

Lendepijn in verloskunde en gynaecologie*

DOOR PROF. DR. A. SIKKEL TE LEIDEN

Vele vrouwen, maar ook vele artsen, hebben de neiging om lage rugpijn te verklaren uit afwijkingen aan uterus en adnexa. Voor de vrouw bij wie deze misvatting bestaat, speelt waarschijnlijk de emotionele belading van deze organen een belangrijke rol; bij de arts moet de oorzaak worden gezocht in onwetendheid of onnauwkeurigheid bij het onderzoek.

Ongetwijfeld is de zogenaamde „low back pain” een veel voorkomende klacht bij de vrouwen die het spreekuur van de gynaecoloog bezoeken. Deze klacht kan variëren van een licht ongemak tot een ernstige pijn die zich soms uitstrekt over de gehele rug. Meende men vroeger dat bij 80 tot 90 procent van de patiënten de oorzaak moest worden gezocht bij aandoeningen op gynaecologisch terrein, thans weten wij dat dit slechts zelden het geval is.

Reeds in 1912 schreef *Kelly*: „Het is mijn vaste overtuiging dat rugpijn niet veelvuldig verband houdt met ziekten in het bekken. Correctie van bepaalde afwijkingen geeft veelal geen succes, terwijl patiënten met grote afwijkingen vaak geen of weinig klachten hebben”.

Het heeft, ook in Nederland, feitelijk tot na de tweede wereldoorlog geduurd voordat men zich de waarheid van deze stelling bewust werd. Helaas moet worden gezegd dat deze opvatting echter ook onder gynaecologen nog geen gemeengoed is geworden.

Wanneer men echter zou verwachten dat door mij de sleutel zou worden overhandigd waarmee het probleem der lage rugpijn in belangrijke mate kan worden opgelost, dan kan men alleen maar worden teleurgesteld. Wel zal ik proberen een kort overzicht te geven van enkele situaties op verloskundig en gynaecologisch terrein die niet en die wel als de oorzaken van lage rugpijn of van pijn „uitstralend naar de benen” kunnen worden beschouwd.

De innervatie van het inwendige vrouwelijke genitale apparaat wordt verzorgd door het vegetatieve zenuwstelsel. Van belang zijn de plexus hypogastricus, de plexus ovaricus en de links en rechts naast het ostium uteri internum gelegen ganglia van Frankenhäuser (sympathicus/parasympathicus). De uitwendige genitalia worden verzorgd door het cerebrospinale zenuwstelsel (nervus pudendus, nervus dorsalis clitoridis).

De afferente sensibele vegetatieve zenuwvezels worden onder meer geprikkeld door veranderingen in de spanning in de wand van het orgaan of door contracties van spierfibrillen. Deze prikkels bereiken de hersenschors als regel niet, zij worden in het ruggemerg verwerkt. Slechts indien de onderzonden prikkels sterk zijn, passeren zij de in het ruggemerg aanwezige barrière, zij worden dan als pijn ervaren. De pijn wordt vaak laag in de rug gelokaliseerd. In de verloskunde is het klassieke voorbeeld van de zogenaamde „referred pain” het gevoel dat ontstaat bij het optreden van weeën. Deze pijn begint laag in de rug; zij straalt via de flanken uit naar de onderbuik.

Door *Martius* en *Walther* (1953) zijn de zogenaamde Headsche zones voor uterus en adnexa beschreven. Of de overdracht van viscerale prikkels in het ruggemerg echter zo eenvoudig verloopt als door *Martius* is geschetst, waag ik te betwijfelen. Zeker is dat grote individuele verschillen bestaan wat betreft de drempel welke de barrière in het ruggemerg vormt. Dat een dergelijke overdracht van prikkels soms wel optreedt is echter zeker, gezien de pijn die bij normale weeënactiviteit wordt ondervonden.

Als oorzaken voor lage rugpijn en voor pijn die, al dan niet in de rug beginnend uitstraalt naar de benen, kunnen de volgende mogelijkheden worden genoemd: veranderingen in de statische verhoudingen, „referred pain”, druk op zenuwvezels en ingroei in zenuwvezels.

Tijdens de zwangerschap is de verandering in de lichaamshouding de belangrijkste oorzaak van lage rugpijn. De klacht doet zich in het bijzonder in de tweede helft van de zwangerschap voor. Door het toenemen van de inhoud van de buik verandert het zwaartepunt van het lichaam, met als gevolg een versterkte lendenlordose. Het resultaat is een versterkte bekkenhelling. Bij vele vrouwen geeft deze versterkte lendenlordose aanleiding tot lage rugpijn. De diagnose is door een eenvoudige inspectie van de vrouw in staande houding te stellen. De therapie bestaat uit oefeningen die een onderdeel vormen van de thans algemeen bekende „zwangerschapsgymnastiek”. Tijdens deze oefeningen wordt de vrouw geleerd het bekken te kantelen, waardoor de bekkenhelling minder sterk wordt.

Is de lage rugpijn in de zwangerschap ernstig en progressief, dan dient men te denken aan de mogelijkheid van een spondylolisthesis, een afwijking die

* Voordracht, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus Lendepijn, maart 1968, te Leiden.

niet zelden in de zwangerschap manifest wordt. De vijfde lumbale wervel glijdt langzaam af over het sacrum. De ziekte is vaak familiair, soms is er een trauma in de anamnese.

Naast veranderingen in de statische verhoudingen geeft mogelijk de grotere vochtrijkdom van de gewrichtsbanden aanleiding tot een vermindering van de onderlinge bevestiging der gewrichten. De diagnose kan vaak reeds door inspectie en palpatie worden gesteld. De processus spinosi en de achterrand van het os ilium springen ongewoon ver uit. De ribbeboog ligt te dicht bij de crista ossis ilii. Wanneer men patiënte laat lopen, komt haar gang overeen met die van een koorddanser of van een mannequin. Soms is het noodzakelijk, mede met het oog op te verwachten complicaties tijdens de baring, de diagnose röntgenologisch te verifiëren.

Eveneens van belang is de lage rugpijn als onderdeel van het syndroom van de „insufficiëntia pelvis gravidarum” (*Plate*), een ziektebeeld dat bij 0,8 procent van de zwangeren in meerdere of mindere mate zou voorkomen. Deze insufficiëntia pelvis gravidarum komt meer voor bij multigravidae dan bij primigravidae. De patiënten hebben behalve lage rugpijn ook pijn in de heupen. Zij lopen moeizaam; vooral bij houdingsverandering treden pijnklachten op. Bij onderzoek vindt men drukpijn ter plaatse van de sacro-iliacale gewrichten en op de symfyse. Wanneer men de staande vrouw beurtelings een knie laat optrekken tot ter hoogte van het bekken, dan zakt de corresponderende bekkenhelft naar beneden in plaats van omhoog te gaan (proef van Trendelenburg).

Ter fixatie van het onstabiele bekken ontstaan contracturen van de rugspieren die aanleiding geven tot een versterkte lendenlordose waardoor weer een toeneming van de klachten optreedt. Röntgenonderzoek, toch al bezwaarlijk in de zwangerschap, biedt voor de diagnose weinig houvast. De oorzaak van de insufficiëntia pelvis gravidarum is niet met zekerheid bekend. Een vermeerderde beweeglijkheid van de sacro-iliacale gewrichten en van het symfysegewricht is in de zwangerschap fysiologisch. Mogelijk is, bij daartoe gepredisponeerde vrouwen, de reactie op de hormonale veranderingen in de zwangerschap te sterk. Bij ernstige klachten bestaat de therapie uit bedrust. De prognose is gunstig. Enkele dagen tot weken na de bevalling verdwijnen de klachten. Bij een volgende zwangerschap treedt meestal een recidief op.

„Low back pain” bij zwangeren kan dus vaak worden veroorzaakt door veranderingen in de statische verhoudingen. Soms bestaat er een afwijking in de sacro-iliacale gewrichten of in het lumbosacrale gewricht.

Op gynaecologisch terrein is de samenhang tussen afwijkingen op dit gebied en lage rugpijn vaak veel moeilijker vast te stellen. Ten onrechte wordt, zoals reeds eerder gezegd, een dergelijk verband vaak wel aangenomen waar dit in feite niet bestaat. Kort samengevat kan men een verband tus-

sen afwijkingen op gynaecologisch gebied en lage rugpijn, al dan niet uitstralend naar de benen, aannemen wanneer er sprake is van druk op de zenuwvezels van de plexus lumbosacralis of indien er, als gevolg van een maligne proces, een ingroei bestaat in deze zenuwvezels. De druk kan worden uitgeoefend door goedaardige of kwaadaardige gezwellen. Soms spelen lymfeklierpakketten een belangrijke rol. Dit geldt in het bijzonder voor de lymfeklieren in het gebied van de fossa obturatoria.

Het is noodzakelijk om eerst in te gaan op een „afwijking” op gynaecologisch gebied waarvan nog steeds ten onrechte veelvuldig wordt aangenomen dat deze een belangrijke oorzaak voor lage rugpijn is, namelijk de retroflexio-versio uteri. Bij het blanke ras ligt de uterus bij ongeveer twintig procent van de geslachtsrijpe vrouwen in retroflexie, een situatie die tot voor kort als oorzaak van talloze klachten, bijvoorbeeld steriliteit, menorrhagieën en lage rugpijn, werd beschouwd.

Uit het onderzoek van *Van Ravesteyn* is duidelijk gebleken dat bij retroflexio uteri geen pathologische situatie bestaat, maar dat hier veeleer van een antropologisch kenmerk moet worden gesproken. Uit zijn onderzoek bij 370 gezonde niet-zwangere vrouwen in Bandoeng bleek, dat de uterus bij vrouwen zonder klachten in 88 procent van de gevallen in retroflexie lag. Het in anteflexie liggen van de uterus kon in deze streek worden beschouwd als een waarschijnlijk zwangerschapsteken. De bevindingen van *Van Ravesteyn* waren overigens een bevestiging van die van *Stratz*, *Eerland* en *Van Lankeren*. Bij het blanke ras kan de retroflexio uteri een onderdeel zijn van de asthenische habitus.

Operatieve therapie van de mobiele retroflexio uteri ter opheffing van klachten over lage rugpijn heeft geen enkele zin. De lage rugpijn die soms een onderdeel uitmaakt van de dysmenorrhoea kan men moeilijk verklaren. Mogelijk is het een „referred pain” bij abnormaal sterke contracties van de uterus tijdens de menstruatie.

Belangrijk is de lage rugpijn als onderdeel van de zogenaamde „pelvic congestion”, een syndroom dat men het beste als een psychosomatische aandoening kan beschouwen. De namen die aan dit syndroom worden gegeven zijn bijna even talrijk als het aantal symptomen dat erbij hoort. Aran beschreef als eerste dit syndroom in 1858, onder de naam „congestion utérine”. Anderen spreken van metritis chronica, parametritis chronica, subinvolutio uteri, sclerocystische oöphoritis, neuritis van het ligamentum latum, enzovoort. De symptomen zijn onder andere lage rugpijn, pijn in de onderbuik, dysmenorrhoea, frigiditeit, menorrhagieën en fluor albus.

Van de zestig patiënten die ik achtereenvolgens in de jaren 1959 tot en met 1961 met dit syndroom onder behandeling kreeg, was bij twintig patiënten lage rugpijn de voornaamste klacht. Bij de overige

veertig patiënten bestond wel lage rugpijn, doch dit was niet de hoofdklacht. Zoals de meeste patiënten die dit syndroom vertonen, waren ook deze zestig vrouwen veelvuldig ten offer gevallen aan bistouri of curette. In het totaal waren deze zestig patiënten 129-maal geopereerd (zonder resultaat), terwijl 66-maal een diagnostische, casu quo „therapeutische” curettage werd verricht (tabel 1). Een en ander vormt een duidelijke aanwijzing dat men met deze wijze van therapie niet op de juiste weg is.

De voorafgaande operatieve „therapie” bij genoemde zestig patiënten met „pelvic congestion” bestond uit de volgende ingrepen (tabel 1).

Tabel 1. Aard en aantal operatieve ingrepen bij zestig patiënten met „pelvic congestion”.

Aard ingrepen	Aantal
Operaties aan de genitalia interna (63):	
Operaties aan de adnexa	11
Retroflexie-operaties	36
Supravaginale uterusamputaties	10
Uterusextirpaties	6
Andere operaties (66):	
Appendectomie	33
Proeflaparotomieën	9
Extirpatie van de galblaas	11
Losmaken van vergroeiingen	10
Orthopedische operaties	3
Curettagés	66
Totaal aantal ingrepen	195

Er moet worden opgemerkt dat het syndroom van de „pelvic congestion” praktisch niet wordt gezien in de postmenopauze. Het is een ziekte van de geslachtsrijpe vrouw. Het anatomische substraat is wisselend; vrijwel steeds ziet men bij de operatie een veneuze stuwning in het kleine bekken, die zich onder meer uit in een zogenaamde „tijgertekening” van de uterus. Bij het vaginale onderzoek vindt men een gelijkmatig vergrote uterus die pijnlijk is bij betasten. De uterus ligt vaak in retroflexie en/of retroversie. Bij het rectale onderzoek is het betasten van de parametranale weefsels pijnlijk. De buikwand wordt veelvuldig ontsierd door littekens.

De therapie moet een psychotherapie zijn. Deze kan zeer goed door de huisarts, geschoold in eenvoudige psychotherapie, worden uitgevoerd. Verandering van onjuiste levensgewoonten, gezonde beleving van de seksualiteit en behandeling van afwijkingen die kunnen aanleiding geven tot een hyperemie van het kleine bekken, is daarbij bovendien van groot belang. Bij de uitvoering van de ziektewet zijn het vaak deze vrouwen die ons voor bijzonder moeilijke problemen kunnen stellen.

Benigne aandoeningen op gynaecologisch terrein die tot lage rugpijn aanleiding kunnen geven zijn

uit de aard der zaak tumoren die op zenuwvezels drukken. Myomen en ovariumtumoren kunnen, vooral indien zij zijn ingeklemd in het kleine bekken, dergelijke klachten geven. Zij zullen bij eenvoudig gynaecologisch onderzoek kunnen worden gevonden. Wanneer deze goedaardige tumoren niet in het kleine bekken liggen, dient men uiterst terughoudend te zijn met het leggen van een verband tussen de gevonden afwijking en de klacht van patiënte. Reeds ontelbaar vele vrouwen werden geopereerd voor een kleine, geheel onschuldige uterus myomatosus zonder dat de lage rugpijn verdween. Bij zeer grote tumoren kan door verandering in de statische verhoudingen, juist zoals bij een zwangerschap door een versterkte lendenlordose lage rugpijn ontstaan. Uit de aard der zaak is bij het vermoeden op een ovariumtumor of bij een grote of snel groeiende uterus myomatosus een operatie om geheel andere redenen aangewezen.

Bij prolapsus vaginae moet men eveneens voorzichtig zijn met het leggen van een oorzakelijk verband. Patiënten met een zeer grote cystocèle of rectocèle zijn niet zelden zonder rugklachten. Voor twee typen van prolaps moet men een uitzondering maken. In de eerste plaats de prolapsus uteri die mogelijk door trek aan de banden als „referred pain” lage rugpijn kan geven. Ook bij hernia van het cavum Douglasi, die de gynaecoloog meestal wordt gepresenteerd als een rectocèle, is lage rugpijn vaak de belangrijke klacht. Bij deze hernia is sprake van het uitstulpen van het peritoneum van het cavum Douglasi met als breukpoort de ruimte tussen de ligamenta sacro-uterina. Mogelijk speelt de hierbij optredende rekking van de ligamenta sacro-uterina en/of de tractie aan het mesenterium van de uitzakkende darm een rol bij het optreden van lage rugpijn.

Tenslotte moet op nog een andere goedaardige aandoening in het kleine bekken worden gewezen, namelijk de endometriose. Hetzij door sterke fibrosering rondom de endometriosehaarden in het kleine bekken, hetzij door druk van lymfeklieren die endometriumweefsel bevatten, kan deze aandoening lage rugpijn veroorzaken. Indien met zekerheid sprake is van een endometriose, zal men in eerste instantie trachten het proces te beïnvloeden door het geven van progestativa.

De maligne tumoren van uterus en adnexa kunnen door druk, door ingroei of door metastasevorming in het gebied van de plexus lumbosacralis of in een van de wervels lage rugpijn, al dan niet uitstralend naar een of beide extremiteiten, veroorzaken. Berucht zijn de metastasen in en nabij het foramen obturatorium. Deze metastasen zijn bij gynaecologisch onderzoek gemakkelijk te voelen. Vooral het rectale onderzoek is daarbij van belang.

Lage rugpijn met uitstralende pijn naar het been is bij maligne processen een somber voorteken. De prognose is dan veelal infaust. Helaas komt het

nogal eens voor dat dit symptoom pas de reden voor de patiënte is om de arts te raadplegen.

Door mij werd in het kader van dit artikel meer gezegd over afwijkingen op het gebied der verloskunde en gynaecologie die geen verband houden met lage rugpijn, dan over toestanden waarbij een dergelijk verband mogelijk wel bestaat. Daar dit verband vaak ten onrechte wordt gelegd scheen mij een en ander nuttig toe. Voor de gedragslijn bij een patiënte met lage rugpijn zou ik de volgende regels willen noemen.

Indien de arts geen zeker verband ziet tussen een afwijking op gynaecologisch gebied en lage rugklachten dient hij de patiënte, alvorens een bepaalde therapie in te stellen, eerst door andere deskundigen te laten onderzoeken, bijvoorbeeld door een orthopedisch chirurg en door een reumatoloog. Indien de reumatoloog of de orthopedisch chirurg geen zekere oorzaak vindt voor de lage rugklachten, dan dient steeds een deskundig onderzoek op het vóórkomen van gynaecologische afwijkingen te geschieden.

Tot elke prijs moet worden voorkomen dat patiënten met lage rugpijn onder behandeling blijven van de gynaecoloog wanneer er geen verband bestaat tussen een onschuldige afwijking op gynaecologisch gebied en de lage rugpijn. Helaas komt dit nog maar al te vaak voor. Wat er dan met een

dergelijke patiënte gebeurt, werd reeds tachtig jaar geleden bijzonder goed beschreven door *Clifford Abbot* (1884, citaat Baird): „She is entangled in the net of the gynaecologist, who finds her uterus like her nose, is a little on one side, or again like that organ, is a little bit running . . so that the unhappy viscus is impaled upon a stem or perched upon a prop, or is painted with carbolic acid every week . . Her mind thus fastened to a more or less nasty mystery becomes newly apprehensive and physically introspective, and the morbid chains are rivited more strongly than ever”.

Voor de huisarts ligt hier een belangrijke taak. Hij dient ervoor te waken dat een dergelijke situatie zich niet ontwikkelt.

- Baird, D. Combined textbook of obstetrics and gynaecology. Livingston Ltd., London, 1950.
Eerland, L. D. (1932) Ned. T. Verlosk. 35, 8.
Kelly, H. A. Medical gynecology, Appleton, New York, 1912.
Lankeren, C. van. Academisch proefschrift, Leiden, 1938.
Martius, H. Die Kreuzschmerzen der Frau, Thieme, Stuttgart, 1953.
Plate, W. P. (1955) Ned. T. Geneesk. 99, 2266.
Ravesteyn, Th. L. W. van (1958) Ned. T. Geneesk. 102, 1584.
Ravesteyn, Th. L. W. van (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 444.
Stratz, C. H. (1891) Ned. T. Verlosk. 3, 47.

Antimicrobiële behandeling van luchtweginfecties bij CARA-patiënten*

DOOR DR. R. J. DJAJADININGRAT

Voor antimicrobiële therapie komen in aanmerking patiënten met infecties met bacteriën, verscheidene virussen en *Mycoplasma pneumoniae*.

Het is niet altijd eenvoudig vast te stellen wanneer een indicatie bestaat voor antibacteriële behandeling. Enerzijds weet men uit ervaring dat de ernst van een exacerbatie gunstig kan worden beïnvloed indien bepaalde bacteriële infecties adequaat worden bestreden. Anderzijds is bekend dat bepaalde micro-organismen in het sputum kunnen vóórkomen zonder dat er sprake is van een duidelijke verergering van de klinische symptomen.

In het sputum van CARA-patiënten kunnen verscheidene bacteriën voorkomen. Een maatstaf voor hun virulentie is het vermogen pus in het sputum te doen verschijnen. Aangetoond is dat *Haemophilus influenzae* en pneumokokken veel vaker in purulent sputum dan in mucoïd sputum voorkomen. Ongetwijfeld worden ook wel andere micro-organismen in purulent sputum gevonden, maar de correlatie infectie-purulent sputum is, voorzover is

Samenvatting. De antibacteriële behandeling van exacerbaties van chronische bronchitis is over het algemeen gericht tegen pneumokokken en *Haemophilus influenzae*. Na virusinfecties en bij mucoviscidosis moet men ook denken aan *Staphylococcus aureus* als oorzakelijk agens. Virusinfecties zijn — uitgezonderd infecties met het psittacosis-ornithosis virus — thans nog niet gericht te behandelen wanneer de klinische verschijnselen reeds aanwezig zijn.

nagegaan, veel geringer. Bij deze andere bacteriën zal veel vaker sprake zijn van een superinfectie, waarbij hun aanwezigheid eerder een saprofytair dan een invasief karakter heeft.

Niettemin kan ook bij *Haemophilus influenzae* en bij pneumokokken van een zeker dragerschap worden gesproken, met name wanneer zij worden aangetroffen in mucoïd sputum. Voor een dragerschap zou bovendien pleiten de afwezigheid van bepaalde tegen deze micro-organismen gerichte antilichamen in het bloed. In het bijzonder bij deze

* Voordracht, gehouden tijdens de cursus CARA van huisartsen, Rotterdam, oktober 1968.