

# Nerveus-functionele klachten onder in de buik bij vrouwen

DOOR E. W. LOENDERSLOOT, VROUWENARTS\*

## INLEIDING

Het komt niet vaak voor, dat een artikel dertien jaren na het verschijnen nog niets aan actualiteit heeft ingeboet, vooral niet als het om een probleem gaat waarmee iedere huisarts regelmatig wordt geconfronteerd. Toch geldt dit zonder meer voor de klinische les „Pijn in de onderbuik”, welke *Kloosterman* in 1963 schreef. De daarin aangestipte fouten bij de diagnostiek en behandeling van nerveus-functionele klachten onder in de buik bij vrouwen worden nog dagelijks gemaakt.

Voor de gynaecoloog is pijn onder in de buik een van de meest frequente verwijzindicaties en, evenals bij *Kloosterman*, wordt ook nu nog bij de meerderheid van deze patiënten geen anatomische oorzaak gevonden. Dit alleen al zou een dieper ingaan op deze nerveus-functionele klachten onder in de buik bij de vrouw rechtvaardigen, terwijl dat nog versterkt wordt door het feit, dat het niet herkennen van deze aandoening vaak leidt tot niet gerechtvaardigde operaties met alle gevaren vandien, welke dan ook nog (vanzelfsprekend) meestal geen verbetering geven.

Onder deze operaties neemt bij jonge vrouwen de appendectomie duidelijk de „ereplaats” in. In Engeland blijkt bijvoorbeeld dat het aantal appendectomieën bij twintigjarige vrouwen tweemaal zo hoog is als bij hun mannelijke leeftijdsgenoten, terwijl het aantal gevallen van appendicitis bij beide geslachten gelijk is (*Lee*). Op latere leeftijd betreft het vooral allerhande slecht- of niet-geïndiceerde gynaecologische ingrepen, zoals retroflexie-operatie, prolapsplastiek, adnex- en/of uterusextirpatie.

## CASUÏSTIEK

Patiënte A. is een zevenentwintigjarige moeder van twee kinderen met een onbelaste voorgeschiedenis. Als contraceptivum had zij na de geboorte van haar jongste kind sinds anderhalf jaar een spiraaltje, dat goed beviel. In de laatste maand voor opname had zij in toenemende mate last gekregen van pijn onder

in de buik, voornamelijk rechts gelokaliseerd, die tenslotte de gehele dag aanwezig bleef en een zeurend karakter had met soms „weënachtige” aanvallen. Misselijkheid, braken of defaecatiestoornissen waren er niet; wel moest patiënte vaker urineren, zonder dat overigens de mictie zelf erg pijnlijk was; na afloop van de mictie was de pijn ook niet minder. De pijn hield geen verband met de menstruele cyclus; de menstruaties waren ook niet heviger dan tevoren en ook was er geen tussentijds bloedverlies geweest. Temperatuur was nooit hoger dan 37.8° C.

In verband met haar klachten bezocht patiënte haar huisarts, die – gezien het spiraaltje – een gynaecologisch onderzoek verrichtte: het draadje van het spiraaltje kwam normaal uit het ostium externum, er was een heldere cervicale slijmprop en geen fluor vaginalis. Bimanueel onderzoek was pijnlijk en reflectoïer werden de buikspieren aangespannen, zodat het niet goed mogelijk was vast te stellen of er afwijkingen van de uterus of adnexa bestonden. Beweging van de portio was pijnlijk en ook bestond er opdrukpijn naast de uterus. Onderzoek van de urine leverde geen afwijkingen op, met name geen tekenen van een urineweginfectie of hematurie. De diagnose van de huisarts was „beginnende salpingitis” en de behandeling bestond uit bedrust en antibiotica. Twee dagen na dit onderzoek kreeg patiënte weer een hevige pijnaanval, maximaal rechts onder en uitstralend in de gehele onderbuik, rug en bovenbenen. Patiënte kon zich tijdens deze pijnaanval niet bewegen en was „misselijk” van de pijn; braken deed zij echter niet; mictie en defaecatie waren tevoren en nadien normaal.

Aangezien deze aanval in het weekend plaatsvond werd patiënte door een waarnemer gezien, die bij onderzoek drukpijn vond ter plaatse van het punt van MacBurney. Gezien de voorgeschiedenis leek een appendicitis acuta het meest waarschijnlijk en patiënte werd met spoed opgenomen.

Bij opname in het ziekenhuis was het beeld al weer geheel veranderd. Patiënte had veel minder pijn, bewoog de buik bij

---

**Samenvatting.** Nerveus-functionele klachten onder in de buik bij vrouwen. Chronische pijn onder in de buik bij vrouwen is een zeer veel voorkomende klacht. Slechts in een minderheid der gevallen worden zodanige afwijkingen gevonden, dat de klachten daarvoor kunnen worden verklaard. In vele gevallen blijkt er sprake te zijn van nerveus-functionele klachten. In de praktijk blijkt dat niet zelden toch ongerechtvaardigde operatieve ingrepen worden verricht, vanzelfsprekend zonder dat de patiënten hiervan baat ondervinden. De problematiek bij het stellen van de diagnose wordt toegelicht aan de hand van de geschiedenis van drie patiënten.

---

zuchten normaal en bij uitwendig onderzoek ontbraken tekenen van peritoneale prikkeling; de peristaltiek was geheel normaal. Bij rectaal en vaginaal bimanueel onderzoek was druk achter en naast de uterus zeer pijnlijk. De temperatuur bleek 37.8° C te zijn.

Deze bevindingen deden de chirurg ernstig twijfelen aan de opname-diagnose, wat werd versterkt door de laboratorium-uitslagen: leukocyten 5600/mm<sup>3</sup>, normale differentiatie, bezinkingssnelheid van de erythrocyten 8 mm/uur, urine zonder afwijkingen.

Besloten werd de gynaecoloog te consulteren, die bij bimanueel vaginaal onderzoek behalve de drukpijn vooral rechts naast de uterus geen afwijkingen vond en als diagnose stelde mogelijk steeldraai van het rechter adnex, eventueel zeer jonge extra-uteriene graviditeit (de laatste menstruatie was 3 1/2 week tevoren begonnen).

Vooralsnog werd besloten nog niet operatief in te grijpen, maar patiënte verder te observeren. Tijdens de nacht deden zich geen bijzonderheden voor, maar de volgende ochtend kreeg patiënte weer eenzelfde pijnaanval; de temperatuur was nu 37.9° C, de laboratorium-uitslagen waren nauwelijks veranderd. In overleg tussen chirurg en gynaecoloog werd nu besloten tot een laparotomie; resultaat: geen afwijkingen, een gezonde appendix werd verwijderd.

Het post operatieve beloop was zonder bijzonderheden. Juist voor ontslag kreeg patiënte echter weer eenzelfde pijnaanval onder in de buik. Aangezien

\* St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem

de chirurg vermoedde dat deze pijn aanval gezien de volkomen normale bevindingen bij de operatie wel door het spiraaltje moest zijn veroorzaakt, verwees hij patiënte wederom naar de gynaecoloog.

Door omstandigheden werd patiënte ditmaal door een andere gynaecoloog onderzocht, die bij deze zeer pijnlijke, niet zieke (temperatuur 37,3° C), zeer verontruste vrouw, ook nu in speculo geen bijzonderheden zag. De menstruatie, die direct na de laparotomie was begonnen, bleek bijna afgelopen; de draadjes van het spiraaltje waren normaal zichtbaar. Het inwendig onderzoek vond nu echter aanvankelijk niet bimanueel, maar uitsluitend vaginaal plaats: bij voorzichtig opdrukken en bewegen van de portio gaf patiënte nu weinig pijn aan, voorzichtig voelen naast de uterus was evenmin pijnlijk, abnormale weerstanden werden niet gevoeld. Wel was druk achter de baarmoeder ter plaatse van de – duidelijk gespannen, maar overigens normale – sacro-uteriene banden pijnlijk. Voorzichtig werd nu de uitwendige hand in de mediaanlijn halverwege de navel-symphyse gelegd. Betasten met lichte druk van de uterus tussen de in- en uitwendige hand was niet pijnlijk; de uterus was overigens normaal van vorm en grootte. Zodra echter de uitwendige hand terzijde op de rechter of linker musculus rectus werd geplaatst en de buikwand hier – ruim verwijderd van het appendectomie-litteken – tussen de vingers werd ingedrukt, gaf de patiënte een hevige pijnreactie aan. Bij navraag gaf zij toe dat dit nu precies de pijn was welke zij steeds had gevoeld.

Door patiënte zelf te laten voelen, dat de pijn uitsluitend in de buikwand was gelokaliseerd, kon zij ervan worden overtuigd dat er niets ernstigs aan de hand was met haar inwendige genitalia, een angst die zij steeds bleek te hebben gehad.

#### WELKE FOUTEN WAREN ER BIJ DEZE PATIËNTE GEMAAKT?

Ten eerste was de door de huisarts aanvankelijk gestelde diagnose „beginnende salpingitis” niet gerechtvaardigd. Weliswaar is de kans hierop bij een spiraaltje in utero vergroot, maar het ontbreken van koorts maakte de diagnose bepaald onwaarschijnlijk. Dat de waarnemende huisarts patiënte liet opnemen gezien de voorgeschiedenis en de peritoneale prikkelingsverschijnselen is begrijp-

kelijk, evenals de twijfel aan de diagnose „acute appendicitis” bij opname.

De (veel gemaakte) fout, welke daarop bij onderzoek werd gemaakt, was dat het gynaecologisch onderzoek direct bimanueel plaatsvond: elk inwendig onderzoek bij een patiënte met pijn onder in de buik moet beginnen met uitsluitend een voorzichtig vaginaal onderzoek, pas daarna mag de uitwendige hand worden gebruikt! Was het onderzoek op deze wijze uitgevoerd dan had een laparotomie kunnen worden voorkomen. Op deze wijze hadden verdachte afwijkingen naast de uterus uitgesloten kunnen worden en dientengevolge ook aandoeeningen als buitenbaarmoederlijke zwangerschap of een getordeerd adnex.

De „oorzaak” bleek te zijn geweest patiënte's angst voor een maligne aandoening van de uterus, iets waarmee zij juist in de kennissenkring was geconfronteerd. Ook had zij angst voor het spiraaltje, vooral door verhalen in de kennissenkring, terwijl de diagnose van de huisarts „lichte ontsteking van de baarmoeder en de eileiders” haar nog extra ongerust had gemaakt.

Deze patiënte bleek door het onderzoek, waarbij de pijn alleen in de buikwand en de sacro-uteriene banden bleek te zijn gelokaliseerd, voldoende gerustgesteld waarna de klachten verdwenen, iets wat overigens zeker niet altijd het geval is.

#### CASUÏSTIEK

Patiënte B. is een 41-jarige moeder van drie kinderen met in de voorgeschiedenis uitsluitend een appendectomie op dertienjarige leeftijd. Na de geboorte van haar jongste kind had zij gedurende ruim acht jaar de pil gebruikt. Het laatste jaar had zij in toenemende mate last gekregen van een opgezet gevoel in de buik, lusteloosheid en bij navraag ook libidoverlies. Gezien deze klachten had de huisarts een „lichtere” pil voorgeschreven, overigens zonder dat dit verbetering van de klachten had gegeven. De laatste maand voor opname kreeg ook deze patiënte dezelfde pijn als patiënte A.; in haar geval nog gecompliceerd door duidelijk opzetten van de buik en hevige hoofdpijn.

Bij onderzoek vond de huisarts een wat vergrote onregelmatige pijnlijke uterus en verwees hij patiënte naar de gynaecoloog. Deze vond bij onderzoek een normale uterus met rechts een walnootgrote uitbocht en stelde als diagnose: uterus myomatosus. Aan patiënte werd

verteld, dat zij een „vleesboom” had, zonder dat hierbij werd gezegd dat een dergelijke kleine uterus myomatosus op haar leeftijd niets bijzonders had te betekenen.

Het specialistisch onderzoek had patiënte eerder meer dan minder ongerust gemaakt en toen de pijnklachten nog heviger werden, drong zij bij een volgend consult sterk aan op een operatie. Aan haar verzoek werd gehoor gegeven en er volgde een vaginale uterusextirpatie, waarbij een uterus met uitsluitend een walnootgroot subsereus myoom werd verwijderd. Het post operatieve beloop werd gecompliceerd door een vaginatopabces, waardoor de opnameduur na de operatie vier weken bedroeg en patiënte moest worden behandeld met ultrakortegolf-bestraling. Spoedig na de operatie recideerden de pijnklachten en gezien het gecompliceerde post operatieve beloop werd aan adhesies gedacht en volgde wederom een ultrakortegolfkuur; zonder succes evenwel.

Hierna volgden enkele maanden waarin patiënte niet meer naar de huisarts of naar de gynaecoloog ging – „die immers toch niets konden doen” – en de pijn aanvallen met grote hoeveelheden analgetica bestreden. Vooral op aandrang van haar zeer bezorgde huisgenoten verzocht patiënte uiteindelijk naar een andere gynaecoloog te worden verwezen. Bij uitwendig onderzoek bleek er drukpijn zowel links als rechts onder in de buik, nog versterkt als patiënte verzocht werd de buikspieren aan te spannen. In speculo bleek de vaginatop fraai genezen en er was geen fluor vaginalis. Bij uitsluitend voorzichtig vaginaal onderzoek werden geen abnormale weerstanden gevoeld, ook was er geen opdrukpijn boven of naast de vagina. Bij bimanueel onderzoek was ook weer bij deze patiënte een sterke drukpijn van de buikwand. Door patiënte te demonstren dat de pijn uitsluitend hierin was gelokaliseerd en haar de onschuldigheid van deze aandoening uit te leggen, werd geprobeerd haar gerust te stellen. De logische vraag van patiënte was hierop: „Dus eigenlijk was die hele operatie niet nodig geweest?”. Een dergelijke vraag geeft altijd grote gewetensproblemen: beamen – wat gezien de door de huisarts bijgevoegde ontslagbrieven volkomen juist was – veroorzaakt immers een verminderen van het vertrouwen in „de medische stand”. Niettemin moet de vraag in het belang van de patiënte worden beaamd, want pas dan zal zij er werkelijk

van overtuigd zijn, dat er niets aan de hand is!

#### DIAGNOSTIEK

Uit deze ziektegeschiedenissen zou ten onrechte de conclusie kunnen worden getrokken, dat het stellen van de diagnose nerveus-functionele klachten onder in de buik erg eenvoudig is. Dit is zeker niet het geval. Ten eerste zullen anatomische oorzaken van pijn onder in de buik moeten worden uitgesloten, met name endometriose en in mindere mate (sub)chronische adnexitis, alhoewel deze laatste aandoening in de meeste gevallen geen aanleiding tot pijn geeft.

Vooraf het uitsluiten van endometriose is vaak moeilijk: enerzijds vond *Renaer* bij 15 procent van zijn patiënten met chronische pijn onder in de buik endometriose, anderzijds is bekend dat zeker 25 procent van de patiënten met endometriose geen enkele klacht heeft, terwijl ook de mate van pijn dikwijls in geen enkele verhouding staat met de gevonden afwijkingen. Zo geven sommige grote endometriose („chocolade”)-cysten van de ovaria helemaal geen pijn, terwijl een enkele gerstekorrelgrote haard in de sacro-uteriene band vaak aanhoudende pijn kan veroorzaken. In het algemeen kan worden gesteld, dat een aanzienlijk percentage van de endometriosehaarden geen pijn geeft, zodat het vinden van een voor endometriose verdachte afwijking zeker niet zonder meer aansprakelijk mag worden gesteld voor de klachten. Een proefbehandeling met gestagenen is in deze gevallen echter zeker gerechtvaardigd.

Bij twijfelgevallen kan ook laparoscopie een oplossing bieden. Deze relatief kleine ingreep maakt het veelal mogelijk om goed de genitalia interna te inspecteren. Bij patiënten met chronische klachten onder in de buik bij wie laparoscopie werd verricht, vond *Beerthuizen* in 54,5 procent afwijkingen, waarbij echter moet worden aangetekend dat slechts in ongeveer de helft van de gevallen deze afwijkingen ook zodanig waren dat zij de pijnklachten konden verklaren.

Hoe voorzichtig men moet zijn met het stellen van de diagnose nerveus-functionele buikklachten blijkt uit de volgende ziektegeschiedenis.

Patiënte C., een 24-jarige moeder van twee kinderen, had als contraceptivum sinds twee jaar een Dalkon schild. Klachten had zij nimmer. De menstruele cyclus was altijd regelmatig; de laatste ogenschijnlijk normale menstruatie begon

een week voor haar eerste controle op de gynaecologische polikliniek. Patiënte werd door de huisarts met spoed verwezen wegens acute, hevige pijn onder in de buik van koliekachtig karakter.

Bij onderzoek van deze jonge vrouw, bleek de temperatuur niet verhoogd, de buik was soepel, bij voorzichtig vaginaal en rectaal onderzoek bleek de uterus normaal van grootte, er was geen slingerpijn van de portio en naast en achter de uterus werden geen abnormale weerstanden gevonden. Wel bleken de sacro-uteriene en ronde banden van de uterus opvallend pijnlijk. Bij speculumonderzoek was het draadje van het spiraaltje normaal zichtbaar; er was geen fluor vaginalis. Laboratoriumonderzoek leverde geen afwijkingen op.

Het spiraaltje werd vervolgens verwijderd en patiënte werd gerustgesteld. Drie dagen later kwam patiënte evenwel met dezelfde klachten terug; ook nu was bij onderzoek niets afwijkends te vinden en waren de laboratoriumuitslagen onveranderd. Aangezien patiënte aangaf dat de pijn vooral naar de rug en de anaalstreek trok, werd ook de chirurg geconsulteerd. Deze vond evenmin afwijkingen en stelde als diagnose „proctalgia fugax” en adviseerde nog het laten maken van een colon-inloop-foto.

Weer twee weken later belde de huisarts op met het advies patiënte op te nemen, aangezien wederom een soortgelijke aanval was opgetreden. De huisarts kende patiënte goed en naar zijn mening was er bij haar geen sprake van nerveus-functionele klachten. Het advies werd vanzelfsprekend opgevolgd, maar bij onderzoek werden ook ditmaal geen afwijkingen gevonden. De menstruatie was net begonnen, hetgeen klopte met de cyclus. Ook laboratoriumonderzoek was nu weer zonder bijzonderheden. Besloten werd tot een diagnostische laparoscopie en patiënte verzocht om gelijktijdige sterilisatie. Tot onze grote verrassing bleek er sprake van een nog intacte walnootgrote tubaire zwangerschap rechts; in de buikholte was vrijwel geen bloed aanwezig. Bij laparotomie werd vervolgens de rechter tuba verwijderd en de linker tuba geligeerd.

Alhoewel de relatieve kans op een buitenaar moederlijke zwangerschap bij een spiraaltje in utero aanzienlijk vergroot is (*Kloosterman*, 1973), was hieraan bij deze patiënte niet gedacht, doordat bij herhaling was aangegeven, dat de laatste menstruatie volkomen normaal van karakter was geweest en ook op het

normale tijdstip was begonnen (slechts een week voor haar eerste bezoek op de polikliniek). Na afloop blijkt er dus toch sprake te zijn geweest van een deciduale bloeding bij een reeds bestaande tubaire zwangerschap!

#### CONCLUSIE

Nerveus-functionele klachten onder in de buik komen bij vrouwen op alle leeftijden frequent voor. Met het stellen van de diagnose moet men overigens uiterst voorzichtig zijn: normale bevindingen bij (voorzichtig) uitgevoerd gynaecologisch onderzoek en normale bevindingen bij oriënterend laboratoriumonderzoek (urine: albumen, reductie en sediment; bloed: bezinkingssnelheid van de erythrocyten, leukocytenaantal en differentiatie) zijn een voorwaarde.

Veelal verdwijnen de klachten als men de patiënte heeft uitgelegd, dat de oorzaak van de klachten is gelegen in de buikwandmusculatuur en/of de banden van de uterus en dat er met name geen afwijkingen van de uterus zelf, de tubae of de ovaria bestaan.

Recidiveren de klachten evenwel, dan verdient het aanbeveling laparoscopie te verrichten, waarbij niet zelden onverwachte afwijkingen worden gevonden. Tegenover grotere operatieve ingrepen, zoals een appendectomie zonder dat duidelijk ontstekingsverschijnselen aanwezig zijn, een retroflexieoperatie en zeker extirpatie van uterus en/of adnexa dient grote terughoudendheid in acht te worden genomen.

*Summary. Functional nervous lower abdominal complaints in women. Chronic lower abdominal pain is a very common complaint in women. Only in a minority of cases are lesions found which can explain the complaints. In many cases these complaints are functional nervous manifestations. Nevertheless, actual practice shows that unwarranted surgical interventions are not infrequently performed, of course without benefit to the patient. The problems of diagnosis in these cases are discussed with reference to the case histories of three patients.*

Beerthuizen, R. J. C. M. (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 1292-1297.

Kloosterman, G. J. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 101-107.

Kloosterman, G. J. Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie, Unieboek, Bussum, 1973.

Lee, J. A. (1961) Lancet II, 815-817.

Renaer, M. J. Chronische pijn in de gynaecologische praktijk. Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde, deel 62, Stafleu, Leiden, 1971.