

Klinische les

De rol van het begrip centrale sensitatie bij uitleg en behandeling van SOLK en chronische pijn.

Carine den Boer, Berend Terluin

Met de komst van de NHG standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) in 2013 en de zorgstandaard SOLK in 2018 is er meer duidelijkheid gekomen over de herkenning en behandeling van SOLK (1). Toch is het in de spreekkamer nog regelmatig lastig om aan de patiënt uit te leggen wat SOLK is en de patiënt te motiveren voor de juiste behandeling. In deze klinische les besteden we aandacht aan uitleg en behandeling aan de hand van het begrip centrale sensitatie (CS). Dit is een veelbelovend verklaringsmodel voor SOLK en chronische pijn en wordt vaak goed geaccepteerd door de patiënt (2,3).

Brenda

Brenda is een 38 jarige vrouw, getrouwd, 2 kinderen. Ze heeft een drukke baan in de ICT, 4 dagen per week. De voorgeschiedenis vermeldt het prikkelbaar darm syndroom en pijn bij het vrijen. Ze komt nu op het spreekuur met haar echtgenoot omdat het niet meer gaat, ze heeft zich gisteren ziek gemeld. Op het werk is het erg druk door een reorganisatie, ze slaapt slecht door alle pijnklachten en is erg moe. Ze is toenemend prikkelbaar en nadat ze flink tegen de kinderen was uitgevallen heeft ze besloten hulp te zoeken. Ze heeft op internet gezocht en denkt zelf aan fibromyalgie. Haar hulpvraag is een verwijzing naar een reumatoloog.

SCEGS

De huisarts vraagt de klachten conform de NHG-Standaard verder uit volgens het SCEGS-schema.

Somatisch: Brenda heeft pijnklachten in het gehele lichaam, vooral in het nek- en schoudergebied, rug en benen. Ze heeft vaak hoofdpijn, een bandgevoel om het hoofd. Daarnaast heeft ze buikpijn, vooral een opgeblazen gevoel wat 's avonds erger is, en de ontlasting is wisselend.

Cognities: Brenda denkt dat de pijnklachten door de ziekte fibromyalgie worden veroorzaakt en hoopt dat de reumatoloog haar verder kan helpen, het liefst met medicijnen.

Emoties: Ze is bezorgd over de duur en de ernst van de klachten en maakt zich zorgen over de situatie op haar werk. Ze is niet somber of angstig.

Gedrag: Brenda is de laatste maanden constant moe, hierdoor gaat ze 's avonds ook niet meer sporten of andere leuke dingen doen. Door de klachten heeft ze zich zelfs ziek moeten melden.

Sociaal: Ze heeft een druk sociaal leven met veel verplichtingen, ze gaat nog overal naar toe maar met moeite. Haar echtgenoot maakt zich zorgen over haar gezondheid.

Lichamelijk onderzoek en diagnose

De huisarts verricht lichamelijk onderzoek. Hierbij valt op dat de spieren van schouders en rug erg gespannen en gevoelig zijn. Bij onderzoek van de buik blijkt bij kloppen op de buik dat er veel lucht in zit. Bij het voelen van de buik is de dikke darm gevoelig. De huisarts vertelt Brenda dat ze bij lichamelijk onderzoek pijnlijke gespannen spieren en gevoelige darmen met veel lucht heeft gevonden, maar geen aanwijzingen voor een ziekte.

SOLK

De huisarts vertelt Brenda dat haar klachten tegenwoordig door veel deskundigen als één geheel worden

gezien: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Hierbij kun je verschillende klachten hebben, tegelijk of na elkaar. De huisarts wil haar graag nog meer uitleggen over SOLK en vraagt haar toestemming daarvoor. Brenda zegt tegen de huisarts dat ze nu liever een verwijzing naar de reumatoloog wil. Ze is ongerust en ook haar man wil dat ze eens helemaal goed nagekeken wordt. De huisarts verwijst haar naar een reumatoloog en zegt dat hij haar nadien graag weer terug wil zien.

Vervolg

Na 3 maanden komt Brenda weer op het spreekuur. De reumatoloog heeft op verschillende plekken gedrukt en heeft gezegd dat het fibromyalgie is en dat daar verder niet zoveel aan te doen is. Ze is teleurgesteld hierover en voelt zich niet serieus genomen. Brenda wil graag verwezen worden naar een ander ziekenhuis voor een second opinion. Als de huisarts zegt dat ze denkt dat dat niet zo zinvol is, wil ze dat toch. 'Het is toch niet normaal om op zo'n jonge leeftijd zoveel klachten te hebben'. De huisarts verwijst haar wederom.

Na enkele maanden komt Brenda weer op het spreekuur. De tweede reumatoloog heeft haar wat meer uitgelegd over fibromyalgie en heeft gezegd dat ze voor verdere behandeling naar de huisarts kan.

Brenda wil graag weten wat de huisarts verder voor haar kan doen.

De huisarts nodigt Brenda uit voor een dubbel vervolgconsult. Ze raadt Brenda aan de informatie over SOLK en fibromyalgie te lezen op thuisarts.nl. Ze geeft haar ook een 4DKL mee, met als toelichting dat je met deze lijst meer inzicht kunt krijgen in welke klachten een rol spelen en de ernst van de klachten.

4DKL

Een week later komt Brenda terug. Ze heeft de informatie op [thuisarts](http://thuisarts.nl) over SOLK gelezen en dat heeft haar al enig inzicht gegeven. Ze heeft de 4dkl ingevuld, de huisarts scoort deze: distress 23, depressie 2, angst 3, somatisatie 24. Ze legt Brenda uit dat de hoge score op distress betekent dat ze het heel moeilijk heeft. Brenda herkent dit. De lage scores op de depressie- en angstschaal maken een depressieve stoornis of angststoornis minder waarschijnlijk. Brenda beaamt dat ze niet angstig of somber is. Vervolgens legt de huisarts de hoge score op de somatisatie schaal als volgt uit: "Deze schaal bestaat uit een aantal lichamelijke klachten die vaak te maken hebben met spanningen of stress. De meeste mensen krijgen lichamelijke klachten door spanningen, bijvoorbeeld hoofdpijn of rugpijn. Spanningen horen bij het gewone leven. Je moet dan denken aan het te druk hebben, problemen of tegenslagen hebben, of aangrijpende gebeurtenissen meegemaakt hebben. Bij spanningen komt de score op deze schaal niet boven de 10. Jij hebt een hogere score, dat kan dus niet alleen door spanningen komen. Hoe dan wel? Er zijn verschillende zaken die hierbij een rol kunnen spelen en die wil ik graag met je bespreken om te kijken wat je daarvan herkent, vind je dat goed?"

Verstoorde prikkelverwerking

Brenda wil graag weten hoe het kan dat ze zoveel klachten heeft en wat ze er aan kan doen. De huisarts legt haar dit uit aan de hand van het begrip centrale sensitatie en de vicieuze cirkels die daardoor kunnen ontstaan. De huisarts pakt een leeg A4-tje en schrijft bovenin: 'centrale sensitatie'. Aan de linkerkant schrijft ze 'gewone lichamelijke prikkels', ze tekent een pijl naar rechts en schrijft daar 'lichamelijke klachten'. Bij de pijl schrijft ze 'verstoorde prikkelverwerking' of 'overgevoeligheid'. De huisarts legt uit dat in het geval van centrale sensitatie allerlei gewone signalen vanuit het lichaam niet goed verwerkt worden door de zenuwbanen in het ruggenmerg en door de hersenen. Normaal gesproken worden in het lichaam heel veel signalen opgevangen, waarvan de zenuwbanen en de hersenen de meeste uitdoven, zodat je ze niet bewust voelt. Bijvoorbeeld de druk van de stoel tegen je billen, het tikken van de klok, het kloppen van je hart en het samentrekken van je darmen. Bij centrale sensitatie wordt het zenuwstelsel alerter waardoor de gewone prikkels worden versterkt en/of minder goed uitdoven.

“Hierdoor kun je dus lichamelijke klachten als buikkrampen of spierpijn voelen, terwijl er met je darmen en spieren zelf niets aan de hand is. Mensen met centrale sensitiviteit hebben vaak veel last van hun lijf, terwijl medisch onderzoek keer op keer geen verklaring oplevert. Het is nog niet duidelijk waardoor deze centrale sensitiviteit precies ontstaat, maar uit onderzoek blijkt dat een overgevoeligheid van het zenuwstelsel, stresshormonen en het afweersysteem een rol kunnen spelen. Bij sommige mensen is de centrale sensitiviteit ontstaan tijdens een periode van langdurige stress, bijvoorbeeld door mishandeling of verwaarlozing in de jeugd. Bij anderen is het begonnen na een ontsteking of andere ziekte. En in veel gevallen is de oorzaak onduidelijk.”

Vicieuze cirkels

Als Brenda dit lijkt te begrijpen, tekent de huisarts de vicieuze cirkel verder. Ze vertelt hierbij het volgende:

“Het volgende dat mee kan spelen is dat als je last hebt van je lijf, het helemaal niet zo gek is als je daar ongerust over wordt. Het vervelende van die ongerustheid is dat die de spanning verhoogt en dat je lichaam daar op reageert zodat je nog meer klachten krijgt. Bovendien ga je erover nadenken wat je toch zou kunnen mankeren en haal je misschien denkbeelden aan ernstige ziekten in je hoofd die nog meer spanning geven. Je kunt zelfs zo anders gaan denken over je gezondheid dat je je leefstijl en je gedrag gaat veranderen. Zo zie je dat ongerustheid, gedachten en gedrag vicieuze cirkels in gang kunnen zetten waardoor iemand alsmaar meer last van zijn lijf krijgt. Herken je daar wat van?”

Behandeling

De huisarts trekt een stippellijn tussen ‘dagelijkse prikkels’ en ‘klachten’ aan de ene kant en ‘meer spanning’ en ‘ongerustheid’ aan de andere kant, en legt Brenda uit dat je het probleem in tweeën kunt opdelen.

“Aan de ene kant heb je centrale sensitiviteit waardoor je veel last hebt van je lijf vooral bij drukte en stress. Aan de andere kant heb je de zaken die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van allerlei vicieuze cirkels. Centrale sensitiviteit is soms goed te behandelen met een combinatie van activiteiten opbouwen, ontspanningsoefeningen zoals yoga en mindfulness, en soms met medicijnen. Maar enige overgevoeligheid voor lichamelijke signalen blijft vaak langdurig bestaan. Dan kan het echt een handicap zijn. De meeste winst is echter te halen uit het aanpakken van de vicieuze cirkels die de klachten in stand houden en verergeren, zoals verkeerde gedachten, negatieve gevoelens, vermijdingsgedrag of juist blijvende overbelasting. Bij iedereen is deze cirkel weer anders, daarom is het belangrijk om uit te zoeken wat jouw gedachten, gevoelens en gedrag zijn met betrekking tot je klachten”.

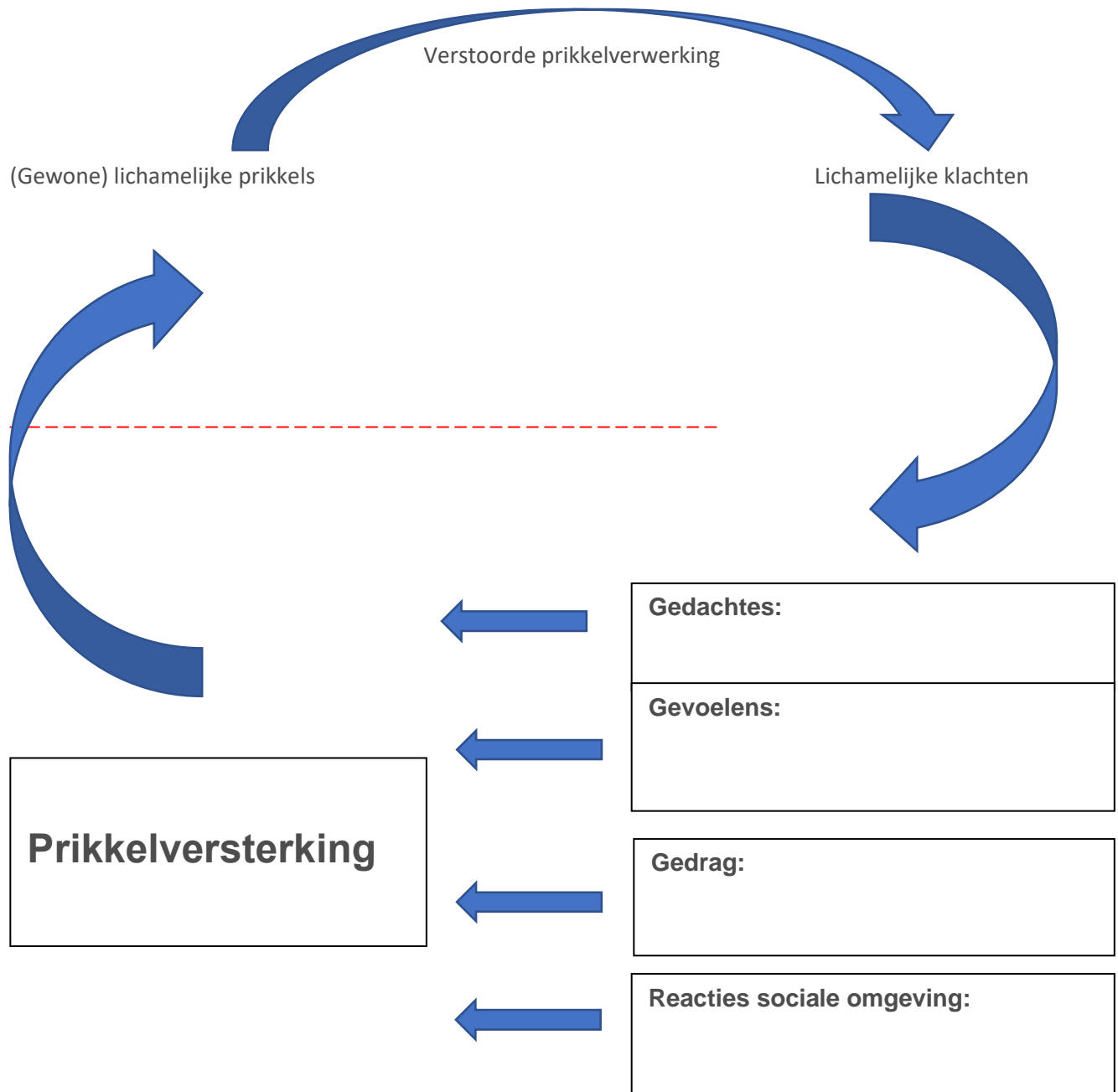
Centrale sensitiviteit

De afgelopen jaren zijn er bij wetenschappelijk onderzoek grote overeenkomsten tussen SOLK en chronische pijn gevonden. Verbindend hierin lijkt het begrip centrale sensitiviteit (CS) te zijn. De hersenen produceren pijn, vermoeidheid en andere waarschuwingssignalen, terwijl er geen weefselschade (meer) is. Er komt steeds meer kennis beschikbaar over de achterliggende mechanismes door studies met functionele MRI, testen met verschillende stimuli zoals warmte/kou en cerebrale metabolisme studies.

Bij CS is sprake van verhoogde activiteit van de opstijgende banen van het ruggenmerg en verhoogde activiteit in hersengebieden die betrokken zijn bij pijn en emoties zoals de thalamus. Er is een verminderde remmende functie van de afdalende banen van het ruggenmerg. Een overmaat aan neurotransmitters als serotonine, prostaglandines en cytokines kunnen de klachten verergeren. Tenslotte speelt ontregeling van het immuunsysteem, het autonome zenuwstelsel en het stresshormoonstelsel centrale sensitiviteit een belangrijke rol (2,3).

Centrale sensitisatie

Overgevoeligheid (centrale) zenuwstelsel



Criteria centrale sensitivatie

Het is belangrijk om CS tijdig te onderkennen. Internationaal zijn er criteria ontwikkeld die daarbij kunnen helpen. Het gaat om de volgende criteria: pijnbeleving die niet in overeenstemming is met de aard en de ernst van de klachten; diffuse pijn distributie met allodynie en hyperalgesie; overgevoeligheid van zintuigen niet gerelateerd aan het bewegingsapparaat, zoals overgevoeligheid voor geluiden, fel licht, warmte en kou en luchtjes (9).

Er is een internationale vragenlijst ontwikkeld om specifiek centrale sensitivatie te meten, de Central Sensitization Inventory (CSI) (10). Deze lijst is vertaald en gevalideerd in het Nederlands (11). Toekomstig onderzoek moet uitwijzen hoe de CSI en de 4DKL zich tot elkaar verhouden.

De huisarts vertelt Brenda dat ze goede ervaring heeft met begeleiding door een POH-GGZ of psycholoog samen met een psychosomatische fysio- of oefentherapeut. Brenda wil graag meer informatie en tijd om na te denken wat ze zal doen. De huisarts geeft haar het boek van Annemarieke Fleming en Joke Vollebregt, Pijn en het Brein, te lezen (4).

Cirkels doorbreken

Twee weken later heeft Brenda het boek aandachtig gelezen. Ze wil naar een POH-GGZ en een psychosomatisch fysiotherapeut. Aldus geschiedt. Ze leert beter haar grenzen te stellen en gaat meer leuke dingen doen. Ze gaat weer sporten en na ruim een maand gaat ze haar werk weer opbouwen, na 3 maanden is ze weer volledig aan het werk.

De huisarts ziet Brenda regelmatig voor controle. Aan het einde van de behandeling vult ze nogmaals de 4DKL in. De scores zijn mooi gedaald: distress 6, depressie 0, angst 0, somatisatie 8. Dit laat zien dat er door de centrale sensitivatie nog wel lichamelijke klachten aanwezig zijn, maar dat ze er veel minder last van heeft. Iedereen heeft weleens ergens klachten, maar als de klachten minder spanning oproepen hebben ze minder invloed.

De huisarts sluit als volgt af: "Hoewel centrale sensitivatie vaak hardnekkig is, kan het op den duur toch overgaan. Maar op dit moment is het beter om je erop in te stellen dat het voorlopig blijft bestaan. Aan het doorbreken van de vicieuze cirkels heb je goed gewerkt en de kunst is om dit vast te houden. Als je iets niet vertrouwt, kom dan gerust bij me voor onderzoek en verdere uitleg en laat je niet meeslepen in die vicieuze cirkels."

Beschouwing

In deze klinische les hebben we laten zien hoe we in gesprek kunnen raken met patiënten met SOLK met behulp van het centrale sensitivatiemodel en het tekenen van vicieuze cirkels samen met de patiënt. Er zijn veel verschillende mogelijkheden voor de uitleg van SOLK. In de NHG -standaard wordt aangeraden om een manier te zoeken die past bij de huisarts en bij de klachten van de patiënt. Een goede arts-patiënt relatie en goede communicatie is een belangrijke basis (5,6). Hierbij is het van belang om belangstelling en empathie te tonen, te luisteren zonder vooroordelen en de tijd te nemen.

Voorwaarden voor een goede uitleg is dat deze acceptabel is voor zowel huisarts als patiënt, de uitleg geen zwakte of schuld van de patiënt impliceert en dat deze aanknopingspunten biedt voor verdere behandeling. Verder is het van belang dat de uitleg een kernachtige beschrijving biedt van de klachten, oorzaken en in stand houdende factoren en dat de uitleg plaatsvindt in dialoog tussen huisarts en patiënt (7).

Psychologische mechanismen

Voor sommige patiënten is het waarschijnlijk van belang dat het concept CS de erkenning inhoudt van een lichamenlijk mechanisme van de klachten, alhoewel nog niet precies duidelijk is wat oorzaak en gevolg is. Deze erkenning kan vervolgens ruimte bieden om psychologische mechanismen te bespreken die de klachten in stand houden en verergeren. Denk hierbij aan negatieve emoties, een laag zelfbeeld,

disfunctionele opvattingen over de klachten en vermijdingsgedrag. Deze mechanismen, die verantwoordelijk zijn voor vicieuze cirkels, kan de huisarts met behulp van SCEGS in kaart brengen of met de patiënt bespreken naar aanleiding van een verhoogde 4DKL-somatisatiescore. De psychologische in standhoudende mechanismen bieden goede aanknopingspunten voor behandeling.

Uitleg en behandeling

De uitleg aan de patiënt met CS met behulp van resultaten uit de moderne neurowetenschappen kan bijdragen aan een hogere tevredenheid van de patiënt. In plaats van een psychische aandoening blijkt CS nu een aandoening met een verstoring van de prikkelverwerking van hersenen en ruggenmerg die bovendien behandelbaar is met een tijd-contingente aanpak van activiteiten en oefeningen. Ook centraal werkende medicijnen kunnen werken, zoals gabapentine, tricyclische antidepressiva en SNRI's zoals venlafaxine en duloxetine (2,3).

Verdere begeleiding van de patiënt in de eerste lijn kan plaatsvinden door multidisciplinaire behandeling door een huisarts, POH-GGZ en psychosomatische fysio- of oefentherapeut, of een getrainde eerstelijns psycholoog in plaats van een POH-GGZ. Een psychosomatisch werkende fysio- of oefentherapeut zal psycho-educatie geven, activerende en spierversterkende oefentherapie, ontspanningsoefeningen, cognitieve gedragstherapie, eventueel aangevuld met mindfulness (12). Voor de behandeling van SOLK door POH-GGZ en psycholoog zijn verschillende zorgprogramma's ontwikkeld. Vaak zijn deze gebaseerd op het gevolgenmodel (13). Ook zijn er verschillende e-mental-health programma's beschikbaar.

Conclusie

Er is toenemende aandacht voor SOLK. De NHG-Standaard SOLK en zorgstandaard SOLK bieden handvatten aan de huisarts. In de spreekkamer blijft SOLK voor veel huisartsen nog een (te) grote uitdaging. Huisartsen zijn bang dat het hen veel tijd gaat kosten, ook is nog niet iedereen overtuigd van het nut van een gestructureerde aanpak. En hoe doe je dat dan?

Deze klinische les laat zien hoe de huisarts met behulp van het begrip centrale sensitatie verder kan komen met de patiënt. De investering van twee extra dubbele consulten verdienen zichzelf dubbel en dwars terug in verminderd spreekuurbezoek en in een verbeterde arts-patiëntrelatie. Tenslotte levert deze aanpak meer voldoening op dan het uitschrijven van de zoveelste zinloze verwijsbrief voor aanvullend onderzoek of specialist.

Samenvatting

Het is in de spreekkamer nog regelmatig lastig om aan de patiënt uit te leggen wat SOLK is en de patiënt te motiveren voor de juiste behandeling. Het begrip centrale sensitatie biedt een veelbelovend verklaringsmodel voor SOLK en - zo blijkt - wordt vaak goed geaccepteerd door de patiënt.

Centrale sensitatie veronderstelt een abnormale en significante versterking van sensaties door het centrale zenuwstelsel, waarbij de natuurlijke onderdrukkingsmechanismen minder goed werken. Er blijkt sprake van verstoring van de functie van de opstijgende en remmende banen van het ruggenmerg en de verwerking van prikkels in de hersenen. Daarnaast is er verstoring op het niveau van diverse neurotransmitters en stresshormonen.

Diagnostiek en uitleg van SOLK aan de hand van het begrip centrale sensitatie kan de patiënt erkenning bieden voor zijn of haar klachten. Daarmee ontstaat een opening voor het bespreken van (psychologische) mechanismen die de klachten in stand houden en verergeren. Deze kunnen vervolgens (verder) behandeld worden met een tijd-contingente aanpak van activiteiten en oefeningen. Ook centraal werkende medicijnen kunnen werken, zoals gabapentine, tricyclische antidepressiva en SNRI's zoals venlafaxine en duloxetine. Verdere begeleiding van de patiënt kan plaatsvinden door een psychosomatische fysio- of oefentherapeut, POH-GGZ of een getrainde psycholoog.

Deze aanpak van SOLK kost in eerste instantie iets meer tijd, maar dit verdient zich later terug. Ook

levert dit meer bevrediging op dan het uitschrijven van het zoveelste zinloze verwijsbriefje.

De kern:

Het begrip centrale sensitatie is een handig hulpmiddel bij uitleg en behandeling van SOLK. Uit onderzoek naar centrale sensitatie blijkt dat er sprake is van verstoorde prikkelverwerking in het lichaam op diverse plaatsen. Uitleg aan de hand van dit model maakt de weg vrij voor het bespreken van mechanismen die de klachten in stand houden en de behandeling hiervan. Een goede aanpak van SOLK verdient zich terug in verminderd spreekuurbezoek en in een meer bevredigende arts-patiënt relatie.

Auteurs:

Drs. Carine den Boer, huisarts, kaderarts GGZ , promovendus
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
Amsterdam UMC, locatie VUmc
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
Email: c.denboer@amsterdamumc.nl

Dr. Berend Terluin, huisarts, senior onderzoeker
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
Amsterdam UMC, locatie VUmc
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
Email: b.terluin@amsterdamumc.nl

Literatuurlijst

1. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013, 5:222-30
2. Den Boer C, Dries L, Terluin B, van der Wouden JC, Blankenstein AH, van Wilgen CP, Lucassen P, van der Horst HE. Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments. J. Psychosom. Res. 117(2 (2019)) 32-40.
3. Bourke JH, Langford RM, White PD. The common link between functional symptoms may be central sensitization. J Psychosom Res 2015; 78 228-36
4. Fleming A en Vollebregt, J. Pijn en het brein. Amsterdam 2016.
5. Olde Hartman TC. Persistent medically unexplained symptoms in primary care. The patiënt, the doctor and the consultation. Nijmegen 2011
6. Olde Hartman TC, van Rijswijk E, van Dulmen S, van Weel-Baumgarten E, Lucassen P, van Weel C. Communicatie met patiënten met chronische SOLK; Huisarts Wet 2014, 3: 114-18
7. Burton C, Lucassen P, Aamland A, Olde Hartman TC. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. J R Soc Med; 0 (0) 1-5
8. Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk HWJ. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet 2008; 51:251-55.
9. Central Sensitization Inventory (CSI). Nederlandse vertaling van Wilgen P, Meeus M, Descheermaeker F, Cagnie B. 2013
10. Nijs J, Torres –Cueco R, van Wilgen CP, Girbes EL, Struyf F, Roussel N et al. Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. Pain physician, 2014, 17:447-57
11. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract 2012; 12:276-85
12. De Lint MC en Olde Hartman TC. Functionele benauwdheid en de rol van de psychosomatisch oefentherapeut. Bijblijven 5-2012
13. Van Rood Y, van Ravesteijn H, de Roos C, Spinhoven P, Speckens A; Protocol voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. In: Keijsers GPJ, Van Minnen A, Hoogduin CAL, editors. Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2. Amsterdam: uitgeverij Boom 2011:15-47

SIGMUND PETER DE WIT



118910