



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Women in pain : the course and diagnostics of chronic pelvic pain

Weijnenborg, P.T.M.

Citation

Weijnenborg, P. T. M. (2009, December 9). *Women in pain : the course and diagnostics of chronic pelvic pain*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/14499>

Version: Corrected Publisher's Version

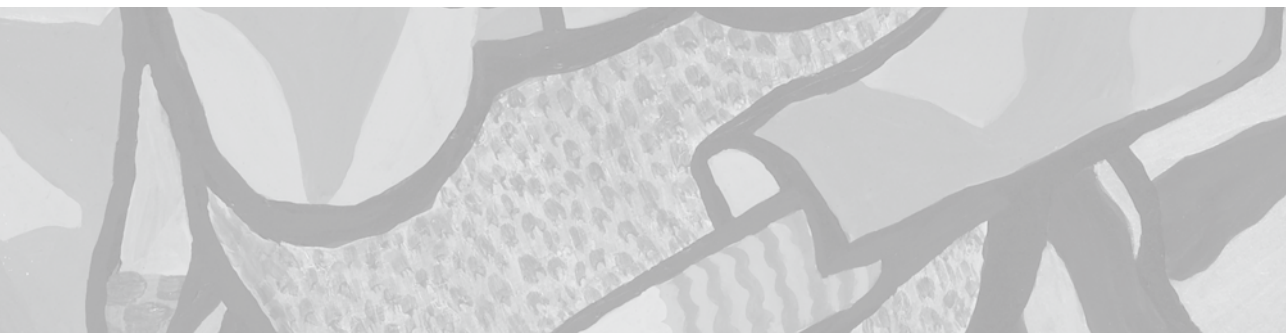
License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/14499>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Women in PAIN

Nederlandse samenvatting



Een vrouw krijgt de diagnose ‘chronisch buikpijn’ (CBP) wanneer zij minstens 3 opeenvolgende maanden incidenteel of continu last heeft van buikpijn¹. In dit proefschrift wordt met name ingegaan op pijn in de onderbuik, die niet alleen toegeschreven kan worden aan de menstruatie (dysmenorroe) of aan seksuele activiteit (dyspareunie).

Hoofdstuk 1: Inleiding

In de algemene bevolking rapporteert 15 tot 25 procent van alle vrouwen desgevraagd klachten van pijn in de onderbuik, die langer dan 6 maanden bestaan. Van alle vrouwen die jaarlijks een huisarts bezoeken, meldt 3.7 procent last te hebben van dergelijke buikpijnklaften, een percentage dat vergelijkbaar is met jaarcijfers voor astma (3.8%) en rugpijn (4.1%). Slechts 40 procent van deze vrouwen wordt verwezen naar een medisch specialist. Gynaecologen zien in hun spreekkamer dus een selecte groep van alle vrouwen met langdurige pijnklachten in de onderbuik.

Bij een consult vanwege CBP wordt een anamnese afgenomen, wordt lichamelijk onderzoek uitgevoerd en indien nodig vervolgonderzoek ingezet zoals laboratorium bepalingen, echografie, CT-scan of MRI. De meest voorkomende gynaecologische verklaringen voor CBP zijn endometriose² en adhesies (verklevingen). Om deze afwijkingen adequaat te kunnen vaststellen, is het meestal noodzakelijk een diagnostische laparoscopie (kijkoperatie) te verrichten. Uit onderzoek komt echter naar voren dat bij ongeveer 40 procent van de vrouwen met CBP tijdens laparoscopie geen pathologie wordt gevonden die de klachten zou kunnen verklaren. Wanneer wel een afwijking wordt gezien, blijkt deze bovendien lang niet altijd samen te hangen met de ernst of met de lokalisatie van de pijn. Ook kan een afwijking gevonden worden bij vrouwen zonder buikpijn. Kortom, wanneer met laparoscopie bij een vrouw met CBP een afwijking wordt vastgesteld, is dit vaker een toevallsbevinding dan een verklaring voor haar klachten.

Veel vrouwen met CBP worden fysiek en mentaal gehinderd door hun klachten, wat leidt tot een verminderde kwaliteit van leven vaak in combinatie met relatief hogere scores op angst en depressieve klachten. Ook rapporteren zij meer lichamelijke beperkingen en meer seksuele problemen dan vrouwen zonder pijn. Daarbij melden vrouwen met CBP ook vaker dan vrouwen zonder pijn, dat zij in het verleden seksueel en fysiek misbruikt zijn.

Het effect op pijn van zowel medicamenteuze als chirurgische behandelingen bij CBP vrouwen is in verschillende onderzoeken geëvalueerd. Uit een recent systematisch overzicht van deze studies kwam naar voren dat slechts een enkele behandeling effectief was. Ook kon niet vastgesteld worden welke behandeling het meest effectief was om pijnklachten te verminderen, omdat de onderzochte behandelingen sterk verschilden.

1 Dit kan pijn zijn in de onderbuik, in het Engels ‘pelvic pain’ genaamd. Het kan ook gaan om pijn in zowel onder- als bovenbuik (‘abdominal pain’).

2 Endometriose is een goedaardige aandoening waarbij de binnenbekleding van de baarmoederholte, het baarmoederslijmvlies of endometrium, ook buiten de baarmoeder aanwezig is, bijvoorbeeld in het ovarium (de eierstok) of op het peritoneum (buikvlies).

In dit proefschrift wordt in hoofdstuk 2 het resultaat beschreven van onderzoek naar de betrouwbaarheid van bevindingen tijdens laparoscopie die vastgelegd zijn op een videoband. Het seksueel functioneren van vrouwen met CBP is onderwerp van hoofdstuk 3. In de daarop volgende hoofdstukken 4, 5 en 6 wordt het klinisch beloop van buikpijn klachten nader toegelicht. Tot slot bespreken we in hoofdstuk 7 een methode om vrouwen met CBP in de spreekkamer te bevragen over hun klachten.

Alle vrouwen met CBP die aan deze studies hebben deelgenomen, werden bij hun bezoek aan de polikliniek Gynaecologie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) door hun behandelend gynaecoloog verwezen naar het zogenaamde Chronisch Buikpijn Team (CBP-team). Dit team bestaat sinds eind jaren '80 van de vorige eeuw en heeft in de loop van de jaren veel ervaring opgebouwd in de diagnostiek en behandeling van vrouwen met CBP. Zowel regionaal als supra-regionaal wordt door huisartsen en medisch specialisten naar dit team verwezen.

Hoofdstuk 2: Het evalueren van de betrouwbaarheid van beoordelingen van afwijkingen, gevonden tijdens laparoscopie en vastgelegd op videoband.

De laatste jaren is zowel in de gynaecologische praktijk als bij andere snijdende specialisten het gebruik van laparoscopie bij diagnostiek en behandeling enorm toegenomen. Steeds vaker worden de bevindingen vastgelegd op beeld (video of dvd) om zo bijvoorbeeld de patiënte te kunnen informeren, een second opinion te ondersteunen of de opleiding van AIOS (Assistenten In Opleiding tot Specialist) te faciliteren. Het is van belang dat bij (her)beoordeling van dergelijk beeldmateriaal, de bevindingen overeenkomen met datgene wat gezien is tijdens 'real-time laparoscopie'.

In dit onderzoek worden de beoordelingen tijdens real-time laparoscopie bij een heterogene groep vrouwen (namelijk vrouwen die een kijkoperatie ondergingen vanwege chronische pijnklachten in de onderbuik, vanwege een verzoek tot sterilisatie of voor een fertiliteitsonderzoek) vergeleken met de beoordelingen van een video-opname van die laparoscopie. Op een systematische manier is de aanwezigheid van endometriose en adhesies gescoord en een totaalscore berekend als maat voor de ernst van de afwijking. In totaal zijn 90 video-opnames voorgelegd aan zowel de oorspronkelijke operateur (intra-beoordelaars betrouwbaarheid) als aan een collega (inter-beoordelaars betrouwbaarheid).

Wanneer de beoordelaars hun eigen video-opname dan wel die van een ander beoordeelden, bleken zij in sterke mate overeen te stemmen ($\kappa = 0.75$) als het erom ging of endometriose aanwezig was, en zo ja: in welk stadium. De beoordelaars vonden echter weinig overeenstemming wanneer het endometriose in de eierstok (het ovarium) betrof. Vervolgens bleken de intra- en de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid respectievelijk matig ($\kappa = 0.38$) tot gemiddeld ($\kappa = 0.55$) waar het ging om de vaststelling van adhesies. In beide situaties werd ook weinig overeenstemming gevonden in de beoordeling van de ernst van de gevonden afwijking. Tot slot bleek dat operateurs niet systematisch hoger of lager scoorden wanneer ze een eigen video-opname, of die van een ander beoordeelden. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat video-opnames van afwijkingen gevonden

bij laparoscopie, betrouwbaar zijn wanneer het gaat om het vaststellen van endometriose, behalve wanneer het ovariële endometriose betreft. De beoordeling van adhesies op een videoband blijkt onbetrouwbaar te zijn. Voor de klinische praktijk betekent deze laatste bevinding dat men terughoudend moet zijn met een eventueel advies over chirurgisch ingrijpen bij adhesies op basis van een video-opname. In een voorkomende situatie zou het noodzakelijk kunnen zijn om opnieuw een laparoscopie uit te voeren.

Hoofdstuk 3: Seksueel functioneren van vrouwen met CBP; de rol van angst en depressie.

Omdat bekend is dat vrouwen met CBP meer seksuele problemen, meer angst en depressieve klachten en vaker een seksueel geweldsverleden rapporteren dan vrouwen zonder buikpijn, wordt in dit onderzoek nagegaan in hoeverre de samenhang tussen buikpijn en seksuele problemen beïnvloed wordt door angst, depressie en een geweldsverleden. Het seksueel functioneren van 154 vrouwen met CBP is vergeleken met dat van 58 vrouwen zonder buikpijn. Alle vrouwen hebben zelf een aantal vragenlijsten ingevuld.

Vrouwen met CBP rapporteerden meer seksuele problemen, meer angst en depressieve klachten en meer lichamelijke beperkingen in het dagelijks leven dan de gezonde controles. In de totale groep van vrouwen werd de ernst van seksuele problemen met name bepaald door de mate van angst en depressie en niet door de (ernst van de) pijn en de lichamelijke beperkingen. Verder werd in de groep vrouwen met CBP geen samenhang gevonden tussen seksueel disfunctioneren enerzijds en de duur van de pijnklachten, het aantal chirurgische ingrepen en/of de diagnose anderzijds. Bij nadere analyse werd duidelijk dat zowel angst als depressie significant (en onafhankelijk van elkaar) invloed hadden op de relatie tussen pijn in de onderbuik en seksuele problemen, nadat gecontroleerd was voor seksueel geweld. Ongeveer 35 procent van de vrouwen in beide groepen (dus in de pijn- én in de controlegroep) meldde een verleden van seksueel geweld. Bij nadere analyse bleek dit een niet-specifieke voorspeller van seksuele problemen te zijn.

Uit de resultaten van dit onderzoek valt te concluderen dat seksueel geweld, angst en depressie gerelateerd zijn aan het vóórkomen van seksuele problemen bij alle vrouwen - of ze nu pijn in de onderbuik hebben of niet. Doordat vrouwen met CBP echter meer angst en depressieve symptomen ervaren dan controle vrouwen, rapporteren zij meer seksuele problemen.

Hoofdstuk 4: Het beloop van acute buikpijn bij vrouwen en het voortduren van de pijn.

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven van een vervolgonderzoek onder 115 vrouwen die vanwege acute buikpijnklachten (met een duur van minder dan 7 dagen) een SEH (Spoedeisende Eerste Hulp) van een algemeen opleidings-ziekenhuis bezochten. Er is nagegaan in hoeverre vrouwen na een dergelijke acute episode van buikpijn bij follow-up nog pijn rapporteerden en welke factoren daarbij een rol speelden. Alle vrouwen vulden zelf een aantal vragenlijsten in.

Bij een gemiddelde follow-up duur van 2 jaar, meldde 30 procent van de vrouwen nog buikpijnklachten te hebben gehad gedurende meer dan 3 maanden in het voorafgaande jaar. Deze chronische pijn-groep ondervond bij follow-up meer lichamelijke beperkingen

dan de groep vrouwen zonder pijn. Met name een laag opleidingsniveau en geweld op jongere leeftijd (vóór het 16e jaar) bleken onafhankelijke risicofactoren te zijn voor het ontwikkelen van chronisch buikpijn. Geen enkele andere sociodemografische factor hing samen met het voorduren van de pijn. Deze chronische pijn kon evenmin in verband gebracht worden met een geschiedenis van buikpijn, een abdominale chirurgische ingreep voorafgaande aan het SEH bezoek, de uiteindelijke diagnose die op de SEH gesteld werd, noch met een eventueel daaruit voortvloeiende operatie.

De resultaten van dit onderzoek hebben duidelijk gemaakt dat bijna 1 op de 3 vrouwen met acute buikpijn, twee jaar later nog buikpijnklachten heeft. Dit aanhouden van pijn hangt samen met een laag opleidingsniveau en geweld op jongere leeftijd.

Hoofdstuk 5: Het beloop van chronisch buikpijn bij vrouwen

In dit onderzoek is de aandacht gericht op het klinisch beloop van chronische buikpijnklachten, en op het herstel van pijn in de loop van de tijd bij vrouwen met CBP. Bij 72 vrouwen met CBP werd bij follow-up een Life Chart Interview afgenomen. In een dergelijk interview wordt de herinnering aan (de ernst van de) pijn getriggerd door deze te koppelen aan belangrijke persoonlijke gebeurtenissen in het leven van de vrouw, zoals een specifieke verjaardag, een verhuizing, een bepaalde baan of een overlijden. Alle vrouwen vulden ook zelf een aantal vragenlijsten in.

Bij een gemiddelde follow-up duur van 3 jaar was 25 procent van de vrouwen uit de onderzoeksgroep hersteld, dat wil zeggen dat zij minder dan drie maanden in het voorafgaande jaar pijn in de onderbuik rapporteerden. Elf procent van alle vrouwen meldde helemaal geen buikpijnklachten meer. Er werd geen samenhang gevonden tussen het gevonden herstel en de sociodemografische kenmerken. Ook was er geen verband met de klinische gegevens (zoals het aantal bezoeken aan een specialist en het aantal ingrepen) en pijngerelateerde factoren (zoals de duur van de pijn) ten tijde van het bezoek aan het CBP-team. Evenmin was er een relatie met de diagnose of de behandeling tussen het bezoek aan het CBP-team en de follow-up meting.

Met dit onderzoek is duidelijk geworden dat CBP een langdurige klacht is waarvan slechts één op de vier vrouwen in de loop der tijd herstelt. Er zijn geen specifieke factoren vastgesteld die samenhangen met een dergelijk herstel.

Hoofdstuk 6: Het beloop van chronisch buikpijn bij vrouwen en voorspellers van herstel.

In dit onderzoek is opnieuw gekeken naar het klinisch beloop van chronisch pijnklachten in de onderbuik, waarbij een mogelijke rol van psychologische factoren bij het herstel is geëvalueerd. Een groep van 84 vrouwen met CBP nam deel aan het onderzoek en vulde zelf een aantal vragenlijsten in.

Bij een gemiddelde follow-up duur van 3 jaar werd een duidelijke verbetering in de ernst van de pijn en in de kwaliteit van leven vastgesteld. Twintig procent van de vrouwen met CBP bleek hersteld te zijn van de pijn, terwijl 8 procent aangaf helemaal geen pijn meer te hebben. De gehele groep vrouwen catastropheerde minder en gaf aan meer controle over de pijn te hebben. Sociodemografische kenmerken en pijn-gerelateerde factoren hingen

niet samen met pijnvermindering. Ook de klinische gegevens zoals het aantal en het soort dokters die de vrouwen met CBP bezochten, het aantal en het soort behandelingen (medisch, chirurgisch of psychologisch) dan wel een diagnose van endometriose of adhesies, voorspelden de gevonden vermindering in pijn niet. Evenmin werd pijnvermindering bij follow-up voorspeld door de wijze waarop de vrouw bij aanvang dacht over de pijn, en of zij een gevoel van controle had over (de gevolgen van) de pijn. Wel bleek dat een vermindering in catastroferend denken over pijn samenhangt met een vermindering van pijn, van depressieve klachten en van fysieke beperkingen.

Deze resultaten bevestigen opnieuw het chronische beloop van chronische pijnklachten in de onderbuik. Tevens is duidelijk geworden dat alleen een vermindering van catastroferende gedachten over de pijn, samenhangt met een vermindering van pijn en de aanpassing aan pijn. Andere psychologische variabelen hebben geen invloed op deze uitkomst op langere termijn.

Beschouwing en implicaties voor de praktijk

Wanneer we de resultaten van deze onderzoeken vergelijken met die van andere (follow-up) studies in populaties van vrouwen met pijn in de onderbuik en met andere chronische pijnklachten, dan zijn de overeenkomsten opvallend.

Ten eerste is het voortduren van pijn na een acuut moment van buikpijn niet alleen in ons cohort van vrouwen gevonden, maar ook bij vrouwen na PID (Pelvic Inflammatory Disease ofwel eileiderontsteking) en bij patiënten met 'niet-specifieke buikpijnklachten'. Wij vonden dat 30 procent van de vrouwen op de langere termijn nog buikpijnklachten rapporteerde. Vergelijkbare percentages van chroniciteit na een acute episode zijn ook vastgesteld bij vrouwen na PID (36 procent) en bij patiënten met niet-specifieke buikpijnklachten (ongeveer 20 procent). Wanneer het andere chronische pijnklachten betreft zoals nek- en rugpijn, variëren de percentages van mensen die klachten blijven houden van 3 tot 70 procent. Dit percentage is afhankelijk van de kenmerken van de onderzoekspopulaties, de opzet van de studies en de gebruikte meetinstrumenten. Studies in deze pijnpopulaties hebben ook laten zien dat psychologische factoren zoals angst, depressie en catastroferen over pijn sterker samenhangen met het voortbestaan van pijn na een acute episode dan medische factoren.

Ten tweede vonden we dat slechts 25 procent van de vrouwen met chronische pijn in de onderbuik herstelde van de pijn. Dergelijke bevindingen worden ook gerapporteerd in onderzoeken naar het beloop van chronische pijnproblemen in het algemeen, zoals chronische rugpijn en whiplash syndroom. Vergeleken met een ander onderzoek in een populatie van vrouwen met chronische buikpijn was ons herstelpercentage lager (46 procent versus 25 procent). Dit is mogelijk toe te schrijven aan een verschil in opzet en uitvoer van de twee studies. In beide onderzoeken werd herstel niet voorspeld door sociodemografische kenmerken, klinische gegevens en pijn-gerelateerde factoren. Vergelijkbare resultaten werden gevonden in studies in populaties met andere chronische pijnklachten zoals rugpijn, whiplash syndroom en IBS (irritable bowel syndrome: spastische darm syndroom).

Ten derde tonen niet alleen onze studies aan dat er een relatie is tussen enerzijds chroni-

sche pijnklachten in de (onder)buik, en anderzijds hoge niveau's van angst en depressieve klachten en daarmee samenhangend een verminderde kwaliteit van leven. Deze relatie is ook gevonden in ander onderzoek onder vrouwen met CBP, en in populaties met andere chronische pijnklachten.

Tenslotte hebben wij ook een mogelijke samenhang gevonden tussen (een verandering in) catastroferen over pijn en de mate van ervaren pijn en aanpassing aan de pijn. Ook in experimentele en klinische studies in verschillende, andere patiëntenpopulaties met acute en chronische pijn, en in behandelstudies van patiënten met chronische rugpijn, chronische pijn en fibromyalgie is een dergelijke samenhang vastgesteld.

Er zijn kortom veel overeenkomsten tussen CBP en andere chronische pijnklachten, zowel in het beloop als in de factoren die het beloop beïnvloeden. De belangrijkste conclusie op basis van onze follow-up studies is dan ook dat CBP bij vrouwen beschouwd moet worden als een 'algemeen' chronisch pijn-probleem. Een dergelijke zienswijze heeft verstrekkende gevolgen voor de diagnostiek en behandeling van vrouwen met CBP in de klinische praktijk. Net als bij chronische pijn 'in het algemeen' moet men niet alleen aandacht hebben voor de somatische factoren die met CBP samenhangen, maar ook voor patiëntes aanpassing aan de pijn (angst en depressieve klachten en kwaliteit van leven) en voor psychologische factoren zoals haar opvattingen over pijn en pijn coping-strategieën.

Hoofdstuk 7: de anamnese bij vrouwen met CBP

In dit hoofdstuk hebben we een casus gepresenteerd aan de hand waarvan we stapsgewijs een gestructureerd model voor een anamnese illustreren, gebaseerd op cognitief gedrags-therapeutische uitgangspunten. De gynaecoloog gaat hierbij in op de pijn, de pijngeschiedenis, de gedachten over de oorzaak van de pijn en de manier van omgaan met de pijn. Ook worden de cognitieve, emotionele, gedragsmatige, fysieke en sociale gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven geïnventariseerd. Op deze manier wordt duidelijk in welke mate de vrouw gehinderd wordt door haar klachten. Deze gevolgen bieden een aanknopingspunt om de vrouw met CBP te motiveren voor 'pain management', gericht op het leren omgaan met de gevolgen van de pijn. Een dergelijke aanpak kán uiteindelijk leiden tot pijnvermindering.

De resultaten van de andere studies die in dit proefschrift zijn beschreven, hebben de volgende implicaties voor de klinische praktijk.

Bevindingen van real-time laparoscopie die zijn opgenomen op videoband, blijken geschikt om endometriose vast te stellen, tenzij sprake is van ovariële endometriose. In geval van adhesies is de beoordeling van bevindingen op een videoband evenwel onbetrouwbaar. Daarom dient een eventueel advies over chirurgisch ingrijpen bij adhesies op basis van een video-opname met enige terughoudendheid gegeven te worden, en zal zo mogelijk opnieuw een laparoscopie moeten worden verricht.

Wanneer het seksueel functioneren een onderwerp van gesprek is tijdens de anamnese met een vrouw met CBP, zal de gynaecoloog zich ervan bewust moeten zijn dat de rap-

portage van seksuele problemen meer samenhangt met angst en depressie dan met somatische variabelen zoals de ernst en fysieke hinder van de pijn. Immers, de vrouwen met CBP die meer seksuele problemen rapporteren, melden ook meer angst en depressieve klachten. Het is dan ook essentieel dat de gynaecoloog bij vrouwen met CBP niet alleen de somatische aspecten van de klachten belicht, maar ook nagaat in hoeverre sprake is van angst en depressieve symptomen. In de behandeling zal met deze pijn-gerelateerde klachten rekening gehouden moeten worden. Tot slot dient de gynaecoloog zich te realiseren dat seksueel geweld geen specifieke rol speelt bij het vóórkomen van seksuele problemen bij alleen vrouwen met CBP. Deze vorm van geweld speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van seksueel disfunctioneren bij vrouwen met én zonder CBP.

Aanbevelingen voor onderzoek

Vervolgonderzoek is nodig om de verdere implicaties van de resultaten van onze studies te onderbouwen. Dergelijk onderzoek kan geënt zijn op datgene wat bekend is uit het veld van (acute en chronische) pijn in het algemeen.

Zo is het aan te bevelen toekomstig prospectief onderzoek op te zetten in (nieuwe) populaties van vrouwen met acute pijn in de onderbuik. Gegevens over het beloop van acute pijn in de onderbuik zoals na EUG (extra-uterine graviditeit ofwel buitenbaarmoederlijke zwangerschap) of bij (verdenking op een) torsie van een ovarium en over factoren die chroniciteit van de klachten voorspellen, kunnen helpen bij het identificeren van risicopatiënten. In dergelijk onderzoek kan ook de mogelijke rol van catastrofen op het beloop van acute en chronische pijnklachten nader worden belicht. Wanneer we meer weten over de voorspellers van chroniciteit of herstel, levert dat meer kennis op, en meer begrip voor vrouwen met buikpijn. Vervolgens zouden ook nieuwe (psychologische) behandelingen kunnen worden ontwikkeld om het risico te verminderen dat acute pijnklachten chronisch worden, of om het herstel na een chronische fase te bevorderen.

Uit de resultaten van onze studies is duidelijk geworden dat bij vrouwen met chronische pijn in de onderbuik niet alleen de somatische aspecten van de klacht belangrijk zijn, maar dat de ernst van de klachten ook een enorme impact heeft op de kwaliteit van leven. Bovendien hangt die ernst samen met bepaalde psychologische factoren. Met deze biopsychosociale kijk op pijn zullen behandelingen geïnitieerd kunnen worden die niet alleen gericht zijn op pijnvermindering, maar juist ook op verbetering van de kwaliteit van leven. Vervolgens dient de effectiviteit van dergelijke behandelingen onderwerp van vervolgonderzoek te zijn.

Tot slot, wanneer CBP beschouwd wordt als een algemeen chronisch pijn probleem, is het aan te bevelen de ontwikkelingen in de wereld van de chronische pijn te implementeren.