

Serie behandeling van alledaagse klachten

Behandeling van bekkengordelpijn

Tjeerd de Jongh, Geerte van de Pol

Veel vrouwen hebben tijdens de zwangerschap last van bekkengordelpijn. De behandeling daarvan is nog niet zo eenvoudig, er zijn geen sterk aanbevolen behandelingen. De huisarts geeft vooral informatie – bekkenpijn is vrij normaal tijdens de zwangerschap, kan geen kwaad en verdwijnt na de bevalling meestal weer – en adviezen om goed met de pijn om te gaan.

Bekken(gordel)pijn is een symptoomdiagnose voor pijn die tijdens de zwangerschap ontstaat in de regio van één of beide sacro-iliacale gewrichten en/of de symfyse.¹⁻³ Andere benamingen zijn bekkeninstabiliteit of symfysolyse. Echte symfysolyse is zeldzaam en ontstaat tijdens de partus.⁴

Bekkenpijn komt voor bij 85% van de vrouwen tijdens de zwangerschap, vooral rond de 30 weken. Bij de pathogenese spelen zwangerschapshormonen een rol, waardoor de verbindingen tussen de bekkendelen beweeglijker worden. Daarnaast spelen mechanische krachten op de bekkenring door het groeiende kind een rol.

De meeste vrouwen hebben last van lage rugpijn, bijna 20% heeft pijn aan de symfyse.^{5,6} De pijn kan uitstralen naar de bil, de bovenbenen, het schaambeen of de lies. De pijn leidt vaak tot veel hinder in het dagelijks leven en soms tot een ‘waggelgang’.⁷

TESTS VOOR BEKKENGORDELPIJN

Active straight leg raise

De behandelaar fixeert het bekken op de ondergrond bij de patiënt in rugligging. Vervolgens vraagt de behandelaar de patiënt een been 20° in de heup te flecteren. Als dat niet mogelijk is, is er een aanwijzing voor bekkengordelpijn.

Posterior pelvic pain provocation

De behandelaar flecteert de heup passief 90° (met gebogen knie) bij de patiënt in rugligging. Door met een hand axiale druk uit te oefenen op het femur, wordt het femur gebruikt om het ilium naar achteren te duwen. De behandelaar plaatst de andere hand onder het os sacrum om dit te fixeren. De test is positief voor bekkengordelpijn wanneer de axiale druk pijn veroorzaakt die de patiënt herkent.

CASUS

Een 32-jarige primigravida, 30 weken zwanger, zonder complicaties, komt op het spreekuur omdat zij sinds twee weken pijn heeft onder in haar rug, die uitstraalt naar beide bovenbenen. Bij onderzoek zijn er geen aanwijzingen voor LRS of andere organische afwijkingen. Actief één been opheffen is onmogelijk.

Bij onderzoek zijn er twee tests die een positief voorspellende waarde hebben: de beenheftest (active straight leg raise) en de posterior pelvic pain provocation.⁷ Zie ook het [kader] Tests voor bekkengordelpijn.

BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Doel van de behandeling is vermindering van de ernst en de duur van de klachten, en opheffen van belemmeringen in het functioneren.

Voorlichting en adviezen

Informatie speelt een belangrijke rol in de behandeling: bekkenpijn is een normaal gevolg van verweking van de banden door de zwangerschapshormonen, de pijn kan geen kwaad voor de zwangerschap en verdwijnt na de bevalling meestal weer.

Adviezen om verstandig met de klachten om te gaan zijn: actief blijven op geleide van de pijn, goed omgaan met de energie (het is belangrijk daarbij aandacht te besteden aan

Schema

Behandelmogelijkheden bij bekkengordelpijn¹

Sterke aanbeveling

Er zijn geen sterk aanbevolen behandelingen voor bekkengordelpijn.

Matige/zwakke aanbeveling

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Defenstherapie	Vooraf bij lage rugpijn, vooral oefeningen in water	Klein	Laag
Manipulaties		Klein	Laag
Acupunctuur		Klein	Laag

Negatieve aanbeveling

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Bedrust en inactiviteit		Negatief	Expertopinie

Geen aanbeveling wegens onbekende effectiviteit

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Bekkenband	Kan worden geprobeerd	Onduidelijk	Matig



Foto: iStock

Bekkenpijn tijdens de zwangerschap is vrij normaal en verdwijnt meestal weer na de bevalling.

draagkracht en draaglast) en zware belastingen vermijden.⁸ Bedrust en inactiviteit zijn niet zinvol.⁶

Fysiotherapie

Fysiotherapie bestaat vooral uit oefentherapie met houdingscorrectie en stimulerende ondersteuning van de patiënt. Er is bewijs van lage kwaliteit dat oefentherapie rugpijn en ziekteverzuim kan verminderen, ook op langere termijn.^{5,6,9-11} Er zijn aanwijzingen dat oefeningen in het water meer effect hebben dan grond oefeningen.^{6,12,13} Kort na de bevalling zijn specifieke oefeningen (met name buikspieroefeningen) waarschijnlijk ook effectief.^{6,11} Manipulaties zouden volgens enkele kleine onderzoeken (bewijs van matige kwaliteit) kunnen leiden tot vermindering van de pijn en verbetering van de functie bij lagerugpijn.⁵

Hulpmiddelen

Een niet-elastische bekkenband geeft steun en stabiliteit aan de sacro-iliacale gewrichten.¹⁴ Het gebruik wordt soms op proef aangeraden bij lagerugpijn, hoewel het nut daarvan in de meeste onderzoeken niet kon worden aangetoond.^{2-4,6,9,11,15,16} Bij echte symfyseolyse is een elastische band zinvol.¹⁷

Analgetica

Paracetamol is het middel van eerste keus, er is een contra-indicatie voor NSAID's in de zwangerschap.

Acupunctuur

In sommige onderzoeken lijkt acupunctuur effectief bij bek-kengordelpijn, maar de resultaten zijn bij andere onderzoeken sterk wisselend.^{5,9}

Yoga

Er is zeer beperkt bewijs voor de effectiviteit van yoga in de zwangerschap.^{16,18}

Operatie

Patiënten met erg langdurige klachten en sterke beperkingen door symfyseolyse komen soms in aanmerking voor een operatieve fixatie van de bekkenring.^{4,19} ■

VERVOLG CASUS

De huisarts verwijst de patiënte voor oefentherapie naar de fysiotherapeut. Deze adviseert haar over de dagelijkse bezigheden en geeft oefeningen. De therapie heeft weinig effect, maar gelukkig verdwijnen de klachten na een vlotte bevalling vrij snel weer.

LITERATUUR

1. De Jongh TOH, Van de Pol G. Bekken- en rugpijn in de zwangerschap (bekkengordelpijn). In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
2. Van Wayenburg LMC, Mens JMA. Zwangerschapsgerelateerde bekkengordelpijn. In: Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstel-

- ten W. Kleine kwalen in de huisartsengeneeskunde. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.
3. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). www.nhg.org/nhg-standaarden.
 4. Bermas BL. Maternal adaptations to pregnancy: Musculoskeletal changes and pain. www.uptodate.com.
 5. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD001139. DOI: 10.1002/14651858.CD001139.pub4.
 6. KNGF-Richtlijn. Zwangerschapsgelateerde bekkenpijn. 2009. www.kngfrichtlijnen.nl/zwangerschapsgelateerde-bekkenpijn.
 7. Mens JMA. Bekkeninstabiliteit: diagnostiek en therapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
 8. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of girdle pain. *Eur spin J* 2008;17:794-819. DOI: 10.1007/s00586-008-0602-4.
 9. Elden H, Hagberg H, Olsen MF, Ladfors L, Ostgaard HC. Regression of pelvic girdle pain after delivery: follow up of a randomised single blind controlled trial with different treatment modality's. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:201-8. DOI: 10.1080/00016340701823959.
 10. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercises for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain* 2018;22:19. DOI: 10.1002/ejp.1096.
 11. Bastiaenen CHG, De Bie RA, Vlayen JWS. Long-term effectiveness and costs of a brief self-management intervention in woman with pregnancy-related low back pain after delivery. *BMC Pregnancy and childbirth* 2008;8:19. DOI: 10.1186/1471-2393-8-19.
 12. Waller B, Lambeck J, Daly D. Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2009;23:3-14. DOI: 10.1177/0269215508097856.
 13. Granath AB, Hellgren MS, Gunnarson RK. Wateraerobic reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35:465-71. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00066.x.
 14. Mens JMA. Does a pelvic belt reduce hip adduction weakness in pregnancy-related posterior pelvic girdle pain? A case-control study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2017;53:575-81. DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04442-2.
 15. Ho SM, Yu WM, Lao T, Chow DHK, Chung JWY, Li Y. Effectiveness of maternity support belts in reducing low back pain during pregnancy: a review. *J Clin Nurs* 2009;18:1523-32. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02749.x.
 16. Gutke A, Betten C, Degerskär K, Pousette S, Olsén MF, Gutke A. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapists modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:1156-67. DOI: 10.1111/aogs.12681.
 17. Lasbleiz, Sevestre FX, Moquet PY. Using an elastic band device after a severe obstetric pubic symphyseal separation: clinical and imaging evaluation. *Obstet Gynaecol* 2017;130:625. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002194.
 18. Martins RF, Pinto e Silva JL. Treatment of pregnancy-related lumbar and pelvic girdle pain by the yoga method: a randomized controlled study. *J Altern Complement Med* 2014;20:24-31. DOI: 10.1089/acm.2012.0715.
 19. Van Zwienen MA, Van den Bosch EW, Snijders CJ, Van Vught AB. Triple pelvic fixation in patients with severe pregnancy-related low back and pelvic pain. *Spine* 2004;29:478-84. DOI: 10.1097/01.BRS.0000092367.25951.4A.

De Jongh TOH, Van de Pol G. Behandeling van bekkengordelpijn. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0275-0. LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, huisarts n.p. en docent, tohdejongh@telfort.nl. *Gelre ziekenhuizen Apeldoorn*: G. van de Pol, gynaecoloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.