

Beschouwing

Chronische buik- en bekkenpijn: de patiënt bij de huisarts

Patrick Dielissen, Doreth Teunissen

UMC St Radboud, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen

Samenvatting

In dit artikel wordt vanuit een huisartsgeneeskundig perspectief de diagnostiek, de behandeling, de seksuologische aspecten en de samenwerking met andere disciplines besproken ten aanzien van chronische buik- en bekkenpijn. Buik- en bekkenpijnen zijn complexe aandoeningen met een vaak chronisch karakter. De diagnostiek en behandeling is een uitdaging voor huisarts en patiënt. Het is belangrijk de patiënt goed te informeren over de diagnostische onzekerheden en de beperkingen van de behandelingen.

Chronische buik- en bekkenpijn wordt voor mannen en vrouwen gedefinieerd als intermitterende of continu aanwezige pijn in de onderbuik of het bekken, minstens zes maanden aanwezig en niet uitsluitend gerelateerd aan menstruatie, coïtus of zwangerschap (Fall, Baranowski, Eneil, Engeler, & Hughes, 2010). Het is een frequent voorkomend probleem voor de huisarts. Lichamelijke, psychologische, sociale en seksuologische factoren kunnen een rol spelen. De gevolgen voor de kwaliteit van leven voor de patiënt zijn groot. Voor de huisarts is het goed te beseffen dat een groot deel van deze chronische pijnproblematiek een niet-lichamelijke oorzaak heeft en onverklaard blijft. Goede samenwerking met andere zorgverleners en afstemming van de zorg is voor deze patiëntengroep dan ook van groot belang. In dit artikel wordt vanuit een huisartsgeneeskundig perspectief de diagnostiek, de behandeling, de seksuologische aspecten en de samenwerking met andere disciplines besproken.

Diagnostiek

Chronische buik- en bekkenpijn is een algemeen begrip waar veel chronische abdominale en pelviene pijnsyndromen onder vallen zoals chronische prostatitis, interstitiële cystitis en het vulvair vestibulitisyndroom (Fall et al., 2010). Het zijn vooral diagnosis per exclusionem,

dat wil zeggen na het uitsluiten van andere oorzaken. De meeste huisartsen vinden chronische buik- en bekkenpijn daarom ook een lastige klacht om mee om te gaan (McGowan, Escott, Luker, Creed, & Chew-Graham, 2010). Chronische buik- en bekkenpijnen komen ook vaak gecombineerd voor. De diagnostiek is gebaseerd op een zorgvuldige anamnese, een lichamelijk onderzoek en indien geïndiceerd aanvullend onderzoek.

Anamnese

De anamnese richt zich op een uitgebreide differentiaaldiagnose van aandoeningen die acute of chronische buik- en bekkenpijnklachten kunnen veroorzaken (Tabel 1) (Fall et al., 2010; Ortiz, 2008). De huisarts vraagt naar de duur, het verloop, de lokalisatie en de uitstraling van de pijn. Tevens vraagt hij naar alarmsignalen zoals gewichtsverlies en koorts. Er is aandacht voor uitlokkende en onderhoudende factoren, eventuele pijnvrije periodes en de invloed van seksueel contact op de pijn. De huisarts vraagt naar de ideeën van de patiënt zelf over de oorzaak van de pijn, gaat het pijngedrag na (vermijden, katastroferen) en inventariseert de impact van de pijn op het dagelijks leven.

Op urologisch gebied richt de anamnese zich verder op een pijnlijke, branderige mictie of hematurie. Bestaat er een veranderde aandrang en wat is de mictiefrequentie? De huisarts vraagt naar ongewild urineverlies, urge-klachten en nachtelijke mictiedrang. Zijn er nierkolieken? Zijn er urologische behandelingen geweest in het verleden? Bij de man wordt gevraagd naar voorhuidproblemen, pijn bij erectie of pijn bij de gemeenschap. Zijn er recent doorgemaakte urineweginfecties of recidiverende urineweginfecties?

Een veel voorkomend urologisch pijnsyndroom is het pijnlijk blaassyndroom (interstitiële cystitis). Dit is

Dr. P.W. Dielissen, huisarts
 Dr. T.A.M. Teunissen, huisarts
 Correspondentieadres: dr. P.W. Dielissen, UMC St. Radboud, Afdeling Eerstelijngeneeskunde 166, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
 E: P.Dielissen@elg.umcn.nl

Tabel 1. *Differentiaal diagnose van chronische buik- en bekkenpijn voor de huisarts*

| Tractus | Differentiaal diagnose |
|--------------------|--|
| Urogenitaal | Urineweginfectie, interstitiële cystitis, urge-incontinentie of blaasfunctie-stoornissen, epididymo-orchitis, blaascarcinoom, status na radiotherapie, urolithiasis, urethritis, prostatitis, overactieve bekkenbodem, genitale dermatosen |
| Gynaecologisch | Pelvic inflammatory disease, adhesies, endometriose, gynaecologische maligniteiten, dysmenorroe, zwangerschap |
| Gastro-intestinaal | Irritable bowel syndrome, obstipatie, gastro-intestinale maligniteit, chronische darmonstekingen (colitis ulcerosa, M Crohn), proctitis, fissura ani, aambeien |
| Overigen | Angststoornissen, depressie, seksueel misbruik, seksueel geweld |

een syndroom waarbij er klachten zijn van *urgency*, frequente mictie, en suprapubische pijn gerelateerd aan blaasvulling zonder dat er sprake is van een bacteriële infectie. Een ander urologisch syndroom is de chronische prostatitis waarbij er klachten zijn van een pijnlijke prostaat soms gepaard gaande met mictieklachten en seksuele disfunctie waarbij de oorzaak vaak onduidelijk blijft. Mede hierdoor neigt men steeds meer om het een pijnlijk prostaatsyndroom te noemen.

In de gynaecologische anamnese onderzoekt de huisarts in hoeverre de pijnklachten verband houden met vrijen, met de menstruele cyclus en met een mogelijke zwangerschap. Tevens vraagt de huisarts naar veranderde fluor, verandering in het menstruatiepatteroon en contactbloedingen. De huisarts gaat na of er gynaecologische behandelingen in het verleden zijn geweest zoals operaties (prolaps) of bestralingen (maligniteit). Heeft de patiënt in het verleden een seksueel overdraagbare aandoening (soa) doorgemaakt dan wel een pelvic inflammatory disease (PID)? Belangrijke alarmsignalen op gynaecologisch gebied zijn postcoïtaal bloedverlies, primair postmenopauzaal voorkomende pijn en volkomen onregelmatige menses.

Pijn door adhesies kunnen ontstaan na een PID of operatie (Crossman, 2006). Adhesies in het kleine bekken worden vaak geassocieerd met chronische buikpijn hoewel de oorzakelijke relatie niet geheel duidelijk is. Ook endometriosis komt vaak voor bij chronische buik- en bekkenpijn wat naast chronische buikpijn ook menstruatieklachten, rugpijn en diepe dyspareunie kan geven. Een chronische PID is een bekende oorzaak van persisterende buikpijn bij vrouwen. Chlamydia trachomatis en gonorrhoe zijn de bekendste verwekkers van een PID.

Op gastro-intestinaal niveau gaat de aandacht uit naar een veranderd ontlastingspatroon: obstipatie of diarree. Is er slijm bij de ontlasting en/ of bloed zoals bij M. Crohn, colitis ulcerosa of een diverticulitis? *Irritable bowel syndrome* (IBS), waarbij de buikpijn afneemt na defecatie en de stoelgang wisselt in consistentie en frequentie, is een veel gestelde diagnose bij chronische buik- en bekkenpijn.

Naast urologische, gynaecologische en gastro-intestinale oorzaken kan buik- en bekkenpijn ook veroorzaakt worden door vertebrale aandoeningen, waarbij dan ook vaak rugklachten aanwezig zijn die nogal eens

bewegingsafhankelijk zijn.

Een overactieve bekkenbodem, hyperreactiviteit of verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren, kunnen bij mannen en vrouwen een belangrijke rol spelen bij genitale pijnklachten (Bharucha & Trabuco, 2008; Fall et al., 2010). De trias obstipatie, obstructieve mictieklachten en bij de vrouw vaginistische klachten geven de gemeenschappelijke basis van een overactieve bekkenbodem aan. Lage rugpijn, ejaculatiepijn, testikelpijn, perineale pijn en perianale pijnklachten kunnen afzonderlijk of gezamenlijk voorkomen bij de man met een overactieve bekkenbodem. Bij de vrouw met een overactieve bekkenbodem staan pijn bij de coïtus en vaginisme op de voorgrond.

Chronische buik- en bekkenpijn is voor de huisarts een belangrijke reden om naar seksuele beleving en seksueel misbruik te vragen (Hu, Link, Naughton-Collins, Barry, & McKinlay, 2007; Latthe, Mignini, Gray, Hills, & Khan, 2006). De huisarts heeft aandacht voor problemen in het seksueel verlangen, de seksuele opwindning en het orgasme. Is er pijn bij de coïtus en is die pijn primair (vanaf de sexarche) of secundair? Klachten op gynaecologisch en urologisch terrein, zoals chronische pijnklachten, kunnen een signaalfunctie hebben voor het doorgemaakt hebben van negatieve seksuele ervaringen en seksueel geweld. De seksuele mini-anamnese biedt de huisarts handvatten om op een gestructureerde wijze seksualiteit te bespreken.

In de anamnese kan de huisarts rekening houden met risico- of predisponerende factoren voor chronische buik- en bekkenpijn bij met name vrouwen (Latthe et al., 2006). Door de vaak lange relatie met de patiënt kent de huisarts de voorgeschiedenis goed. In Tabel 2 worden de belangrijkste voorspellende factoren bij vrouwen met chronische buik- en bekkenpijn opgesomd. Drugs- en alcoholgebruik, seksueel misbruik, angststoornissen en depressie zijn hier voorbeelden van.

Bij mannen zijn er minder duidelijk aanwijsbare risicofactoren voor chronische prostatitis en chronische buik- en bekkenpijn. Leeftijd, etniciteit, eetgewoonten, seksualiteit, seksueel overdraagbare aandoeningen, stress, prostaatkanker zijn niet of weinig geassocieerd met het ontstaan van de pijn. Jonge leeftijd en een lage sociaal-economische status worden in verband gebracht met een meer ernstig en langduriger verloop (Ku, Kim, & Paick, 2005).

Tabel 2. Risicofactoren voor buik- en bekkenpijn bij vrouwen

| Factor | | OR (99% CI) |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Leefstijlfactoren | Alcohol en/of drugs | 4.81 (1.09-19.38) |
| Gynaecologische factoren | Endometriosis | 1.93 (1.14-3.27)* |
| | Adhesies | 2.45 (1.30-4.61)* |
| | Miskraam | 3.00 (1.27-7.09) |
| | Sectio in voorgeschiedenis | 3.18 (1.91-5.30) |
| | PID | 6.35 (2.66-15.16) |
| Misbruik/ psychologische factoren | Lichamelijk misbruik kinderleeftijd | 2.18 (1.55-3.06)* |
| | Seksueel misbruik kinderleeftijd | 1.51 (1.16-1.97)* |
| | Seksueel misbruik gedurende leven | 3.49 (2.52-4.83)* |
| | Angststoornis | 2.28 (1.41-3.70)* |
| | Depressie | 2.69 (1.86-3.88)* |
| | Psychosomatische klachten | 8.01 (5.16-12.44)* |

* $p < 0.01$; OR ratio > 1.0 is een positieve relatie tussen de factor en chronische buik- en bekkenpijn
Aangepast naar Latthe et al., 2006

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek richt zich op de bevindingen uit de anamnese met aandacht voor een algemeen, een urologisch, een gynaecologisch en een seksuologisch onderzoek (Fall et al., 2010). Patiënten hechten veel waarde aan een lichamelijk onderzoek, vaak meer dan aan de anamnese.

Het algemeen lichamelijk onderzoek bij chronische buik- en bekkenpijn is gericht op alarmsignalen zoals koorts en gewichtsverlies. Het buikonderzoek, het onderzoek van de liezen, de inspectie van de anus, een rectaal toucher en het onderzoek van de wervelkolom en het bekken kunnen informatie opleveren voor diagnoses van de pijn in het gastro-intestinale gebied, de anale regio of van het bewegingsapparaat. Een hoge spanning van de kringspier bij het rectaal toucher en de aanwezigheid van fissuren van het anale slijmvlies kunnen passen bij een overactieve bekkenbodem.

Het urologische en gynaecologische lichamelijk onderzoek is gericht op zichtbare of voelbare afwijkingen van de externe en interne geslachtorganen van de man en vrouw. Bij de man zal een rectaal toucher een indruk kunnen geven of de prostaat pijnlijk is zoals bij een acute prostatitis. Een goede inspectie van de genitale en perianale regio kan bijvoorbeeld een lichen sclerosus zichtbaar maken. Somatische afwijkingen zijn vaak goed zichtbaar of voelbaar. Palpatie van de schacht van de penis is alleen geïndiceerd bij vermoeden van de ziekte van Peyronie. Bij de vrouw zal een uitwendige inspectie, een speculumonderzoek en het vaginaal toucher uitgevoerd moeten worden. Gelet wordt op mogelijke ontstekingsverschijnselen van een vulvitis of op een *localized provoked vulvodynia* (LPV). Bij het speculumonderzoek wordt gelet op roodheid en contactbloedingen van de portio en op de mate en het aspect van fluor. Bij contactbloedingen kan er sprake zijn van

een fysiologisch ectropion, een maligne aandoening van de cervix of van een Chlamydia-infectie. Met het vaginaal toucher wordt opdruppijn of slingerpijn onderzocht wat kan wijzen op een endometritis of adnexitis. Ook geeft het vaginaal toucher, net als het inbrengen van een speculum, informatie over de spanning van de bekkenbodem. Bij verdenking op een endometriose is het recto-vaginaal toucher vooral van belang voor het beoordelen van het ligamentum sacro-uterine en voor het beoordelen van het cavum Douglasi.

Het seksuologisch lichamelijk onderzoek is gericht op het vinden van lichamelijke oorzaken van de pijn bij seksueel contact maar het kan ook een educatief karakter krijgen wanneer de patiënt meekijkt en uitleg krijgt over de bevindingen (Leusink, 2010). Bij pijn bij de coïtus is onderzoek naar een somatische oorzaak altijd geïndiceerd. Bij een dyspareunie op basis van anamnestic onvoldoende vaginale vochtigheid, waarbij er geen sprake is van vaginisme of LPV, zal het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen opleveren. Bij vaginisme echter kan er onwillekeurige verkramping van de bekkenbodem en aanspanning van de adductoren gezien worden. Dit wijst op een verhoogde bekkenbodemspierspanning. Uitblijven van deze reactie bij het lichamelijke onderzoek sluit vaginisme overigens niet uit. Bij de klacht vaginisme is een seksuologisch en gynaecologisch onderzoek daarom in principe om medische redenen niet geïndiceerd. Het lichamelijk onderzoek bij LPV kan hyperaemische erythematueze plekjes laten zien in de fossa vestibularis posterior (meestal tussen 5 en 7 uur), die extreem pijnlijk zijn bij aanraking met een vochtige wattenstok (positieve touchtest). Naar analogie van het seksuele onderzoek bij de vrouw kan bij de man ook het seksueel onderzoek een educatief karakter hebben bijvoorbeeld in het onderzoek van een nauwe voorhuid. De man wordt gevraagd zelf

de voorhuid terug te trekken. Dit geeft een indruk hoe handig of angstig de man met zijn penis omgaat en of de voorhuid inderdaad te nauw is.

Aanvullend onderzoek

In het geval de anamnese en het lichamelijk onderzoek geen diagnose of onvoldoende geruststelling voor de patiënt opleveren, kan er gekozen worden voor aanvullend onderzoek. Dit kan bestaan uit: bloedonderzoek ter bepaling van infectieparameters (CRP, BSE, leukocyten en differentiatie), PSA bepaling in het kader van een acute prostatitis, een urinesediment en kweek (infecties, hematurie), een mictiedagboek gedurende 2x24 uur, HCG in urine of bloed (zwangerschap), een PCR urine (mannen) en de vulvovaginale swab (vrouwen) voor testen op seksueel overdraagbare aandoeningen. Een cervixuitstrijk kan informatie geven over cytologische afwijkingen. Een echografie van de onderbuik kan informatie geven over een residu in de blaas en met een vaginale echo kunnen de vrouwelijke genitalia interna onderzocht worden. Een cystoscopie, urodynamisch onderzoek van de blaas, een echo prostaat of een diagnostische laparoscopie vinden na verwijzing in de tweede lijn plaats.

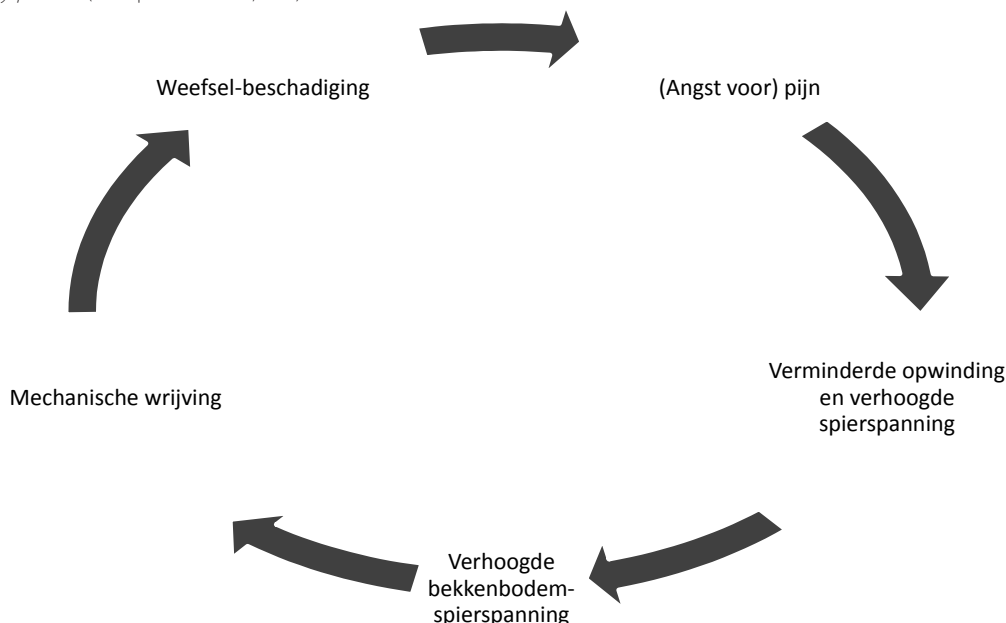
De oorzaak van chronische buik- en bekkenpijnen bij zowel mannen als vrouwen is helaas regelmatig niet vast te stellen. Door een aantal acute en chronische aandoeningen uit te sluiten kan de patiënt worden gerustgesteld dat er geen aanwijzing is voor een ernstige ziekte. De huisarts en patiënt kunnen zich dan richten op pijnbehandeling en het leren omgaan met de pijn tenzij er diagnostische twijfel is, de patiënt niet reageert op een behandeling, er alarmsignalen zijn of er zeer veel pijn is. Dit zijn redenen om door te verwijzen.

Behandelopties

Belangrijk in de aanpak van onverklaarbare pijn is goed te luisteren naar de ideeën van de patiënt en zijn/haar sekspartner en daar zoveel mogelijk in het onderzoek en de uitleg bij aan te sluiten. Eventueel kan een pijn-dagboek meer inzicht geven in de relatie tussen activiteiten en klachten. Naast het luisteren naar de patiënt en het geven van veel informatie en geruststelling, zijn een gedragsgerichte benadering, adequate pijnstilling en een verwijzing naar een erkende bekkenfysiotherapeut behandelopties in de eerste lijn. Aan de hand van twee pijnsyndromen, de *localized provoked vulvodynia* (LPV) en chronische prostatitis, zal de basis van de behandeling voor chronische buik- en bekkenpijn besproken worden.

De patiënt en partner informatie geven betekent niet alleen voldoende uitleg geven over de pijnklachten maar ook nagaan of wellicht onvoldoende en onjuiste kennis van de patiënt één van de oorzaken en een in stand houdende factor is (IJff, 2010; Leusink, 2010). De juiste informatie verschaffen kan leiden tot inzicht. Onjuistheden ten aanzien van anatomie en fysiologie van het lichaam zullen aan de orde moeten komen. Zo is bij LPV pijn bij de coïtus een belangrijke klacht. Deze pijn blijkt vaak een relatie te hebben met angst voor pijn wat weer een verhoogde spanning van de bekkenbodem kan veroorzaken (vaginistische reactie) en een verminderde lubricatie wat als gevolg pijn kan geven bij de coïtus. Diverse fysieke factoren kunnen de aanleiding zijn voor LPV waarbij angst voor pijn vaak de in stand houdende factor is. Uitleg aan patiënte en partner over dit fenomeen en het doorbreken van de vicieuze cirkel is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Feitelijk betekent dit een pijnverbod bespreken; de patiënte en haar partner mogen alles

Figuur 1: Model van dyspareunie (naar Spano & Lamont, 1975).



doen wat geen pijn veroorzaakt. Het model van dyspareunie van Spano en Lamont kan door de huisarts in de praktijk gebruikt worden als illustratie (Figuur 1).

Een gedragsgerichte benadering kan ook door de huisarts worden gebruikt. Deze aanpak bestaat uit het nagaan van gedachten en gedrag die ten grondslag liggen aan ongewenst copinggedrag bij de patiënt (IJff, 2010). Dit kan de patiënt en partner helpen om adequater om te gaan met de situatie en het kan bijdragen aan het vergroten van het probleemoplossend vermogen. Hierbij valt te denken aan het ontwikkelen van positieve gedachten en deze te leren gebruiken; de focus ligt daarbij op wat wel kan in plaats van wat niet kan. Bij LPV gaan vrouwen vaak door met hebben van een pijnlijke coïtus of proberen seks uit de weg te gaan om de pijn te vermijden. De partner is overigens lang niet altijd op de hoogte van de aanwezigheid van deze pijnklachten. De huisarts kan de patiënte of beiden leren adequaat te reageren op de pijn en voorstellen alternatieve vormen van seksualiteit en intimiteit uit te proberen.

Er is geen bewijs voor effectiviteit voor behandeling van LPV met lokale crèmes gericht op pijnstilling (capsaïcine, lidocaïne). Voldoende seksuele opwindning voor vaginale vochtigheid is een belangrijk aandachtspunt bij LPV. Hygiënische maatregelen worden besproken zoals het veelvuldig reinigen van de vulva met zeep. Aangeraden wordt om eventuele zelfmedicatie (antimycotica, vaginale douches) te stoppen. Een indifferente crème kan worden gebruikt om de irritatie van de vulva door urine te voorkomen. Pijnstillende medicatie kan zo nodig worden ingezet voor de behandeling van de pijn. Bijvoorbeeld amitriptyline 10mg of 25mg voor de nacht is zowel bij chronische prostatitis of LPV een optie voor de behandeling van chronische pijn. Er is echter geen onderliggend bewijs voor de effectiviteit hiervan.

Bekkenfysiotherapie door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut kan een bijdrage leveren aan de behandeling van LPV en een overactieve bekkenbodem. De therapie is erop gericht om meer controle te krijgen over de bekkenbodem zowel bij het ontspannen als bij het aanspannen. Het is belangrijk dat de vrouw met LPV een gevoel van haar bekkenbodem ontwikkelt. Dit kan door te oefenen met het vaginaal inbrengen van de eigen vinger of van pelotes (kunststof staafjes) met oplopende omvang.

Het conservatieve beleid bij chronische prostatitis bestaat ook uit geruststelling, goede informatie, bekkenbodempfysiotherapie en slechts op indicatie een antibioticum of alfablokker. Toch wordt bij chronische prostatitis in de praktijk snel gegrepen naar een medicamenteuze behandeling. Vanwege de onduidelijke oorzaak zijn er verschillende groepen medicijnen die ingezet worden. Het gaat om antibiotica (quinolonen) en alfablokkers (Fall et al., 2010). Antibiotica worden het meest gebruikt, weliswaar op empirische basis aangezien een bacteriële causaliteit tot op heden niet is

aangetoond voor meer dan 90% van de gevallen van chronische prostatitis. De behandelduur is 4-6 weken en quinolonen lijken het beste resultaat te hebben mits niet eerder geprobeerd (ciprofloxacine, ofloxacine). Indien niet succesvol vormen de alfablokkers een alternatief (alfuzosine, doxazosine, tamsulosine). Er lijkt toenemend bewijs beschikbaar te komen dat deze groep geneesmiddelen vooral de obstructieve en irritatieve mictieklachten en in mindere mate de pijn verminderen. De duur van de behandeling is 3-6 maanden vooraleer een evaluatie kan plaatsvinden. Corticosteroiden zijn niet werkzaam.

Seksuele aspecten

Alle chronische buik- en bekkenpijnsyndromen hebben in grote mate een negatieve uitwerking op seksuele beleving en gaan vaak samen met seksuele disfuncties, zowel bij mannen als bij vrouwen (Basson & Schultz, 2007; McNaughton, 2003; Sacco et al., 2012).

Pijn bij de coïtus, met name oppervlakkige dyspareunie, komt veel voor met name bij vrouwen. Vrouwen met LPV rapporteren naast pijn bij het vrijen ook vaak andere seksuele problemen, zoals minder zin in seks met de partner, opwindings- en orgasmeproblemen en/of een vaginistische reactie. Er zijn talloze oorzakelijke factoren bekend die tot LPV kunnen leiden, zie voor een overzicht Ramakers en Ter Kuile (2010). Toch is tot op heden niet goed opgehelderd waarom bij de ene vrouw LPV ontstaat en bij de andere vrouw niet. Ten aanzien van seksualiteit en pijn bij de coïtus wordt daarom veel gebruik gemaakt van het eerdergenoemde circulaire model van LPV waarbij niet zozeer op de oorzakelijke factoren de aandacht wordt gericht maar op de onderhoudende factoren.

Een hoog percentage van de mannen met chronische prostatitis heeft één of meerdere seksuele disfuncties (Shoskes, 2012). Het kan gaan om een erectiele disfunctie, voortijdige zaadlozing en een pijnlijke ejaculatie. Erectiele disfunctie komt twee tot drie keer vaker voor bij mannen met chronische prostatitis dan bij mannen zonder chronische prostatitis. Voortijdige zaadlozing komt bij meer dan 50% van mannen met chronische prostatitis voor en een pijnlijke ejaculatie wordt gezien bij ongeveer 50% van deze groep patiënten. Hoewel de relatie tussen chronische prostatitis en seksuele disfuncties vaak wordt beschreven in de literatuur is het pathofysiologisch mechanisme hierachter niet goed bekend. Zoals bij vele seksuele disfuncties wordt gedacht aan (een combinatie van) vasculaire, neuromusculaire en psychologische oorzaken.

Chronische buik- en bekkenpijn kan negatieve seksuele ervaringen of seksueel misbruik verbergen (Basson & Schultz, 2007; Fall et al., 2010). Seksueel misbruik kan op vele manieren gebeuren (gluren, opmerkingen maken, betasten, aanrading, verkrachting) maar er is bijna altijd een negatief effect op de beleving van seksualiteit. Het is van groot belang voor deze patiënten dat huisartsen bij chronische pijnklachten naar seksu-

ele problematiek of seksueel misbruik vragen zeker als orgaanpathologie is uitgesloten.

Aandacht voor seksualiteit en seksuele disfuncties bij chronische ziekten is niet eenvoudig, zeker niet omdat er vaak niet één duidelijke oorzaak is en een simpele behandeling nogal eens ontbreekt. Toch is een huisarts die geïnteresseerd is in seksuologie prima in staat een start te maken met de seksuele begeleiding van patiënten met chronische buik- en bekkenpijn. Erkenning van de klachten, het serieus nemen van de patiënt en een goede vertrouwensrelatie vormen het uitgangspunt voor de behandeling. Het is belangrijk voor een huisarts te beseffen dat een seksuologische begeleiding vaak meerdere maanden in beslag kan nemen en dat voor gesprekken voldoende zal tijd moeten worden gereserveerd (30-45 minuten). De huisarts kan voor zichzelf en voor zijn patiënten gebruik maken van aanvullende bronnen (zie Bijlage 1).

Samenwerking met andere disciplines

Een multidisciplinaire aanpak voor patiënten met chronische buik- en bekkenpijn lijkt de meeste kans op verbetering te geven (Jarrell et al., 2005). De huisarts zou dan ook actief betrokken moeten blijven bij de begeleiding en behandeling van de patiënt ongeacht of de patiënt in de eerste lijn, tweede lijn of in beide behandeld wordt. Verwijzing zou dus ook niet het einde van het contact tussen huisarts en patiënt mogen betekenen.

Elke huisarts zou de sociale kaart moeten kennen op het gebied van chronische buik- en bekkenpijn. Het gaat dan om samenwerking met een uroloog, gynaecoloog, bekkenfysiotherapeut en een (psycholoog-)seksuoloog. In sommige situaties zal de samenwerking met een chirurg of een pijnspecialist wenselijk zijn. Het moment van verwijzen naar de 2e lijn of een (psycholoog-)seksuoloog zal sterk afhangen van de aard van de problematiek, de affiniteit en kennis van de huisarts met de problematiek en de wens van de patiënt en zijn/haar partner. Zoals eerder gezegd zijn diagnostische onzekerheid, het uitblijven van effect op de therapie, de aanwezigheid van alarmsignalen en ernstige pijn redenen om te verwijzen naar uroloog, gynaecoloog of chirurg. Seksuele problemen in combinatie met relatieproblematiek, seksueel misbruik in het verleden en psychische problemen zijn redenen om te verwijzen naar een psycholoog-seksuoloog. Een verwijzing naar de psycholoog kan zinvol zijn ter exploratie van achterliggende psychogene factoren en voor het aanbieden van alternatieve copingstrategieën voor de pijn.

Samenwerking tussen de verschillende disciplines en de medebehandelaars vraagt om goede mondelinge en schriftelijke communicatie. De communicatie tussen huisarts en medisch specialist is helaas nog vaak gebrekkig waardoor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg snel te kort kan schieten. In de communicatie en samenwerking tussen behandelaars moet er aandacht zijn voor zoveel mogelijk eenduidige informatie naar de patiënt waardoor onnodige diagnostiek voor-

komen wordt en op tijd goede geruststelling mogelijk is. Patiënten die stellig overtuigd zijn van een lichamelijke ziekte terwijl dit niet kan worden aangetoond of die inadequaat omgaan met hun pijnklachten zullen vaak een sterk beroep blijven doen op de zorg. Goede samenwerking tussen hulpverlener en patiënt en tussen hulpverleners onderling is dan cruciaal voor zorg op maat en voor de kwaliteit van zorg.

Literatuur

- Basson, R., & Schultz, W. W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*, *369*, 409-424.
- Bharucha, A. E., & Trabuco, E. (2008). Functional and chronic anorectal and pelvic pain disorders. *Gastroenterology Clinics of North America*, *37*, 685-96.
- Crossman, S. H. (2006). The challenge of pelvic inflammatory disease. *American Family Physician*, *73*, 859-864.
- Fall, M., Baranowski, A. P., Elneil, S., Engeler, D., Hughes, J., Messelink, E. J., ... de C Williams, A.C. (2010). EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology*, *57*, 35-48.
- Hu, J. C., Link, C. L., Naughton-Collins, M., Barry, M. J., & McKinlay, J. B. (2007). The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results from the Boston Area Community Health survey. *Journal of General Internal Medicine*, *22*, 1532-1537.
- IJff, M. (2010). *Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Jarell, J.F., Vilos, G.A., Allaire, C., Burgess, S., Fortin, C., Gerwin, R., ... Abu-Rafea, B. (2005). Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *27*, 869-910.
- Ku, J. H., Kim, S. W., & Paick, J. S. (2005). Epidemiologic risk factors for chronic prostatitis. *International Journal of Andrology*, *28*, 317-327.
- Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., & Khan, K. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *British Medical Journal*, *332*, 749-755.
- Leusink, P. (2010). Urogenitale pijn bij mannen. In J. van Lankveld, M. ter Kuile, & P. Leusink (Eds.), *Seksuele disfuncties* (pp. 177-190). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- McGowan, L., Escott, D., Luker, K., Creed, F., & Chew-Graham, C. (2010). Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. *BMC Family Practice*, *11*:7.
- McNaughton, C. M. (2003). The impact of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome on patients. *World Journal of Urology*, *21*, 86-89.
- Ortiz, D. D. (2008). Chronic pelvic pain in women. *American Family Physician*, *77*, 1535-1542.
- Ramakers, M., & ter Kuile M. (2010). Oppervlakkige dyspareunie bij vrouwen. In J. van Lankveld, M. ter Kuile, & P. Leusink (Eds.), *Seksuele disfuncties* (pp. 77-106). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sacco, E., D'Addessi, A., Racioppi, M., Pinto, F., Totaro, A., & Bassi, P. (2012). Bladder pain syndrome associated with highest impact on sexual function among women with lower urinary tract symptoms. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *117*, 168-172.
- Shoskes, D. A. (2012). The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Current Urology Reports*, *13*, 263-267.
- Spano, L. & Lamont, L.A. (1975). Dyspareunia: a symptom of female sexual dysfunction. *The Canadian Nurse*, *71*, 22-5.

Summary**Chronic pelvic and abdominal pain**

This article addresses the diagnostic evaluation and treatment of chronic abdominal and pelvic pain in general practice with a specific focus on sexual dysfunction. Pelvic pain syndromes are complex conditions with a tendency to chronification and its evaluation is a major challenge for GPs and their patients. It is important to fully inform patients about the diagnostic uncertainties and the possibility that treatment may meet with less than complete success.

Keywords: pelvic pain, general practice, sexuality, assessment, management.

Trefwoorden: bekkenpijn, huisarts, seksualiteit, diagnose, behandeling.

Bijlage 1

Informatie voor patiënten:

www.sense.info

www.seksualiteit.nl

Informatie voor huisartsen:

www.seksueledisfuncties.nl

www.sekshag.nl

IJff, M. (2010). Sexcounseling. Handleiding voor seksuologische hulpverlening. Assen: Van Gorcum.

Van Lankveld, J., ter Kuile, M., & Leusink, P. (2010). Seksuele disfuncties. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Seksuologie. In de serie Bijblijven, deel 7. (2011). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Seriously DIEP: mannelijkheid in al zijn/haar/het facetten

Pop-up university

Zaterdag 8 juni, 10.00-17.30, Das Spectrum te Utrecht

Seriously DIEP is een onderdeel van DIEP festival 2013 – een festival over seksualiteit en gender tegen de stroom in. Voorafgaand aan het festival biedt Seriously DIEP studenten theoretische verdieping, out-of-the-box perspectieven en handvatten voor een constructieve discussie over mannelijkheid in al zijn/haar/het facetten.

De dag wordt begonnen met een keynote lezing door dr. Murat Aydemir (UvA) waarna in drie "dialogue labs" verschillende aspecten van de heersende normen en waarden omtrent mannelijkheid aan de kaak worden gesteld. Daarbij ligt een focus op trans mannelijkheden; vrouwelijke mannelijkheden en lesbische seksualiteit; en de pornificatie van de heteroseksuele man. Diverse internationale en nationale academici, kunstenaars en activisten zijn hierbij betrokken.

Voor tickets en meer informatie: www.dieputrecht.nl