

# Het fibromyalgia syndroom

*Waar gaan we na 20 jaar naar toe?*

---

Hoe omgaan met chronische pijn  
in de eerste lijn?

Een dynamische workshop

□ **19 April 2011**

Prof. Dr. Rene Westhovens MD PhD

Reumatologie

Departement musculoskeletale wetenschappen

UZ KU Leuven

---

# Waarom een voordracht door een reumatoloog?

---

Is het een reumatische aandoening?

Is het een dominant pijnprobleem?

Kan de reumatoloog een meerwaarde bieden in de therapie?

Wat is de rol van de huisarts?

---

De reumatoloog heeft historisch wel een rol gespeeld in het fibromyalgia syndroom

---

Wolfe et al Arthritis&Rheum 1990 33(2) 160-72

**The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee**

1992: 2nd World Congress on myofascial pain and fibromyalgia **in Kopenhagen**. The epidemiology of fibromyalgia. Workshop of the Standing Committee on Epidemiology European League Against Rheumatism (EULAR), Bad Säckingen, 19-21 Nov 1992. **Br J Rheumatol. 1994 Aug;33(8):783-6.**

---

**R Westhovens deelnemer**

# Waarom deze persoonlijke belangstelling ?

---

- Zeer frequent voorkomen van diffuse pijn
  - Epidemie meegemaakt tijdens mijn praktijk in Genk (mijnsluiting 1987)
  - “Dokter, het zit zeker niet tussen mijn 2 oren” (Fibromyalgia)  
versus  
“Dokter, ik denk dat dit door stress wordt veroorzaakt” (vroeg RA)
-

- 
- Lange tijd een gebrek aan wetenschap en dominantie van drukkingsgroepen
  - Zeldzame kwalitatieve artikels krijgen geen aandacht:

***Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Silman AJ.***

***Arthritis Rheum. 2001 Apr;44(4):940-6.***

---

# Wat zelf ermee gedaan?

---

- ❑ Geen echt wetenschappelijke track in Fibromyalgia
  - ❑ Psychosomatics. 2001 Jan-Feb; 42(1):21-8.  
Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study on prevalence and characteristics. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Lysens R, Vertommen H, Van Houdenhove L, Onghena P, Westhovens R, D'Hooghe MB.
  - ❑ Reumatologie en klinische immunologie 1994  
**J.W.J. Bijlsma (ed)**  
"Chronische gegeneraliseerde pijnsyndromen"  
R Westhovens & E N Griep
-

# Waarom?

---

- Onvrede met concept:
  - Wat is verschil met CVS, ME...?
  - "The story about the patient" gaat verloren in het concept
  - Patienten krijgen hierdoor een onvolledige evaluatie
- Geen structuur ter beschikking voor behandeling/onmacht bij patienten met lange duur symptomen
- "Klassieke" maar ook "alternatieve" geneeskunde induceert klachten of ziekte gedrag

***Heeft de reumatoloog een rol te spelen in het fibromyalgia syndroom, meer dan diagnostiek bij uitsluiting?***

---

# 1990 ACR criteria

---

- History of widespread pain has been present for at least three months  
Definition: Pain is considered widespread when all of the following are present:  
Pain in both sides of the body  
Pain above and below the waist In addition, axial skeletal pain (cervical spine, anterior chest, thoracic spine or low back pain) must be present. Low back pain is considered lower segment pain.
  
  - Pain in 11 of 18 tender point sites on digital palpation  
Definition: Pain, on digital palpation, must be present in at least 11 of the following 18 tender point sites:  
Occiput (2) - at the suboccipital muscle insertions.  
Low cervical (2) - at the anterior aspects of the intertransverse spaces at C5-C7.  
Trapezius (2) - at the midpoint of the upper border.  
Supraspinatus (2) - at origins, above the scapula spine near the medial border.  
Second rib (2) - upper lateral to the second costochondral junction.  
Lateral epicondyle (2) - 2 cm distal to the epicondyles.  
Gluteal (2) - in upper outer quadrants of buttocks in anterior fold of muscle.  
Greater trochanter (2) - posterior to the trochanteric prominence.  
Knee (2) - at the medial fat pad proximal to the joint line.
  
  - (Digital palpation should be performed with an approximate force of 4 kg. A tender point has to be painful at palpation, not just "tender." )
-



# Hebben de classificatiecriteria van 1990 iets bereikt?

---

A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia.  
Wolfe F et al

Arthritis Rheum. 1997 Sep; 40(9):1560-70.

“Fibromyalgia criteria: what did we do? We only created costs”

Bijstelling PhD thesis R Westhovens 1999:

« Het definiëren van een probleem als fibromyalgia brengt de patient niet verder, integendeel »

---

# Onvrede met deze 1990 criteria!

---

- ❑ De 'tender points' fetisj
  - ❑ Enkel gebaseerd op pijn, terwijl andere symptomen en dysfunctioneren zo prominent zijn
  - ❑ Alles of niets criteria  
Geen evaluatie of onderscheid naar ernst
-

# Nieuwe 2010 criteria

---

- The American College of Rheumatology **preliminary diagnostic criteria** for fibromyalgia and measurement of **symptom severity**.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB.

*Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May; 62(5): 600-10.

---

- 
- Pijn en andere symptomen > 3m
  - Geen andere aandoening die de symptomen verklaart
  - Fibromyalgiescore minimaal 12, pijnscore minimaal 3 en symptoomscore minimaal 5
-

# Pijnscore

---

19 regio's van het lichaam worden  
gescoord voor pijn aanwezig laatste  
week (0-19)

---

# Symptoomscore

---

Vermoeidheid

Niet uitgerust ontwaken

Moeite met nadenken en concentreren ...laatste week

0 afwezig

1 in lichte/milde mate of periodiek in milde mate

2 In matige/aanzienlijke mate, vaak aanwezig en/of van aanzienlijke ernst

3 In ernstige mate, ingrijpend, continu het leven verstorend

Hoeveelheid extra symptomen uit lijst van 42

(0 geen, 1 weinig, 2 aanzienlijk aantal, 3 veel)

---

Symptoom score 0-12

# Fibromyalgiascore

---

Pijnscore + Symptoom score

0-31

Fibromyalgie: totale score minimaal 12,  
pijnscore minimaal 3 en symptoomscore  
minimaal 5

---

# Maar?

---

- ❑ Geen gouden standaard in diagnostiek  
Ziekteproces is niet gekend
- ❑ Het gaat om gerapporteerde symptomen/ervaringen
- ❑ 90 % overeenkomst oude en nieuwe criteria

Hoe gaat dit een impact hebben op de praktijk?

Hoe een andere aandoening uitsluiten?

---



# Persoonlijke suggesties

---

- ❑ Introduceer preventie
- ❑ Introduceer risico analyse in eerste lijn
- ❑ Introduceer echte multidisciplinariteit in diagnostiek en therapie ook in eerste lijn
- ❑ Eén therapie/benadering is niet in alle situaties effectief

Analyseer het profiel en het verhaal van de patient in een vroeg stadium en benader dit probleem in alle ernst !

---

# Welke therapie?

---

- Bij patiënten met langdurige ziekte heeft een CBT/oefentherapie effect aangetoond maar ook hier is *tailoring* nodig
- cfr onderscheid pijnvermijdings- en pijnpersistentiegedrag

*van Koulil S et al: Tailored cognitive-behavioral therapy and exercise training for high-risk patients with fibromyalgia. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 Oct;62(10):1377-85.*

*van Koulil S et al: Cognitive behavioral mechanisms in a pain-avoidance and a pain-persistence treatment for high-risk fibromyalgia patients. Arthritis Care Res (Hoboken) in press*

---

# Welke therapie?

---

- Ook al is CBT populair en voor een aantal patienten zeker effectief evidence based, andere therapieën kunnen ook effectief zijn  
vb experientiele therapie bij door posttraumatische stress veroorzaakte problematiek
- Symptoomverbetering is niet altijd de ultieme outcome. Hoe gaat de patient door een veranderingsproces (coping) en neemt hij zaken in het leven op (ziekte als existentieel thema) ?.....

---

**'Monitoring'**

...en vergeet de maatschappelijke  
dimensie niet !

---

Leesadvies:

Toon Tellegen «Bijna iedereen kan omvallen »

Querido ISBN 90-214-8372-6 blz 40-41

'Heb jij ook wel eens zo'n pijn in je angel  
wesp?' vroeg de bij op.....

---

# Arthralgie maar geen Fibromyalgie!

---

- Vrouw met chronisch arthralgieën zonder zwelling
- Maar!
  - urticaria like laesies
  - astmatisch
  - sed stijging

....en RX bot:

---

16.04.45



# Arthralgie maar geen fibromyalgie!

---

- Vrouw van 34 met sedert half januari 2009 arthralgieën
- Maar ook
  - verminderd vuistslot
  - Raynaud vanaf Juni van dat jaar

En..... ANF positief

---

# Welke screening tests?

---

- Anamnese en kliniek essentieel  
Vergeet ook niet een screening locomotorisch onderzoek!

Er zijn geen performante screening technische onderzoeken of labo tests: deze zijn enkel geïndiceerd op basis van klinische suspectie

---



# DD Systemziekte....RA, SLE e.a.

---

- Reumatoïde Arthritis is « zwelling »
  - Reumafactor is positief in 5 à 10% van de normale populatie
  - ANF is eveneens positief in 10% normale populatie zeker in lage titer
- 
- CCP antistoffen zijn specifiek,
  - ANF en capillaroscopie zijn contributief in geval van Raynaud
-

# Er zijn positieve diagnostische tekens

---

- Maar dit zijn niet de tender points
- Er zijn persoonlijkheidskenmerken geassocieerd met chronische pijn zoals angst en depressie, premorbied hyperactiviteit, victimization...

...maar het is niet omdat je die tekens hebt dat je ook fibromyalgie hebt

---

# En nu in de praktijk...

---

---

Kan een huisarts de diagnose stellen of beter nog... risico voor ontwikkelen chronische pijn inschatten?

---

□ Hoe doet de huisarts dit?

- anamnestiche en klinische argumenten
  - persoonlijkheidsprofiel van patient?
  - labo? uitsluiten van?
  - imaging of andere technische tests?
-

# Verwijst de huisarts dergelijk probleem door ?

---

- Wanneer?
  - Naar wie?
  - Met welke inlichtingen?
  
  - Verwacht de huisarts feedback en welke?
-

# Hoe communiceert de huisarts dit met patient en familie?

---

- Wat is de uitleg?
  - Voelt de huisarts zich hiervoor bekwaam?
  - Hoe ga je met patienten om die somatiseren?
  - Hoe ga je met werkonbekwaamheid om?
-

# Is dit een probleem voor de eerste lijn?

---

- Voelt de huisarts zich meester over deze problematiek?
  - Wordt er samengewerkt met andere disciplines in de eerste lijn?
  - Zijn er andere disciplines die een rol (kunnen) spelen
  - Is dit iets voor de « alternatieve geneeskunde » ?
-

# Hoe ziet een ideaal zorgtraject uit?

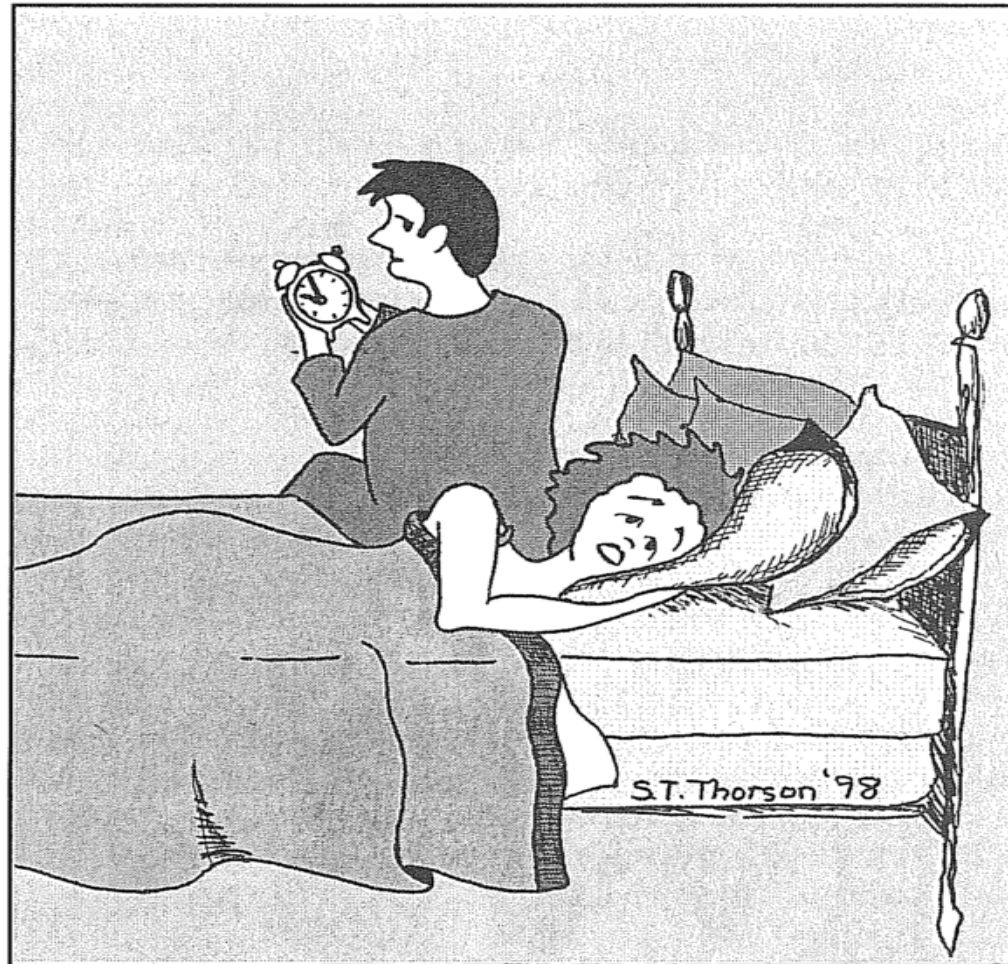
---

- Is er mogelijkheid tot preventie en hoe?
  - Kan een zorgtraject georganiseerd in de eerste lijn
  - Is er een plaats voor tweede en derde lijn en welke?
-



... Zelfzorg  
werkt gezondheid in de hand!

---



Wake me when they've found a cure!