

Samenspel van 'lichamelijk' en 'geestelijk' betekent niet dat de patiënt zich klachten inbeeldt

Functionele stoornis: laveren tussen neurologie en psychiatrie

Aan de functionele neurologische stoornis (FNS) kleeft nog steeds een stigma. Ondanks nieuwe ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling stuiten veel patiënten op onbegrip bij zorgverleners. Ook zijn er nog onvoldoende gespecialiseerde behandelingen beschikbaar. En dat terwijl FNS veel voorkomt en met de juiste aanpak reversibel is.

Jeannette Gelauff
aios neurologie, Amsterdam
UMC

De functionele neurologische stoornis, FNS, is een intrigerende aandoening op het grensvlak tussen de neurologie en de psychiatrie. Door de jaren heen zijn er veel termen voor gebruikt, zoals conversiestoornis of psychogene aandoening. Functionele neurologische symptomen bestaan uit bewegingsstoornissen, paresthesen, sensibele klachten, spraak/taalstoornissen, cognitieve stoornissen en (psychogene) niet-epileptische aanvallen, waarbij de symptomen

zijn toe te schrijven aan een functionele stoornis in plaats van een structurele afwijking.

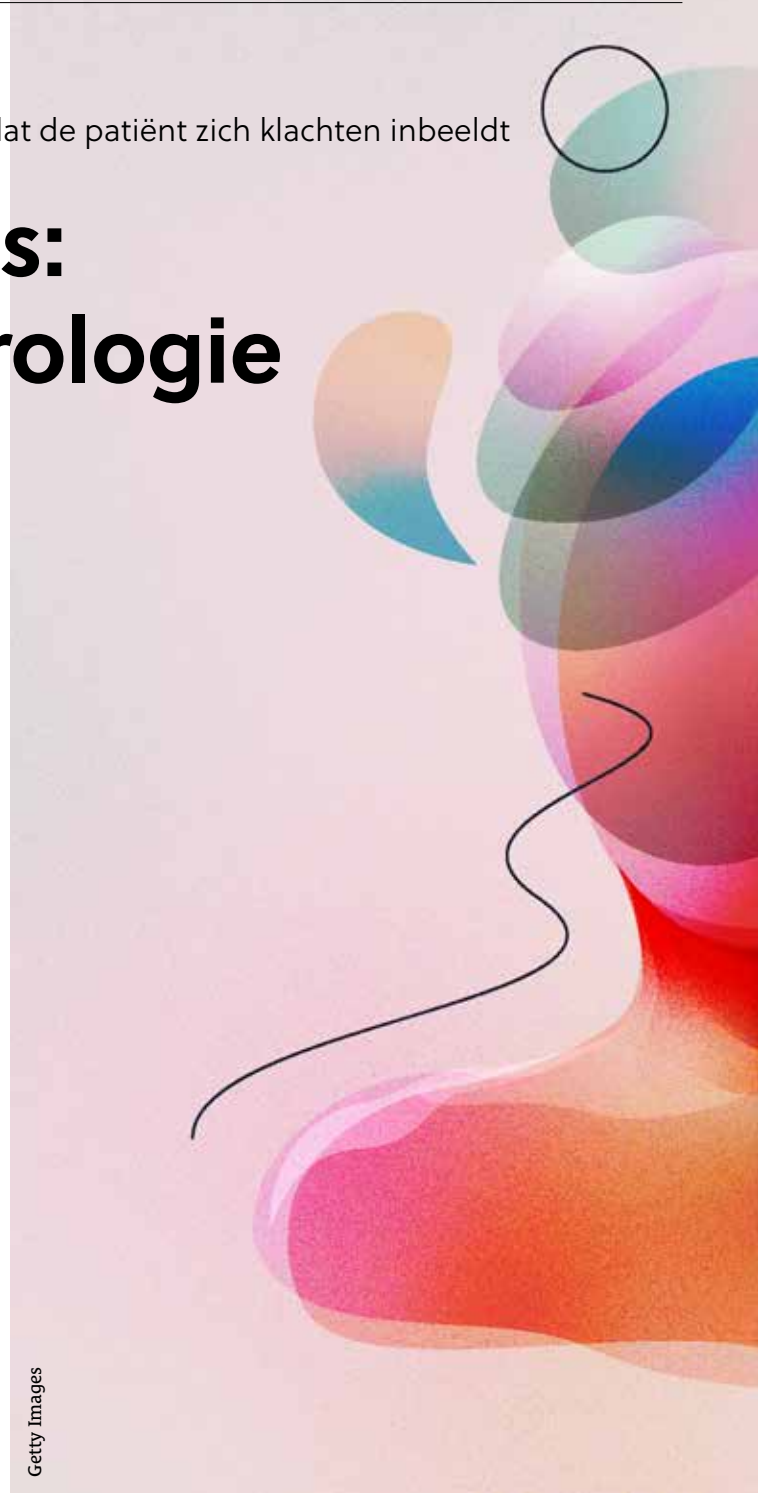
De aandoening is lange tijd onderbelicht gebleven. Onterecht, omdat FNS veel voorkomt: naar schatting 5 tot 10 procent van de algemene neurologie, en tot één op de drie patiënten in het expertisecentrum bewegingsstoornissen in het UMCG.¹ Daarnaast omdat FNS ernstige beperkingen in de kwaliteit van leven kan veroorzaken en zonder behandeling een ongunstige prognose heeft. Met de juiste aanpak is FNS echter reversibel. Het

kan dus een belangrijk verschil maken om als zorgverlener op de hoogte te zijn van de nieuwe ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling.

'Positieve' diagnose

Een van de belangrijkste veranderingen van de afgelopen jaren op het gebied van FNS is de manier waarop de diagnose wordt gesteld. Voorheen was het vaststellen van een associatie met psychologische factoren, zoals een traumatische gebeurtenis in het verleden of de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit, essentieel. Nu is het de neuroloog die de diagnose stelt op basis van 'positieve' kenmerken in het neurologisch onderzoek en de anamnese. Deze positieve kenmerken zijn factoren die de functionele aard van het symptoom onderschrijven, en dus niet passen

Getty Images



Symptomen van FNS

Cognitieve symptomen

- Patiënt komt alleen.
- Bezorgd over de symptomen.
- In staat om een gedetailleerde beschrijving te geven van de cognitieve klachten.

Parese

- Hoover's sign: toename kracht na aanspannen antagonist.
- Test van Barré met alleen uitzakken van de arm zonder pronatie.
- Slepde gang.
- Spierkracht wisselt bij verschillende bewegingen of in verschillende houdingen.

Bewegingsstoornissen

- Entrainment: het ritme van schokken of tremor wordt beïnvloed door een opgelegd ritme.
- Afleidbaarheid: symptomen stoppen of veranderen tijdens cognitieve of motore tests.

Sensibele symptomen

- Sensibele klachten tot de midline.
- Sensibele klachten volgen geen dermatoomverdeling.

Psychogene (dissociatieve) niet-epileptische aanvallen

- Duur van de aanval > 90 seconden.
- Ogen gesloten.
- Herinnering aan de aanval.
- Asynchrone bewegingen, heen en weer bewegen van hoofd of lichaam.

Enkele bevindingen in de spreekkamer van de neuroloog die passen bij FNS. Deze factoren zijn op zichzelf staand niet bewijzend voor de diagnose, maar dragen bij aan de verdenking van een functionele neurologische stoornis. Niet alle kenmerken hoeven aanwezig te zijn voor de diagnose.

bij een structurele laesie. Zo wordt bijvoorbeeld gelet op afleidbaarheid van de klachten – bij afleiding verandert of verdwijnt het symptoom – of wisselingen in de mate van uitval, aanwezigheid van dissociatie in plaats van een gedaald bewustzijn, en nog een heel aantal andere kenmerken (zie *kader*). Aanvullend onderzoek voegt in veel gevallen niets toe. Bij psychogene niet-epileptische aanvallen kan een eeg tijdens een aanval epilepsie minder waarschijnlijk maken. Voor de diagnose van bewegingsstoornissen zoals tremor en schokbewegingen kan gericht klinisch neurofysiologisch onderzoek, bijvoorbeeld tremorregistratie, de diagnose FNS versterken. Psychologische factoren zijn geen onderdeel meer van de diagnose omdat die simpelweg niet bij elke patiënt aanwezig zijn. Patiënten met FNS hebben weliswaar vaker een verleden met misbruik, emotionele verwaarlozing of andere stressvolle gebeurtenissen dan controles met andere aandoeningen en gezonde controles, maar dat geldt zeker niet voor elke patiënt. Psychiatrische comorbiditeit, zoals depressieve-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen, komt zowel veel voor bij FNS als bij niet-functionele neurologische aandoeningen, bijvoorbeeld wanneer psychogene niet-epileptische aanvallen worden vergeleken met epilepsie, of functionele bewegingsstoornissen met de ziekte van Parkinson of dystonie. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor psychiatrische comorbiditeit, zodat daar – indien nodig – behandeling voor kan worden gestart, maar het draagt niet bij in de diagnose.

Voorheen was de rol van de neuroloog voornamelijk om andere neurologische oorzaken van de symptomen uit te sluiten; als die niet werden gevonden bleef een functionele stoornis over. Met deze nieuwe aanpak is er geen sprake meer van een diagnose *per exclusionem*. Ook is het belangrijk om te beseffen dat patiënten de symptomen niet simuleren: de symptomen zijn onwillekeurig.

Werkingsmechanisme

Over het werkingsmechanisme van FNS wordt steeds meer duidelijk. In de uitleg aan de patiënt is het behulpzaam de etiologie te scheiden van het werkingsmechanisme. De etiologie is multifactorieel, waarbij nog niet voor alle veronderstelde betrokken factoren wetenschappelijk bewijs is. Bepaalde factoren geven een kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van FNS, bijvoorbeeld ervaringen met ziekte in het verleden, of misschien zelfs genetische factoren. Vervolgens is er in veel gevallen een trigger die de klachten uitlokt, zoals een paniekaanval, lokaal letsel of de bijwerking van een medicijn.

Wanneer de klachten eenmaal zijn ontstaan, zijn er in stand houdende factoren die herstel in de weg zitten, zoals vermijding.

Bij het werkingsmechanisme spelen veranderingen in verschillende processen een rol. Uit fMRI-onderzoek, experimenten en klinisch-observatie studies blijkt dat bij motore symptomen de aandacht/introspectie, controle over beweging en emotieregulatie verstoord zijn. Bij psychogene niet-epileptische aanvallen speelt dissociatie een grote rol.

Zowel vanuit etiologisch als mechanistisch oogpunt is het duidelijk dat het scheiden van lichaam en geest, neurologie en psychiatrie, bij FNS eerder leidt tot verwarring dan tot verduidelijking. Als men zou beweren dat de aandoening 'psychisch' is, geeft dat geen verklaring voor de licha-



melijke klachten. Ook associëren veel mensen de term 'psychisch' met simulatie of het inbeelden van symptomen, waardoor het onbehulpzaam is om de aandoening op die manier uit te leggen. Aan de andere kant zou een puur 'lichamelijke' verklaring geen ruimte bieden voor psychologische factoren in de etiologie, psychiatrische comorbiditeit of voor psychologische behandeling. Ook is het een valkuil om de aandoening uit te leggen als iets wat totaal buiten de patiënt om gaat, want een actieve rol van de patiënt in de behandeling is wel degelijk gewenst.

Overigens gelden deze bezwaren tegen een dualistische kijk op de hersenen voor een groot deel van de neurologische en psychiatrische aandoeningen. Er zijn weinig neurologische aandoeningen die niet verslechteren in stressvolle situaties, en veel neurologische aandoeningen gaan gepaard met psychiatrische comorbiditeit.

Veel neurologische aandoeningen gaan gepaard met psychiatrische comorbiditeit

Het beseft dat er een samenspel is van 'lichamelijk' en 'geestelijk' betekent niet dat de patiënt zich klachten inbeeldt of simuleert. Het vermindert enigszins het stigma dat, jammer genoeg, nog steeds aan FNS vastzit.

Combinatie van symptomen

In 1999 pleitten Wessely, Nimnuan en Sharpe er in *The Lancet* voor om wat zij noemen functionele syndromen zoals prikkelbaredarmsyndroom, fibromyalgie, chronische vermoeidheidssyndroom en FNS samen onder te brengen in één classificatie, in plaats van te spreken over aparte aandoeningen, vooral vanwege de grote mate van overlap in het optreden van deze stoornissen. In mijn promotieonderzoek vonden we tussen de verschillende motore symptomen van FNS inderdaad grote overeenkomsten bij het vergelijken van geassocieerde factoren. Ook vonden we dat patiënten met een functionele bewegingsstoornis veel last hebben van vermoeidheid, dusdanig dat het de kwaliteit van leven belemmert.²

De discussie of we zouden moeten spreken van één overkoepelende aandoening of niet, is minder relevant dan de erkenning dat patiënten met FNS vaak ook andere functionele symptomen hebben. Bij behandelen is grote behoefte aan die erkenning, omdat er vaak interferentie is met het functioneren door een combinatie van symptomen. Het is weinig behulpzaam als een patiënt voor één symptoom uitleg heeft gekregen over de functionele origine, en voor een ander symptoom nog steeds op zoek is naar een verklaring. Anderzijds kunnen behandelingen gericht op verschillende van deze symptomen soms erg uit elkaar liggen en blijft fenotypering van de symptomen belangrijk om een patiënt gericht te kunnen behandelen.

Naast overlap tussen verschillende functionele symptomen komen functionele neurologische symptomen ook veel voor in combinatie met andere neurologische aandoeningen, zoals MS en epilepsie. Als dat niet wordt herkend, bestaat het risico op overbehandeling van de niet-functionele aandoening en onderbehandeling van de functionele component.

Heldere uitleg

Professor Jon Stone van de universiteit van Edinburgh, een van de meest toonaangevende experts op het gebied van FNS, bepleit al een aantal jaar dat de neuroloog met het stellen van de diagnose een aandeel heeft in de behandeling.³ Uitleggen

op basis waarvan de diagnose tot stand komt baant de weg voor een aanpak op symptoomniveau, zoals fysiotherapie. Idealiter komt daarnaast ter sprake wat voor de patiënt relevante triggers of in stand houdende factoren zijn. Als dat psychologische factoren betreft die de patiënt herkent, is

een verwijzing naar de psycholoog een logische stap. Soms, bijvoorbeeld bij acuut ontstane klachten, is heldere uitleg wat er aan de hand is al voldoende om de symptomen te verhelpen.

Als die uitleg achterblijft, kan dat grote gevolgen hebben. Een patiënt die met gillende sirenes als mogelijk herseninfarct op de SEH wordt gepresenteerd, raakt ervan overtuigd dat er iets serieus mis moet zijn – als dat al niet de reden was om 112 te bellen. Vaak valt de urgentie weg voor het ontvangende team aan artsen en verpleegkundigen als blijkt dat de diagnose niet een herseninfarct maar FNS is. Zonder adequate uitleg blijft de patiënt echter denken dat er een ernstige diagnose speelt, maar dat daar niets aan wordt gedaan. Die angst rondom een mogelijke gemiste diagnose zou een in stand houdende factor kunnen zijn voor de symptomen. Als een patiënt er niet van overtuigd is dat de diagnose klopt, zal hij geneigd zijn verder te zoeken naar een verklaring en niet met overtuiging starten aan de geadviseerde therapie.

Het moet alleen niet blijven bij uitleg over de diagnose. Ons gerandomiseerde onderzoek naar het effect van een zelfhulp- en educatieve website liet zien dat het geen effectieve op zichzelf staande behandeling is.² Patiënten gaven wel aan erg tevreden te zijn met de website. De website is na de studie gepubliceerd als informatieve site ter ondersteuning van uitleg door zorgverleners en wordt nu beheerd door een multidisciplinair redactieteam (zie *kader*). Voor de meeste patiënten is verdere therapie nodig. Voor motorische FNS is de eerste stap daarin fysiotherapie. Een specifieke aanpak om automatische bewegingen uit te lokken en normaal bewegen opnieuw aan te leren is effectief gebleken in een klein aantal studies, waarvan één gerandomiseerd.⁴ Voor psychogene/dissociatieve aanvallen is de behandeling psychotherapie. Ook patiënten met motorische FNS worden geregeld naar de psycholoog verwezen; bijvoorbeeld als comorbiditeit een grote rol speelt, als er ontstaansfactoren zijn waarop de aanpak gericht kan zijn, of als patiënten niet goed verbeteren na fysiotherapie. Een recente systematische review laat zien dat psychotherapie voor FNS effectief is, maar er zijn veel verschillende soorten psychotherapie en per type behandeling zijn de aantallen klein.⁵ Een vervolgstap in de therapie is revalidatie met een multidisciplinair team. Verschillende studies laten goede effecten zien, waaronder een studie uit Noorwegen waarin patiënten werden gerandomiseerd tussen drie weken opname in een revalidatiecentrum of een wachtlijst. Ofschoon deze studie liet zien dat er zelfs in drie weken al goede vooruitgang kan worden geboekt, is in Nederland revalidatie voor patiënten met FNS zeer beperkt beschikbaar.

Nog veel onbegrip

Nederland telt een aantal centra met expertise op het gebied van functionele neurologische stoornissen. De diagnose kan in principe worden gesteld door iedere neuroloog; bij twijfel kan het zinvol zijn om een expert in bewegingsstoornissen in te schakelen of, in het geval van psychogene/dissociatieve niet-epileptische aanvallen, Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN). Het Expertisecentrum Bewegingsstoornissen in het UMCG in Groningen heeft een gespecialiseerde poli Neuropsychiatrie voor functionele bewegingsstoornissen, waar de neuroloog de diagnose FNS stelt en de psychiater direct meebeoordeelt of er aanknopingspunten zijn voor psychotherapie. Gespecialiseerde fysiotherapeuten zijn aangesloten bij FNS-net en zijn ook op de FNS-website te vinden. Voor analyse van psychiatrische comorbiditeit kan naar de ggz worden verwezen, bijvoorbeeld naar een SOLK-poli (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten); vaak biedt deze ook behandeling aan. Verder is het HSK in

Woerden een gespecialiseerd behandelcentrum voor FNS, en richt Altrecht Eikelenboom, met meerdere vestigingen in het land, zich op complexe en zeer ernstige klachten. De website van het NALK (Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten) biedt een overzicht van instellingen waar ervaring is met SOLK en daarbij vaak ook met FNS. (Voor websites zie *kader*).

Zowel internationaal als in Nederland neemt de aandacht voor FNS toe, en de laatste jaren wordt FNS steeds meer een onderdeel van de neurologie. Ondanks die veranderingen stuiten nog veel patiënten op onbegrip bij zorgverleners en zijn er nog onvoldoende gespecialiseerde behandelingen beschikbaar. De komende jaren zal er waarschijnlijk meer bewijs worden gevonden voor effectiviteit van behandelingen. Hopelijk volgt daarmee ook een betere beschikbaarheid. Het is te hopen dat patiënten dan, in combinatie met betere herkenning en erkenning van de aandoening, na een heldere uitleg van FNS in een vroeg stadium terecht kunnen bij gespecialiseerde behandelaars. ●

Informatieve websites en behandelcentra voor FNS in Nederland

- informatie over FNS, ter ondersteuning van uitleg door zorgverleners: functionelebewegingsstoornissen.nl
- informatie (Engelstalig) over FNS: neurosymbols.org
- zorgzoeker voor fysiotherapeuten van stichting FNS: stichtingfns.nl/fns-net
- expertisecentrum bewegingsstoornissen UMCG: movementdisordersgroningen.com
- expertisecentrum behandeling FNS HSK: hsk.nl/client/psychische-klachten/functionele-stoornis
- zorgzoeker behandelcentra (ggz, revalidatie, paramedici) via de zorgzoeker van NALK (Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten): nalk.info/zorgkaart
- Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN): sein.nl/hulp-bij-epilepsie/soorten-aanvallen-en-oorzaken/niet-epileptische-aanvallen-pnea
- altrecht Eikelenboom: altrecht.nl/ziektebeeld/somatoforme-stoornissen

contact

j.m.gelauff@amsterdamumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.