

Pijn in de onderbuik

DOOR PROF. DR. G. J. KLOOSTERMAN

Dames en Heren,

De eerste patiënte (A), voor wie ik vandaag uw aandacht wil vragen, is een 30-jarige gehuwde vrouw, moeder van vier kinderen. Haar jongste kind is thans 1¹/₂ jaar oud.

Ongeveer drie weken geleden, ruim 14 dagen na een normale menstruatie, ging zij klagen over pijn rechts in de onderbuik. De pijn was zo hevig dat zij slechts strompelend en met de handen steun zoekend, kon lopen. Als zij ging liggen, zakte de pijn snel, maar een poging om van de ene zij op de andere te draaien of om uit de liggende houding overeind te komen, bracht de pijn onmiddellijk in alle hevigheid terug. Ook persen en hoesten was uiterst pijnlijk en werd door de patiënte zoveel mogelijk vermeden. Bijzonder hinderlijk was het dan ook voor haar dat zij vaker dan voordien moest urineren en hierdoor 's nachts wel drie tot vier maal haar bed moest verlaten. De mictie zelf was matig pijnlijk, waarbij de pijn ook weer laag rechts in de onderbuik als het ergst werd aangegeven; de mictie bracht ook geen verlichting. Wanneer de pijn zeer hevig werd, straalde deze uit naar de voorzijde van het rechterbeen tot nabij de knie, en trok om de rechter heup heen naar de rug. Temperatuurverhoging van betekenis was er niet. Eenmaal was er 's avonds 37,9° gemeten; de ochtendtemperatuur was niet boven de 37,2° uitgekomen.

Toen de huisarts door de patiënte om hulp gevraagd werd, sloot deze eerst de mogelijkheid van cystitis uit. Hij liet daartoe de patiënte eerst de uitwendige genitalia goed wassen, en daarna urineren, waarbij zij rechtstreeks tijdens het urineren een hoeveelheid urine moest opvangen, een zogenoemde „midstream portion”. Deze wijze van opvangen maakt het zo schadelijke catheteriseren overbodig, terwijl er toch geen verontreiniging van de urine met elementen uit de vagina kan plaatsvinden. De aldus opgevangen urine bleek bij onderzoek van het sediment geen leukocyten en bacteriën te bevatten. De reactie op eiwit was negatief.

Vervolgens stelde de huisarts een inwendig onderzoek in. Het stoten tegen de portio werd als zeer pijnlijk ondervonden. Het bimanueel tast-onderzoek werd bemoeilijkt doordat aan beide zijden hevige pijn werd aangegeven, rechts iets meer dan links. Op grond hiervan werd nu de diagnose gesteld op beiderzijdse adnexitis. De arts schreef bedrust voor en stelde een behandeling in met penicilline en sulfa-tabletten. Ruim 14 dagen werd deze behandeling voortgezet zonder dat er enige vermindering van de klachten kwam; op grond hiervan werd de patiënte naar ons verwezen.

Zo prijzenswaardig als de behandelend arts de mo-

gelijkheid van een blaasontsteking had uitgesloten, zo voorbarig had hij besloten tot het bestaan van een adnexitis duplex, alleen op grond van het symptoom van pijn in de onderbuik.

Zeker, bij acute salpingitis zijn er dikwijls in het allereerste begin nog geen palpabele zwellingen waar te nemen bij bimanueel onderzoek. De ontstoken tuba is soms nog maar nauwelijks gezwollen en de hevige pijnlijkheid maakt het tastonderzoek onnauwkeurig, zo niet onmogelijk. Dat de onderzoeker aan het ontbreken van voelbare zwellingen niet al te veel waarde toekende, is dan ook begrijpelijk. Er waren echter andere verschijnselen en omstandigheden, die twijfel hadden moeten wekken. Allereerst was er het feit dat de temperatuur niet noemenswaard verhoogd was. Acute salpingitis gaat vrijwel altijd gepaard met een fikse temperatuurverhoging, die meestal de 39° overschrijdt. Na enkele dagen kan de temperatuur alweer dalen, maar in het allereerste begin van de klachten ontbreekt dit symptoom zelden of nooit. Verder ontbrak ieder etiologisch moment voor adnexitis acuta. Een coitus impurus met een eventueel gonorroïsche besmetting was bij deze vrouw hoogst onwaarschijnlijk. Bovendien had de echtgenoot, met wie de patiënte de dag voor het begin van haar ziekte nog samenleving gehad had, geen enkele klacht. Er was geen reden geweest om een abortus te provoceren. Tenslotte zien wij een adnexitis acuta meestal uitbreken op een ogenblik waarop de omstandigheden voor pathogene bacteriën om zich in de tractus genitalis te ontwikkelen gunstig zijn, dus in aansluiting op een menstruatie, abortus of partus. Neen, de diagnose adnexitis duplex stond op zeer losse schroeven en het voortzetten van een krachtige medicamenteuze behandeling gedurende ruim 14 dagen zonder dat er enige verbetering in de klachten werd waargenomen is dubbel betreurenswaardig; het uitblijven van succes had reeds na enkele dagen twijfel aan de diagnose moeten oproepen.

Keren wij thans terug tot onze patiënte. Haar algemene toestand is goed. Blijkbaar heeft deze tijdens het ziekbed niet noemenswaardig geleden. Haar gelaatsuitdrukking is wat ontevreden spottend en haar afkeer voor de, door haar als zinloos beschouwde penicilline-injecties steekt zij niet onder stoelen of banken. Als plaats van de hevigste pijn wijst zij thans op de laterale zijde van de rechter musculus rectus, ongeveer twee vingers boven het ligamentum van Poupard, d.w.z. iets onder het punt van Mc Burney, en iets onder het keurige kleine littekentje van de reeds jaren geleden verwijderde appendix. Druk daar ter plaatse lokt hevige afweer uit. Hoewel de patiënte de spontane pijn alleen rechts aangeeft, blijkt ook druk op de overeen-

komstige plek links duidelijk pijnlijk te zijn. Verder blijkt er drukpijn te bestaan langs de rechter crista iliaca en er wordt een zeer hevige reactie uitgelokt door druk op het bovenste gedeelte van de articulatio sacroiliaca ter hoogte van de spina iliaca posterior superior, zowel links als rechts. Voorzichtige betasting van de buikwand is niet pijnlijk; van défense musculaire is geen sprake. Zichtbare afwijkingen zijn er niet. De vrij dunne buikwand is normaal soepel, niet opgezet, en wordt goed bewogen bij de ademhaling. Talrijke oude striae leggen getuigenis af van vorige zwangerschappen.

Bij inwendig onderzoek beginnen wij voorzichtig met één vinger de vagina te exploreren. Pas wanneer wij vastgesteld hebben dat de vrij ruime introitus de tweede vinger zonder enig bezwaar zal toelaten wordt ook deze bij het onderzoek betrokken. De andere hand, die dienst doet om de labia minora te spreiden, wordt met opzet nog niet op de buik van de patiënte geplaatst. Aanvankelijk behoort een onderzoek als dit uitsluitend met de inwendige hand te geschieden. Het blijkt nu dat voorzichtig heen en weer bewegen van de portio niet pijnlijk is en geen afweerreacties oproept. Hetzelfde geldt voor voorzichtig drukken tegen de zijdelingse gewelven. Deze zijn geheel soepel, en van palpabele weerstanden is geen sprake. Het is zelfs mogelijk de zijdelingse bekkenwanden te bereiken zonder de patiënt pijn te doen. Plaats ik echter de inwendige vingers tegen de achterzijde van de voorste buikwand en druk ik met de uitwendige hand zodanig tegen de buikwand dat deze, ter plaatse van de hierboven beschreven, iets onder het punt van Mc Burney gelegen plek tussen de vingers van beide handen samengedrukt wordt (hierbij is duidelijk te voelen dat de buikwand daar zo dun is dat de onderzoeker het gevoel heeft alsof de uit- en inwendige hand elkaar raken), dan lokt dit bij de patiënte een zeer hevige afweerreactie uit. Als ik de uitwendige hand wegneem, verdwijnt de pijn, maar deze keert terug bij hernieuwde druk tussen beide handen. Dit verschijnsel is zowel rechts als links op te wekken, al zijn pijn en afweer rechts iets sterker dan links. Bij een uiterst voorzichtig bimanueel onderzoek, waarbij ik de uitwendige hand nauwelijks druk laat uitoefenen en waarbij ik de zojuist geschetste „pijnplekken” vermijd door de uitwendige hand uitsluitend in de mediaan-lijn, even onder de navel te plaatsen, lukt het een normale uterus in anteflexie te voelen, en vast te stellen dat de uterus normaal en goed beweeglijk is. Er is dus vastgesteld dat er geen abnormale weerstanden in het kleine bekken bestaan en dat de pijnklachten van de patiënte vrijwel uitsluitend in de buikwand gelokaliseerd zijn. De inmiddels bekend geworden bloedbezinkingssnelheid bedraagt 4 mm in het eerste uur.

De oorspronkelijke diagnose adnexitis duplex is nu in het geheel niet meer te handhaven. Men zou nog kunnen tegenwerpen dat deze afwijking wel heeft bestaan, maar inmiddels tot genezing is gebracht door de ingestelde therapie. Maar dan zou de bezinkingssnelheid zeker nog verhoogd zijn. Telkens weer ervaren

wij dat de daling van de temperatuur en de verbetering in het algemeen welbevinden vele (meestal ongeveer 14) dagen voorafgaan aan de daling van de bezinkingssnelheid. Een zo lage bezinkingssnelheid is zo kort na een acute salpingitis dan ook hoogst onwaarschijnlijk. Bovendien bestaan alle klachten die tot de diagnose adnexitis geleid hebben, thans nog onverminderd. Door het inwendige onderzoek terstond met uit- en inwendige hand tezamen uit te voeren, zouden wij ook nu kunnen denken dat het betasten der adnexa uiterst pijnlijk was en dan zou het ook ons ontgaan dat deze pijn vrijwel uitsluitend in de buikwand gelokaliseerd is. Tenslotte is nog het vermelden waard, dat de patiënte op de te verwachten tijd normaal gemenstrueerd heeft. Deze menstruatie was niet verlengd of versterkt, zoals bij een ontsteking zo dikwijls het geval is.

Een ontsteking is bij deze patiënte dus niet aan te tonen en ik zal de behandeling met antibiotica dus onmiddellijk staken. Op grond van soortgelijke overwegingen zijn ook extra-uteriene graviditeit, getordeerd adnexum, ovariumkyste of myoom met circulatiestoornissen of endometriosis als mogelijkheden uit te sluiten. Maar hoe moeten wij de klachten van de patiënte dan wél interpreteren?

Wij staan hier voor een syndroom, waarvan de frequentie in de dagelijkse praktijk omgekeerd evenredig is aan de geringe aandacht, die er in de hedendaagse handboeken aan geschonken wordt. Gewend als wij zijn voor iedere klacht een daarmee samenhangende anatomische afwijking te willen opsporen, valt het ons ook moeilijk een afwijking te classificeren, die nu juist gekenmerkt wordt door het niet vinden van anatomische afwijkingen. Daar komt nog bij dat de auteurs, die er naar gestreefd hebben het hier bedoelde syndroom te omgrenzen en een naam te geven, meestal toch weer een hypothetische anatomische afwijking in hun naamgeving invoerden, met als gevolg dat zij door hun kritischer ingestelde collegae niet ten onrechte als fantasmen werden gebrandmerkt. En tenslotte komt het syndroom ook voor in combinatie met anatomische afwijkingen, waarbij de ene gynaecoloog veel eerder geneigd zal zijn een oorzakelijk verband aan te nemen dan de andere. Niettemin zal iedere gynaecoloog moeten erkennen dat hij soms patiënten ziet met indrukwekkende klachten, bij wie ook het zorgvuldigste onderzoek geen enkele afwijking aan het licht brengt. De klachten bestaan uit pijn, soms rechts onder, soms links onder, soms beiderzijds in de buik. Straalt de pijn uit, dan trekt hij naar de liezen, in de richting van het tuberculum pubicum, soms tot in de labia majora of naar de voorzijde van het bovenbeen, soms tot aan de knie of naar de rug, langs de crista iliaca, naar de spina iliaca posterior superior (zie fig. 1 en 2).

Soms wordt de pijn beschreven als uiterst hevig, aanleiding gevend tot in elkaar krimpen en het zoeken naar steun. Een dergelijke hevige pijn duurt meestal maar kort en gaat dan over in een meer zeurderige, kiespijnachtige sensatie, die vele uren of dagen kan aanhouden. In tegenstelling tot de pijn bij een acute

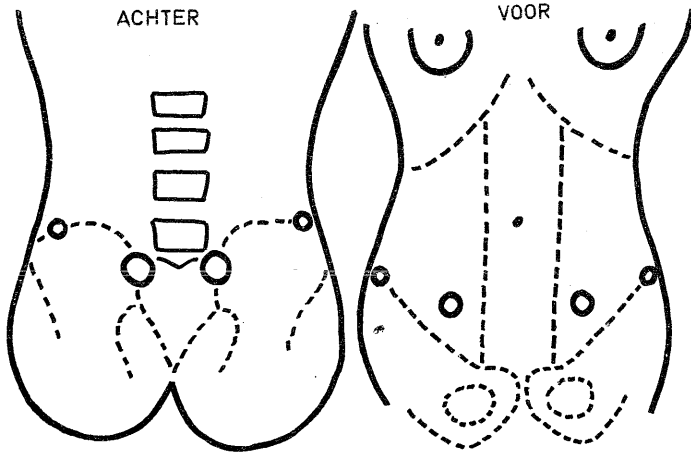


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 1. Schema van pijnpunten, achterzijde. De cirkels duiden de plaats aan waar reeds bij matige druk een levendige pijnreactie opgeroepen kan worden in gevallen van het „bekkenpijnsyndroom”.

Fig. 2. Schema van pijnpunten, voorzijde. De cirkels duiden de plaats aan van de in de buikwand gelokaliseerde pijnpunten bij het „bekkenpijnsyndroom”.

ontsteking of een extra-uteriene zwangerschap wordt de nachtrust er meestal niet ernstig door gestoord, maar de pijn is er onmiddellijk weer 's ochtends bij het ontwaken, of hij komt in de loop van de dag weer terug. De coitus blijft dikwijls mogelijk, maar vooral bij diepe immissio wordt geklaagd over een gevoel alsof de penis ergens tegen aanstoot. Deze diepe dyspareunie kan zo hevig zijn, dat hierdoor de coitus toch wordt vermeden. Soms is het zelfs de meest op de voorgrond staande klacht. Het is dan ook van belang, altijd hiernaar te vragen omdat zelfs de patiënten bij wie diepe dyspareunie de enige reden is geweest om de dokter op te zoeken, dikwijls te gegeneerd zijn om deze klacht zomaar uit te spreken. Zij komen dan met een vaag verhaal van buikpijn of wat afscheiding en hopen dat de dokter het gesprek dan wel op het gewenste onderwerp zal brengen. Dit blijkt uit de zucht van verlichting waarmee zij in bepaalde gevallen zeggen: „Daar kwam ik eigenlijk voor, dokter”, wanneer de medicus zo verstandig is geweest hun vage anamnese te doorzien en de verlossende vraag zelf voor hen onder woorden brengt.

Hoewel de pijn in de bekkenstreek dikwijls het enige of althans het meest op de voorgrond staande symptoom is, blijken er niet zelden andere klachten bij te komen, zoals een wat versterkte afscheiding, premenstruele spanning, frequente aandrang tot urineren, pijnlijke mictie, soms zelfs klachten over incontinentie. Vanzelfsprekend moet de afscheiding dan onderzocht worden, evenals de vers geloosde urine, maar bij de lijdenden aan het „bekkenpijnsyndroom” brengt dit onderzoek geen afwijkingen aan het licht. De fluor blijkt te bestaan uit een wat overvloedige slijmaf scheiding uit de cervix uteri, gemengd met epitheelcellen van de vagina, wat leukocyten en döderleinbacteriën.

Klachten van algemene aard, zoals moeheid, hoofdpijn, pijn hoog in de rug tussen de schouderbladen, mastodynie, nervositeit, neerslachtigheid, geprikkeldheid, bij geringe aanleidingen al in tranen uitbarsten, onrustig slapen met veel en benauwd dromen completeren in een groot deel van de gevallen het beeld.

Het syndroom, dat ik bij gebrek aan een Nederlandse benaming naar analogie van de uitdrukking hoofdpijn, als „bekkenpijnsyndroom” zou willen aanduiden, is, met uitzondering van enkele voortreffelijke klinische lessen van wijlen Dr. M. L. MULLER*, in de Nederlandse literatuur nauwelijks ter sprake gebracht. In de wereldliteratuur zijn er echter een groot aantal deels uitstekende publikaties over te vinden, waaronder ik vooral die van THEOBALD (1951), TAYLOR (1954) en SCHOCKART (1956) zou willen noemen. NAUJOKS noemt het syndroom „die Krankheit mit den zwanzig Nahmen”. Inderdaad blijkt bij bestudering van de diverse publikaties dat de auteurs vrijwel steeds aan hetzelfde klachtencomplex dachten wanneer zij spraken van: 1. irritable uterus (GOOCH 1831); 2. neuralgia of the uterus (CHURCHILL 1864); 3. parametritis posterior (SCHULTZE 1875); 4. parametritis chronica (FRÄNKEL); 5. parametritis chronica atrophicans (FREUND 1885); 6. grande névralgie pelvienne (JABOULAY 1899); 7. spasmophilia genitalis (BISHOFF 1923); 8. plexalgie hypogastrique of 9. plexite hypogastrique (COTTE 1925); 10. cervical syndrome en 11. broad ligament neuritis (YOUNG 1930); 12. parametropathia spastica (MARTIUS 1935); 13. dystonia hypogastrica vegetativa (KLOTZ 1947); 14. pelipathia vegetativa (GAUSZ 1949); 15. pelvic congestion fibrosis en 16. pelvic automatic syndrome (TAYLOR 1949 en 1954); 17. endo-sympathose génitale (NETTER 1950); 18. pelimyopathia (VON JASCHKE 1950); 19. pelvic sympathetic syndrome (THEOBALD 1951); 20. neurodystonie pelvienne (SCHOCKART 1951).

Deze benamingen vermeld ik hier niet alleen ter wille van de curiositeit, maar vooral ook omdat ze aangeven in welke richting de betrokken auteur gezocht heeft naar een verklaring. De oudste benamingen (uterusneuralgie, irritable uterus) sluiten nauw aan bij de reeds door HIPPOCRATES veronderstelde „baarmoederziekte” ofte wel hysteric. De baarmoeder werd als uitgangspunt beschouwd van de aangegeven pijn, maar de argumenten daartoe berustten voornamelijk op de betekenis die men aan de baarmoeder toekende als symbool van het specifiek vrouwelijke. Deze neiging bestaat nog bij degenen die gaarne ten overstaan van onbegrepen pijnklachten van nerveuze vrouwen, vooral wanneer ze voortduren na de zoveelste zinlose operatie, aanhalingen ten beste geven als: „tota mulier in utero” of „uterus clamans in deserto”. Dat men dergelijke uitspraken echter niet letterlijk moet nemen en

*MULLER, M. L. (1928) Troost en voorlichting als therapie in de gynaecologie. *Ned. T. Geneesk.* 72, 5666; (1936) Psychologische kanttekeningen op het gebied der gynaecologie. *Ned. T. Geneesk.* 80, 4985; (1939) Over buikpijn. *Ned. T. Geneesk.* 83, 618.

dat de uterus als orgaan niet in aanmerking komt als verwekker dezer pijnen, blijkt wel uit het grote aantal vrouwen dat na een totale uterusextirpatie de bovenbeschreven klachten blijft houden of er dan pas voor het eerst over gaat klagen.

De Duitse school, over het algemeen zeer organisch ingesteld, zocht de oorzaak vooral bij ontstekingen van het bekkenbindweefsel (parametritis). Langzamerhand werd duidelijk dat er van ontsteking geen sprake was. Omdat men toch meende in het parametrium de oorsprong van de pijn te moeten zoeken, kwamen benamingen in zwang zoals parametropathie, waarbij men spasmen van het gladde spierweefsel veronderstelde. Hieruit kwamen benamingen voort zoals parametropathia spastica, pelimyopathia en spasmophilia genitalis. De mogelijkheid van het vóorkomen van dergelijke spasmen is uiteraard veel moeilijker te weerleggen dan het bestaan van ontstekingsreacties. Anderzijds blijft het toch wel een zwak punt dat dergelijke spastische reacties, behalve misschien in het gebied van de ligamenta sacro-uterina, nooit zijn aangetoond. Tegenover degenen die spastische, met ischemie gepaard gaande reacties aannamen, stonden talrijke onderzoekers die juist vasodilatatie en bloeiovervulling als oorzaak van de plaatselijke klachten veronderstelden („pelvic congestion syndrom”). Als argumenten voor deze opvatting werden genoemd: de plotseling opkomende warmtesensatie in het gebied van de onderbuik, de neiging tot versterkte fluor, het periodiek opzetten van varices in het gebied van de genitalia externa en aan de benen, en het ontstaan van deze klachten na een coitus, die wél tot sterke geslachtelijke prikkeling, maar niet tot een daarop volgende bevrediging heeft geleid. Ook de verhoogde kans op het ontstaan van de besproken klachten in het praemenstruum en in de eerste maanden van de zwangerschap konden als steun voor de vasodilatatietheorie gelden. Aangezien echter de activiteit van het gladde spierstelsel, zowel voorzover het diffuus verstrooid ligt in het bindweefsel van het kleine bekken alsook voorzover het de diameter van de arteriolen bepaalt, geregeld wordt door het vegetatieve zenuwstelsel, kwamen steeds meer onderzoekers ertoe, de oorzaak in het vegetatieve zenuwstelsel zelf te zoeken. Hieruit resulteerden benamingen zoals plexalgie hypogastrique, grande névralgie pelvienne, neuritis van het ligamentum latum. Maar ook hiermee zijn de feiten moeilijk in overeenstemming te brengen. Er zijn op grond van de neuritistheorieën talloze operaties verricht, van het doorsnijden van de plexus praesacralis (operatie van Cotte) af, tot het verwijderen van zoveel mogelijk zenuwweefselbevattend bindweefsel uit het gehele kleine bekken toe (SCHOCKART), maar men heeft geen anatomische afwijkingen aan het aldus verwijderde zenuwweefsel kunnen vaststellen. Andere argumenten tegen het bestaan van een werkelijke neuritis zijn het sterk wisselend karakter van de klachten, het dikwijls prompt verdwijnen van de klachten na een eenvoudig, maar geruststellend onderzoek en het soms op slag weer terugkeren van de klachten na allerlei, over het algemeen emotionerende gebeurtenissen.

Dit bracht tenslotte een aantal onderzoekers, van wie ik vooral THEOBALD zou willen noemen, ertoe, de oorzaak bovenal te zoeken in een verlaagde drempelwaarde voor pijnimpulsen afkomstig uit het kleine bekken, waarbij een verhoogd waarnemingsvermogen van grotendeels normale prikkels afkomstig uit het kleine bekken als belangrijkste factor werd beschouwd. Men zou, in navolging van Dr. H. W. STENVERS, kunnen spreken van cerebraalgie.

Alhoewel wij ook hier met een niet te bewijzen hypothese te maken hebben, is er zeer veel dat voor deze opvatting pleit. Het belangrijkste is wel dat vooral spanningen die samenhangen met de vrouwelijke voortplantingsfunctie in de meest algemene zin, bij uitstek geschikt zijn om deze klachten op te roepen. Angst voor de coitus, angst voor zwangerschap, anorgasmie, schuldgevoelens over masturbatie, angst voor venerische besmetting, angst voor mogelijke organische afwijkingen aan de genitalia (carcinofobie) zijn opmerkelijk vaak aanwezig. Belangrijk is ook de waarneming dat vrouwen met de hier bedoelde klachten van de ene dag op de andere van hun klachten bevrijd kunnen worden wanneer het gelukt hen werkelijk gerust te stellen.

Anderzijds kan de klacht enorm versterkt worden wanneer het bezoek aan de gynaecoloog tot vergroting van de angst en de onzekerheid leidt.

Wanneer een jonge vrouw met pijn links in de onderbuik de arts opzoekt, dan heeft zij over het algemeen deze voor haar moeilijke gang gemaakt uit ongerustheid over het feit dat er iets niet in orde zou kunnen zijn. Niet de ondraaglijkheid van de pijn, maar de angst voor een afwijking is in de meeste gevallen de drijfveer. Wordt zij nu, na een zorgvuldig onderzoek, dat zowel een uit- en inwendig gynaecologisch onderzoek als ook het opnemen van een gerichte anamnese dient te omvatten, gerustgesteld, dan is meestal de klacht spoedig verdwenen. Wordt haar echter na dit onderzoek verteld, dat de arts het ook niet begrijpt omdat hij niets kan vinden terwijl er toch iets moet zijn, en wordt zij verzocht over enige tijd terug te komen, dan zal dikwijls in de tussentijd de klacht verergeren. Nog erger is het, wanneer de patiënte te horen krijgt dat de linker eierstok wat gevoelig en verdikt is en waarschijnlijk een beetje (!) ontstoken. Haar vrees wordt dan bewaarheid, de geconcentreerdheid op de bekkenstreek wordt vergroot en de klacht kan tot ondraaglijke hoogte worden opgevoerd. Een onbetekend myoompje, een polykysteus ovarium, een retroflexio uteri, geheel ten onrechte als verklaring van de klachten aan patiënte meegedeeld, brengen haar in een geestestoestand die haar alleen van een operatie nog heil doet verwachten. Wanneer dan na de operatie de geruststellende woorden eindelijk gesproken worden, volgt er dikwijls alsnog genezing, maar wanneer dan na enige tijd precies dezelfde klachten terugkeren, wordt het moeilijker. Het myoompje is weg, het vergrote ovarium is door een resectie tot normale proporties teruggebracht, de uterus ligt in anteflexie, de appendix — mogelijk met enkele faeces-steentjes — is

verwijderd, maar dezelfde klachten zijn er weer. Adhesies? Veronderstellen dat er weer een nieuwe (nog) niet tastbare afwijking aan het ontstaan is? Of nu gaan uitleggen dat deze klachten dikwijls zonder organische afwijkingen voorkomen en daarmee bij intelligente patiënten het risico lopen van de vraag: „dus de operatie, die U hebt uitgevoerd of laten uitvoeren was eigenlijk overbodig?“. Deze, voor de medicus pijnlijke vraag is des te meer voor de hand liggend, omdat intellect alerminst een bescherming vormt tegen dit soort pijnen, maar ze zelfs eer bevordert, mogelijk omdat een intelligent mens heel wat meer schrikbeelden kan uitdenken dan een debiel, en bovendien moeilijker gerust te stellen is.

Het is duidelijk dat de meeste kans op het slagen van een geruststellende behandeling bestaat bij het eerste onderzoek, in ieder geval vóórdat door een reeks ondoeltreffende behandelingen het vertrouwen van de patiënte in het inzicht en de vakkennis van de medische wereld ernstig is geschokt. Dat dit ziektebeeld, het „bekkenpijnsyndroom“ in zijn behandeling soms tot een conflict van plichten leidt, waarbij het belang van de patiënte toch altijd voor moet gaan boven het helpen handhaven van het vertrouwen in de medische stand (beter gezegd in dat van de verwijzende medicus), is een onaangename bijkomstigheid die echter niet onvermeld mag blijven.

Toen wij onze patiënte, na behandeling met penicilline gestaakt te hebben, meedeelden dat er geen sprake was van enige ontsteking in het kleine bekken, was haar eerste reactie: „dat heb ik steeds wel gedacht. Mijn vroegere dokter (patiënte woonde pas kort in Amsterdam en had voordien in een kleine provincieplaats gewoond) heeft mij voor dezelfde pijnen al eens onderzocht en hij vond niets, en toen ging het heel gauw weer over, maar nu werd het steeds erger“. Daarna bleek pas dat niet de behandelende arts, maar de patiënte zelf op het consult had aangedrongen.

Tracht men onder zulke omstandigheden kool en geit te sparen door te wijzen op de mogelijkheid dat er misschien toch een ontsteking is geweest die inmiddels door de medicamenteuze behandeling en de bedrust genezen is, dan is dit in strijd met het voor de patiënte veel belangrijkere principe dat zij overtuigd moet worden van de integriteit van haar voorplantingsorganen en bekend moet zijn met het feit dat pijn in de bekkenstreek in vele gevallen even weinigzeggend kan zijn als bijvoorbeeld hoofdpijn. Gelukkig laten vele patiënten zich geruststellen doordat zij inzien dat vooral in het eerste begin het uitsluiten van ernstige afwijkingen veel moeilijker is dan na enkele weken en dat voorzichtigheid wel eens tot achteraf overbodige maatregelen moet leiden. Bij deze patiënte heeft deze aanpak echter geen gunstig resultaat gehad, want kort nadien bleek zij zich tot een andere huisarts gewend te hebben. Ik weet dit, omdat de patiënte nadien nog eenmaal door de nieuwe huisdokter naar mij verwezen is onder de diagnose gebarsten extra-uteriene graviditeit, wederom met hetzelfde beeld. Een korte observatie in de kliniek, gevolgd door een met fenobarbital ondersteun-

de psychotherapie, was ook toen voldoende om haar weer in goede conditie naar huis te laten gaan.

Dat het „bekkenpijnsyndroom“ ook de gynaecoloog voor grote moeilijkheden kan plaatsen, blijkt uit het feit dat ik de laatste vijf jaar viermaal laparotomie heb verricht bij vrouwen in de eerste weken van de zwangerschap onder de diagnose extra-uteriene graviditeit, terwijl er bij laparotomie een intacte intra-uteriene graviditeit bleek te bestaan. Eenmaal had een kleine ovariumkyste ter grootte van een kastanje, eenmaal een oude hydrosalpinx de palpabele afwijking veroorzaakt, die mij, in samenhang met het bekkenpijnsyndroom, tot de verkeerde diagnose bracht, maar twee maal waren er in het geheel geen anatomische afwijkingen naast de zwangere uterus te vinden. Berekend op het aantal zwangeren die in die periode geobserveerd werden (bijna 13.000), is dat niet veel te noemen; berekend op het aantal terecht geopereerde extra-uteriene graviditeiten (170), is het altijd nog 2,4 pct.

Hierbij moet wel bedacht worden dat ook een jonge zwangerschap een predisponerende factor vormt voor het ontstaan van het „bekkenpijnsyndroom“. Van de 70 patiënten die in 1960 de gynaecologische polikliniek bezochten met als voornaamste klacht pijn links in de onderbuik, waren 7 sinds kort zwanger (van 3 tot 10 weken). Van de 95 patiënten die zich in die zelfde periode wegens pijn rechts in de onderbuik op de polikliniek meldden, waren er 5 zwanger. Dit aantal van 12 op 165 ofte wel 7 pct is aanzienlijk hoger dan wij op de gynaecologische polikliniek gewend zijn aan te treffen. Zo bleken onder de patiënten die wegens rugklachten, mictieklachten, coitusklachten en andere dan de bovengenoemde onderbuikpijnen de gynaecologische polikliniek bezochten minder dan 2 pct zwanger te zijn. Op de verloskundige poliklinieken is pijn rechts en (of) links in de onderbuik een veel vernomen klacht. In de latere maanden van de zwangerschap is het gebruikelijk hier mechanische factoren (de zwaarte van de gravide uterus) voor aansprakelijk te stellen. Ongetwijfeld is dit ook wel dikwijls juist; de klachten zijn dan te verhelpen met een goed steunende buikgordel. Even zeker is het echter dat slechts in een deel der gevallen de mechanische factoren de oorzaak der klachten zijn. Hoewel de uterus in de latere zwangerschapsmaanden in 90 pct der gevallen naar rechts afgeweken ligt, komt de klacht bijna even vaak uitsluitend links als rechts voor. Bovendien bestaat de klacht ook al dikwijls in de eerste maanden van de graviditeit, wanneer de uterus nog in het kleine bekken ligt en geen mechanische belasting van de voorste buikwand vormt. In vroeger tijden heeft men dit verschijnsel (lage buikpijn in de eerste maanden van de zwangerschap) wel aan rek van de ligamenta rotunda willen toeschrijven, maar deze verklaring accepteert vrijwel niemand meer.

Hoezeer het hier beschreven pijnsyndroom acuut kan ontstaan onder invloed van een sterke aandachtsconcentratie op de genitalia hebben wij enige tijd geleden kunnen waarnemen, toen onze hulp gevraagd werd door een 38-jarige vrouw (B) die reeds vijf jaar gescheiden van haar man leefde. Deze vrouw kwam

met veel-moeite uit een taxi strompelen, ondersteund door een huisgenote. Zij klaagde over een plotseling opgekomen hevige pijn rechts in de onderbuik. Bij bimanueel inwendig onderzoek werd een buitengewoon hevige pijnreactie waargenomen in de onderbuik rechts. Het uitsluitend met de inwendige hand verrichte onderzoek was vrijwel niet pijnlijk. Er waren geen palpabele weerstanden. De bloedbezinkingssnelheid was 5 mm na een uur. De temperatuur was 37,1°. De cyclus was steeds regelmatig geweest, elke 4 weken 4 dagen. De laatste menstruatie had 24 dagen geleden een normaal beloop gehad. Het was duidelijk dat de acute pijn, waarvan de patiënte kon medelen dat deze de vorige avond om ongeveer 11 uur ineens was opgekomen, viel onder het hier bedoelde „bekkenpijn-syndroom” en het was ook duidelijk dat de patiënte in een hevige staat van opwindning verkeerde. Op onze mededeling dat er de avond tevoren iets gebeurd moest zijn dat zij ons bij het opnemen der anamnese verzwegen had, kwam het hoge woord eruit. Voor het eerst na haar scheiding was zij de avond tevoren voor de aandrang van een harer vrienden gezwicht en had er een samenleving plaatsgevonden. Onmiddellijk daarna was zij overvallen door een paniecreactie dat er een zwangerschap zou kunnen volgen en korte tijd later had de buikpijn zich geopenbaard. Op grond van het feit dat het een coitus condomatosus was geweest en op grond van het feit dat de coitus vrijwel zeker post-ovulatoir had plaatsgevonden, durfde ik de patiënte met argumenten waarvan zij de redelijkheid ook zelf inzag, gerust te stellen. Reeds tijdens dit gesprek kalmeerde zij aanzienlijk en meteen zakte de tevoren bijna ondraaglijke pijn af. Toen enkele dagen later de te verwachten menstruatie ook werkelijk plaatsvond, waren de klachten geheel verdwenen.

Dames en Heren, ik heb gearzeld het „bekkenpijn-syndroom” tot onderwerp van een klinische les te maken. Meestal beschouwen wij medici het eerder tot onze taak, U patiënten te demonstreren die, na lange tijd voor nerveuze klachten behandeld te zijn, plotseling toch een niet herkende afwijking blijken te hebben en na een min of meer heroïsche therapie, genezing vinden. Ongetwijfeld is het een der ernstigste fouten die men maken kan, bij confrontatie met een patiënte die reeds zonder resultaat vele artsen heeft bezocht, of bij het aanhoren van een omvangrijke en soms overdreven aandoende anamnese, reeds bij voorbaat de diagnose op nerveuze klachten te stellen en dan zonder of op zijn hoogst na een oppervlakkig onderzoek een kalmerend middel voor te schrijven. Anderzijds leidt onbekendheid met het zo juist beschreven syndroom dikwijls tot een aanpak die eveneens desastreuze gevolgen kan hebben. Hoeveel appendices er — zoals LAMÉRIS placht te zeggen „met de bloes der gezondheid op de kaken” — jaarlijks bij jonge vrouwen aan ten slachtoffer vallen, is nauwelijks te schatten, maar het loopt in de vele honderden. Hetzelfde geldt voor het verwijderen van follikelkystetjes en volmaakt onschuldige kleine, subsereuze myoompjes, van retroflexie-operaties, enz.

De stoot tot het toch vermelden van dit in de Nederlandse literatuur zo stiefmoederlijk bedeelde syndroom werd mij gegeven door een patiënte die ik enige tijd geleden zag in mijn kwaliteit van deskundige van de Raad van Beroep. Het betrof een 43-jarige vrouw (C), moeder van vijf kinderen, die als atelierwerkster een belangrijk deel van het hoogst noodzakelijke gezinsinkomen verwierf. Wegens toenemende pijn links in de onderbuik was zij via haar huisarts naar een gynaecoloog gezonden, die bij haar geen andere afwijkingen dan een kleine uterus myomatosus vaststelde. De menses waren normaal, het hemoglobinegehalte eveneens, maar toen de patiënte onverminderd over de pijn bleef klagen, werd tenslotte tot enucleatie besloten, op grond van veronderstelde circulatiestoornissen in het myoom. Deze enucleatie werd gecompliceerd door een ernstige bloeding, zeven dagen na de operatie. De bloeding was zo ernstig dat na twee bloedtransfusies tot uterusextirpatie werd overgegaan. Het postoperatieve beloop werd tenslotte nog door een trombose in het linkerbeen gestoord, maar na zes weken kon de patiënte in redelijke toestand ontslagen worden. Maar de pijn links onder bleef, ja was zelfs verergerd. Maandenlang bleef zij „in de ziekte wet lopen”, maar omdat er in het geheel geen objectieve verklaring (meer) voor haar klachten gevonden werd, moest zij tenslotte weer aan het werk. Hiertoe voelde zij zich echter niet in staat en het kwam tot een beroepszaak. Toen ik de vrouw onderzocht, was het een er lijdend uitziende, zwaarmoedige vrouw. Het buikwondlitteken was fraai genezen, resten van de trombose waren er aan het linkerbeen niet meer te vinden. Het hemoglobinegehalte was 14,7 g/100 ml. De bloedbezinkingssnelheid was 6 mm na een uur. De urine toonde geen afwijkingen. Bij inwendig onderzoek bleek de pijn, die zeer hevig was, in de buikwand links onder gelokaliseerd te zijn. De blind eindigende vagina was in de top fraai genezen. De achtergebleven adnexa waren zowel bij vaginaal als bij rectaal onderzoek niet palpabel. Wel bestond er, vooral bij rectaal onderzoek, een grote gevoeligheid van de voorzijde van het sacrum en bovenal van het os coccygis (coccygodynie). Deze gevoeligheid van het os coccygis maakte het de patiënte ook onmogelijk recht op een harde stoel te gaan zitten. Zij was genooddaakt scheef op één bil te zitten en af en toe van houding te veranderen. Vooral ook die klacht maakte haar het zittende atelierwerk vrijwel onmogelijk. Het was een duidelijk voorbeeld van een „bekkenpijn-syndroom”, maar waardoor ontstaan? Een uitbreiding van de anamnese bracht de oplossing. De patiënte had vóór haar eerste gang naar de arts één goede vriendin verloren aan cervixcarcinoom. Zorg dat haar een zelfde lot zou kunnen treffen, gevoegd bij de nu pas opgemerkte buikpijn, dreef haar naar de arts. Met haar huisarts sprak zij met geen woord over haar angstige vermoedens, evenmin met de daarna ingeschakelde gynaecoloog. Alleen werden haar somberste vermoedens wel bewaarheid toen zij te horen kreeg, dat zij geopereerd moest worden. De verdere gebeurtenissen waren evenmin geschikt om haar gerust te stellen en

tenslotte had zich met zekerheid de overtuiging in haar vastgezet dat haar een zelfde lot beschoren was als haar vriendin. Zij had niemand haar angst meegegeeld, en nooit had een arts in deze richting een gesprek met haar gehad. Het lukte mij, o.a. door haar stukken uit het ziektedossier te laten lezen, deze vrouw volkomen gerust te stellen. De als werkonwillig beschouwde vrouw begreep volkomen dat ik mij genoodzaakt voelde haar beroep tegen de controlerende geneesheer af te wijzen, maar toen er die zelfde dag namens deze armoedig geklede en door mij in het ongelijk gestelde vrouw een fruitmandje bezorgd werd (vergeef mij deze sentimenteel aandoende noot), begreep ik toch pas welke ellende deze vrouw doorstaan moest hebben. Een briefkaart, die een jaar later kwam, bevestigde dat hier niet een kortstondige opflukking van hoop, maar een aanhoudend herstel had plaatsgevonden.

Ook de frequentie van dit syndroom maakt het vermelden ervan de moeite waard. In 1960 bezochten ruim 1400 patiënten voor de eerste maal onze gynaecologische polikliniek. Hiervan kwamen er 165 (12 pct) met als voornaamste klacht pijn links of rechts onder in de buik. Bij 60 pct dezer vrouwen werd geen enkele gynaecologische of urologische afwijking gevonden, terwijl er over het algemeen niet gearzeld werd bij geringe aanleiding in die richting een orthopedisch, chirurgisch of internistisch consult aan te vragen. In een aanzienlijk deel der gevallen leidde een geruststellend onderzoek tot verdwijning of sterke vermindering van de klachten. Soms moesten wij onze toevlucht nemen tot sedativa, zoals fenobarbital. In meer hardnekkige gevallen hebben wij succes gezien van de door THEOBALD aanbevolen therapie, bestaande uit cauterisatie van het cervix-kanaal tot voorbij het ostium internum met een nitrasstift van 6 mm dikte en 6 cm lengte, gevolgd door een nabehandeling met 1 pct melkzuurirrigaties. Deze laatste therapie heeft een groot psychologisch effect, omdat daarbij acuut precies dezelfde pijnen ontstaan als waarover de patiënte klaagt, hetgeen voor haar het teken is, dat de dokter „de zieke plek precies gevonden heeft”. Het is echter wel een „paardemiddel” waarbij soms een collaps met braken en zeer hevige pijn kan volgen. Ik zou deze behandeling dan ook niet, zoals THEOBALD doet, als routinemaatregel willen aanbevelen. Natuurlijk moet iedere kans op graviditeit bij toepassing ervan met grote stelligheid uitgesloten zijn.

Dat er patiënten overblijven, die helaas iedere therapie trotseren, moet ook opgemerkt worden. Soms is dat duidelijk, wanneer de situatie die tot de klachten aanleiding geeft, niet gemakkelijk gewijzigd kan wor-

den, zoals een ongelukkig huwelijk, seksuele onbevredigdheid, hardnekkige neurotische angst voor carcinoom. Een psychiatrische behandeling leidt dan soms nog tot succes. Of men ooit zijn toevlucht moet nemen tot uitgebreide operatieve ingrepen, zoals door SCHOCKAERT in de allerernstigste gevallen is voorgesteld, is in ieder geval pas na een uitvoerig psychiatrisch rapport te overwegen.

Ongetwijfeld komen er patiënten voor met het hier beschreven symptomencomplex waarbij de psychiater de diagnose hysterie zal stellen, maar zij vormen een kleine minderheid.

Gepredisponerd is het nerveuze en het vegetatief gestigmatiseerde type. Ook treft men opmerkelijk vaak vrouwen aan die aan migraine lijden of geleden hebben, zo vaak, dat men wel eens van „buikmigraine” gesproken heeft. Maar wanneer de psychische of lichamelijke overbelasting maar sterk genoeg is geweest, is geen enkele vrouw gevrijwaard voor het hier boven bedoelde syndroom. Men maakt dan ook een zeer ernstige fout wanneer men lijdressen aan dit syndroom zonder meer als hysterisch bestempelt. De angst en de afkeer als zodanig beschouwd te worden — juist bij wilskrachtige maar nerveuze, tot spanningsklachten geneigde vrouwen zo groot — doet hen een ingrijpende somatische behandeling dikwijls prefereren wanneer deze door de arts als het alternatief wordt geboden voor de diagnose hysterie.

Een korte, geruststellende en inzicht gevende uiteenzetting is zó vaak voldoende om de klachten te doen verdwijnen dat hierdoor al duidelijk is dat wij niet met hysterie te maken hebben.

Bedenkt tenslotte dat de grootste geruststelling die men een patiënte met het „bekkenpijnsyndroom” kan geven, juist voortvloeit uit een zorgvuldig onderzoek, dus uit- en inwendig tastonderzoek, speculumonderzoek, cytologisch uitstrijkpreparaat (en zo nodig bacteriologisch onderzoek) van de portio, urine-onderzoek, bloedbezinkingssnelheid, temperatuurcontrole, zwangerschapsreactie, enz., telkens aangepast bij de situatie. Wanneer deze onderzoeken dan geen plaatselijke afwijkingen aan het licht brengen en het bimanuele onderzoek en de anamnese toelaten, de diagnose bekkenpijnsyndroom te stellen, moet het onderzoek niet besloten worden met de woorden: „Wij kunnen niets vinden”, maar met een gesprek, waarin het syndroom aan de patiënte wordt uitgelegd. De resultaten van een dergelijk onderhoud zijn dikwijls verbluffend en overtreffen verre het nuttig effect van zonder nadere toelichting voorgeschreven sedativa.

Amsterdam, augustus 1962

BLADVULLING

EEN EEUW GELEDEN

(Het oude liedje). — In het Rapport dat Prof. G. E. V. SCHNEEVOOGT in november 1859 over het Buitengasthuis te Amsterdam aan de regenten van de beide gasthuizen heeft uitgebracht, vraagt hij of de burgerij van Amsterdam er geen prijs op zal stellen dat de goede naam van Amsterdam ook

met het oog op zijn gasthuizen onbevlekt zal blijven. „Moet zij (de burgerij) er niet voor zorgen, dat Amsterdam, ook in dit opzigt, met regt de *Hoofdstad* des Rijks genoemd worde en op waardige wijze uit den wedstrijd met Rotterdam te voorschijn trede, dat thans nog met regtmatige zelfvoldoening op *zijn* Gasthuis, als op een der *beste en doelmatigste van de geheele wereld* mag wijzen en roem dragen?” (*Ned. T. Geneesk.* 1860, 4, 124).