart te brengen stellen we voor om naast anamnese en lichamelijk onderzoek een beperkt laboratoriumonderzoek (bezinking en TSH) te verrichten. Het beoordelen van de spierkracht is niet volgens gestandaardiseerde tests uit te voeren, behalve door middel van een handdynamometer. Over het gebruik hiervan in de huisartsenpraktijk is echter weinig bekend.

Stimulering van lichamelijke activiteiten is een effectieve methode om het algemeen welbevinden van patiënten met fibromyalgie te verbeteren. Naast activerende behandeling lijkt cognitieve gedragstherapie de meest belovende behandeling om verder te onderzoeken.

Literatuur

- 1 Wolfe F. The clinical syndrome of fibrositis. *Am J Med* 1986;81(3A):7-14.
- 2 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
- 3 Jacobs JW, Rasker JJ, Bijlsma JW. Classificatie van fibromyalgie: de criteria van het American College of Rheumatology. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:9-12.
- 4 White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: direct health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *J Rheumatol* 1999;26:885-9.
- 5 Bazelmans E, Vercoulen JH, Galama JM, Van Weel C, Van der Meer JW, Bleijenberg G. Prevalentie van het chronische-vermoeidheidsyndroom en het primaire-fibromyalgiesyndroom in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1520-3. [correctie in *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141;31:1800.]
- 6 Griep EN. Fibromyalgia syndrome: neuroendocrine perspectives with clinical implications. Rijks Universiteit Leiden, 2000.
- 7 Buchwald D. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: similarities and differences. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:219-43.
- 8 Van der Meer JWM, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinloopen RJ, Bensing JM, et al. Langdurige lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten: samenvatting, conclusies en aanbevelingen voor het beleid van de medicus practicus, 1997. (<http://www.menet.dds.nl/meweb/ned15.txt>)
- 9 Doherty M, Jones A. ABC of rheumatology. Fibromyalgia syndrome. *BMJ* 1995;310:386-9.
- 10 McCain GA. A cost-effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:323-49.
- 11 Van der Ploeg RJ, Oosterhuis HJ. Fysische diagnostiek – het meten van spierkracht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:19-23.
- 12 Roebroek M. Clinical assessment of muscle function with a computer-assisted hand-held dynamometer [Proefschrift]. Vrije Universiteit Amsterdam, 1994.
- 13 Borg-Stein J, Stein J. Trigger points and tender points: one and the same? Does injection treatment help? *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:305-22.
- 14 Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996;39:1852-9.
- 15 Quijada-Carrera J, Valenzuela-Castano A, Povedano-Gomez J, Fernandez-Rodriguez A, Hernanz-Mediano W, Gutierrez-Rubio A, et al. Comparison of tenoxicam and bromazepam in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 1996;65:221-5.
- 16 Russell IJ, Fletcher EM, Michalek JE, McBroom PC, Hester GG. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam. A double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 1991;34:552-60.
- 17 Hannonen P, Malminiemi K, Yli-Kerttula U, Isomeri R, Roponen P. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of moclobemide and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia in females without psychiatric disorder. *Br J Rheumatol* 1998;37:1279-86.
- 18 Vlaeyen JW, Teeken-Gruben NJ, Goossens ME, Rutten-van Molken MP, Pelt RA, Van Eek H, et al. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial. I. Clinical effects. *J Rheumatol* 1996;23:1237-45.
- 19 Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, De Boo TM, Severens JL, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841-7.
- 20 Jacobs JW, Schenk Y, Van Booma-Frankfort C. De therapeutische benadering van fibromyalgie. *Modern Medicine* 1992;16:1074-81.
- 21 Richards SC, Scott DL. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325:185.
- 22 Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2002*. Oxford: Update Software.
- 23 Mengshoel AM, Haugen M. Health status in fibromyalgia—a followup study. *J Rheumatol* 2001;28:2085-9.
- 24 Granges G, Zilko P, Littlejohn GO. Fibromyalgia syndrome: assessment of the severity of the condition 2 years after diagnosis. *J Rheumatol* 1994;21:523-9.