

Zakkaartje Polyneuropathie

Gebaseerd op FMS en Neurologie richtlijnen Polyneuropathie

1. Wat is polyneuropathie?

- **Symmetrische** aandoening van perifere zenuwen; **distaal > proximaal**, benen > armen
- Sensibel en/of motorisch; klachten beginnen meestal in de voeten ('sokken-patroon')
- In NL ± 250.000-300.000 mensen; eerste klachten gemiddeld rond het 55e jaar
- **Acuut** (< 1 mnd, bv. Guillain-Barré) → spoed.
- **Subacuut** (1 - 3 maanden) en **chronisch** (> 3 - 6 maanden)
- Diabetes mellitus = grootste oorzaak

2. Klachten & symptomen

- Sensibel: doofheid, tintelingen, branderig/prikkelend gevoel, 'watten-gevoel', allodynie
- Balansproblemen en onzeker lopen (gestoorde positiezin)
- Motorisch: krachtsverlies, struikelen, klapvoet (later in het beloop)
- Autonoom: orthostase, wisselend ontlastingspatroon, erectiestoornis
- **Neuropathische pijn** komt vaak voor, vooral bij diabetes en alcohol

3. Anamnese

- Aard, verdeling, beloop en snelheid van de klachten
- **Systeemziekten:** diabetes, schildklier, nierfunctie, auto-immuun
- **Alcohol** (cumulatief) en voeding (vegetarisch, veganistisch, supplement)
- **Medicatie/toxines:** o.a. chemotherapie, amiodaron, lachgas (B12), overmatig vitamine B6
- **Familieanamnese** (erfelijke neuropathie, bv. CMT)

4. Neurologisch onderzoek

- Onderzoek de **benen**: dit levert de meeste informatie op
- **Sensibiliteit:** pijn-, tast-, vibratie- en positiezin (distaal beginnen)
- **Reflexen:** vaak verlaagde/afwezige achillespeesreflex (KPR nog normaal)
- **Kracht:** let op distaal krachtsverlies
- Typisch: symmetrische, naar distaal verlopende gradiënt → past bij polyneuropathie

5. ALARMSYMPTOMEN → verwijs

- **Snelle progressie** (4 wkn-6 mnd) met loop-/handfunctiestoornis
- **Asymmetrie** of multifocaal patroon
- **Puur motorisch** of motorisch overheersend
- **Ataxie** (uitgesproken gnostische stoornis)
- **Niet-lengteafhankelijk** (armen > benen, proximale > distale)
- Vroege **autonome** stoornissen of **ernstige pijn** → verwijs neuroloog

6. Diagnose & EMG

- De diagnose is **klinisch** (anamnese + onderzoek); EMG niet altijd nodig
- **Geen EMG nodig** bij distale symmetrische sensibele PNP met duidelijke oorzaak (bv. diabetes)
- **Wel EMG** (via neuroloog) bij alarmsymptomen of onduidelijke oorzaak
- EMG onderscheidt axonaal vs demyeliniserend en stuurt verder onderzoek
- Dunnevezelneuropathie: normaal EMG sluit het niet uit

7. Basis-laboratoriumonderzoek

- Bij chronische PNP zonder alarmsymptomen minstens **1x bepalen**:
- **Glucose + HbA1c**; gamma GT + ALAT (alcohol/lever)
- **Vitamine B1, B6, B12 en foliumzuur** (deficiëntie én B6-intoxicatie)
- **TSH, creatinine, BSE, volledig bloedbeeld**
- **M-proteïne** (immunofixatie) - paraproteïnemie uitsluiten

8. Behandelbare oorzaken

- **Diabetes:** optimale glykemische controle; actieve leefstijl en gewichtsverlies
- **Alcohol:** ontraden/minderen; suppleer B-vitamines
- **B12-deficiëntie:** suppleren (oraal of injecties)
- **Schildklier/nierfunctie:** onderliggende aandoening behandelen
- **M-proteïne** of hematologische afwijking → overleg internist/hematoloog

9. Neuropathische pijn: aanpak

- Gebruik **biopsychosociale model**; doe aan verwachtingsmanagement
- Volledig pijnvrij is meestal niet haalbaar - Streef naar **NRS < 4** / acceptabele pijn
- Behandel volgens de pijnladder; **wees terughoudend met opioïden**
- Bij diabetische neuropathie: volg de richtlijn Pijnlijke diabetische neuropathie
- Lokale pijn: overweeg TENS, capsaïcine of lidocaïne-zalf

10. Medicatie neuropathische pijn

- **1e keus:** TCA (amitriptyline) of SNRI (duloxetine), of gabapentine/pregabaline
- Keuze hangt af van interacties, bijwerkingen en comorbiditeit
- **Start laag, titreer op:** amitriptyline 10 mg, duloxetine 30 mg, pregabaline 2 dd 75 mg, gabapentine 3 dd 100 mg
- Beoordeel effect pas na **minimaal 3 weken** in adequate dosering
- Onvoldoende effect / opioïd overwogen? → chronische-pijnpoli

11. Revalidatie & begeleiding

- Let op **valrisico** door balans- en gevoelsstoornissen; adviseer goed schoeisel/voetzorg
- Lichte, enkelvoudige problematiek → fysio-/oefentherapeut 1e lijn
- Complexere problematiek → revalidatiearts met kennis van neuromusculaire ziekten
- Aandacht voor vermoeidheid, mobiliteit, dagbesteding en psychosociale gevolgen
- Verwijs naar informatie op thuisarts.nl/polyneuropathie

12. Wanneer verwijzen (neuroloog)

- **Spoed:** acuut/snel progressief beeld (verdenking Guillain-Barré)
- Zie alarmsymptomen (vak 5)
- **Onduidelijke oorzaak** ondanks basislab, of behoefte aan EMG-bevestiging
- Verdenking **erfelijke** of **inflammatoire** (bv. CIDP) neuropathie
- Neuroloog kan een behandelplan meegeven waarna de huisarts de pijnbehandeling voortzet