

Revalidatie bij Neuralgische Amyotrofie (NA)

Neuralgische amyotrofie (NA)

Neuralgische amyotrofie (NA) is een aandoening (spontane ontsteking) van het perifere zenuwstelsel, meestal van de plexus brachialis. NA wordt gekenmerkt door een aanval van zeer hevige pijn in de schouder en/of arm, die na uren tot dagen wordt gevolgd door een vlekkelijke **parese** met vaak opvallende **atrofie** van de betrokken spieren. Er zijn doorgaans relatief weinig **sensibele** verschijnselen. De pijn verdwijnt meestal na uren tot weken, terwijl herstel van de **parese en de sensibele** uitval maanden tot jaren kan duren. De prognose op lange termijn is minder gunstig dan tot nog toe werd aangenomen. De meerderheid van de patiënten herstelt binnen een tot twee jaar tot 80 à 90% van de Ausgangssituatie. Maar ondanks dit herstel ontwikkelt meer dan de helft van de patiënten pijnklachten, vaak door overbelasting. Bij meer dan 25% van de patiënten komt de aandoening terug en **verslechtert de functionele prognose**.

Herkenning van NA in de postacute fase

NA is te herkennen aan het typerende verloop gemarkeerd door een acute episode met heftige pijn, gevolgd door motorische uitval. Bij het lichamenlijk onderzoek worden

dikwijls **atrofie**, spierzwakte, een sterke vermoeibaarheid van de spieren gevonden, naast een **verstoorde humero-scapulo-thoracale coördinatie**. **Bij uitval van de musculus serratus anterior (MRC graad ≤ 3)** valt in rust, maar vooral bij actief optillen van de arm in **anteflexie- en abductie-richting**, een **scapula alata** te zien. Bij zwakte van de **rotatorcuffspieren** en de **musculus deltoideus** kan **gleno-humerale subluxatie** optreden. In beide gevallen is er een fors verminderd vermogen tot heffen van de arm. Als de uitval minder ernstig is (MRC graad >3) valt vooral bij neerwaartse, **excentrische** bewegingen van de arm het verstoorde **humeroscapulothoracale** ritme op. Bij veel patiënten is er op den duur sprake van pijnlijke verkortingen en overmatige spanning in de spieren rond de **scapula**, in het bijzonder de **musculus trapezius**, **levator scapulae** en **musculi rhomboidei**. Hierdoor kan ook sprake zijn van een veranderde rustpositie, bijvoorbeeld een hoogstand, rotatie of vooroverkanteling van de scapula op de thorax.

Gevolgen van NA op activiteiten

Door de pijn en de krachtsvermindering worden patiënten beperkt bij de uitvoering van dagelijkse activiteiten en

sociale rollen. De belangrijkste beperkingen betreffen het heffen van de arm in de schouder, hetgeen zich uit tijdens activiteiten als reiken, tillen, zelfverzorging, klussen, sport en arbeid. Maar ook relatief lichte activiteiten die langer duren of vaker achter elkaar herhaald worden, zoals huishoudelijke en PC werkzaamheden, kunnen de klachten geven. Wanneer patiënten hun normale activiteiten geforceerd blijven uitvoeren ontstaat er vaak een abnormaal, **compensatoir aanspanningspatroon van de spieren rond de scapula en de schouder, vooral in de niet aangedane musculatuur**. Behalve de schoudermotoriek kan ook de motoriek van elleboog, pols en vingers zijn aangedaan met gevolgen voor vele grof- en fijnmotorische activiteiten.

Patiënten met langdurige klachten hebben vaak 'geen weet' van de spieruitval, de veranderde coördinatie en de ondoelmatige **stabilisatie van vooral de scapula en het glenohumerale gewricht**. Ze ervaren slechts de gevolgen in de vorm van parese, pijn en/of vermoeidheid. Gebrek aan informatie over de gevolgen en het verloop van NA kan leiden tot een gevoel dat de klachten 'onbeheersbaar' zijn. De relatie tussen de belasting en klachten wordt niet gezien of uit het oog verloren. Het revaliseren van het belang van een juiste

bewegingshygiëne en een uitgebalanceerd activiteitenpatroon is dan ook de sleutel voor een goede behandeling.

Behandeladvies voor Huisarts, Revalidatiearts, Ergotherapeut en Fysiotherapeut

De ervaringen bij inmiddels zo'n 650 patiënten hebben geleid tot een aantal uitgangspunten die belangrijk lijken bij de behandeling en begeleiding van patiënten met NA. Deze uitgangspunten worden hieronder samengevat.

Acute behandeling

De huisarts en fysiotherapeut in de eerste lijn zijn doorgaans de eerste hulpverleners waarmee de patiënt in contact komt bij een aanval van NA. In de acute fase (een dag tot vier weken) zijn voorlichting, pijnreductie en contractuurpreventie van belang. Het instellen van een goede pijnmedicatie door een arts volgens onderstaand beleid is belangrijk. Daarnaast dienen patiënten te leren om, ondanks de pijn, minimaal twee maal per dag de beweeglijkheid in de gewrichten en de lengte van de spieren te onderhouden. Een goede oefening is het maken van een volledige abductiebeweging in ruglig welke door de onderlaag wordt ondersteund. Manipulaties, weerstandstraining en rekoefeningen zijn in

deze fase gecontraïndiceerd en vaak ook zeer pijnlijk. Elektrostimulatie is niet zinvol en mogelijk zelfs schadelijk voor het zenuwstelsel.

Medicatie:

- Bij een pijnscore > 7 uit 10: pijnstilling d.m.v. combinatie van een lang werkend NSAID (bijv. Diclofenac Retard 100 mg 2dd) en een lang werkend morfinometicum (bijv. MS Contin 2 dd 10-20 mg).
- Indien een patiënt minder dan twee weken last heeft, er nog veel pijn bestaat en hiervoor geen contra-indicaties bestaan, kan een stootkuur prednison per os van twee weken overwogen worden door de arts (1^e week 60 mg / dag of 1 mg/kg bij kinderen, 2^e week afbouw met 10 mg / dag).

Revalidatiebehandeling

De patiënten komen doorgaans pas bij de revalidatiearts en bij de fysio- en ergotherapeut in de tweede lijn op het moment dat er sprake is van secundaire pijnklachten in de post-acute fase. Afhankelijk van de complexiteit van de klachten en de uitgebreidheid van de participatieproblemen kan er gekozen worden voor een poliklinische revalidatiebehandeling of een enkelvoudige aanpak door de ergotherapie en/of

fysiotherapie, al dan niet in combinatie met de eerste lijn. In de postacute fase neemt de pijnintensiteit af en staan atrofie, verminderde functie en (spier)vermoeidheid op de voorgrond. In deze fase moet men aandacht hebben voor de volgende principes:

- Het geven van praktische informatie over de gevolgen van de uitval en inzicht geven in overbelastingsmomenten (feedback aan de patiënt met behulp van een filmpje van de scapula bewegingen kan hierbij behulpzaam zijn).
- Aanleren van oefeningen voor doelmatige stabilisatie van de schoudergordel (onbelast of met de zwaartekracht mee).
- Aanleren van mild uitgevoerde rekoefeningen ter normalisering van spierlengten en spierspanning (te hard of niet goed gelokaliseerd rekken geeft verergering van de klachten).
- Aanleren van mobiliserende oefeningen om de passieve beweeglijkheid in de schoudergordel te behouden.
- Het leren voorkómen van secundair impingement als gevolg van een verminderde scapulastabiliteit en een veranderde scapulapositie.
- Het aanleren van oefeningen voor rotatorcuff activatie in de diverse

glenohumerale posities, vooral rond het moment van impingement (in onbelaste positie).

- Het geven van inzicht in belasting en belastbaarheid door middel van activiteitenregistratie.
- Het reduceren van overbelasting door middel van ergonomische adviezen:
 - Aandacht voor lichaamshouding en ontspanning. Het is belangrijk dat patiënten zich bewust worden van het belang van een ontspannen lichaamshouding in zit, lig en tijdens activiteiten.
 - Verminderen of aanpassen van activiteiten. Dit kan betekenen dat de patiënt tijdelijk een aantal activiteiten niet meer of op een andere manier uitvoert.
 - Gebruik van aanpassingen en hulpmiddelen. Dit kan variëren van een eenvoudige armondersteuning tot een uitgebreide aanpassing van de werkplek.
- Communiceren met anderen (gezinsleden, collega's, werkgever, vrienden) over de verminderde belastbaarheid. Dit leidt ertoe dat mensen begrip hebben voor de situatie en bereid zijn (tijdelijk) taken over te nemen.

Algemene tips

- In het algemeen geldt de vuistregel: coördinatie training is belangrijker dan kracht training. Trainen van spierkracht bij $MRC < 3$ heeft geen zin en werkt soms zelfs contraproductief. Bij een spierkracht vanaf MRC 3 kan men langzaam en rustig spierkracht opbouwen met inachtneming van een goede coördinatie.
- Bij een beperkt aantal patiënten is de nervus phrenicus aangedaan met als gevolg een verminderde werking of zelfs halfzijdige uitval van het middenrif. Patiënten tonen dan klinische signalen van orthopneu. Kenmerkend hiervoor zijn benauwdheid bij bukken of plat liggen. In een rotatie-extensie houding van de wervelkolom in ruglig is dan een verminderde inspiratie zichtbaar. Bij ernstige uitval kan dat tot nachtelijke hypoventilatie en ademhalingsproblemen leiden met een gestoorde, onrustige slaap, ochtendhoofdpijn en ernstige vermoeidheid. Een consult bij een longarts is geïndiceerd.
- Wanneer de patiënt meer controle krijgt over de klachten kan gewerkt worden aan het geleidelijk weer opbouwen van de belasting, zowel ten aanzien van het aantal activi-

teiten, als de duur en de intensiteit ervan. Dit geschiedt op geleide van pijn en vermoeidheid, waarbij een vuistregel is dat deze binnen een tot twee uur na een activiteit of oefening weer op het uitgangsniveau zijn teruggekeerd. NB Een volledig herstel van belastbaarheid is niet altijd mogelijk.

- Tijd is de belangrijkste factor die het herstel bepaalt. Het is niet zo dat de patiënt sneller herstelt door harder te oefenen!
- Gezien de duur van het herstel is het belangrijk om de zelfstandigheid van de patiënt vroegtijdig te stimuleren en de patiënt te leren om zelf verantwoordelijkheid te dragen voor de eigen gezondheid.
- Een belangrijke rol voor de therapeut is de patiënt te begeleiden bij het accepteren dat de hij of zij een periode beperkt is in zijn of haar functioneren.
- Bij het langer dan een half jaar persisteren van de pijnklachten (chronificatie) spelen cognitieve en emotionele attributies ten aanzien van de klachten waarschijnlijk mede een rol. Naast het aanleren van een juist bewegingshygiëne is dan tevens een cognitief-gedragmatige benadering volgens het

chronische pijnconcept aangewezen.

Medewerkers

Allan Pieterse (fysiotherapeut)
Daphne Maas (fysiotherapeut)
Renske Janssen (ergotherapeut)
drs. Edith Cup (ergotherapeut)
dr. Nens van Alfen (neuroloog)
prof. dr. Sander Geurts (revalidatiearts)

Verder lezen

van Alfen N, van der Werf SP, van Engelen BGM. Long-term pain, fatigue and impairment in neuralgic amyotrophy. Arch Phys Med Rehab 2009;90:435-439.

van Alfen N. The neuralgic amyotrophy consultation. J Neurol 2007;254:695-704.

van de Ven AC, van Alfen N, Heijdra YF. Een bijzondere oorzaak van acute dyspnoe: neuralgische amyotrofie. Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:A181.

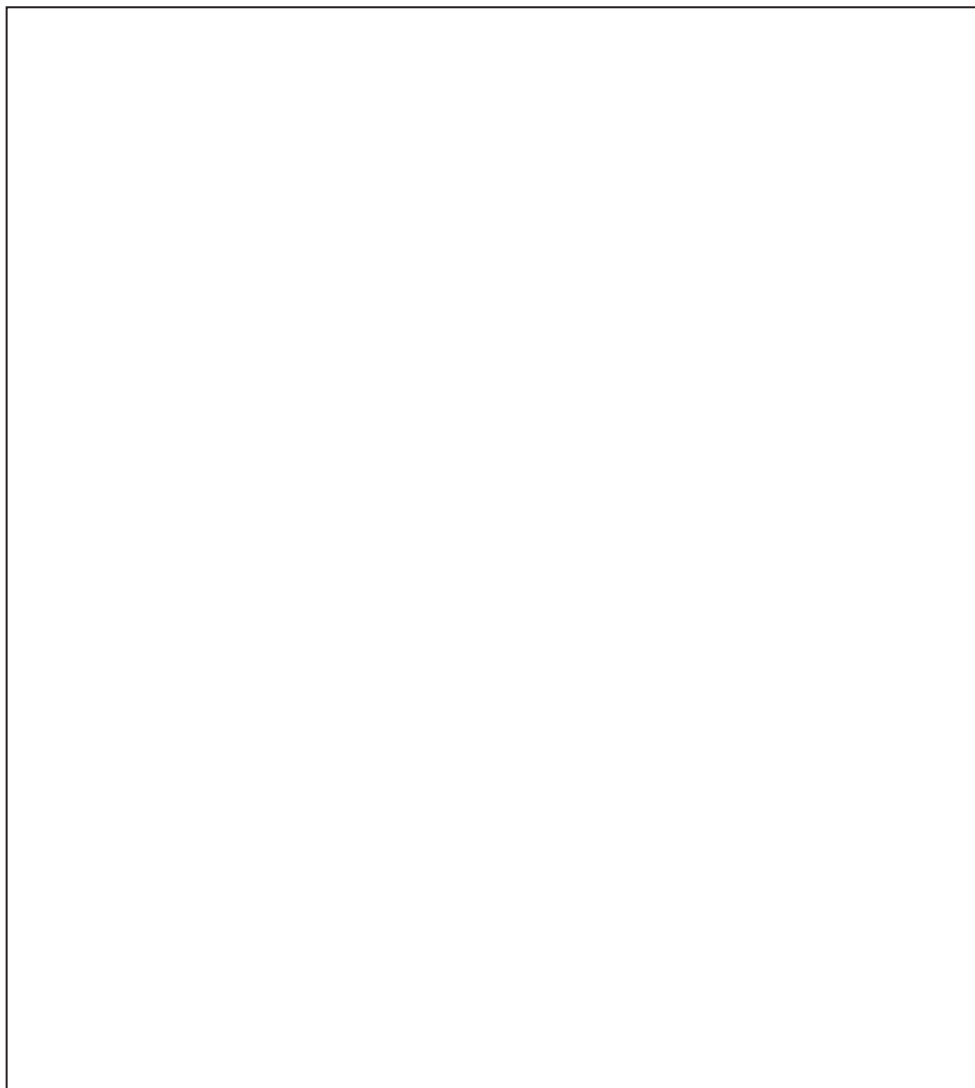
van Alfen N, van Engelen BG, Hughes RA. Treatment for idiopathic and hereditary neuralgic amyotrophy (brachial neuritis). Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006976.

<http://www.umcn.nl/extern/patfol/NSC0618.pdf> (patiëntenfolder over NA)

www.ariesmp.nl/AriezMP/DownloadFile.lynkx?guid=918430eb-04b6-4355-a837-423003aea0d3 (Nederlandstalig artikel met overzicht van de aandoening)

www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=gene&part=hna (Engelstalige informatie over de erfelijke vorm van NA)

Noteer hier uw vragen

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their questions. The box occupies most of the page below the instruction.

Adres

Bezoekadres

(Afdelingsnaam)

(UMC St Radboud Centraal/West/Oost)

(Straat + huisnummer, routenummer)

Nijmegen

Postadres

UMC St Radboud

(afdelingsnaam + postnummer)

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

Telefoonnummer

024 - xxxxxxx