

# Richtlijn Multiple Sclerose

J. de Kroon, V. de Groot

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (hoofdaanvrager) heeft met de Multiple Sclerose Vereniging Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland het initiatief genomen een richtlijn te schrijven voor diagnostiek en behandeling van Multiple Sclerose (MS) en de gevolgen van MS.

Meerdere wetenschappelijke verenigingen hebben geparticipeerd, waaronder de VRA.

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het CBO en is tot stand gekomen met financiële steun van ZonMW en de Multiple Sclerose Vereniging Nederland.

Uitgangspunt voor de richtlijn was een uitgebreide knelpuntenanalyse in april 2009 waarbij patiënten en zorgverleners betrokken waren. Uit het omvangrijke aantal knelpunten is een selectie gemaakt, waarbij gefocust werd op knelpunten waar de meeste winst te behalen is voor de patiënt en de meeste variatie bestaat tussen zorgverleners. Door deze selectie vallen een aantal relevante knelpunten buiten het bestek van de richtlijn. De werkgroep heeft daarom aanbevolen om van de richtlijn een dynamische richtlijn te maken, waarbij de huidige onderdelen actueel gehouden worden en ook nieuwe onderdelen kunnen worden toegevoegd.

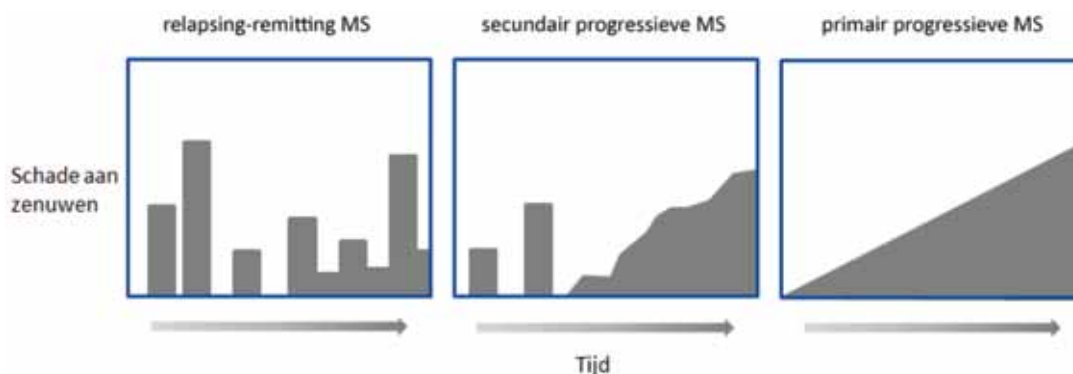
De richtlijn is begin 2013 verschenen. In dit artikel geven we een overzicht van aspecten uit de richtlijn die interessant zijn voor de revalidatiegeneeskunde.

## MULTIPLE SCLEROSE

Multiple sclerose is de meest frequente oorzaak van invaliditeit onder jong volwassenen in de westerse wereld. In Nederland zijn er naar schatting 17.000 mensen met MS. De ziekte kenmerkt zich door een variabiliteit van verschijnselen, met toenemende lichamelijke klachten en cognitieve beperkingen. Het beloop kenmerkt zich door het optreden van neurologische uitvalsverschijnselen, die na kortere of langere tijd gedeeltelijk of geheel herstellen (relaps of schub), en geleidelijke progressie van neurologische verschijnselen in de tijd (figuur 1). De meerderheid van de patiënten heeft een monosymptomatisch begin, dat wordt aangeduid als een clinically isolated syndrome (CIS).

Voor het stellen van de diagnose wordt het gebruik van de gereviseerde McDonalds-criteria aanbevolen, waarin disseminatie in tijd (minstens 2 relapses of progressie over langere tijd) en disseminatie in plaats (minstens 2 locaties in centrale zenuwstelsel betrokken) verwerkt zijn. De volledige McDonalds-criteria staan in de richtlijn beschreven en zijn ook opgenomen op de samenvattingskaart.

Het wordt aanbevolen om relapsing-remitting MS (RRMS) te behandelen met Interferon Beta-1a of -1b of glatirameeracetaat, tenzij er bij klinische en radiologische follow-up geen ziekteactiviteit waarneem-



Ziekteverloop voor verschillende typen MS.

J.R. (Joke) de Kroon PhD, revalidatiearts, Spaarneziekenhuis Hoofddorp/Heliomare, Wijk aan Zee

Prof. V. (Vincent) de Groot MD PhD, revalidatiearts, VUmc, Amsterdam

baar is. Indien er sprake is van een klinisch relevante eerste exacerbatie en de radiologische activiteit aan vastgestelde criteria voor ernst voldoet kan overwogen worden een CIS met dezelfde geneesmiddelen te behandelen. Wanneer deze geneesmiddelen onvoldoende effect hebben, kan overwogen worden om over te gaan op andere medicatie voor RRMS, zoals natalizumab of fingolimod.

Indien op grond van de ernst van een relaps wordt besloten tot behandeling, wordt aanbevolen bij de behandeling van relapsen de voorkeur te geven aan intraveneuze behandeling met methylprednisolon in een dosering van 500 mg per dag gedurende 5 dagen of 1000 mg per dag gedurende 3-5 dagen.

### ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE

De gevolgen van MS zijn zeer divers, en kunnen leiden tot problemen bij het dagelijks functioneren op alle domeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Vragenlijsten kunnen de anamnese ondersteunen bij het tijdig herkennen van deze problemen. Daarbij wordt gebruik van ziektespecifieke lijsten zoals de Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS) of Multiple Sclerosis Impact Profile (MSIP) aanbevolen.<sup>1,2</sup>

De MSIP meet de aanwezigheid van functioneringsproblemen en de beleving daarvan op 4 domeinen van de ICF (functies, activiteiten, participatie en externe factoren). De MSIS meet de fysieke en psychologische impact van MS met 20 fysieke en 9 psychologische items. Hoewel de klinimetrische eigenschappen niet duidelijk in het voordeel van een van beide lijsten zijn, heeft de MSIP een lichte voorkeur gezien de herkenbare ICF structuur.

In settingen waar relatief weinig patiënten met MS worden behandeld kan gekozen worden voor een generieke lijst.

Bij problemen op het gebied van activiteiten en participatie bij mensen met MS wordt multidisciplinaire revalidatiebehandeling aanbevolen. De uitgebreidheid en complexiteit van de problemen bepaalt in combinatie met doelen en mogelijkheden van de patiënt de intensiteit van de revalidatie en setting waarin deze wordt uitgevoerd (eerste lijn, poliklinisch of klinisch). In alle gevallen van multidisciplinaire revalidatie is onderlinge afstemming van de behandeldoelen van belang.

### COGNITIEVE STOORNISSEN

Cognitieve stoornissen komen voor bij 43-70% van de mensen met MS, waarbij een lage snelheid van informatieverwerking en geheugenproblemen de hoogste prevalentie hebben. Uit de knelpuntenanalyse bleek dat de cognitieve stoornissen onvoldoende en te laat worden herkend. Het wordt dan ook aanbevolen om alle mensen met MS en hun naasten

te informeren over cognitieve stoornissen die in het beloop van de ziekte kunnen ontstaan, en in het beloop van de ziekte actief te informeren naar cognitief functioneren. Bij de diagnostiek van cognitieve stoornissen moet ook aandacht besteed worden aan vermoeidheid en stemming in verband met invloed van deze factoren op het cognitief functioneren.

De impact van cognitieve stoornissen op handelen kan in kaart gebracht worden met de ergotherapeutische observatiemethoden Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Perceive, Recall, Plan and Perform Systeem (PRPP), en de Arnadottir Occupational therapy-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-one).

Om de negatieve gevolgen van cognitieve stoornissen in het dagelijks leven te verminderen wordt het leren van compensatiestrategieën of het trainen van specifieke vaardigheden aanbevolen. Daarbij wordt verwezen naar de richtlijn 'Cognitieve revalidatie' van het Consortium Cognitieve Revalidatie.<sup>3</sup>

Medicatie wordt niet aanbevolen voor de behandeling van cognitieve stoornissen bij MS.

### VERMOEIDHEID

Vermoeidheid is waarschijnlijk de meest voorkomende klacht bij mensen met MS. Tussen de 76 en 92% van de mensen met MS geeft vermoeidheid aan, en het wordt als een van de meest hinderlijke klachten ervaren. Vermoeidheid is subjectief en wordt multifactorieel bepaald. De verschillende vragenlijsten lijken deels verschillende aspecten van vermoeidheid te meten. De Fatigue Severity Scale (FSS) bestaat uit 9 vragen en meet de ervaren ernst van vermoeidheid en impact op het dagelijks functioneren. De modified Fatigue Impact Scale (MFIS) meet middels 21 stellingen de impact van vermoeidheid op fysiek, cognitief en psychosociaal functioneren. En de Checklist Individual Strength (CIS20R) is een vragenlijst van 20 items die subjectief ervaren vermoeidheid en afname van motivatie, activiteit en concentratie meet.

Als vermoeidheid een probleem is, wordt een brede biopsychosociale analyse naar oorzaken en onderhoudende factoren aanbevolen, met in elk geval ook oriënterend labonderzoek (infecties, anemie, schildklierfunctie).

Bij vermoeidheid wordt een multidisciplinaire aanpak aanbevolen, waarbij energiemangement, gedragsmatige adviezen en cognitieve gedragstherapie toegepast kunnen worden. Het gebruik van koelpakken kan overwogen worden voor tijdelijke vermindering van ervaren vermoeidheid. De effectiviteit van farmacologische behandeling (amantadine, pemoline, modafinil, aminopyridine) is onvoldoende vastgesteld. Eventueel kan een proefbehandeling met amantadine of modafinil worden overwogen. Het effect van fysieke training op vermoeidheid is nog niet vastgesteld.

## CONDITIEVERLIES

Een goede lichamelijke conditie is ook voor mensen met MS belangrijk i.v.m. positieve effecten op de algemene gezondheid. Aangenomen wordt dat gezond bewegen geen invloed heeft op het beloop van de ziekte, maar bestaande klachten kunnen wel tijdelijk toenemen. Bij het opstellen van een bewegingsprogramma moet daarom rekening gehouden worden met een rustige opbouw, het voorkomen van piekbelasting, het afwisselen van periodes van inspanning en rust en warmte-intolerantie (omgeving niet te warm).

## PSYCHISCHE PROBLEMEN

Depressie en angst komen frequent voor bij mensen met MS (prevalentie van depressie varieert tussen 27-54%, van angst tussen 25-41%). In de praktijk is er sprake van onderschatting en onderbehandeling van depressie. Het is van belang alert te zijn op depressieve klachten i.v.m. de impact op kwaliteit van leven, een verhoogd risico op suïcide en omdat het aanleiding kan geven tot cognitieve klachten en vermoeidheid.

De vraag 'bent u depressief' heeft een hoge sensitiviteit voor het screenen op depressie bij mensen met MS. Voor het inventariseren van depressieve klachten wordt aanbevolen vragenlijsten zoals de Beck Depression Inventory (BDI) of de Hospital Anxiety and Depression Index (HADS) te gebruiken.

Voor behandeling van depressies kan in hoofdlijnen de CBO-richtlijn 'Depressie' gevolgd worden, omdat er wat betreft behandelingseffect geen verschil is met personen zonder MS.

## ARBEID

De diagnose MS wordt meestal gesteld tussen het 20e en 50e levensjaar, een periode waarin mensen volop actief zijn in het arbeidsproces. MS heeft door het chronische karakter en de toenemende beperkingen grote impact op de arbeidsbelastbaarheid, waarbij het wisselende beloop een inschatting van arbeidsmogelijkheden lastig maakt. Tijdens en binnen 3 maanden na een schub kan geen uitspraak gedaan worden over de arbeidsbelastbaarheid. Het verdient aanbeveling om arbeidsrevalidatie en re-integratie

te zien in het kader van het totale functioneren, en de bedrijfsarts en revalidatiearts hebben hierbij in onderlinge afstemming een belangrijke rol.

## ORGANISATIE VAN ZORG

Bij de behandeling van mensen met MS zijn vele disciplines betrokken die elk hun eigen specifieke deskundigheid inbrengen. De MS-verpleegkundige kan een belangrijke coördinerende rol spelen in een netwerk van samenwerkende behandelaars, maar is nog niet in alle ziekenhuizen beschikbaar. De coördinatie van zorg zou ondersteunend moeten zijn aan het voeren van eigen regie gericht op behoud of vergroten van de kwaliteit van leven.

De zorg moet niet uitsluitend gericht zijn op medische aspecten. Het is van belang om het spectrum van mogelijke verschillende problemen goed in kaart te brengen en op basis daarvan in een netwerk van zorgverleners de juiste zorg te verlenen. Naast en mantelzorgers dienen ook aandacht te krijgen in het zorgnetwerk.

## REFERENTIES

1. <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2377-8-2-S1.doc>
2. <http://irs.ub.rug.nl/ppn/30697651X>
3. <http://www.vilans.nl/docs/producten/richtlijncognitievervalidatie.pdf>

De volledige richtlijn is te downloaden via de website van de VRA en via [www.diliguide.nl](http://www.diliguide.nl) (<http://www.diliguide.nl/document/992/multiple-sclerose.html>). Op Diliguide is ook een samenvattingskaart beschikbaar. Een gedrukte versie van de richtlijn is te bestellen bij Bohn Stafleu van Loghum (ISBN 978 90 368 02680). De MSIP vragenlijst is op te vragen bij Dr. K. Wynia, [k.wynia@umcg.nl](mailto:k.wynia@umcg.nl)

## Correspondentie

Joke de Kroon  
[jdekroon@spaarneziekenhuis.nl](mailto:jdekroon@spaarneziekenhuis.nl)