

# Richtlijn Lymeziekte 2013

J.P.J. Bakker

Het CBO heeft, in overleg met de betrokken wetenschappelijke verenigingen, het initiatief genomen tot herziening van de multidisciplinaire evidence based richtlijn voor diagnostiek en behandeling van Lymeziekte (uit 2004). Deze herziening is tot stand gekomen met subsidie van het ZonMw programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg. De richtlijn is gepubliceerd in juli 2013, onder voorzitterschap van prof. dr. P.J. van den Broek, internist. De vorige richtlijn Lymeziekte bleek niet altijd goed aan te sluiten op de klinische praktijk en vanuit de patiënten bestond veel kritiek op de wijze waarop er werd omgegaan met de onzekerheden en verschillen van inzicht die er ten aanzien van de diagnostiek en behandeling bestaan.

De afvaardiging van de patiëntenvereniging (NVLP) en de Nederlandse Internisten Vereniging hebben zich teruggetrokken uit de voorbereidingscommissie met name omdat zij de conceptrichtlijn niet konden onderschrijven ten aanzien van de klinische benadering van patiënten met persisterende klachten. De NVLP heeft vervolgens, op het moment dat de concepttekst van de richtlijn gereed was voor commentaar, de Gezondheidsraad om advies gevraagd wat geresulteerd heeft in het advies 'Lyme onder de loep'.

Onderstaand volgt een korte uiteenzetting over hetgeen in de richtlijn beschreven is en de belangrijkste conclusies uit het advies van de Gezondheidsraad, waarbij mogelijke revalidatieaspecten worden benoemd.

## WAT WORDT VERSTAAN ONDER LYMEZIEKTE?

Lymeziekte is een infectieziekte, veroorzaakt door de spirocheet *Borrelia burgdorferi s.l.*, die wordt overgedragen door een beet van een besmette teek, de *Ixodes ricinus*. Niet elke teek is besmet, en ook een beet van een besmette teek hoeft niet te leiden tot ziekte. Wanneer iemand wel geïnfecteerd raakt, dan kan er volgens de werkgroep de volgende classificatie worden gehanteerd:

- Vroege, gelokaliseerde Lymeziekte
- Vroege, gedissemineerde Lymeziekte
- Late Lymeziekte

Er wordt van vroege lokale Lymeziekte gesproken wanneer het eerste, meest kenmerkende verschijnsel optreedt: *erythema migrans*, een zich meestal ringvormig uitbreidende, roodgekleurde uitslag van

de huid. De ziekte kan zich vervolgens onder meer uitbreiden naar de gewrichten (Lyme-artritis) of naar het zenuwstelsel (neuroborreliose), en kan een ernstig beloop hebben. Dit wordt vroege gedissemineerde Lymeziekte genoemd.

Van late Lymeziekte is sprake wanneer *acrodermatitis chronica atrophicans* wordt vastgesteld. Dit is een donkerrode of paarse verkleuring van de huid, vaak op de ledematen. In deze fase kunnen ook neuroborreliose, Lyme-artritis en Lyme-carditis optreden. Naast specifieke symptomen die horen bij deze ziektebeelden kunnen ook klachten als hoofdpijn, spierpijn en vermoeidheid optreden. Het lastige daarbij is dat die verschijnselen niet alleen voorkomen bij Lymeziekte. Het is nog niet goed bekend hoe de bacterie deze zeer verschillende ziektebeelden veroorzaakt.

## HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE LYMEZIEKTE

Naast een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek wordt er vaak aanvullend laboratoriumonderzoek in de zin van serologisch onderzoek gedaan. Interpretatie hiervan is echter lastig; het tijdstip van afname is van belang, er worden diverse testen gebruikt voor het aantonen van antistoffen waarvan de validiteit onbekend is; bij de interpretatie van de uitslag zal rekening gehouden moeten worden met de voorafkans op positiviteit. Voor het schatten van de voorafkans worden 4 categorieën onderscheiden: hoog, intermediair, laag en zeer laag op basis van voor Lyme ziekte kenmerkende cutane of extracutane manifestaties, tijdstip van optreden na (vermoeden van) tekenbeet. De werkgroep heeft daarbij persisterende infectie gedefinieerd als de aanwezigheid van klachten, levende *Borrelia burgdorferi s.l.* en weefselschade en ontsteking ten gevolge van infectie nabehandeling voor Lymeziekte. Wanneer een patiënt niet is behandeld en klachten lang bestaan en er tekenen van actieve infectie zijn spreekt de werkgroep van chronische infectie.

## DE BEHANDELING

Afhankelijk dus van de inschatting van de voorafkans en de uitslag van het serologisch onderzoek wordt er wel of niet behandeld. Hier zijn schema's voor opgesteld (zie pagina 129 en 131 van de richtlijn). Er wordt geadviseerd om een tweede behandeling die voldoet aan de aanbevelingen uit de richtlijn te geven, wanneer een patiënt na een eerste behandeling klachten

houdt en de eerste behandeling niet voldeed aan de in de richtlijn beschreven standaardbehandelingen. Verder is het advies om een patiënt met een re-infectie op dezelfde wijze als een patiënt met een primo-infectie te behandelen en aanvullend microbiologische diagnostiek te doen bij een patiënt die na eerdere behandeling voor Lymeziekte, (extra)cutane manifestaties passend bij Lymeziekte heeft.

De volgende adviezen zijn opgesteld voor patiënten met chronische lymegeassocieerde klachten zonder aantoonbare organische afwijkingen. Bespreek dat:

- er geen somatische verklaring is gevonden voor de klachten;
- het zeer onwaarschijnlijk is dat de klachten veroorzaakt worden door een op dit moment actieve infectie met *Borrelia burgdorferi s.l.*;
- onderzoeken naar langdurige behandeling met antibiotica in deze situatie geen effect hebben laten zien;
- antibiotische behandeling daarom geen standaardbehandeling is;
- het de moeite waard is om na te gaan of verlichting van de klachten mogelijk is door aanpakken van psychologische en sociale factoren.

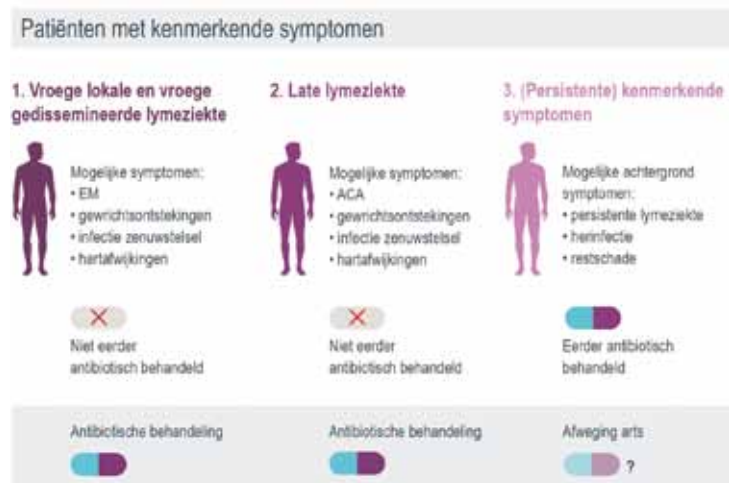
De gezondheidsraad heeft in haar advies 'Lyme onder de loep' zes patiënten categorieën onderscheiden (zie figuur 1 en 2). Voor elke categorie is een advies opgesteld ten aanzien van mogelijke antibiotische behandeling of andere behandelingen. Drie van de zes categorieën betreffen patiënten met niet kenmerkende (langdurige) klachten, waar het de vraag is of er antibiotisch behandeld moet worden of, bij onwaarschijnlijkheid van actieve infectie, er andere behandelmogelijkheden overwogen moeten worden. Voor deze andere behandelmogelijkheden wordt gesteld dat een brede aanpak van belang is, waarbij aandacht is voor zowel lichamelijke, psychische als sociale factoren. Cognitieve gedragstherapie zou daar een rol bij kunnen spelen, hoewel het effect hiervan bij Lyme patiënten niet is onderzocht.

Samenvattend: zekerheid van diagnosestelling is in veel gevallen moeilijk, en daarmee ook het voorgestelde behandelbeleid. De revalidatiearts zal waarschijnlijk alleen patiënten zien die zich melden met Lyme-artitis klachten en de patiëntengroep zoals hierboven als laatste beschreven.

De richtlijn is te downloaden via [www.kwaliteitskoepel.nl](http://www.kwaliteitskoepel.nl).

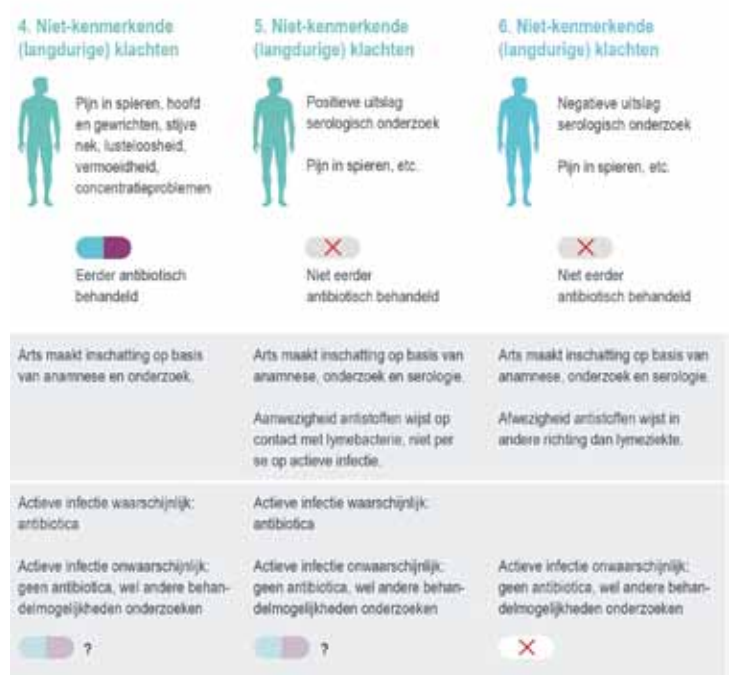
**Patiënten met (mogelijke) Lymeziekte: gedifferentieerde aanpak**

Patiënten met de ziekte van Lyme kunnen zich presenteren met zeer verschillende ziektebeelden. Daarnaast zijn er patiënten bij wie de diagnose Lymeziekte niet kan worden gesteld, maar die hun ziektebeeld wel als de ziekte van Lyme ervaren. Hier past een gedifferentieerde aanpak.



Figuur 1.

**Patiënten met (langdurige) niet-kenmerkende klachten**



Figuur 2.

**Correspondentie**  
Dr. Jan P.J. Bakker  
j.p.j.bakker@mca.nl