

zijn naam verlenen, indien de Nederlandse huisarts er in slaagt bijdragen te leveren op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk.

Ten aanzien van de omvang van de hoeveelheid leesstof valt op te merken, dat die in het afgelopen jaar vrijwel niet toenam en dat het streven van de

redactiecommissie er op is gericht, deze omvang ook dit jaar te handhaven.

Voor de historieschrijver willen wij dan tot slot signaleren, dat de opmaak van het tijdschrift geen wijziging ondergaat, behoudens ten aanzien van het begin der alinea's.

H.

SPOEDEISENDE GEVALLEN IN DE ALGEMENE PRAKTIJK (25)

De „acute buik“ in de zwangerschap

DOOR DR. H. ROTTINGHUIS TE AMSTERDAM

Inleiding. De „acute buik“ is buiten de zwangerschap al een moeilijk te beoordelen ziekte-toestand van de patiënt met een uitgebreide symptomatologie en een weidse differentiële diagnostiek. Des te moeilijker is de toestand, wanneer zwangerschap een complicerende of misschien een oorzakelijke factor vormt in het ziekteproces.

Een diagnose te stellen, ook met beperkte middelen, is een bezigheid, waartoe we in onze opleiding tot arts zijn getraind en waarmee we ons nog dagelijks bezig houden. Een diagnose stellen is niet moeilijk. De goede diagnose stellen is moeilijker en vereist, behalve een grote parate kennis, een kritisch en logisch denkvermogen. Tevens is scherpe waarneming van de verschijnselen, zowel anamnestiche als klinische, van het grootste belang. Dit alles samen geeft de routiné, die de verschijnselen snel waarneemt en verwerkt, de „klinische blik“. Een bepaald ziektebeeld is gemakkelijk te (her)kennen als men maar aan de mogelijkheid van zijn bestaan denkt.

De huisarts in de eerste plaats, doch ook de specialist zal bij acute ziekte-toestanden met een minimum aan laboratoriumgegevens moeten uitkomen. De diagnose moet zo snel mogelijk worden gesteld. We zullen ons steeds bewust dienen te zijn, dat vrijwel geen enkel symptoom, dat bij een ziektebeeld past, obligaats aanwezig moet zijn. De afwezigheid van een te verwachten symptoom kan ons op een dwaalspoor brengen, evenals de aanwezigheid van een niet te verwachten symptoom dit kan doen. Zo behoeft de afwezigheid van een amenorroe een zwangerschap niet uit te sluiten, evenmin als het verschijnsel amenorroe tot de diagnose zwangerschap moet leiden. Toch zal men, wanneer bepaalde symptomen haast tot een diagnose dwingen, de soepelheid in denken moeten opbrengen om te kunnen corrigeren, al moet men een andere richting aan zijn gedachtegang geven.

Ten opzichte van de specialist heeft de huisarts het voordeel niet te zijn opgesloten in een deelgebied, waardoor hij aan alles gelijkwaardig en (bij voldoende kennis) volwaardig het nodige gewicht kan geven en waardoor zijn gezichtsveld breder kan zijn, al zal

de diepte-scherpte iets minder zijn. Een recent voorbeeld moge dit verduidelijken, een voorbeeld, dat men met vele zou kunnen vermeerderen en dat men in allerlei variaties steeds weer ontmoet:

Een jonge vrouw heeft wegens klachten boven in de buik, gepaard gaande met braken, een rustkuur ondergaan, omdat de internist meent op de röntgenfoto een ulcus van de maag te hebben waargenomen. Nadat patiënte enige maanden na de rustkuur weer gaat braken en nu wat pijn onder in de buik heeft, worden opnieuw maagfoto's, galblaasfoto's en, omdat deze geen duidelijke afwijkingen laten zien, darmfoto's gemaakt. Patiënte blijkt echter zwanger te zijn. De amenorroe had een aanwijzing kunnen zijn zwangerschap in de diagnostische overwegingen te betrekken — een voorbeeld van het bezwaar van de welhaast onontkoombare, steeds verder gaande specialisatie.

I Ziekten, die door zwangerschap worden beïnvloed. Zonder alle ziektebeelden te behandelen, die buiten de zwangerschap „acute buik“-verschijnselen kunnen geven en dit dus ook in de zwangerschap kunnen doen, zullen we toch de ziektebeelden moeten belichten, die, al worden ze niet door de zwangerschap veroorzaakt, wel er door worden beïnvloed.

Appendicitis acuta. Het belang om deze diagnose spoedig te stellen of uit te sluiten is zeer groot. Verschillen met het verloop buiten de zwangerschap zijn:

- a sneller verloop, dat mogelijk door een sterke vascularisatie wordt veroorzaakt en gemakkelijker tot een diffuse peritonitis leidt;
- b het coecum wordt bij vordering van de graviditeit steeds hoger gedrukt en het punt van de grootste drukpijn ligt ver boven en meer lateraal van het punt van Mc Burney. De verschijnselen van drukpijn moeten náást de uterus bestaan. De drukpijn óp de uterus kan niet worden veroorzaakt door appendicitis;
- c een lichte leukocytose en een verhoging van de bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaam-

pjes kan als differentieel diagnosticum ten opzichte van andere ontstekingsprocessen niet gelden, daar de graviditeit deze beide veranderingen ook geeft;

- d de relatief hoge mortaliteit in de zwangerschap vereist onze grootste aandacht; omstreeks 1900 bedroeg deze ongeveer 25 procent en nu nog 2 tot 7 procent; ook als het ontstekingsproces is gelokaliseerd bestaat er nog gevaar. Door de uterusprickeling kan een abortus, partus immaturus of prematurus optreden, waarbij de afkapseling wordt verbroken en perforatie-peritonitis optreedt.

Hieruit volgt dat de indicatie tot operatie snel moet worden gesteld.

Soms wordt, blijkens de ons toegezonden patiënten, een moeilijkheid ondervonden met de differentieële diagnose ten opzichte van adnexitis (salpingitis). Deze komt zonder provocatie niet voor tijdens de zwangerschap. Ten hoogste kan door de lymfbaanverbinding met de appendix, de tuba secundair ontstoken raken.

Pyelitis komt meer voor in de zwangerschap dan er buiten, zodat we van pyelitis gravidarum spreken. Dit kan een acuut beeld geven, dat buikverschijnselen veroorzaakt, zoals we bij echte intraperitoneale processen zien. De hoge temperatuur en vooral het urine-onderzoek, dat om vele andere redenen (diabetes, galstenen, nierstenen, enzovoort) toch zal moeten geschieden, geeft uitkomst. Voor het urine-onderzoek is het beter „gewassen” urine te gebruiken en het catheteriseren te beperken tot die gevallen waar dit absoluut nodig is, bijvoorbeeld bij vaginaal bloedverlies.

De oorzaak van het meer voorkomen van pyelitis in de zwangerschap zou worden verklaard door: atonie van ureter (stuwung), stuwung door zwangere uterus en lymfogene versleping van infectiekiemen vanuit de uitgezette darm. De eerste en laatste factor worden veroorzaakt door het progesteron. Wanneer er een ectopische nier (bekkennier) is, zal stuwung in het pyelum nog gemakkelijker optreden. Onlangs — (1961) Ned. T. Geneesk. 105, 725 — werd nog gewezen op niersteenvorming ten gevolge van het overmatig gebruik van silicaten bij „maagzweer”. Daar zuurbranden tijdens de zwangerschap veel voorkomt, moge tegen het gebruik van silicaten ook op deze plaats nog eens worden gewaarschuwd.

Cholelithiasis en cholecystitis. Door het verhoogde cholesterolgehalte van het bloed in de zwangerschap komen er in en door de zwangerschap meer steenvorming in en complicaties van de galblaas voor. De verschijnselen zijn overigens dezelfde als buiten de zwangerschap.

Pancreatitis. Aan dit proces te denken bij recidiverende aanvallen van pijn boven in de buik, met eventueel ook rugpijn links, welke pijn gepaard gaat met of is vooraf gegaan door braken en flatulentie, is voor de diagnose zowel als voor de therapie belangrijk, omdat de conservatieve en niet de operatieve

behandeling de beste resultaten geeft. De laatste jaren verschijnen er in de literatuur steeds meer gevallen van acute pancreatitis, samenhangend met zwangerschap. De relatief grote frequentie moet volgens Gutmacher* worden verklaard door de hyperlipemie en het verhoogde cholesterolgehalte van het bloed, terwijl tevens de grote frequentie van cholelithiasis en cholecystitis een rol speelt.

Colitis ulcerosa. In meer dan de helft van het aantal gevallen geeft colitis ulcerosa een opflukking in de zwangerschap wanneer een proces reeds inactief is geworden. Is het proces actief, dan verergert het in de zwangerschap, volgens Crohn, in driekwart van de gevallen.

Enteritis regionalis zou in het algemeen geen gunstige invloed van de zwangerschap ondergaan.

Recidiverende icterus in de zwangerschap. Het ziektebeeld, door Gilbert beschreven, berust op een stoornis in het bilirubine-metabolisme, tengevolge van afwijkingen in het enzym-systeem. De ziekte komt familiair voor en kan acute buikverschijnselen geven naast een algemene moeheid. De differentiatie ten opzichte van hepatitis kan geschieden door het aantonen van een verhoogde waarde van de alkalische fosfatase in de urine en de afwezigheid bij de ziekte van Gilbert van verdere leverfunctiestoornissen. Ook ontbreekt hierbij het braken. Onderzoekingen hebben aangetoond, dat bij een normale zwangerschap een gezonde lever zijn taak goed aan kan, al zal de lever iets glycogeen-armer zijn.

Diabetes. In het eerste artikel in de reeks „Spoed-eisende gevallen in de algemene praktijk”** schrijft Schlesinger hoe, vooraf gaande aan een diabetisch acidotisch coma, het beeld van een „acute buik” kan optreden met heftige pijn en braken. Algemene moeheid, hoofdpijn en verslagenheid zijn prodromale verschijnselen. Daar zwangerschap de latente diabetes manifest kan doen worden of het bestaande evenwicht in een diabetesbehandeling kan storen, zal men deze toestand kunnen verwachten. Een spoedige oplossing van diagnostische moeilijkheden kan worden gegeven door het urine-onderzoek, dat immers toch aan elke behandeling zal moeten vooraf gaan.

Ileus. Al zullen na operaties, ontstekingsprocessen en dergelijke, veel adhesies kunnen ontstaan, een verhoogde kans op ileus tijdens de zwangerschap, zo die er al zal zijn, is slechts gering. Gutmacher berekende, dat slechts zes procent van de gevallen van ileus met zwangerschap samenhangen. De predilectietijd zou dan zijn de vierde en zesde zwangerschapsmaand, als de zwangerschap ten ein-

* (1960) Gutmacher, A. F. en J. J. Rovinsky. Medical and surgical complications of pregnancy. Williams and Wilkins, Baltimore.

** (1959) huisarts en wetenschap 2, 131

de loopt en kort na de baring. Littekens, vooral onder in de buik, mogen in dit verband een aanwijzing zijn. Een oorzaak van ileus, direct met de zwangerschap verband houdende en welke wij meermalen constateerden, is ileus, welke ontstaat na een operationele fixatie van de uterus door middel van inhechting van de ligamenta rotunda in de voorste buikwand. In de recessus tussen uterus en blaas kan een darmlis inknelen. We voelen dan vóór de uterus een zeer pijnlijke, gezwollen darmlis.

Herniae intestinales. Door de verhoogde intra-abdominale druk in de zwangerschap kan door alle bestaande of potentieel aanwezige breukpoorten de buikinhoud naar buiten worden gedrukt. Overigens zal bij verschillende breukpoorten in de gevorderde zwangerschap de gegroeide uterus als pelotte kunnen dienen.

Incarceratie of torsie van ovariaal- of uterustumoren. Niet zelden zullen ovariaaltumoren, die door de groeiende uterus incarcereren, pas in de zwangerschap verschijnen. De pijnlijke tumor is dan meestal in het Cavum Douglasi bereikbaar. Spoedige operationele behandeling is geboden. Worden de verschijnselen veroorzaakt door een myoom, dat is ingekneld, is getordeerd, een kapselscheur vertoont of dat een bloeding geeft, dan zal een conservatieve behandeling praktisch altijd mogelijk blijken te zijn.

Enkele zeldzame, ernstige acute buikaandoeningen, verband houdende met de zwangerschap, zijn: de *ruptuur van een aneurysma van de miltarterie* en de *miltruptuur*. Beide ziektebeelden zijn zeldzaam, doch kunnen tevoren worden gediagnosticeerd wanneer men het ziektebeeld in de differentieële diagnostiek betreft. De verschijnselen van inwendige verbloeding met linkszijdige schouderpijn doen aan deze ziektebeelden denken. Dat de zwangerschap een invloed op deze aandoening zou hebben, wordt aangenomen en verklaard door hemodynamische factoren (bloedrijkdom en bloedstuwning). Twee door ons waargenomen en beschreven gevallen konden door acuut ingrijpen worden gered.

Om deze rij van ziektebeelden te sluiten zullen we gewag moeten maken van de *perforatie van het maagulcus*. De ervaring heeft geleerd, dat het maagulcus in de zwangerschap uitermate zelden wordt gezien. Zeer ervaren chirurgen doen mededeling van het feit, dat zij nimmer een actief ulcus zagen in de zwangerschap. Sandweis zag op 70.000 zwangeren slechts één actief ulcus. Of de overmaat aan oestrogene stoffen de gunstige invloed geeft, is, al wordt dit verondersteld, moeilijk te bevestigen.

II *Ziekten, door de zwangerschap veroorzaakt.* Ook op de hier te noemen ziektebeelden kan niet diep worden ingegaan. Slechts met de vermelding van enkele karakteristika zal moeten worden volstaan.

a *In het begin van de graviditeit.* De *hypermesis gravidarum* kan zo sterk zijn en het herhaalde braken kan zoveel buikpijn veroorzaken — waarbij de uterus-rekking ook een rol kan spelen — dat men aan een acuut of subacuut proces intra-abdominaal kan denken. Het afwezig zijn, bij een grondig onderzoek, van allerlei symptomen, die aan een ernstig proces doen denken en de vaststelling van een intra-uterine zwangerschap, geven ons recht deze diagnose te stellen. Mits er geen acetonurie is, geeft deze ziekte geen aanleiding tot alarm, al zal nog wel eens hospitalisatie de enige weg te genezing kunnen zijn. Bij braken, beginnend na de vierde zwangerschapsmaand, mag nooit deze diagnose worden gesteld.

De *abortus imminens (incipiens)* geeft nogal eens verschijnselen, die acute hulp nodig maken, doch dat de pijn zodanig is, dat we van een „acute buik” spreken, kan slechts voorkomen in gevallen met complicaties. Hierbij denken we in de eerste plaats aan de provocatie. Een ontsteking van de uterus of de adnexa is onbestaanbaar wanneer niet de abortus reeds is opgetreden of wanneer niet is getracht, met welke middelen dan ook, langs vaginale weg de uitstoting van de vrucht te forceren. De zeepsop-peritonitis behoort nog niet tot het verleden. De anamnese is hier natuurlijk volkomen onbetrouwbaar. De acute verschijnselen onder in de buik, de hoge temperatuur en de heftige pijnlijkheid van het bekken-peritoneum bij aanraking tijdens het toucher kunnen op een lokaal proces wijzen. Bij een diffuse peritonitis is de algemene ziekte-toestand veel ernstiger en is er geen darmgeruis te horen. Deze ernstige toestand kunnen we ook aantreffen bij een uterusinfarct ten gevolge van zeepsop. Anurie kan hierbij een begeleidend verschijnsel zijn.

De *mola* kan door zijn sterke groei en door de veelvuldige aanwezigheid van een corpus luteum cyste, met alle gevolgen van dien, een acuut beeld vertonen.

Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Dat een retroflecteerde uterus, waarin een zwangerschap tot ontwikkeling komt, zich spontaan kan oprichten, is waar, doch dat stuwning in de bloedvaten bij een retroflexie kan optreden en hypoxie kan geven, die voor de jonge vrucht ongunstig is, lijkt hoogst waarschijnlijk. Vindt geen deskundige, kunstmatige repositie of spontane repositie plaats, dan kan een incarceratie optreden, die, hoe langzaam het beeld zich ook ontwikkelt, toch betrekkelijk acute verschijnselen kan geven. Niet zo zelden komen we dergelijke gevallen in de praktijk tegen.

Ischuria paradoxa, naast de cysteuse pijnlijke tumor onder in de buik, vormen een basis voor het verdere onderzoek. Als we dan bij toucher een weke tumor in het kleine bekken vinden, waaraan de portio hoog achter de symphysis is te voelen, is de diagnose niet moeilijk. We herinneren ons nog zeer goed een „zwarte hysterica”, zoals ze werd genoemd,

die een „zeer sterke afweer tegen de zwangerschap” zou hebben, maar die toch haar „verdrongen complexen” in vele liters urine kon lozen toen ze na operatie werd gecatheteriseerd.

De *hyperanteflexie* van de uterus met de blaas achter op de uterus, zoals bij de prolaps-operatie, de *interpositio vesico-uterina*, ontstaat, geeft bij een zwangerschap van enige maanden acute verschijnselen van blaasrekking. Al wordt deze operatie minder vaak toegepast dan vroeger, het moet een fout worden genoemd deze operatie in de geslachtsrijpe leeftijd uit te voeren in de hoop, dat er geen zwangerschap meer zal optreden.

De *extra-uterine graviditeit*. De ectopische zwangerschap kan reeds optreden voordat de vrouw „over tijd” is of na een korte amenorroe. De vaginale bloeding, de uitstoting van de decidua, is geen obligaat verschijnsel, maar duidt wel op het afsterven van de vrucht. Heftige aanvallen van pijn worden deels door de tubakrampen, deels door de in fasen verlopende intraperitoneale bloeding verklaard. De kenmerkende verschijnselen zijn de heftige pijnlijkheid bij een weinig zieke patiënte. Wel kan de anemie opvallend zijn. De temperatuur is normaal. Van de lokale bevindingen zijn vooral typisch de heftige pijn bij druk in het achterste vaginaal gewelf („Cri de Douglas”). Schouderpijn kan eventueel worden opgewekt door de houding van Trendelenburg.

Intra-abdominale bloedingen van andere origine zijn: *corpus luteum-bloedingen* (vooral bij mola), *ruptura viscerum*, *ruptuur der parametranen vaten*, *uterus ruptuur* (artificieel bij abortus provocatus), *chorionepitheloom* en de reeds genoemde *rupturen van aneurysmata*.

b *In de tweede helft van de zwangerschap* komen er slechts enkele ziektebeelden in aanmerking voor bespreking in dit verband.

Solutio placentae. In ongeveer tweederde van de gevallen treedt dit ziektebeeld op bij die vrouwen, die tevoren een niet onbelangrijke hypertensie vertonen. Bij een partiële solutio zal de diagnose nog wel eens worden gemist, omdat de typische symptomen: „uterus en bois”, acute buikverschijnselen, verbloedingsverschijnselen en het niet horen van de cortonen van het kind, afwezig of weinig karakteristiek zijn. Bij een solutio placentae van belangrijke omvang is het kind altijd intrauterien afgestorven.

Het gevaar voor de moeder is de verbloeding ten gevolge van de afibrinogenemie. Deze toestand van onstolbaarheid van het bloed ontstaat doordat de, uit het hematoom afkomstige, tromboplastine, het fibrinogeen in fibrine omzet, dat in kleine bloedvaten wordt afgezet. Deze toestand moet onmiddellijk worden behandeld wil de vrouw niet aan verbloeding sterven. De spoedige toediening van fibrinogeen, dat men gedroogd in voorraad heeft, is levensreddend, al bestaat er ook dan nog gevaar van anurie.

De *eclamptogene toxicose* kan heftige buikverschijnselen geven voordat het convulsieve stadium is aangebroken. De symptomen: hypertensie, albuminurie en oedemen, zullen meestal alle drie aanwezig zijn.

Tenslotte hoort in deze groep de *vruchtwaterembolie* thuis, die tijdens de baring ontstaat, waarbij de weeën, meestal door weeënmiddele, heftig zijn, en waarbij de vochtblaas kort tevoren is gebroken. Naast de longembolie, die acuut tot de dood kan leiden, moeten we ook hier de afibrinogenemie vrezen. De tromboplastine, die zich in het vruchtwater bevindt, oefent de bij de solutio placentae beschreven werking uit.

c *In het kraambed*. Het ontstaan of opflikkeren van een *tuberculeus proces* in het kraambed, al wordt de frequentie van het vóórkomen van tuberculose steeds minder, is nog steeds een aandoening, waaraan moet worden gedacht bij stoornissen in het kraambed, die de „acute buik” geven. Deze zal in het algemeen secundair zijn (hematogeen verspreid) aan een geactiveerd longproces. De *adnexitis tuberculosa* bestond ten tijde van de zwangerschap nog niet.

Salpingitis gonorrhoeica en *non-gonorrhoeica* komen nog sporadisch voor.

Pancreatitis, die reeds in het begin werd genoemd, ontstaat in het kraambed als een „rebound” fenomeen, zoals Gutmacher het noemt.

Zelf namen we enige gevallen van *darminvaginatie* waar, waarbij, na conservatieve behandeling, het invaginaat van het sigmoïd als necrotisch stuk spontaan werd uitgestoten.

Een *mesenteriaal infarct* kan in het kraambed optreden en behoeft, daar de darm necrotisch wordt, spoedige herkenning en operatieve behandeling, zoals ons enige jaren geleden bleek uit een geval, dat wij in consult thuis konden vaststellen.

Een urine-infiltraat kan voorkomen ten gevolge van *partiële necrose van de blaaswand* bij overrekking, zoals na langdurige baringen, is beschreven.

Al is de diagnostiek van alle genoemde ziektebeelden belangrijk, de acute hulp van de shockbestrijding en tijdige hospitalisatie blijft een grote moeilijkheid. Te snel alarm slaan kan onnodige psychische verwarring zaaien en het nog steeds heersende ziekenhuisbedden-tekort laat een te grote opname-frequentie niet toe; maar het tē laat dient zeker te worden vermeden. De klinische blik, voor zover deze reëel is, moet, zoals wij in de aanvang reeds stelden, ons hier de weg wijzen. Wij ontdekten het zo dikwijls, dat de ongerustheid van de huisarts, die een patiënt ernstig observeerde, maar al te vaak gegrond blijkt te zijn.