

Beschouwing

Chronische buik- en bekkenpijn: definities, nomenclatuur en classificatie

Marjo Ramakers¹, Bert Messelink²

¹ Centrum voor Seksuele en Relatieve gezondheid, Voorschoten; GGZ Delfland, locatie Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

² Universitair Bekkenbodencentrum Groningen; PsyQ, programma Seksuologie, Groningen

Samenvatting

Chronische pijn in buik en bekken komt veel voor. Bij een chronisch pijnsyndroom gaat het om pijn die de alarmfunctie heeft verloren. De pijn is niet gelokaliseerd in een orgaan maar in het centraal zenuwstelsel. Naast pijn kunnen er functiestoornissen in de inwendige organen en seksuele disfuncties bestaan. Disfunctie van de bekkenbodempijp kan luxerend, oorzakelijk en onderhoudend werken op functiestoornissen van de inwendige organen en op stoornissen in seksueel functioneren. Op basis van deze kenmerken zal de aanpak van patiënten met chronische buik- en bekkenpijn zowel somatisch als psychologisch dienen te zijn. Eenduidige classificering en nomenclatuur en zorgvuldige multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in een bekkenbodempijp team is de basis voor effectieve zorg voor deze patiënten.

Het merendeel van de patiënten met pijn zoekt in eerste instantie hulp bij de huisarts. Pijn is de meest genoemde klacht bij de huisarts. In Nederland hebben meer dan 2 miljoen volwassenen dagelijks pijn (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011). Chronische pijn beïnvloedt niet alleen de patiënt, maar ook zijn of haar omgeving, de partner, het gezin, en werk (Fall et al., 2010). In een studie uit 2006 werd het lijden bij chronische pijn en alle consequenties hiervan onderzocht. Voor deze studie werden bijna 50.000 mensen in vijftien Europese landen en Israël telefonisch geïnterviewd. Het gemiddelde percentage mensen met chronische pijn in dit onderzoek was 19% (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Eén op de vijf volwassen Europeanen lijdt dus aan chronische pijn.

Bij chronische pijn wijst de locatie waar de pijn wordt gevoeld niet altijd op een lichamelijke afwijking ter plaatse. Veel lichamelijke ziekten veroorzaken geen pijn of pas in een vergevorderd stadium, zoals bij kan-

ker. Patiënten met chronische pijn zijn vaak bang dat er een ziekte is die nog niet gevonden is en blijven wanhopig zoeken naar oorzaken en gaan van de ene specialist naar de andere. Dit artikel is een inleiding op de in dit nummer gepubliceerde specifieke artikelen over chronische buik- en bekkenpijn.

Definitie van pijn

De International Association for the Study of Pain (IASP) omschrijft pijn als: een onplezierige sensorische en emotionele ervaring samengaand met daadwerkelijke of mogelijke weefselschade of beschreven in termen van weefselschade (Merskey & Bogduk, 1994). Hierin vallen de volgende aspecten op: een somatische perceptie, bestaande uit 1) een lichamelijke sensatie die kwalitatief omschreven wordt zoals bij weefselschade, 2) een gevoel van (be)dreiging samenhangend met die sensatie, en 3) een onplezierig gevoel of een andere negatieve emotie ten gevolge van de ervaren (be)dreiging (Price, 1999).

Om de verschillen en veranderingen in de gevoeligheid voor pijn te omschrijven, worden de volgende termen gebruikt (Merskey & Bogduk, 1994):

- **Hyperalgesie:** verhoogde respons op een prikkel die normaal niet pijnlijk is;
- **Hypoalgesie:** verminderde respons op een prikkel die normaal pijnlijk is;
- **Analgesie:** afwezigheid van pijn in respons op een prikkel die normaal pijnlijk is;

- Hyperesthesie: toegenomen gevoeligheid voor prikkels, met uitzondering van de zintuigen;
- Hypesthesie: verminderde gevoeligheid voor prikkels, met uitzondering van de zintuigen;
- Dysesthesie: een onplezierige abnormale sensatie, spontaan of uitgelokt;
- Paresthesie: een abnormale sensatie, spontaan of uitgelokt;
- Allodynie: pijn ten gevolge van een prikkel (bijvoorbeeld lichte aanraking) die normaliter geen pijn veroorzaakt.

Pathogenese van pijn

Pijn is een sensatie die begint in het perifere zenuwstelsel door prikkeling van de uiteinden van perifere zenuwvezels (nociceptoren). Vervolgens zijn er een aantal fysiologische processen die ervoor zorgen dat deze prikkel leidt tot de sensatie van pijn (Smith, 2013). De nociceptieve prikkel (thermisch, mechanisch, chemisch) wordt in elektrische activiteit omgezet (transductie). Vanuit de primaire afferente zenuwvezels wordt de actiepotentiaal verder getransporteerd en overgedragen (transmissie en conductie) naar het centraal zenuwstelsel. Uiteindelijk bereikt het signaal via opstijgende banen de somatosensorische cortex en wordt geïnterpreteerd (perceptie) als pijn. De term modulatie duidt het proces aan waarbij de sensorische input vergroot of onderdrukt wordt (Smith, 2013).

Typen pijn: acute versus chronische pijn

De belangrijkste indeling in pijn is die in acuut en chronisch. Het belang hiervan zit in het grote verschil in pathofysiologisch mechanisme en in de vele consequenties die dit heeft voor diagnostiek en behandeling. De IASP (2011) noemt pijn chronisch als een duidelijke somatische oorzaak ontbreekt en de pijn langer dan 3 maanden duurt. De American Psychiatric Association (APA) noemt pijn chronisch als deze langer dan 6 maanden

duurt (APA, 1994). De indeling in acuut en chronisch heeft niet alleen met de duur, maar ook met de oorzaak en de functie van de pijn te maken. Acute pijn is een alarmsignaal voor het lichaam dat vraagt om actie. Het is een essentieel beschermingsmechanisme om te kunnen overleven in een omgeving vol met gevaren. Chronische pijn die veroorzaakt wordt door een (chronische) ziekte of laesie, zoals bij kanker of artrose, heeft deze functie in mindere mate. De oorzaak is bekend en het voorkomen van verdere schade is in gang gezet of niet mogelijk. Chronische pijn die bestaat zonder dat er sprake is van ziekte of letsel, heeft geen alarmfunctie meer aangezien er geen dreiging is van verdere schade. De pijn is in deze situatie gelokaliseerd in het centraal zenuwstelsel en wordt daarom wel als neuropathische pijn aangeduid. Chronische pijn zonder verklarende ziekte of letsel is een aandoening op zichzelf en geen symptoom.

Acute pijn

Nociceptoren zijn gespecialiseerde primaire sensorische neuronen die op pijn reageren. Er bestaan verschillende soorten nociceptoren. Deze variëren in gevoeligheid voor prikkels en in de snelheid van afvuren (Mc Cleskey & Gold, 1999). De meeste stimuli activeren verschillende soorten nociceptoren. Uiteindelijk wordt al deze input tezamen "vertaald" in de subjectieve pijnsensatie. De snelheid van voortgeleiding van de elektrische activiteit door zenuwvezels heeft te maken met de (dikte van de) myelineschede om de zenuwvezel. Relatief snel geleidende nociceptoren zijn de gemyeliniseerde A-deltavezels, verantwoordelijk voor snelle scherpe pijn. De langzaam geleidende niet gemyeliniseerde C-vezels veroorzaken stompe pijn die later optreedt en langer duurt.

Nociceptieve pijn is pijn die ontstaat door directe prikkeling van nociceptoren (zenuwvezels) die bij weefschade - somatisch of visceraal - gaan "vuren".

Tabel 1. Comparison between visceral and somatic pain

	<u>Visceral pain</u>	<u>Somatic pain</u>
Effective painful stimuli	Stretching and distension, producing poorly localised pain.	Mechanical, thermal, chemical and electrical stimuli, producing well localised pain.
Summation	Widespread stimulation produces significantly magnified pain.	Widespread stimulation produces a modest increase in pain.
Autonomic involvement	Autonomic features (e.g., nausea and sweating) frequently present.	Autonomic features less frequent.
Referred pain	Pain perceived at a site distant to the cause of the pain is common.	Pain is relatively well localised but well recognised.
Referred hyperalgesia	Referred cutaneous and muscle hyperalgesia is common, as is involvement of other visceral organs.	Hyperalgesia tends to be localised.
Innervation	Low density, unmyelinated C fibres and thinly myelinated Aδ fibres.	Dense innervation with a wide range of nerve fibres.
Primary afferent physiology	Intensity coding. As stimulation increases afferent firing increases with an increase in sensation and ultimately pain.	Two fibre coding. Separate fibres for pain and normal sensation.
Silent afferents	50-90% of visceral afferents are silent until the time they are switched on. These fibres are very important in the central sensitisation process.	Silent afferents present, but form a lower percentage.

Noot: Overgenomen van "Guidelines on Chronic Pelvic Pain" door Engeler, D., et al. (2012). Copyright 2012 European Association of Urology.

Somatische pijn is duidelijk gelokaliseerd, maar wordt variabel beschreven en ervaren. Viscerale pijn - door rek aan de inwendige organen (viscera) - is moeilijk precies te lokaliseren, diepe, stompe en krampende pijn. Zie Tabel 1 (Engeler et al., 2012) voor een overzicht van de verschillen tussen somatische en viscerale pijn.

Chronische pijn

Er zijn een aantal mechanismen die kunnen leiden tot het chronisch worden van pijn (Smith, 2013): perifere sensitisatie, centrale sensitisatie, ectopische excitatie, structurele reorganisatie van neuronen, primair sensorische degeneratie en de-inhibitie.

De twee belangrijkste oorzaken van overgevoeligheid na weefselschade zijn (Smith, 2013):

- perifere sensitisatie. Celschade leidt tot een lagere pH, onder andere door uitstoot van stoffen zoals cytokines, chemokines, bradykinine, histamine, prostaglandine en groeifactoren, die de nociceptoren maar ook het weefsel zelf gevoeliger kunnen maken (Woolf, 2004; Pezet & McMahon, 2006);
- centrale sensitisatie. Proces waarbij de prikkel drempel in het ruggenmerg verlaagd wordt, en de informatie naar de hersenen versterkt wordt. Een perifere stimulatie wordt hierdoor veel sterker (pijnlijker) ervaren dan voorheen. Dit gebeurt op korte (McMahon & Jones, 2004), en lange termijn (Nazif, Teichman, & Gebhart 2007).

Melzack en Wall (1965) wezen met hun *gate control theory* op de modulerende invloed van het centraal zenuwstelsel (CZS) op de binnenkomende pijnprikkels via het ruggenmerg. In dierexperimenteel onderzoek zijn inmiddels *cross-system effects* aangetoond: visceroviscerale interacties binnen het CZS (Berkley, 2005). Vertaald naar de mens zou dit een verklaring kunnen zijn voor het feit dat pijn, ervaren in het ene orgaan leidt tot pijn in een ander orgaan. Pijn in de darm kan dan bijvoorbeeld lijden tot pijn in de blaas.

Classificatie van chronische pijn

In de dagelijkse klinische praktijk wordt pijn meestal omschreven aan de hand van diverse dimensies zoals:

- locatie van de pijn;
- duur van de pijn;
- ernst van de pijn (mild, matig, ernstig);
- diagnose (bijvoorbeeld kanker, posttherpetische pijn);
- orgaansysteem (bijvoorbeeld myofasciale, reumatische, of neurologische pijn);
- oorzaak van de pijn (nociceptieve of neuropathische pijn);
- pijnmechanisme (bijvoorbeeld perifere sensitisatie);
- respons op behandeling (bijvoorbeeld op opiaten reagerende pijn).

De complexe chronische pijnsyndromen zijn zowel in psychiatrische als in somatische classificatiesystemen opgenomen. Dit weerspiegelt zowel de dualiteit in de

psychiatrische en somatische geneeskunde, als ook de onlosmakelijke verbondenheid van psyche en soma.

Classificatie van seksuele stoornissen

Seksuele stoornissen worden in psychiatrische classificatiesystemen geïnclassificeerd in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV- Text revised (DSM-IV-TR) van de American Psychiatric Association (APA, 2000) en in de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) van de World Health Organisation (WHO, 2010).

Seksuele stoornissen worden in de DSM-IV-TR verder gesubclassificeerd naar het begin van de klachten, de context waarin deze klachten optreden en de etiologische overwegingen.

Een seksuele stoornis kan geïnclassificeerd worden aan de hand van (combinaties van) subtyperingen:

- primair, indien levenslang of vanaf het eerste seksuele contact (sexarche) bestaand, of
- secundair of verworven indien er een periode zonder problemen aan is voorafgegaan;
- situatief, als beperkt tot bepaalde omstandigheden, of
- gegeneraliseerd, als bij elke seksueel contact aanwezig;
- door psychische factoren, indien die worden verondersteld de hoofdrol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het in stand houden, of
- door somatische factoren, indien die worden verondersteld de hoofdrol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het in stand houden, of
- door het gebruik van middelen, indien die worden verondersteld de hoofdrol te spelen bij het begin, de ernst, de verergering of het in stand houden, of
- door gecombineerde factoren.

Vrouwen: dyspareunie, vaginisme en vulvodynie

Volgens de definitie van DSM-IV-TR is dyspareunie recidiverende of aanhoudende genitale pijn voor, tijdens of na de geslachtsgemeenschap (APA, 2000). Afhankelijk van de lokalisatie van de pijn wordt dyspareunie ingedeeld in:

- oppervlakkige dyspareunie: vooral het naar binnen gaan van de penis in de vagina veroorzaakt pijn in en rondom de introitus vulvae, of
- diepe dyspareunie: vooral het doorstoten van de penis diep achterin de vagina veroorzaakt pijn onder in de buik.

Tal van (gynaecologische) ziekten kunnen pijn bij gemeenschap tot gevolg hebben, zowel oppervlakkige penetratiepijn als diepe doorstootpijn. Zie voor een overzicht de gynaecologische handboeken.

In de DSM-IV-TR (APA, 2000) wordt vaginisme gedefinieerd als een belemmering van de penetratie door aanhoudend spasme van de musculatuur van het buitenste derde deel van de vagina.

In feite verwijzen de DSM-IV-TR-criteria alleen naar oppervlakkige dyspareunie (Binik, 2009). Het spasme

staat al enige tijd als onderdeel van de diagnose vaginisme ter discussie (Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel, 2004). In 2010 verscheen een commentaar op de ten aanzien van vaginisme gebruikte termen (van Lankveld et al., 2010). In de nieuwe DSM versie (DSM-5), die verwacht wordt in mei 2013, zal de classificatie van seksuele pijnstoornissen bij de vrouw mogelijk anders worden (APA, 2013).

De geschatte prevalenties voor dyspareunie in internationale publicaties variëren van 6.5-45% bij oudere vrouwen en van 14-34% bij jonge vrouwen; voor vaginisme varieert de prevalentie van 1-6% (van Lankveld et al., 2010). In het laatste Nederlandse bevolkingsonderzoek is het percentage vrouwen dat pijn aangaf 4,9% (Kedde, 2012).

Vanuit de somatische invalshoek worden de vulvaire pijn syndromen geclassificeerd door de International Society for the Study of Vulvar Disease (ISSVD). De term vulvodynie wordt sinds 2004 gereserveerd voor chronisch vulvaire klachten (branderigheid, stekende pijn, irritatie, schraalheid) zonder lichamelijk oorzaak (Moyal-Barracco, 2004). De ISSVD raadt de uitgang "-itis" (zoals in focale vulvitis en vestibulaire vulvitis) af, en deelt vulvodynie als volgt in:

- *gegeneraliseerd*: de gehele vulva is pijnlijk, of
- *gelokaliseerd*: de pijn is beperkt tot (een) gedeelte(n) van de vulva;
- *provoked*: de pijn ontstaat door aanraking, of
- *unprovoked*: de pijn bestaat los van aanraking, of
- *mixed*: een combinatie van beiden.

Op de laatste jaarlijkse najaarsvergadering (november 2012) van de Nederlandse Vereniging voor Vulva Pathologie (NVvVP), is afgesproken zoveel mogelijk aan te sluiten bij de internationale nomenclatuur:

- *localized provoked vulvodynia* of LPV (in plaats van de sinds 1997 in Nederland gehanteerde term vulvaire vestibulitis syndroom of VVS (Ramakers & van Lunsen, 1997)): het aanraken en/of naar binnen gaan van de vulva doet pijn, met name pijn in het vestibulum vulvae. LPV is een vooral bij premenopauzale vrouwen optredend ziektebeeld, waarbij langdurig of recidiverend pijn bestaat bij de penetratie en er bij het gynaecologisch onderzoek geen duidelijke lichamelijke oorzaak wordt gevonden.
- *generalized unprovoked vulvodynia* of GUV (in plaats van essentiële vulvodynie): chronisch vulvaire klachten onafhankelijk van coïtus en/of ander penetrerend contact, en bij het gynaecologisch onderzoek geen duidelijke lichamelijke oorzaak. Deze vrouwen zijn gemiddeld ouder dan vrouwen met LPV, vaak postmenopauzaal, en klagen over continue branderige pijn aan de vulva.

Mannen : dyspareunie

Net als bij vrouwen kent ook bij mannen de definitie van dyspareunie van de DSM-IV-TR (APA, 2000) beperkingen en kan begrip over deze aandoening winnen door dezelfde indeling te gebruiken als de ISSVD

hanteert voor vrouwen, zoals Leusink voorstelt (2010): *unprovoked*, *provoked* en mengvorm. Een bijzondere vorm is anodyspareunie: pijn bij de ontvangende partner tijdens anale penetratie. In een buitenlandse studie werd dit gevonden bij 14 % van mannen die seks hebben met mannen (MSM) (Damon & Rosser, 2005). Er is weinig onderzoek naar de prevalentie van pijnlijke seks bij mannen. In het laatste Nederlandse bevolkingsonderzoek waarbij volwassenen door zelfrapportage aangaven of ze last hadden van seksuele problemen was het percentage mannen dat pijn aangaf 0,7 % (Kedde, 2012).

Uiteraard zijn er (urologische) ziekten die bij mannen dyspareunie kunnen veroorzaken (bijvoorbeeld te kort frenulum, phimosis, M. Peyronie). Zie voor een overzicht de urologische handboeken.

De bekkenbodem

De term bekkenbodem wordt gebruikt om de spier- en peesplaat aan te duiden met bij de man twee, en bij de vrouw drie openingen voor respectievelijk urethra, vagina, en anus. De bekkenbodemspieren zijn dwarsgestreepte willekeurige spieren, met een belangrijke functie bij het ondersteunen van de organen in het bekken en een belangrijke functie tijdens de verschillende fasen van de seksuele respons. De functie van de bekkenbodemspieren kan worden onderzocht bij vrouwen (Raadgers, Ramakers, & van Lunsen, 2005; Slikeren Hove et al., 2009; Ramakers & ter Kuile, 2010) en bij mannen.

Een contractie kan bewust (vanuit de cerebrale cortex aangestuurd) optreden of als een (paradoxe) reflexcontractie; het resultaat is in de introitus zichtbaar en palpabel als het sluiten van de m. pubococcygeus en het intrekken van het perineum. De International Continence Society (ICS) onderscheidt karakteristieke symptomen (anamnestisch verkregen) en specifieke bevindingen (bij lichamelijk bekkenbodemonderzoek verkregen) van de bekkenbodemspieren en benoemt vier condities: normaal, overactief, onderactief en niet-functionerend (Messelink et al., 2005).

Bekkenbodemdisfunctie

Een overactieve bekkenbodem (OBB) betekent dat de dwarsgestreepte bekkenbodemspieren a) eerder, vaker en/of langer contraheren dan nodig, of b) later, minder vaak of onvolledig relaxeren dan nodig, of c) een combinatie van beiden (Ramakers, 2011).

De ICS vat de conditie overactieve bekkenbodemspieren kernachtig samen: als de bekkenbodemspieren bij lichamelijk onderzoek na een contractie niet kunnen ontspannen of anamnestic blijken aan te spannen als relaxatie nodig is. Dit laatste op grond van obstructieve symptomen in mictie, defecatie en seksualiteit (van Lunsen & Ramakers, 2002; Messelink & Benson, 2005; Ramakers, 2011)

Een overactieve bekkenbodem kan het resultaat zijn van aangeleerd gedrag - zoals langdurig ophouden en

uitstellen van mictie en defecatie of een overdreven zindelijkheidstraining - , maar kan ook optreden als reactie op dreiging. Bij traumatische ervaringen, maar ook door herbelevingen en flashbacks van seksuele, fysieke en psychische traumata kan een overactieve bekkenbodem ontstaan (van Lunsen & Ramakers, 2002; Ramakers & van Lunsen, 2005). Een overactieve bekkenbodem kan pijn veroorzaken door compressie van zenuwvezels en bloedvaten, kan de mictie en defecatie bemoeilijken, met als gevolg urineretentie en obstipatie, en door een overactieve bekkenbodem neemt de afferente input naar het CZS toe (Fall et al., 2010).

Door diverse auteurs is gewezen op de co-morbiditeit van urologische, gynaecologische, gastro-enterologische en seksuologische problematiek, en de samenhang met seksueel en fysiek misbruik (Walker, Gelfland, Gelfland, Green, & Katon, 1996; Devroede, 2000, Link, Lutfey, Steers, & McKinlay, 2007). Een recent Nederlands onderzoek (Ter Kuile, Weijenborg, & Spinhoven, 2010) waarbij 154 vrouwen met chronische buikpijn en 58 gematchte controles werden onderzocht, liet zien dat:

- het percentage seksueel misbruik in beide groepen gelijk was, namelijk 35%;
- het percentage lichamelijk geweld 26%, respectievelijk 22% was;
- angst en depressie de bepalende factoren zijn voor het al dan niet optreden van seksuele problematiek.

De vrouwen met chronische buikpijn scoorden significant hoger op seksueel vermijdingsgedrag, nonsensualiteit en vaginistische klachten dan de gezonde controles (Ter Kuile et al., 2010).

Een verklaring voor de gevonden resultaten kan zijn dat de traumatische gebeurtenissen leiden tot psychologische reacties en een afweer middels de bekkenbodem die overactief wordt. Deze overactiviteit veroorzaakt functiestoornissen, de functiestoornis-

sen veroorzaken angst en spanning, die op hun beurt weer de overactiviteit versterken. In deze situatie kan gesproken worden van een overactieve bekkenbodemsyndroom. Dit betekent dat er sprake is van:

- co-morbiditeit van minimaal 3 symptomen geassocieerd met een OBB;
- een aangetoonde OBB bij lichamelijk- of functieonderzoek (bijvoorbeeld electromyografisch);
- co-morbiditeit van minimaal een stressbron, psychologisch en/of psychiatrisch (van Lunsen & Ramakers, 2002; Ramakers, 2005).

Classificatie van chronische (buik- en) bekkenpijn

De European Association of Urology (EAU) heeft een voorstel gedaan voor classificatie van chronische bekkenpijn aan de hand van phenotypering, terminologie en taxonomie (Engeler et al., 2012).

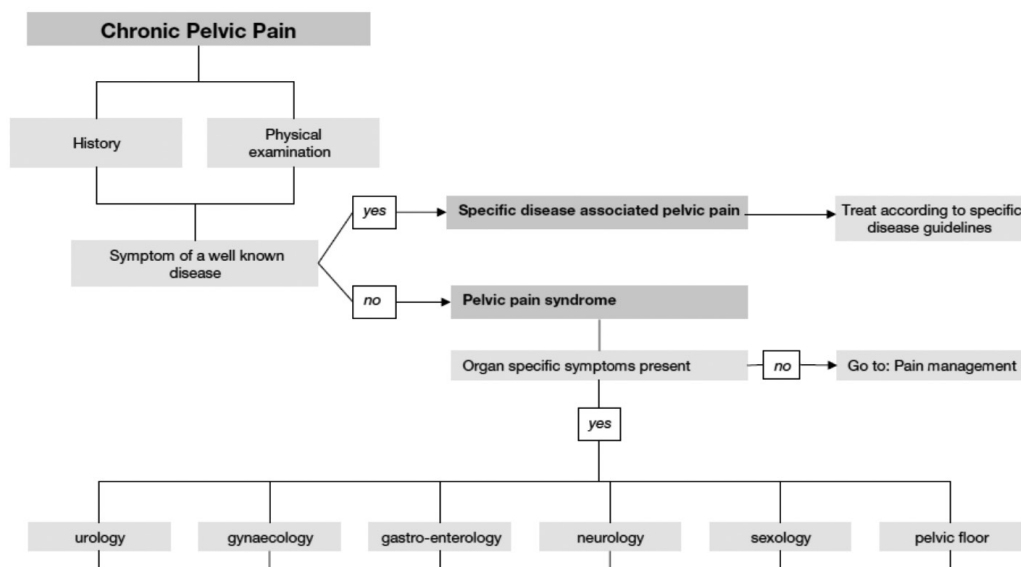
Phenotypering

Phenotypering betekent het beschrijven van de toestand. Bijvoorbeeld, langdurige dyspareunie kan veroorzaakt worden door lichen sclerosus, maar er kan ook sprake zijn van langdurig pijn bij gemeenschap terwijl er bij het gynaecologisch onderzoek geen afwijkingen worden gevonden. Als het ontstaansmechanisme bekend is, kan dat vermeld worden. Vaak is dat echter niet het geval, dan is alleen een beschrijving van symptomen en onderzoeksbevindingen mogelijk. Als pijn het belangrijkste symptoom is, en het persisteren van pijn de belangrijkste ziekte is, wordt bij voorkeur de term pijnsyndroom gebruikt.

Terminologie

Terminologie slaat op de woorden die worden gebruikt om te phenotyperen in het classificatiesysteem. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om de blaas wordt gesproken over blaaspijnsyndroom (BPS). De algemene

Figuur 1. Algoritme voor diagnostisch proces bij chronische bekkenpijn (CPP)



Noot: Overgenomen van "Guidelines on Chronic Pelvic Pain" door Engeler, D., et al. (2012). Copyright 2012 European Association of Urology.

regel is: locatie-pijnsyndroom. De locatie is de plek waar de patiënt de pijn ervaart en zegt niets over de oorzaak van de pijn. De term pijnsyndroom betekent niet alleen dat het CZS een belangrijke rol speelt, maar de term syndroom biedt ook ruimte aan de emotionele, cognitieve, gedragsmatige, seksuele en functionele gevolgen van de chronische pelviene pijn. Onduidelijke termen moeten vermeden worden. De uitgang 'itis' wordt alleen gebruikt als er daadwerkelijk een infectie of ontsteking is.

Taxonomie

Taxonomie geeft weer hoe de verschillende pijnsyndromen ten opzichte van elkaar staan. De EAU verdeelt chronische bekkenpijn in *pelvic pain syndrome* en *specific disease associated pelvic pain* (zie ook Figuur 1) (Engeler, 2012). Deze laatste ontstaat door een duidelijke lichamelijke oorzaak (bijvoorbeeld infectie, neuropathie, ontsteking), en kan behandeld worden volgens de richtlijnen behorend bij die specifieke ziekte. Een bekkenpijnsyndroom is chronische bekkenpijn zonder verklarende afwijkingen, die meestal gepaard gaat met symptomen passend bij een dysfunctie van de bekkenorganen.

De EAU noemt de volgende bekkenpijnsyndromen (Engeler et al., 2012):

- urologische pijnsyndromen: prostaatpijnsyndroom, blaaspijnsyndroom, scrotaal pijnsyndroom, testiculair pijnsyndroom, epididymaal pijnsyndroom, peniel pijnsyndroom, urethraal pijnsyndroom, postvasectomie scrotaal pijnsyndroom;
- gynaecologische pijnsyndromen: vulvair pijnsyndroom, gegeneraliseerd vulvair pijnsyndroom, lokaal vulvair pijnsyndroom, vestibulair pijnsyndroom, clitoraal pijnsyndroom, endometriose geassocieerd pijnsyndroom, Chronische Pelviene Pijn Syndroom (CPPS) met cyclische exacerbaties, dysmenorhoea;
- musculoskeletale systeem: bekkenbodemspierpijnsyndroom, coccygeaal pijnsyndroom;
- gastrointestinale pelviene pijnsyndromen: IBS (*irritable bowel syndrome*), chronisch anaal pijnsyndroom, intermitterend chronisch anaal pijnsyndroom.

De EAU classificatie is in overeenstemming met de door de IASP geaccepteerde classificatie (IASP, 2012).

Behandeling van chronische buik- en bekkenpijn

In de behandeling dient er aandacht te zijn voor de aard van de pijn, de bestrijding van de pijnklachten, en het verlichten van de gevolgen van de pijn (Fall et al., 2010). Patiënten met chronische buik- en bekkenpijn worden bij voorkeur behandeld in de multidisciplinaire setting van een bekkenbodenteam. Er zullen verschillende doelstellingen zijn:

- Uitleg over wat chronische pijn is;
- Opsporen en behandelen van oorzakelijke, luxerende en onderhoudende factoren, zowel somatisch

als psychisch;

- Bestrijding van de pijn;
- Aandacht voor de gevolgen van de pijn: functiestoornissen (mictie, defecatie, seksualiteit) en de gevolgen in psychosociale zin.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (in press). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Geraadpleegd op <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Berkley, K.J. (2005). A life of pelvic pain. *Physiology & Behavior*, 86, 272-80.
- Binik, Y.M. (2010). The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 292-303.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Damon, W., & Rosser, B.R. (2005). Anodyspareunia in men who have sex with men: prevalence, predictors, consequences and the development of DSM diagnostic criteria. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 31, 129-41.
- Devroede, G. (2000). Early life abuses in the past history of patients with gastrointestinal tract and pelvic floor dysfunctions. *Progress in Brain Research*, 122, 131-55.
- Engeler, D., Baranowski, A.P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E.J., Oliveira, ... & de Williams, A.C. (2012). *Guidelines on Chronic Pelvic Pain, European Association of Urology*. Geraadpleegd op http://www.uroweb.org/gls/pdf/24_Chronic_Pelvic_Pain_LR%2011.pdf
- Fall, M., Baranowski, A.P., Elneil, S., Engeler, D., Hughes, J., Messelink, ... & de Williams, A.C. (2010). EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology*, 57, 35-48.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Taxonomy*. Geraadpleegd op <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Kedde, H. (2012). Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 98-108.
- Leusink, P. (2010). Urogenitale pijn bij mannen. In J. van Lankveld, M. ter Kuile & P. Leusink (red.), *Seksuele disfuncties, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Link, C.L., Lutfey, K.E., Steers, W.D., & McKinlay, J.D. (2007). Is abuse causally related to urologic symptoms? Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *European Urology*, 52, 397-406.
- Mc Cleskey, E.W., & Gold, M.S. (1999). Ion channels of nociception. *Annual Review of Physiology*, 1009, 61:835.
- McMahon, S.B., & Jones, N.G. (2004). Plasticity of pain signaling: role of neurotrophic factors exemplified by acid-induced pain. *Journal of Neurobiology*, 61, 72-78.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic pain (2nd ed.)*. Seattle: IASP Press.
- Messelink, B., Benson, T., Berghmans, B., Bø, K., Corcos, J., Fowler, C., ... & Van Kerrebroeck, P. (2005). Standardisation of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 24, 374-380.
- Moyal-Barracco, M., & Lynch, P.J. (2004). ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, 49, 772-777.

- Nazif, O., Teichman, J.M., & Gebhart, G.F. (2007). Neural upregulation in interstitial cystitis. *Urology*, *69*, 24-33.
- Pezet, S., & Mac Mahon, S.B. (2006). Neurotrophins: mediators and modulators of pain. *Annual Review of Neuroscience*, *29*, 507-38.
- Price, D.D. (1999). *Psychological mechanisms pain and analgesia in progress in pain research and management*. Seattle: IASP Press, vol 15.
- Raadgers, M., Ramakers, M.J., & van Lunsen, R.H.W. (2005). Treatment of female sexual dysfunctions. In B. Carriere (ed), *The pelvic floor*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Ramakers, M.J., & van Lunsen, H.W. (1997). Vulvodynie met als oorzaak vulvair vestibulitisyndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *141*, 2100-05.
- Ramakers, M.J., & van Lunsen, R.H.W. (2005). Psychosocial influences. In B. Carriere (ed), *The pelvic floor*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Ramakers, M., & ter Kuile, M. (2010). Oppervlakkige dyspareunie bij vrouwen. In J. van Lankveld, M. ter Kuile, & P. Leusink (red.), *Seksuele disfuncties, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ramakers, M.J. (2011). Chronische buikpijn, de seksuologische benadering. In: E. Slager (ed.), *Reproductieve geneeskunde, Gynaecologie en Obstetrie anno 2011* (pp. 449-455). Haarlem: DCGH.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2011). *Chronische pijn*. Den Haag: Regieraad. Geraadpleegd op http://www.regieraad.nl/fileadmin/www.regieraad.nl/publiek/Downloads/Regie_op_kwaliteit/Advies_Chronische_pijn.pdf
- Reissing, E., Binik, Y.M., Khalife, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behaviour*, *33*, 5-17.
- Slieker-ten Hove, M.C., Pool-Goudzwaard, A.L., Eijkemans, M.J., Steegers-Theunissen, R.P., Burger, C.W., & Vierhout, M.E. (2009). Pelvic floor muscle function in a general female population in relation with age and parity and the relation between voluntary and involuntary contractions of the pelvic floor musculature. *International Urogynecological Journal of Pelvic Floor Dysfunction*, *20*, 1497-504.
- Smith H.S. (2013). *Definition and pathogenesis of chronic pain*. Geraadpleegd op <http://www.uptodate.com/contents/definitions-and-pathogenesis-of-chronic-pain?topic>
- Ter Kuile, M., Weijnenborg, Ph., & Spinhoven, Ph. (2010). Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *Journal of Sexual Medicine*, *7*, 1901-1910.
- Van Lankveld, J.D.M., Granot, M., Weijmar Schultz, W.C.M., Binik, Y.M., Wesselmann, U., Pukall, C.F., ... & Achtrari, C. (2010). Women's sexual pain disorders. *Journal of Sexual Medicine*, *7*, 615-631.
- Van Lunsen, H.W., & Ramakers, M.J. (2002). The hyperactive pelvic floor syndrome (HPFS); psychosomatic and psycho-sexual aspects of hyperactive pelvic floor disorders with co-morbidity of uro-gynaecological, gastro-intestinal and sexual symptomatology. *Acta Endoscopica*, *32/3*, 275-85.
- WHO. *ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010*. Geraadpleegd op http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- Wolf, C.J. (2004). American College of Physicians, American Physiological Society Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacological management. *Annual Internal Medicine*, *140*, 441.
- Walker, E.A., Gelfand, A.N., Gelfand, M.D., Green, C., & Katon, W.J. (1996). Chronic pelvic pain and gynaecological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *17*, 39-46.

Summary

Chronic pelvic and abdominal pain: definitions, terminology and classification

Chronic abdominal and pelvic pain is a common complaint. In a chronic pain syndrome pain has lost the nociceptive function. The pain is not localised in an organ, but in the nervous system. Internal organ function disorders and sexual dysfunctions can coexist and the dysfunction of the pelvic floor can be causative or maintaining. Therefore the approach of patients with chronic abdominal and pelvic pain disorder has to be somatic and psychological. Unequivocal classification and terminology and careful diagnosis and treatment in a multidisciplinary pelvic floor team are fundamental for effective cure of these patients.

Keywords: pain, pelvis, abdomen, chronic pain syndrome, pelvic floor

Trefwoorden: pijn, bekken, buik, chronisch pijnsyndroom, bekkenbodem