

The HUMMINGBIRDS' FOUNDATION for M.E. (HFME)

Fighting for the recognition of Myalgic Encephalomyelitis based on the available scientific evidence, and for patients worldwide to be treated appropriately and accorded the same basic human rights as those with similar disabling and potentially fatal neurological diseases such as Multiple Sclerosis.

The M.E. symptom list – Summary

De M.E. symptomenlijst - Samenvatting

Copyright © door Jodi Bassett 2004 op www.hfme.org

Deze versie is May 2008 bijgewerkt

Translation from English to Dutch by Lotte Mayar



Vóór het lezen van de lijst, gelieve hier nota van te nemen:

Deze tekst is GEEN diagnostisch hulpmiddel en zou niet als dusdanig moeten worden gebruikt.

Er zou niet moeten worden aangenomen dat, omdat u misschien enkele symptomen van de lijst hebt, u noodzakelijkerwijs M.E. hebt - vele hiervan komen algemeen voor in een verscheidenheid aan andere aandoeningen en het is het **patroon** van symptomen dat het mogelijk maakt om een M.E.-diagnose te stellen, evenals de aanwezigheid van een aantal **kernkenmerken en symptomen** die altijd aanwezig zijn bij de ziekte, zonder welke een diagnose van M.E. nooit zou moeten worden gesteld. (Bijvoorbeeld schade aan de hersenen, het centrale zenuwstelsel, die op hersenscans zichtbaar is, enz.) Zelfs het hebben van een groot aantal of percentage symptomen op deze lijst betekent NIET noodzakelijk dat een M.E. diagnose waarschijnlijk of zelfs een mogelijkheid is. Zie: [Testing for M.E.](#) voor meer informatie over de diagnose van M.E.

Merk ook op dat als u een symptoom van u hier vermeld ziet, het NIET betekent dat u niet alsnog uw arts er over moet vertellen en het moet laten onderzoeken. 'Enkel' omdat het een M.E. symptoom is betekent niet dat het niet ernstig kan zijn. Hartproblemen in het bijzonder zouden altijd moeten worden onderzocht, net als lymfeknooppijn (onder vele anderen). Neem ook nooit aan dat elk symptoom dat u heeft 'slechts' M.E. is, het hebben van M.E. betekent jammer genoeg niet dat u eveneens immuun bent voor het ontwikkelen van andere ziekten. Zorg ervoor dat u elk nieuw symptoom door uw arts laat controleren.

De symptomen zijn in willekeurige volgorde vermeld, en onthoud natuurlijk dat niemand *ieder* symptoom zal krijgen. Merk ook op dat dit niet enkel een symptoomlijst is, maar dat deze ook wat aanvullende informatie omvat (tekenen van de ziekte, oorzaken van enkele symptomen, recente onderzoeksbevindingen

enz.). Merk ook op dat deze lijst geen aanvullende anekdotische symptomen bevat.

NB: Om een beschrijving van de symptomen van M.E. te lezen die het beschikbare wetenschappelijk onderzoek met een *persoonlijke* beschrijving van de ziekte combineert, en die meer dan 50 symptomen van de ziekte in detail beschrijft, zie het nieuwe document: [What it feels like to have Myalgic Encephalomyelitis: A personal M.E. symptom list and description of M.E.](#)

Wegens de enorme hoeveelheid foutieve informatie die wordt verspreid over Myalgische Encephalomyelitis door diverse gevestigde belangengroepen (onmetelijk geholpen door de creatie van de valse ziektecategorie ‘CVS’ evenals een aantal vage en misleidende paraplutermen zoals ‘ME/CVS’, ‘CVS/ME’, ‘CFIDS’ en Myalgische ‘Encephalopathie’ enz.) is het belangrijk om kort uit te leggen wat de mythen over M.E. zijn, en de symptomen van M.E.

M.E. is niet synoniem aan de hele tijd moe zijn. Als een persoon langere tijd vermoeid is betekent dit niet dat ze een ‘M.E.-aanval’ hebben. Een dergelijke suggestie is niet minder absurd dan te zeggen dat langdurige vermoeidheid betekent dat een persoon een ‘aanval’ van multiple sclerose of de ziekte van Parkinson heeft. Vermoeidheid is een symptoom van vele verschillende ziekten - maar het is geen bepalend symptoom van M.E., of een essentieel symptoom van M.E.

Er zijn een aantal post-virale vermoeidheidscondities of vermoeidheidssyndromen die op gangbare besmettingen kunnen volgen zoals mononucleose/klierkoorts, hepatitis, Q-koorts, Ross river virus, enz. M.E. is echter een volledig andere aandoening dan deze zelf-beperkende vermoeidheidssyndromen, de wetenschap is zeer duidelijk op dit punt. M.E. is ook niet dezelfde aandoening als de ziekte van Lyme, atleten overtrainingssyndroom, burnout, depressie, somatisatiestoornis, candida, meervoudige chemische overgevoeligheid (MCS syndroom) of Fibromyalgie, of welke andere ziekte dan ook. M.E. is een slopende neurologische ziekte die door de Wereldgezondheidsorganisatie sinds 1969 als een onmiskenbaar op zichzelf staande organische, neurologische ziekte is erkend. De ziekte kan in zowel epidemische als sporadische vorm voorkomen en wereldwijd zijn sinds 1934 meer dan 60 uitbraken van M.E. geregistreerd.

Wat M.E. bepaalt is niet ‘chronische vermoeidheid’ maar een specifiek soort schade aan de hersenen. Myalgische Encephalomyelitis is een acuut verworven ziekte die door een virusbesmetting in werking wordt gesteld met

betrokkenheid in meerdere systemen die wordt gekenmerkt door post-encephalitische schade aan de hersenenstam; een zenuwcentrum waar vele kanalen van ruggengraatzenuwen aan hogere centra in de hersenen zijn verbonden om alle essentiële lichamelijke functies te besturen - dit is altijd beschadigd bij M.E. Centrale zenuwstelsel (CZS) disfunctie, en in het bijzonder inconsistente CZS-functie zijn ongetwijfeld zowel de belangrijkste oorzaak van invaliditeit in M.E. als het meest kritiek in de definitie van het volledige ziekteproces.

Dit diffuse hersenletsel wordt geïnitieerd door een virusinfectie die zich op de hersenen richt; M.E. vertegenwoordigt een aanzienlijke aanval op het CZS door de chronische gevolgen van een virale besmetting. Myalgische Encephalomyelitis is een verlies van de capaciteit van het CZS (de hersenen) om op adequate wijze informatie te ontvangen, te interpreteren, op te slaan en te herwinnen die het mogelijk maakt om essentiële lichaamsfuncties te besturen. Het is een verlies van normale interne homeostase.

M.E. is in beginsel neurologisch, maar omdat de hersenen alle essentiële lichamelijke systemen besturen, kan zo goed als elk lichamenlijk systeem beïnvloed worden door M.E. Bovendien, hoewel M.E. in beginsel neurologisch van aard is, is het ook bekend dat de vasculaire en cardiologische disfuncties die bij M.E. worden gezien ook oorzaak zijn van veel van de symptomen en invaliditeit die met M.E. worden geassocieerd – en dat de goed gedocumenteerde mitochondriale afwijkingen aanwezig bij M.E. significant tot beide pathologieën bijdragen. Er is ook multi-systemale betrokkenheid van cardiale- en skeletspieren, lever, en lymfoïde en endocriene organen bij M.E. Sommige individuen hebben ook schade aan skeletspieren en hartspieren. Aldus worden symptomen van Myalgische Encephalomyelitis door vrijwel alle lichamelijke systemen gemanifesteerd, met inbegrip van: cognitieve -, cardiale -, cardiovasculaire-, immunologische-, endocrinologische -, ademhalings-, hormonale -, gastro-intestinale - en spier/pees/bot -disfuncties en schade. Een significant aantal van 's werelds belangrijke M.E. deskundigen is van mening dat M.E., net als Polio, door een enterovirus wordt veroorzaakt, en het bewijsmateriaal dat bestaat om deze theorie te ondersteunen is overweldigend. (Zie: The outbreaks (and infectious nature) of M.E. voor meer informatie.)

M.E. is een onmiskenbaar op zichzelf staande, herkenbare ziekte-entiteit die, in tegenstelling tot de veel verbreide aanname, niet moeilijk is te diagnosticeren en in feite vrij vroeg in de loop van de ziekte (binnen slechts een paar weken) kan worden vastgesteld - mits de arts wat ervaring met de ziekte heeft. Hoewel er (tot nu toe) geen op zichzelf staande test is die kan worden gebruikt om M.E. te diagnosticeren, is er een reeks tests die een veronderstelde M.E. diagnose kan

bevestigen. Als alle tests normaal zijn dan is een diagnose van M.E. niet correct. (Zie [Testing for Myalgic Encephalomyelitis](#) voor meer informatie.)

Individuele symptomen van Myalgische Encephalomyelitis omvatten:

Keelpijn, koude rillingen, zweten, lage lichaamstemperatuur, verhoging, lymfadenopathie, spierzwakte (of verlamming), spierpijn, stuiptrekkingen of kramp in de spieren, stijfheid van de gewrichten, hypoglykemie, haarverlies, misselijkheid, braken, vertigo, pijn in de borst, cardiale aritmie, tachycardie in rust, orthostatische tachycardie, orthostatisch flauwvallen of zwakte, problemen met de bloedsomloop, oftalmoplegie, oogpijn, fotofobie, troebel zicht, golvend blikveld en andere visuele en neurologische stoornissen, hyperacusis, tinnitus, alcoholintolerantie, gastro-intestinale- en spijsverteringsstoornissen, allergieën en overgevoeligheid voor veel voorheen goed getolereerd voedsel, overgevoeligheid voor medicijnen, beroerteachtige aanvallen, nystagmus, moeite met slikken, gewichtsveranderingen, paresthesie, polyneuropathie, problemen met proprioceptie, myoclonus, attaque in de lobus temporalis en andere soorten aanvallen, onvermogen om langer dan een korte periode per keer bij bewustzijn te blijven, verwarring, desoriëntatie, ruimtelijke desoriëntatie, evenwichtsproblemen, ademhalingsmoeilijkheden, emotionele labiliteit, slaapstoornissen; slaapverlamming, onderbroken slaap, moeite met in slaap komen, gebrek aan diepe fase slaap en/of een onderbroken circadiaans ritme. Neurocognitieve disfunctie kan cognitieve-, motorische- en perceptuele stoornissen omvatten. De cognitieve disfunctie kan uitgesproken aanwezig zijn en kan omvatten; moeite of een onvermogen om te spreken (of om spraak te begrijpen), moeite of een onvermogen om te lezen of te schrijven of basisberekeningen uit te voeren, moeite met gelijktijdige verwerking van informatie en/of prikkels, slechte concentratie, moeite met (logische) verbanden en geheugenproblemen met inbegrip van; moeite met nieuwe herinneringen aanmaken, moeite met het terughalen van reeds gevormde herinneringen en moeite met het terughalen van visuele en verbale kennis (b.v. visuele agnosie). Er is vaak een duidelijk verlies van het verbale- en prestatie intelligentie quotiënt (IQ) bij M.E.

Wat M.E. echter net zo typisch kenmerkt als de individuele symptomen is de manier waarop mensen met M.E. reageren op fysieke en cognitieve activiteit, sensorische input en orthostatische spanning, enzovoort. De manier waarop de lichamen van mensen met M.E. sinds ze ziek zijn op deze activiteiten/stimuli reageren, is uniek op een aantal manieren. Samen met een specifiek type schade aan de hersenen (CZS) is dit kenmerk één van de bepalende eigenschappen van de ziekte die aanwezig moet zijn voor een correcte diagnose van M.E. kan worden gesteld. De belangrijkste karakteristieken van het patroon van

symptoomverergeringen, terugval en ziekteprogressie (enzovoort) in M.E. omvatten:

A. Mensen met M.E. zijn niet in staat om hun niveaus van activiteit van vóór de ziekte te handhaven. Dit is een acute verandering; M.E. patiënten kunnen slechts 50% of minder van hun activiteitsniveaus van vóór de ziekte bereiken nadat ze M.E. hebben gekregen.

B. Mensen met M.E. zijn beperkt in hoe fysiek actief zij kunnen zijn, maar zij zijn ook beperkt op een soortgelijke manier in cognitieve inspanning, sensorische input en orthostatische spanning.

C. Wanneer een persoon met M.E. actief is voorbij zijn of haar individuele (fysieke, cognitieve, sensorische of orthostatische) beperkingen veroorzaakt dit het verergeren van diverse neurologische, cognitieve, cardiale, cardiovasculaire, immunologische, endocrinologische, ademhalings-, hormonale, musculaire, gastro-intestinale en andere symptomen.

D. Het niveau van fysieke activiteit, cognitieve inspanning, sensorische input of orthostatische spanning dat nodig is om significante of ernstige verergering van de symptomen te veroorzaken varieert van patiënt tot patiënt, maar is vaak onbeduidend in vergelijking met de pre-ziektetolerantie en capaciteiten van een patiënt.

E. De hevigheid van M.E. neemt toe en af gedurende het uur/de dag/de week en de maand.

F. Het verergeren van de ziekte door overmatige inspanning bereikt vaak niet het hoogtepunt tot 24 - 48 uur (of meer) later.

G. De gevolgen van overmatige inspanning kunnen over langere tijdspannes accumuleren en tot ziekteprogressie leiden, of de dood.

H. De activiteitsbeperkingen van M.E. zijn niet kortdurend. Een geleidelijke (of plotselinge) verhoging van activiteitsniveaus voorbij de individuele grenzen van een M.E.patiënt kan slechts terugval, ziekteprogressie of de dood veroorzaken.

I. De symptomen van M.E. verdwijnen niet vanzelf door rust. De symptomen en invaliditeit van M.E. worden niet alleen veroorzaakt door overmatige inspanning, er is ook een basisniveau van ziekte dat zelfs in rust vrij ernstig kan zijn.

J. De herhaalde overmatige inspanning kan uw kansen schaden voor toekomstige verbetering van M.E. Van M.E. patiënten die overmatige inspanning kunnen vermijden is herhaaldelijk aangetoond dat zij de meest positieve prognose op lange termijn hebben.

K. Niet elke M.E.lijder heeft ‘veilige’ activiteitengrenzen waarbinnen zij hun ziekte niet zullen verergeren, dit is niet het geval voor de zeer ernstig getroffen.

Dit is niet simpelweg theorie, maar is gebaseerd op een enorme hoeveelheid aan klinische informatie en onderzoek. De bevestiging van deze hypothese wordt ondersteund door elektrotests van spier- en hersenenfunctie (met inbegrip van de navolgende ontwikkeling van PET en SPECT scans) en door biochemische en hormonale analyses. M.E. is noch ‘geheimzinnig’ noch ‘medisch onverklaard’.

M.E. beïnvloedt alle rassen en sociaal-economische groepen en wordt over de hele wereld gediagnosticeerd met een soortgelijk verspreidingscijfer als multiple sclerose. Kinderen zo jong zoals vijf jaar kunnen M.E. krijgen, evenals volwassenen van alle leeftijden.

M.E. lijkt op een aantal significante manieren op ziekten als multiple sclerose, Lupus en Polio. 25% van de M.E.-lijders zijn ernstig getroffen en huisgebonden en/of bedgebonden. In sommige gevallen kan Myalgische Encephalomyelitis ook progressief of fataal zijn.

M.E. is een besmettelijke neurologische ziekte van buitengewoon invaliderend formaat die vrijwel elk lichamelijk systeem beïnvloedt – niet een probleem van onverklaarde ‘vermoeidheid’.

- Zie de volledige tekst [Ultra-comprehensive M.E., Symptom List](#) voor meer informatie en voor referenties.
- Zie [Treating M.E.](#) en [The effects of CBT and GET](#) voor meer over het belang om overmatige inspanning in M.E. te vermijden. Zie [M.E. is not defined by ‘fatigue’](#) voor meer informatie over waarom M.E. niet door ‘vermoeidheid’ wordt gedefinieerd.
- Voor meer informatie over M.E. (inclusief waarom M.E. en CVS NIET hetzelfde zijn en waarom elke CVS-diagnose die op om het even welke definitie van CVS is gebaseerd een misdiagnose is) zie: [The misdiagnosis of CFS, Smoke and mirrors, Why the diseasey category of ‘CFS’ must be abandoned](#) en [What is Myalgic Encephalomyelitis?](#)

Downloads en de printervriendelijke versies

<http://www.hfme.org/translations.htm>

Er wordt toestemming gegeven om deze documenten vrijelijk te herdistribueren per e-mail of in druk voor om het even welk non-profit doel op voorwaarde dat de volledige tekst (met inbegrip van dit bericht en toevoeging van de auteur) geheel en zonder wijziging wordt gereproduceerd. Verspreid deze tekst alstublieft.

Lijst van verwijzingen (en aanbevolen aanvullend leesmateriaal)

Dit document is slechts bedoeld om een korte samenvatting van een aantal van de belangrijkste feiten over M.E. te verstrekken. Het is gecreëerd –door een goed geïnformeerde leek– puur ten behoeve van die mensen zonder de tijd, de neiging of de capaciteit om elk van deze veel meer gedetailleerde en lange referenties te lezen die door 's werelds vooraanstaande M.E. deskundigen zijn gecreëerd. De volgende documenten zijn echter essentieel aanvullend leesmateriaal voor iedere arts (of ieder ander) met een oprechte belangstelling in Myalgische Encephalomyelitis.

In het bijzonder de stukken van Dr. Byron Hyde M.D. en Dr. Elizabeth Dowsett M.D. worden ten zeerste geadviseerd.

De vier artsen Dr. Byron Hyde MD. en Dr. Elizabeth Dowsett MD. - en hun mentors wijlen Dr. John Richardson MD. en Dr. Melvin Ramsay MD. (respectievelijk) - zijn gezamenlijk ruim meer dan 100 jaar betrokken bij M.E. onderzoek en M.E. patiënten; vanaf de jaren '50 tot de dag van vandaag. Onderling hebben zij meer dan 15.000 individuele (sporadische *en* epidemisch) M.E. patiënten onderzocht, terwijl zij bovendien ieder afzonderlijk talrijke studies en artikelen over M.E., en boeken over M.E. hebben geschreven. Opnieuw: ervarener, beter ingelichte en geloofwaardigere M.E. deskundigen dan deze *bestaan eenvoudigweg niet*. Voor meer informatie (en om de volledige verwijzingslijst te bekijken) zie de referentie-pagina.

- Bastien, Sheila PhD. 1992, *Patterns of Neuropsychological Abnormalities and Cognitive Impairment in Adults and Children* in Hyde, Byron M.D. (ed) 1992, *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis*, Nightingale Research Foundation, Ottawa
- Dowsett, Elizabeth MBChB. 2001, *THE LATE EFFECTS OF ME Can they be distinguished from the Post-polio syndrome?* [Online], Available: <http://www.hfme.org/wdowsett.htm>
- Dowsett, Elizabeth MBChB. 2000, *Mobility problems in ME* [Online], Available: <http://www.hfme.org/wdowsett.htm>

- Dowsett, Elizabeth MBChB. 1999a, *Redefinitions of ME* [Online], Available: <http://www.hfme.org/wdowsett.htm>
- Dowsett, Elizabeth MBChB. 1999b, *Research into ME 1988 - 1998 Too much PHILOSOPHY and too little BASIC SCIENCE!*, [Online], Available: <http://www.hfme.org/wdowsett.htm>
- Dowsett, Elizabeth MBChB. n.d.a, *Differences between ME and CFS*, [Online], Available: <http://www.hfme.org/wdowsett.htm>
- Dowsett, Elizabeth MBChB. n.d.b, *Time to put the exercise cure to rest*, [Online], Available: <http://www.hfme.org/wdowsett.htm>
- Dowsett E. & Ramsay, A.M. n.d., '*Myalgic Encephalomyelitis: Then and Now*' *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis / CFS*, B. Hyde (ed.), The Nightingale Foundation, Ottawa, pp. 81-84.
- Dowsett E., Ramsay A.M., McCartney A.R., & Bell E.J. 1990, '*Myalgic Encephalomyelitis: A persistent Enteroviral Infection?*' in *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis*, B. Hyde (ed.), The Nightingale Foundation, Ottawa, pp. 285-291.
- Hooper, M. & Marshall E.P. 2005, *Illustrations of Clinical Observations and International Research Findings from 1955 to 2005 that demonstrate the organic aetiology of Myalgic Encephalomyelitis* [Online], Available: <http://www.hfme.org/wmarwillhoopgibsonenqui.htm> [Note: This paper is 174 pages]
- Hooper, M. 2003, *The MENTAL HEALTH MOVEMENT: PERSECUTION OF PATIENTS?* [Online], Available: http://www.satori-5.co.uk/word_articles/me_cfs/prof_hooper_3.html
- Hooper, M. Marshall E.P. & Williams, M. 2001, *What is ME? What is CFS? Information for Clinicians and Lawyers*, [Online], Available: <http://www.hfme.org/wmarwillhoopwimewicfs.htm>
- Hyde, Byron M.D. 2006a, *A New and Simple Definition of Myalgic Encephalomyelitis and a New Simple Definition of Chronic Fatigue Syndrome & A Brief History of Myalgic Encephalomyelitis & An Irreverent History of Chronic Fatigue Syndrome* [Online], Available: <http://www.hfme.org/whydepapers.htm#390405053>
- Hyde, Byron M.D. 2006b, *The Nightingale Definition of Myalgic Encephalomyelitis* [Online], Available: <http://www.hfme.org/whydepapers.htm#390403648>
- Hyde, Byron M.D. 1992, *Preface* in Hyde, Byron M.D. (ed) 1992, *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis*, Nightingale Research Foundation, Ottawa.
- Hyde, Byron M.D. & Anil Jain M.D. 1992, *Clinical Observations of Central Nervous System Dysfunction in Post Infectious, Acute Onset M.E.* in Hyde, Byron M.D. (ed) 1992, *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis*, Nightingale Research Foundation, Ottawa, pp. 38-65.

- Hyde, Byron M.D., Bastien S Ph.D. & Anil Jain M.D. 1992, *General Information, Post Infectious, Acute Onset M.E.* in Hyde, Byron M.D. (ed) 1992, *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis*, Nightingale Research Foundation, Ottawa, pp. 25-37.
- Ramsay, A. 1988, *Myalgic Encephalomyelitis and Postviral Fatigue States: The saga of Royal Free Disease*, Gower Medical Publishing, London.
- Richardson, J. n.d., ‘M.E., *The Epidemiological and Clinical Observations of a Rural Practitioner*,’ *The Clinical and Scientific Basis of Myalgic Encephalomyelitis*, Hyde, Byron M.D. (ed) The Nightingale Foundation, Ottawa, pp. 85-94.

“People in positions of power are misusing that power against sick people and are using it to further their own vested interests. No-one in authority is listening, at least not until they themselves or their own family join the ranks of the persecuted, when they too come up against a wall of utter indifference.”
Professor Hooper 2003

“Mensen in machtsposities misbruiken die macht tegenover zieke mensen en gebruiken deze om hun eigen gevestigde belangen te bevorderen. Geen van de machthebbenden luistert, tenminste niet totdat zij zelf of hun eigen familieleden zich voegen bij de vervolgte groep, wanneer ook zij oplopen tegen een muur van volstrekte onverschilligheid.” Professor Hooper 2003

‘Do not for one minute believe that CFS is simply another name for Myalgic Encephalomyelitis (M.E.). It is not. The CDC definition is not a disease process. It is (a) a partial mix of infectious mononucleosis /glandular fever, (b) a mix of some of the least important aspects of M.E. and (c) what amounts to a possibly unintended psychiatric slant to an epidemic and endemic disease process of major importance’ Dr Byron Hyde M.D. 2006

“Geloof geen moment dat CVS eenvoudigweg een andere naam is voor Myalgische Encephalomyelitis. Dat is het niet. De CDC definitie is geen ziekteproces. Het is (a) een gedeeltelijke mengeling van infectueuze mononucleose/klierkoorts, (b) een mengeling van enkele van de minst belangrijke aspecten van M.E. en (c) wat neerkomt op een mogelijk onbedoelde psychiatrische interpretatie van een epidemisch en endemisch ziekteproces van groot belang.” Dr. Byron Hyde M.D. 2006

‘Thirty years ago when a patient presented to a hospital clinic with unexplained fatigue, any medical school physician would search for an occult malignancy, cardiac or other organ disease, or chronic infection. The concept that there is an entity called chronic fatigue syndrome has totally altered that essential medical guideline. Patients are now being diagnosed with CFS as though it

were a disease. It is not. It is a patchwork of symptoms that could mean anything' Dr Byron Hyde M.D. 2003

“Wanneer een patiënt zich dertig jaar geleden meldde bij een ziekenhuiskliniek met onverklaarde vermoeidheid, zou iedere medisch geschoolde arts zoeken naar een occulte kwaadaardige kanker, een cardiale- of andere orgaanziekte, of een chronische infectie. De conceptie dat er een entiteit is genaamd chronisch vermoeidheidssyndroom heeft die essentiële medische richtlijn totaal veranderd. Patiënten worden nu gediagnosticeerd als hebbende CVS alsof het een ziekte is. Dat is het niet. Het is een lappendeken van symptomen die van alles zou kunnen betekenen.” Dr. Byron Hyde M.D. 2003

Disclaimer

De beschrijvingen van symptomen in dit document zijn niet bedoeld om een definitieve definitie van M.E. te vormen. Dit document is niet bedoeld voor gebruik als diagnostisch hulpmiddel. Het is slechts een hulpbron voor onderzoeksinformatie. Gelieve uw eigen gezondheidszorgverstreker te raadplegen betreffende eventuele medische kwesties met betrekking tot de diagnose of de behandeling van om het even welke medische aandoening.