

## Verslag Symposium Vermoeidheid in de revalidatie: transdiagnostisch of diagnose specifiek?

11 maart 2022

door: Chantal Arnaud de Calavon

Het symposium startte met een korte opening van de werkgroep Onderzoek van de sectie Revalidatie, waarna overgegaan werd naar de eerste spreker.

### **Prof. Dr. Hans Knoop;** Algemene introductie over behandeling vermoeidheid en oncologie

Prof. Dr. Hans Knoop is een klinisch psycholoog en professor bij de afdeling medische psychologie aan het Academic Medical Center. Knoop opende het symposium met een introductie van vermoeidheid bij revalidatie. Hij vertelde hoe ernstige vermoeidheid bij chronische aandoeningen gekoppeld is aan de geleverde inspanning. Verminderde activiteit vergroot de kans op vermoeidheid. Er zijn een aantal factoren die een rol in de oorzaak van vermoeidheid spelen. De chronische aandoening kan wel een trigger zijn voor de vermoeidheid, maar de factoren achter de vermoeidheid zelf zijn generiek en dus gelijk bij verschillende aandoeningen. Dit zijn bijvoorbeeld; lichamelijke activiteit, pijn, self-efficacy, slaap, concentratie en depressie. Hierin zijn de verschillen tussen patiënten groter dan de verschillen tussen aandoeningen.

Aan de hand van de verkorte vermoeidheidsvragenlijst (VVV) en de checklist individuele spankracht (CIS) kan er bepaald worden of iemand vermoeid is. Gedragsinterventie zou een positief effect moeten hebben op in standhoudende factoren en daarin de vermoeidheid kunnen beïnvloeden. Bewijzen hiervoor zijn in onderzoek te vinden, waar een deel van de patiënten op de lange termijn wel terugvalt. Er is momenteel nog matig bewijs voor mindfulness en geen bewijs voor de werking van medicatie.

In oncologie revalidatie is er te zien dat 75% van de patiënten bij een palliatieve behandeling niet meer ernstig vermoeid is, na cognitieve gedragstherapie (CGT). Knoop werkt met behandelmodules die de onderwerpen in de onderstaande figuur aanpakken. Het is hierbij nuttig om meerdere keren te meten welke modules het meest relevant zijn bij de patiënt. Dit kan resulteren in een kortere behandeling. Bij de 25% waarbij de behandeling geen effect had waren de behandelprincipes niet geheel passend voor de patiënten. Mindfulness hielp dan wel met het accepteren, maar niet met de klacht van vermoeidheid.



Het gevolgenmodel van SOLK, werd door een van de deelnemers aan het symposium aangedragen als suggestie i.p.v. de bovenstaande modules. Knoop gaf aan dat toen hij het gevolgenmodel jaren geleden gebruikte de aandoening als oorzaak werd gezien en dat deze oorzaak ook nu nog van belang zou zijn. De modules zouden een implicatie geven dat herstel mogelijk is. Volgens Knoop is het vooral belangrijk de symptomen te behandelen om daarmee de gevolgen te beperken.

Door een van de deelnemers werd gevraagd naar Acceptance and Commitment Therapy (ACT) als behandeling. Er is nog niet veel onderzoek naar ACT en vermoeidheid, echter is er wel te redeneren hoe ACT effectief zou kunnen zijn. In ACT zit een stukje verwerking en acceptatie dat ervoor kan zorgen dat de vermoeidheid niet verergert. De boodschap mag hier echter niet zijn; je bent moe. Wel; je bent nu moe, accepteer de chronische ziekte en wat zou je willen doen wanneer je niet meer moe bent. Knoop gaf aan dat hij het erg belangrijk vindt dat het stukje controle krijgen over de klacht in de behandeling verwerkt zit, dit is wat minder passend bij ACT.

EMDR bij vermoeidheid werd ook naar aanleiding van een vraag besproken. Een achterliggend trauma kan de kans op chronische vermoeidheid vergroten. Een EMDR behandeling had dan ook wel wat effecten, maar geen grote op het gebied van vermoeidheid.

Knoop sloot zijn presentatie af met de uitspraak dat net zoals er voor chronische pijn een zorgstandaard is, er ook een zou moeten zijn voor chronische vermoeidheid. De vele overeenkomsten van vermoeidheid bij verschillende ziektes maakt dat een behandeling effectief kan zijn.

#### **Prof. Dr. Vincent de Groot;** Behandeling vermoeidheid bij MS

Prof. Dr. Vincent de Groot is een revalidatiearts (afdelingshoofd), opgeleid in het VUmc en revalidatiecentrum Heliomare. De Groot heeft wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het ziekteverloop en kwaliteit van leven van patiënten met multiple sclerose (MS).

De presentatie begon met een duidelijk verschil aan te geven tussen de perceptie van vermoeidheid en vermoeibaarheid met objectieve meting. Vermoeibaarheid van spieren bij een ziekte als MS is de afname van spierprestatie tijdens het uitvoeren van een taak. Ook spreekt hij over primaire en secundaire vermoeidheid, waarbij primaire vermoeidheid direct door MS komt en secundaire

vermoeidheid door de factoren die niet direct te maken hebben met MS. Denk hierbij aan slaapstoornissen, medicatie, depressie en andere psychische of medische problemen.

In wetenschappelijk onderzoek wordt gesproken over verschillende soorten vermoeidheid, cognitieve, sociale en fysieke. De Groot is echter van mening dat dit, specifiek bij MS, eigenlijk dezelfde vermoeidheid is, alleen anders verwoord. Zo zal een sportieve patiënt meer fysieke vermoeidheidsklachten beschrijven en een intellectuele patiënt meer cognitieve vermoeidheidsklachten.

Bij patiënten met MS staat, na 30 jaar onderzoek naar symptomen, vermoeidheid stipt op nummer 1 in de lijst met symptomen. Een effectieve behandeling voor vermoeidheid is daarom van groot belang. CGT blijkt ook bij dit ziektebeeld het meest effectief. Energy Conservation Management (ECM) is ook onderzocht als behandeling, hierbij veer je mee met de vermoeidheid. Volgens de Groot is dit echter niet de weg. Het effect van CGT op de lange termijn moet nog wel verbeteren. Dit kan gedaan worden met boostersessies, face-2-face of online. Binnen de behandeling is het volgende van groot belang; uitbreiding van activiteiten en niet laten limiteren door de vermoeidheid.

#### **Dr. Nicole Voet;** Diagnostiek en behandeling van vermoeidheid bij spierziektes

Dr. Nicole Voet is een revalidatiearts, werkzaam op de polikliniek spierziekten in revalidatiecentrum Klimmendaal in Arnhem en op de afdeling Revalidatie van het Radboudumc. Voet heeft onderzoek gedaan naar CGT bij patiënten met FSHD.

Voet liet aan het begin de onderstaande driehoek van Trias Energetica zien. Dit wordt gebruikt door huizen/bedrijven om energiebesparende maatregelen te nemen. Deze driehoek is, als er aandachtig naar gekeken wordt, ook toepasbaar bij vermoeidheid.



Source: eagle-energy.nl

Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op vermoeidheid. Precipiterende (vooraf bestaande), predisponerende (kwetsbaar makende) en perpetuerende (aanhoudende) factoren. Het is belangrijk om uit te vragen wat de patiënt precies onder vermoeidheid verstaat, bij Myotone Dystrofie kan namelijk toegenomen slaperigheid een symptoom zijn. Ook is het goed te bepalen of de vermoeidheid primair of secundair is, hierin is secundaire vermoeidheid beter te behandelen.

Doordat mensen met spierziekten dagelijks topsport leveren, kan training de drempel van vermoeidheid verhogen zodat ze niet meer dagelijks topsport hoeven te leveren. Volgens Voet is 'start low, go slow' in de start van lichamelijke activiteit van belang, dit hoeft dus niet meteen intensief sporten te zijn. Elke vorm van beweging telt mee. Bij patiënten met spierziekten die lang niet meer actief zijn geweest wordt nu ook gestart met 30% i.p.v. de vroegere 60%. In het verduurzamen van een huis schaf je ook eerst een duurzamere koelkast aan en ga je later pas voor de zonnepanelen op het dak.

Medicatie bij vermoeidheid kan een piek in energie geven, echter als je pijn/vermoeidheid in de acute fase negeert komt deze als een boemerang weer terug. Bij medicatie als bèta blokkers en antihistaminica is een van de bijwerkingen ook vaak vermoeidheid.

Voet vertelde ook over haar eigen promotieonderzoek, waarin fietstraining en CGT werden gebruikt als behandeling voor chronische vermoeidheid bij FSHD. Voor vermoeidheid bleek dit zeer effectief en kon ook de ziekteprogressie worden afgeremd. Wanneer met een MRI naar de spieren gekeken werd kon er een afname in de toename van spiervetring waargenomen worden. Dit werd eerst sceptisch ontvangen, maar sindsdien zijn er meer onderzoeken verschenen waarbij CGT of ACT hielp in het afremmen van de ziekteprogressie.

Voor in de toekomst wil Voet kijken naar 'reverse engineering'. In plaats van nieuwe medicatie te ontwikkelen en testen wil zij kijken naar de effectieve behandeling die we eigenlijk al hebben. Waarom werkt CGT? En kunnen we een medicijn ontwikkelen met hetzelfde effect?

**Dr. Jessica Bruijelij;** Diagnostiek en voorspellende factoren vermoeidheid na NAH

Dr. Jessica Bruijelij is een recent gepromoveerde onderzoeker die onderzoek heeft gedaan naar slaap en vermoeidheid na niet aangeboren hersenletsel (NAH).

Het onderzoek van Bruijelij heeft zich vooral gericht op traumatisch hersenletsel, maar zij zag zelf in de literatuur veel overeenkomsten met niet-traumatisch hersenletsel. Vermoeidheid wordt na NAH als een van de meest interfererende klachten aangegeven. Bruijelij vergeleek de vermoeidheid als een oude telefoon met een slechte batterij, de telefoon laadt niet meer goed op, loopt sneller leeg en kan plots uitvallen.

Een hypothese voor vermoeidheid na NAH is dat wanneer het brein wordt beschadigd door letsel deze harder moet werken (aandacht, informatieverwerking), wat tot vermoeidheid kan leiden. Een andere hypothese is dat vermoeidheid ontstaat wanneer er een disbalans is tussen geleverde effort en verkregen beloning. Als er meer inspanning geleverd moet worden dan de beloning groot is, dan wordt men daar sneller vermoeid van. Deze tweede hypothese wordt tot nu toe meer gebruikt bij gezonde mensen.

Bij Bruijelij's onderzoek werd er gekeken naar functionele connectiviteit in het brein. Er werd hier toegenomen activiteit gevonden in het striatum (beloningsgebied), er zijn dus markers voor vermoeidheid te vinden in het brein.

*Biologische factoren*

Er zijn verschillen in de ernst van het letsel en het verloop van vermoeidheid. Hierin hangt pijn samen met vermoeidheid.

Ernst van het letsel	Verloop vermoeidheid
Mild	Eerst hoog, neemt daarna af
Moderate	Blijft gelijk, relatief lager
Severe	Neemt toe over tijd

Theoretische verklaring hiervoor is dat de severe groep minder zelfbewust is en daarom vermoeidheid minder goed kan inschatten. De mild groep wordt sneller ontslagen naar huis en wordt daardoor sneller meer belast. Patiënten met moderate tot severe hersenletsel blijven langer in de revalidatie en hebben daar meer structuur.

In sommige studies wordt ook gevonden dat vrouwen meer vermoeidheid rapporteren dan mannen en hoger opgeleide meer dan lager opgeleide mensen. Ook kunnen medicatie, drugs, alcoholgebruik en co-morbide aandoeningen invloed hebben op vermoeidheid.

*Psychosociale factoren*

- Slaapproblemen kwaliteit/insomnia
- Depressie, angst, stress
- Coping stijl
- Re-integratie maatschappij (werk, leefomgeving, sociaal leven)
- Steun van de omgeving

Het is belangrijk om vermoeidheid vanuit een biopsychosociaal model te bekijken. In longitudinale studies wordt gevonden dat de biologische factoren de eerste 3 maanden van revalidatie van erg groot belang zijn op vermoeidheid, vanaf 6-12 maanden nemen de biologische factoren af en spelen de psychosociale factoren een grote rol.

Er is momenteel nog een zoektocht naar een objectieve maat voor vermoeidheid, vooral om te gebruiken in onderzoek. Hierbij kan gekeken worden naar reactietijd op een taak. Voor onderzoek en diagnostiek bestaan er nu subjectieve vragenlijsten.

**Afsluiting:**

Het symposium werd afgesloten met een korte paneldiscussie en een afsluiting van de werkgroep van het NIP. De grootste boodschap die ik naar aanleiding van deze middag heb mogen meenemen is; de verschillen in vermoeidheid zijn groter tussen individuen dan aandoeningen en kan daardoor als generiek gezien worden. Dit valt daarom te behandelen met o.a. CGT, waarvoor al veel bewijs te vinden is in de literatuur. Mocht er na deze recensie een nog grotere interesse zijn in dit symposium, dan is dit te vinden op de [website van het NIP](#) (alleen voor leden).