

Fysio therapeutische evaluatie en aanleren van zelf management-technieken bij een patiënt met het chronisch-vermoeidheid-syndroom

Bron : Fysio therapeutische Casuïstiek

Datum: december 2003

Jo Nijs

Vakgroep Menselijke Fysiologie, Faculteit Lichamelijke Opvoeding en

Kinesitherapie, Vrije Universiteit Brussel

Chronic Fatigue Clinic, Vrije Universiteit Brussel

Opleiding Kinesitherapie, Departement Gezondheidszorg, Hogeschool Antwerpen

Kenny De Meirleir

Vakgroep Menselijke Fysiologie, Faculteit Lichamelijke Opvoeding en

Kinesitherapie, Vrije Universiteit Brussel

Chronic Fatigue Clinic, Vrije Universiteit Brussel

Inleiding

Om te voldoen aan de diagnostische criteria van het 'chronisch- vermoeidheidsyndroom (CVS)' moet een CVS-patiënt gedurende zes opeenvolgende maanden ernstige vermoeidheid vertonen, in combinatie met een aantal andere symptomen (onder andere spierpijnen, gewrichtspijnen, milde koorts en concentratie stoornissen) (Fukuda et al., 1994).

De klachten verbeteren niet door bedrust, en ze kunnen zelfs verergeren onder invloed van zowel fysieke als mentale activiteit (Holmes et al., 1998; Fukuda et al.) Het natuurlijk beloop van deze aandoening is ronduit slecht, niet in het minst omdat de pathogenese van CVS tot op heden niet ontrafeld werd. Anno 2003 kunnen we alleen met zekerheid stellen dat CVS-patienten te kampen hebben met zowel biologische als psychologische stoornissen.

Volgens een systematische review van de Cochrane Collaboration ondersteunen de beschikbare studies over de effectiviteit van cognitieve gedragstherapieën bij volwassen CVS-patiënten, het gebruik van deze therapie vorm (Price & Couper, 2000). Verschillende patiënten organisaties staan echter zeer kritisch tegenover deze vorm van therapie bij CVS-patiënten, vooral omdat de resultaten van deze effectiviteit studies gebruikt worden om de biologische kant van de ziekte te minimaliseren. Bovendien bevat een cognitief- gedragsmatige aanpak dikwijls een gradueel opbouwend oefen programma, wat de gezondheidstoestand van de patiënt vaak geen goed doet (volgens een enquête onder Britse CVS-patiënten zou dat het geval zijn bij ongeveer 50% van de patiënten) (Shephard, 2001). 'Pacing' werd al naar voren geschoven als een mogelijk alternatief voor de cognitieve gedragstherapieën en gradueel opbouwende oefen programma' s (CFS/ME Working group, 2001; Shephard, 2001). Pacing is een behandelstrategie waarbij de patient leert een geschikte balans te vinden tussen rust en activiteit, met als doel de voor CVS kenmerkende 'pieken en dalen' (het karakteristieke fluctuerende verloop van de aandoening) onder controle te houden. Op die manier wordt de patiënt in staat gesteld zijn activiteitsniveau op te bouwen. Over de effectiviteit van deze zelf management techniek bij CVS-patiënten zijn tot op heden geen gegevens bekend, er werd zelfs al gesuggereerd dat deze behandel vorm de chroniciteit van de aandoening alleen maar kan bevorderen (Straus, 2002).

In theorie zou men er immers van uit kunnen gaan dat het aanleren van 'pacing' strategieën het vermijding gedrag versterkt.

In deze casus illustreren we hoe tijdens de Fysio therapeutische evaluatie van de CVS-patiënt gegevens verzameld worden die bepalend zijn voor de keuze van Fysio therapeutische verrichtingen, en die de inhoud van de gekozen Fysio therapeutische verrichtingen sturen.

Casus bespreking

Verwijs gegevens

Een 45-jarige arts (initialen GD) heeft al vier jaar ernstige variabele klachten, waarvoor hij vijftien maanden in behandeling is bij de verwijzend internist. Hij voldoet aan de diagnostische criteria voor CVS (Fukuda et al., 1994). Op aanraden van zijn behandelende internist heeft deze patiënt, in de drie maanden voorafgaand aan het eerste consult, een revalidatie programma in een particuliere Fysio therapie praktijk gevolgd. De inhoud van dat revalidatie programma (startend met 10 minuten aerobe training therapie op 40% van de maximale hartslag, en met een training frequentie van 3 tot 5 x per week) was bepaald door een revalidatiearts van een andere instelling. Teleurgesteld door het (gebrek aan) therapie-effect komt deze patiënt bij ons terecht.

Anamnestiche gegevens

1 Ziektegeschiedenis

Ongeveer vier jaar geleden is deze patiënt niet hersteld van een plotseling ontstaan griepachtig syndroom. Sindsdien heeft hij regelmatig luchtwegen infecties gehad, en voortdurend last een variabel klachtenpatroon (met continue vermoeidheid en concentratie stoornissen). De patiënt is nu twee jaar arbeidsongeschikt. Pas toen er ongeveer vijftien maanden geleden een langdurige anti-bioticakuur voor de behandeling van een chronische Chlamydia pneumoniae infectie werd ingesteld, trad er verbetering van de klachten op. Bijgevolg wordt de brede tijdslijn tijdens de laatste acht maanden gekenmerkt door een verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt, die echter op dit moment stagneert. De korte tijdslijn is die van een typische CVS-patiënt: een sterk fluctuerend verloop van de klachten

2 Hulpvraag

De patiënt geeft aan dat hij ernaar verlangt weer normaal te functioneren (inclusief werkhervatting), wat hij had willen bereiken met het revalidatie programma waaraan hij deelnam. Bovendien hoopt hij aan de hand van de Fysio therapeutische interventie het fluctuerend verloop van zijn klachten om te buigen naar een constante (verbeterde) gezondheidstoestand.

3 Antecedenten

Deze patiënt heeft sinds de puberteitsjaren regelmatig te kampen met inzinkingen.

4 Status praesens

Voor een inventarisatie van de status praesens maakten we onder andere gebruik van de Symptomen lijst CVS (Nijs et al., 2003) en de Nederlandstalige versie van de Chronic Fatigue Syndrome Activities and Participation Questionnaire (CFS-APQ) (Nijs et al., 2002; Nijs et al., 2003b). De symptomen lijst CFS is een vragenlijst waarbij de patiënt twintig symptomen scoort met een visueel-analoge schaal (VAS). De in de vragenlijst opgenomen symptomen waren de twintig meest voorkomende symptomen bij een steekproef van 1578 CVS-patiënten. Het gebruik van de VAS voor het meten van de intensiteit van deze symptomen wordt ondersteund door de hoge betrouwbaarheid coefficient van de VAS-scores voor pijn, vermoeidheid en concentratie stoornissen bij een steekproef van CVS-patiënten (intra-class correlatie coëfficiënten tussen 0,78 en 0,83) (Nijs et al., 2003b).

De test-hertest betrouwbaarheid (intra-class correlatiecoëfficiënt = 0,95), de interne consistentie (Cronbach's alpha coefficient = 0,94), de inhoudelijke en convergentie validiteit (convergentie met de VAS-scores voor pijn en vermoeidheid: Spearman rho respectievelijk 0,51 en 0,50) van de scores

verkregen met de CFS-APQ zijn onderzocht en goed bevonden (Nijs et al., 2003b). Beide meetinstrumenten zijn op verzoek bij de eerste auteur van deze bijdrage verkrijgbaar.

Stoornissen: Tijdens de eerste zitting heeft de patiënt te kampen met pijn klachten (VAS = 24/100mm), vermoeidheid (VAS = 29), vermoeidheid na inspanning (VAS = 62), kortademigheid tijdens inspanning (VAS = 65), spier zwakte (VAS = 45), aandacht stoornissen (VAS = 46), niet-herstellende slaap (VAS = 38), slaap-moeilijkheden (VAS = 41), terugkerende griep achtige symptomen (VAS = 43) en maag- en darmklachten (VAS = 67).

Beperkingen in vaardigheden/participatie problemen:

De totaal score op de CFS-APQ bedroeg 8,25 tijdens de eerste zitting, wat overeenkomt met de gemiddelde score bij een steekproef van 47 CVS-patiënten (gemiddelde score = 8,5 +/- 2,4) (Nijs et al., 2003b). Deze totaal score kunnen we in de loop van de therapie gebruiken om de klinische toestand van de patiënt te volgen. Tijdens de eerste zitting zijn we echter hoofdzakelijk geïnteresseerd in de individuele beperkingen in vaardigheden/participatie problemen: wandelen, trap lopen, zware voorwerpen dragen, dertig minuten lezen, studeren, boodschappen doen, eten klaarmaken, verminderde sociale activiteiten, het onvermogen om sport en actieve recreatie uit te voeren, en de werk onbekwaamheid.

5 Comorbiditeit

Geen

6 Huidige medicatie

De eerste tien dagen van iedere maand neemt de patiënt Zitromax en Tetralysol, die een onderhoudskuur zijn van een eerder gevolgde langdurige antibiotica kuur.

7 Gespecialiseerde onderzoeken

De laatste bloed analyses van deze patiënt duiden op de aanwezigheid van een doorgemaakte Chlamydia pneumoniae infectie (detectie van antilichamen; titer = 1/128), terwijl de titer veel hoger was bij de start van de antibiotica kuur (1/1024). Bovendien wordt zijn bloedbeeld gekenmerkt door een verminderd aantal natural killer cellen, en een ontregeld 2,5A synthetase RNase-L-systeem (twee stoornissen van het immuun systeem die vrij typisch zijn voor CVS-patiënten). Het slaap onderzoek duidde op een vrij korte REM-latentie.

Inspectie

Matig obese patient, voor het overige geen bijzonderheden.

Onderzoek

1 Het ademhaling patroon met een gebrek aan buikademhaling (verminderde werking van m. diaphragma) wordt frequent geobserveerd bij CVS-patiënten (McCully et al., 1996; Sisto, 1995). Daarom dient een evaluatie van het ademhaling patroon standaard te worden opgenomen in de evaluatie van de CVS-patiënt (Sisto, 1995). Bij deze patient leverde de evaluatie van het ademhaling patroon in zit en in stand echter geen bevindingen op.

2 Voor de inventarisatie van beweging angst (kinesiofobie) maakten we gebruik van de Nederlandstalige versie van de TSK-CFS (Tampa schaal voor Kinesiofobie - aangepaste versie voor CVS-patiënten: zie bijlage 1).
Verschillende aspecten van de validiteit (interne consistentie, congruentie validiteit en

convergentie validiteit) van de scores verkregen met deze nieuwe vragenlijst zijn al onderzocht en goed bevonden (eigen ongepubliceerde resultaten). GD behaalde een score van 28 op de TSK-CFS, wat duidt op de afwezigheid van beweging angst.

- 3 Een gebrek aan grijp kracht in beide handen werd aangetoond met de handdynamometrie (Model 78010 - Lafayette Instrument Company). Aan de dominante zijde (rechts) behaalde GD een score van 28,0 kg (norm = 48,2 +/- 7,3 (Spren & Straus, 1998)); links bedroeg de maximale vrijwillige grijp kracht 26,5 kg (norm = 46,4 +/- 9,1).
- 4 Bij de maximale inspanning ergometrie met spirometrie en electrocardiografische metingen behaalde GD een piek waarde voor de zuurstofopname van 846 ml/min. Gecorrigeerd voor het lichaamsgewicht komt dit overeen met 10,2 ml/kg per minuut. Een maximaal zuurstof verbruik van minder dan 15 ml/mm/kg brengt deze patient in Klasse 4 van het 'American Medical Association' classificatiesysteem voor 'impairment rating'. Dit betekent dat de patiënt 50 tot 100% beperkingen vertoont ('ernstige beperkingen') (Make & Jones, 1997). De inspanning proef startte bij 10 Watt, met iedere minuut een toename van de weerstand met 10 Watt. De duur van de inspanning proef was zes minuten en drie seconden, en dus bedroeg de maximale weerstand 70 Watt. De hoogst bereikte waarde voor het respiratoire quotiënt bedroeg 1,07, wat erop duidt dat deze patiënt op het moment van het beëindigen van de inspanning proef aangewezen was op het anaeroob metabolisme. De resultaten van de inspanning proef worden bewust niet bij de gespecialiseerde onderzoeken besproken, omdat iedere Fysiotherapeut, in het bezit van een hartslag meter en een fietsergometer, in staat is een schatting te maken van de maximale zuurstofopname van de CVS-patiënt. Daarvoor dient de te onderzoeken patiënt een gradueel opbouwende inspanning proef op de fiets-ergo meter uit te voeren. De proef start bij 10 Watt en de weerstand wordt iedere minuut met 10 Watt verhoogd. De proef wordt pas beëindigd als de patiënt aangeeft dat de uitputting grens is bereikt. Registreer de duur van de inspanning proef, de maximale hartslag en de maximale werkbelasting (in Watt). Voor het voorspellen van de piek waarde van de zuurstofopname bij het uitvoeren van gewicht dragende inspanningen kan men gebruikmaken van de volgende regressie vergelijking:
$$VO_2\text{piek} = 119,27 \times \text{duur van de inspanning} + 137,73$$
(met $VO_2\text{piek}$ in l/min en de duur van de inspanning in min). Zodoende kan men de meest nauwkeurige voorspelling van de VO_2 piek uitvoeren (de fout op de voorspelling is 12,12 +/- 11,54%).
Bij niet-gewicht dragende activiteiten kan men met de volgende regressie vergelijking de VO_2 piek met een fout van 11,35 +/- 0,09% voorspellen: $VO_2\text{piek}/\text{lichaamsgewicht} = 10,81 \times \text{werkbelasting}/\text{lichaamsgewicht} + 4,20$ met $VO_2\text{piek}/\text{lichaamsgewicht}$ in ml/kg per min en $\text{werkbelasting}/\text{lichaamsgewicht}$ in W/kg. Deze regressie vergelijkingen zijn het resultaat van de analyse van de resultaten die 269 CVS-patiënten bij de inspanning proef behaalden (eigen ongepubliceerde resultaten).
- 5 Tijdens het eerste consult kreeg de patiënt het verzoek in de daaropvolgende week een activiteiten dagboek bij te houden, en dit tijdens het tweede consult (1 week later) mee te brengen. De patiënt werd geïnstrueerd de volgende informatie op te nemen in zijn activiteiten dagboek: aanvang uur en duur van de verschillende activiteiten, een korte beschrijving van de activiteiten, en eventuele veranderingen in de gezondheidstoestand (bijvoorbeeld een klachten vermeerdering die tijdens de uitvoering van een bepaalde activiteit ervaren werd). De naar ons gevoel meest relevante bevindingen uit het activiteiten dagboek zijn: Een uur autorijden heeft een verergering van de vermoeidheid tot gevolg, terwijl korte autoritten (15 minuten) geen enkel probleem vormen.

De gezondheidstoestand bleef over de gehele week vrij constant, met uitzondering van een verergering van de klachten op zondag en maandag. Niet toevallig rapporteerde GD dat hij minder dan 36 uur voor de verergering van de klachten een 'drukke namiddag' heeft gehad. Op de bewuste

namiddag heeft hij twee wandelingen van 45 minuten gemaakt, afgewisseld met een museum-bezoek en sociale gesprekken met vrienden die 'geen weet hebben van mijn ziekte'. De activiteiten uitgevoerd op die namiddag staan in schril contrast met het vrij sedentaire levens patroon op de andere weekdays van die week. PC-gebruik en lezen hebben beide een vermeerdering van de concentratie- stoornissen en de vermoeidheid tot gevolg. De patiënt geeft aan dat hij beide activiteiten moet staken vanwege de verergering in het klachtenpatroon, en dat hij er dan meestal verbaasd over is dat hij zo lang achter zijn pc heeft gezeten (vaak meer dan een uur, zonder beseft te hebben van de tijd).

Klinische redenering

Tijdens de Fysiotherapeutische evaluatie zijn er verschillende behandelbare aspecten geïdentificeerd: concentratie stoornissen, verminderde grijpkracht, verminderde cardiovasculaire belastbaarheid (inspanning intolerantie - wat bleek uit de Symptomen lijst CVS en uit de inspanning proef) en de niet goede verdeling/dosering van de activiteiten in het dagelijks leven. Ook de stoornissen in het afweer systeem zijn, in theorie, een aangrijpingspunt voor de Fysiotherapie: steeds meer wetenschappelijke studies duiden op een gunstige invloed van regelmatig aerobe inspanning op de cellulaire immunorespons. In vergelijking met mensen die een overwegend zittend leven leiden, vond men bij regelmatig sportende gezonde personen een versterkte T-celfunctie met inbegrip van een verhoogde productie van interferon gamma (type 1 cytokine), een gestegen aantal natural killer cellen (deze cellen zijn in verminderde hoeveelheid aanwezig bij de hier besproken, maar ook bij vele andere, CVS-patiënten) een versterkte cytotoxiciteit van deze natural killer cellen (Shephard & Shek, 1999; Pedersen et al., 2000). Aan de andere kant zou anaerobe inspanning het afweer systeem onderdrukken, niet in het minst door de hoge concentraties van adrenaline en cortisol in het bloed die deze vorm van fysieke activiteit met zich brengt (Gray et al., 1992; Shephard & Shek, 1999; Mackinnon, 1998). Alhoewel deze observaties nog niet onderzocht zijn bij CVS-patiënten, kunnen we hieruit toch conclusies trekken voor onze casus: anaerobe inspanningen zijn gecontra-indiceerd (want ze verergeren de reeds ontregelde immunorespons), en matige aerobe inspanningen zijn mogelijk geïndiceerd (om zowel de belastbaarheid van het immuun systeem als die van het cardio-vasculaire systeem te verbeteren). Blijft echter de vaststelling dat deze patiënt helemaal niet gereageerd heeft op een gradueel opbouwend aerob oefen programma. De patiënt voerde echter een oefen programma uit op 40% van de hart frequentie reserve, wat overeenkwam met een hartslag van 95 slagen/ minuut of een fiets belasting van 40 Watt. Bij de inspanning proef bleek een hartslag van 95/ minuut en een weerstand van 40 Watt echter overeen te komen met een respiratoir quotiënt van 0,96. Een respiratoir quotiënt van 1,0 is een indicatie voor een maximale inspanning (De Becker et al., 2000), en voor het bereiken van de anaerobe drempel. Bovendien bereiken CVS-patiënten zeer snel de anaerobe drempel (meestal rond 40% van de piekwaarde voor de zuurstofopname). Daarom adviseert men CVS-patiënten te trainen bij een intensiteit die beduidend lager ligt dan 40% van de piek waarde voor de zuurstofopname (Stevens, 1995). Deze patiënt heeft dus een oefen programma uitgevoerd in de buurt van zijn anaerobe drempel, wat op zichzelf al een verklaring kan zijn voor het mislukken van het revalidatie programma.

Een tweede oorzaak voor het onvermogen van deze patiënt om het voorgeschreven revalidatie programma uit te voeren, ligt in een niet goede verdeling/ dosering van de activiteiten in het dagelijks leven. Bij een patiënt met discale rugklachten hebben passieve musculaire en articulaire technieken alleen maar kans van slagen wanneer de patiënt de houding- en beweging adviezen (rug scholing) van de Fysiotherapeut ook daadwerkelijk opvolgt bij de uitvoering van de dagelijkse activiteiten. Zo ook moeten CVS-patiënten leren een geschikte balans te vinden tussen rust en activiteit,

zo niet, dan heeft het overschrijden van de grenzen van de belastbaarheid een verergering van de klachten tot gevolg. Clapp et al. (1999) bestudeerden een kleine groep CVS-patiënten die geen van allen in staat waren dertig minuten continu inspanning te leveren zonder dat hun klachten te verergerden. Diezelfde patiënten ondervonden geen enkel negatief effect bij het uitvoeren van tien

sessies van drie minuten inspanning (tussen twee sessies was er telkens een herstelperiode van drie minuten). Dit opsplitsen van activiteiten in kleinere deel activiteiten wordt toegepast in de pacing strategie. Het activiteiten dagboek van de arbeidsongeschikte arts met CVS toonde duidelijk aan dat hij bij verschillende activiteiten zijn eigen grenzen van belastbaarheid heeft overschreden (autorijden - pc-gebruik – museum bezoek en wandelingen van 45 minuten). In het geval van de 'drukke namiddag' (museum bezoek en wandelingen) heeft de patiënt nooit beseft dat hij zijn eigen grenzen van belastbaarheid heeft overschreden: omdat de verergering van de klachten pas 36 uur na het beëindigen van de activiteit plaatsvond legde hijzelf geen verband (die tussenperiode kan zelfs 48 uur bedragen bij CVS-patiënten).

Afwezigheid van beweging angst is richtinggevend bij de keuze van geschikte Fysio therapeutische interventies bij de individuele CVS-patiënt. De klinische relevantie van beweging angst voor CVS-patiënten, gemeten met de TSK-CFS, wordt immers ondersteund door de correlatie tussen beweging angst enerzijds, en beperkingen in vaardigheden/participatie problemen anderzijds (Spearman rho = 0,39; eigen ongepubliceerde resultaten). Daarom kiezen we bij een hoge score op de TSK-CFS (>37 = veel beweging angst) in de eerste plaats voor interventies die de beweging angst kunnen verminderen. Voor CVS-patiënten met kinesiofobie lijkt ons de graduele blootstelling aan individueel aangepaste oefeningen, die gebaseerd zijn op een graduele hiërarchie van angst uit lokkende situaties, een veilige en geschikte behandel vorm. Deze behandelmethode is erop gericht de beweging angst te verminderen, en werd voor het eerst beschreven door Vlaeyen et al. (2002). De effectiviteit ervan bij CVS-patiënten is tot op heden niet onderzocht.

Wanneer de beweging angst verminderd is, kan men starten met het aanleren van 'pacing' strategieën. Onze patiënt vertoonde echter weinig beweging angst (score op de TSK-CFS = 28), zodat we onmiddellijk met het pacing programma konden starten.

Fysio therapeutische evaluatie

GD is een 45-jarige arts die te kampen heeft met ernstige vermoeidheid, inspanning intolerantie, aandacht stoornissen, slaap stoornissen, terugkerende griepachtige symptomen en maag-darmklachten. Hij heeft een sterk verminderde bilaterale grijp kracht, bewijs van stoornissen in het afweer systeem en een sterk gereduceerde cardiovasculaire belastbaarheid. De belasting die hij tijdens zijn dagelijks leven oplegt aan zijn eigen lichaam, overschrijdt de grenzen van belastbaarheid. Hij is beperkt in het wandelen, het gebruik van de trap, het dragen van zware voorwerpen, lezen, studeren, boodschappen doen en eten klaarmaken. Er zijn tevens ernstige participatie problemen in zowel sociale als professionele activiteiten.

Behandel doelstellingen en behandel plan

In de eerste plaats leggen we de patiënt uit waarom zijn revalidatie programma, zoals hij dat bij een collega-Fysiotherapeut heeft uitgevoerd, niet is geslaagd. Door het geven van uitleg en advies over de inspanning- pathoFysiologie (extreem lage anaerobe drempel - zie eerder) en de gevolgen van het overschrijden van de eigen grenzen van belastbaarheid (verduidelijken aan de hand van de gegevens uit het activiteiten dagboek - zie eerder), trachten we de patiënt meer inzicht te geven in de oorzaken van het afwijkend beloop van zijn aandoening.

Vervolgens heeft onze behandeling tot doel de patient de pacing zelf management technieken bij te brengen, zodat hij zelf leert zijn activiteiten in het dagelijks leven op een gepaste wijze te ordenen, om zo de voor CVS typische verergering van de klachten onder invloed van zowel fysieke als mentale activiteit te voorkomen (Holmes et al., 1998; Fukuda et al., 1994).

Bij het aanleren van deze zelf managementtechnieken maken we gebruik van het schema van Van der Burgt en Verhulst (1998): openstaan - begrijpen - willen - kunnen - doen - blijven doen. We gaan daarbij dieper in op de wijze waarop de patiënt bepaalde activiteiten uit zijn dagelijks leven uitvoert en ordent, om hem duidelijk te maken waar het fout loopt en hoe hij dat praktisch kan

oplossen door die bepaalde activiteit uit te voeren op geleide van zijn eigen grenzen van belastbaarheid. We bespreken activiteit voor activiteit, en starten met die activiteiten die de meeste waarde hebben voor de individuele leefwereld van de patiënt. Om de voor de patiënt belangrijke activiteiten te identificeren maken we opnieuw gebruik van de ingevulde CFS-APQ. De patiënt moet immers elk item van deze vragenlijst met twee verschillende 4-punts Likert-schalen scoren. Met de eerste Likert-schaal moet hij zijn huidige activiteiten- en participatie niveau vergelijken met zijn premorbide toestand, terwijl in de tweede Likert-schaal gevraagd wordt naar het belang dat de patiënt hecht aan het uitvoeren van de in de vraag benoemde activiteit. Met behulp van het activiteiten dagboek (zie eerder) kwamen we erachter dat GD tijdens pc-gebruik, autorijden, maar vooral tijdens sociale activiteiten zijn eigen grenzen van belastbaarheid overschrijdt. Elk van deze activiteiten heeft de patiënt in de CFS-APQ als 'zeer belangrijk' voor zijn individuele leefwereld omschreven, waardoor onze keuze om ons in de eerste plaats op deze activiteiten te richten bevestigd wordt.

Op de in de vorige paragraaf beschreven wijze trachten we het fluctuerend beloop van de aandoening om te buigen naar een constante gezondheidstoestand (eerste fase; zie ook figuur waarbij we de situatie in de linker grafiek willen ombuigen naar de situatie van de rechter grafiek - deze grafieken werden ook aan de patiënt getoond, zodat deze het doel van de behandeling begrijpt - stap 2 uit het model van Van der Burgt & Verhulst, 1998). In een tweede fase van de behandeling gaan we over tot een stapsgewijze opbouw van het activiteitsniveau. In deze fase van de revalidatie zullen we tevens trachten de musculaire, de immunologische en cardiovasculaire belastbaarheid te vergroten. Daarvoor maken we gebruik van een stapsgewijs opbouwend oefen programma, met aerobe oefeningen bij een intensiteit lager dan 40% van de piek-zuurstofopname (Stevens, 1995) en lichte spierversterkende oefeningen.

Conclusie

Door een volledige Fysio therapeutische evaluatie van de CVS-patiënt, gebruikmakend van gevalideerde meetinstrumenten, kunnen de behandel doelstellingen geïdentificeerd worden. Bovendien verkrijgen we via de Fysio therapeutische evaluatie informatie die richting geeft aan de te kiezen Fysio therapeutische interventies. Bij afwezigheid van beweging angst kan gestart worden met het aanleren van 'pacing' zelf managementtechnieken, zodat de CVS-patiënt leert een geschikte balans te vinden tussen rust en activiteit. In een tweede fase kan een gradueel opbouwend aerob trainingprogramma bij een intensiteit onder de 40% van de piek- zuurstofopname helpen om de patiënt zijn activiteitsniveau op te bouwen, en om de cardiovasculaire en immunologische belastbaarheid te vergroten.

Bijlage 1

Vragen van de Tampa schaal Kinesiofobie - versie Chronisch Vermoeidheid Syndroom (TSK-CFS)

- 1 Ik ben bang om bij het doen van lichaams oefeningen letsel op te lopen.
- 2 Als ik me over de klachten heen zou zetten, dan zouden die erger worden.
- 3 Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijk mis mee is.
- 4 Mijn klachten zouden waarschijnlijk minder worden als ik lichaams oefeningen zou doen.
- 5 Mijn gezondheidstoestand wordt door anderen niet serieus genoeg genomen.
- 6 Door mijn huidige problemen loopt mijn lichaam de rest van mijn leven gevaar.
- 7 Mijn klachten betekenen dat er sprake is van beschadiging van mijn lichaam.
- 8 Als mijn klachten erger worden door iets, betekent dat nog niet dat dat gevaarlijk is.
- 9 Ik ben bang om per ongeluk letsel op te lopen.
- 10 De veiligste manier om te voorkomen dat mijn klachten erger worden is gewoon oppassen dat ik een onnodige bewegingen maak.

- 11 Ik had wellicht minder klachten als er niet iets gevaarlijk aan de hand zou zijn met mijn lichaam.
- 12 Hoewel ik klachten heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik lichamelijk actief zou zijn.
- 13 Mijn klachten zeggen me wanneer ik moet stoppen met lichaams oefeningen doen om geen letsel p te lopen.
- 14 Voor iemand in mijn toestand is het echt af te raden om lichamelijk actief te zijn.
- 15 Ik kan niet alles doen wat gewone mensen doen, omdat ik te gemakkelijk letsel oploopt.
- 16 Zelfs als ik ergens veel klachten door krijg, geloof ik niet dat dat gevaarlijk is.
- 17 Ik zou geen lichaams oefeningen hoeven te doen wanneer ik klachten heb.

Literatuur

- Burgt M van der, Verhulst F.
Doen en blijven doen: patientenvoorlichting in de paramedische praktijk.
2e herzdruk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- CFS/ME Working Group.
Report to the Chief Medical Officer of an independent working group.
London: Department of Health, 2001.
www.doh.gov.uk/cmo/cfsmereport/index.htm
- Clapp LL, Richardson MT, Smith JF, Wang M, Clapp AJ, Pieroni RE.
Acute effects of thirty minutes of light-intensity, intermittent exercise
on patients with chronic fatigue syndrome.
Phys Ther 1999;79:749-756.
- De Becker P, Roeykens J, Reynders M, McGregor N, De Meirleir K.
Exercise capacity in chronic fatigue syndrome.
Arch Intern Med 2000;160:3270-3277.
- Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A, and the
International Chronic Fatigue Syndrome Study Group.
The chronic fatigue syndrome, a comprehensive approach to its definition
and study.
Ann Intern Med. 1994;121:953-959.
- Gray AB, Smart YC, Telford RD, Weidemann MJ, Roberts TK.
Anaerobic exercise causes transient changes in leukocyte subsets and
IL-2R expression.
Med Sci Sports Exerc 1992;24:1332-1338.
- Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE,
Jones JJ, Dubois RE, Cunningham-Rundles C, Pahwa S, Tosato G, Zegans
LS, Purtilo DT, Brown N, Schooley RT, Brus I.
Chronic fatigue syndrome: a working case definition.
Ann Intern Med. 1988;108:387-9.
- Make B, Jones JF.
Impairment of patients with chronic fatigue syndrome.
Chronic Fatigue Syndr 1997;3:43-55.
- McCully KK, Sisto SA, Natelson BR.
Use of exercise for treatment of chronic fatigue syndrome.
Sports Med 1996;21:35-48.
- Nijs J, Vaes P, Van Hoof E, De Becker P, McGregor N, De Meirleir K.
Activity limitations and participation restrictions in patients with
Chronic Fatigue Syndrome: Construction of a disease specific questionnaire.
J Chronic Fatigue Syndr 2002;10(3/4):3-23.
- Nijs J, De Becker P, De Meirleir K.
Gebruik van vragenlijsten bij de kinesitherapeutische evaluatie van
patienten met chronisch-vermoeidheidssyndroom.

Jaarboek Fysiotherapie/ Kinesitherapie 2003.
Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003a:77-107.
Nijs J, Vaes P, McGregor N, Van Hoof E, De Meirleir K.
Psychometric properties of the Dutch Chronic Fatigue Syndrome Activities
and Participation Questionnaire (CFS-APQ).
Phys Ther 2003b.
Pedersen BK, Relge JW, Richter EA, Rohde T, Kines B.
Training and natural immunity: effects of diets rich in fat or carbohydrate.
Eur J Appl Physiol 2000;82:98-102.
Price JR, Couper J.
Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome.
Cochrane Database Syst Rev 2: CD0010272000.
Shephard C.
Pacing and exercise in chronic fatigue syndrome.
Physiotherapy 2001;87:395-396.
Shephard RJ, Shek PN.
Exercise, aging and immune function.
Int J Sports Med 1995;16:I-6.
Sisto SA.
Rehabilitation of the patient with chronic fatigue syndrome.
J Chronic Fatigue Syndr 1995;1:IoI-104.
Spreen O, Strauss E.
A compendium of neuropsychological tests (2nd ed.).
New York: Oxford University Press, 1998:584-589.
Stevens SR.
Using exercise testing to document functional disability in CFS.
Chronic Fatigue Syndr 1995;1:127-129.
Straus SE.
Caring for patients with chronic fatigue syndrome.
Brit Med J 2002;324:124-125.
Vlaeyen JW, Jong J de, Geilen M, Heuts PR, Breukelen G van.
The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain:
further evidence on the effectiveness of exposure in vivo.
Clin J Pain 2002;18:251-261.