

Klinische casus

Onbegrepen buikpijn, oude wijn in nieuwe zakken

Olga Loeber, Rutgershuis oost, Arnhem

Samenvatting

Een 47 jarige vrouw presenteert zich met jarenlange buikpijn. Zij is bij veel specialisten geweest, zonder dat deze consultaties een duidelijke diagnose hebben opgeleverd. Op eigen initiatief is zij naar een pijncentrum gegaan, omdat zij zelf aan de mogelijkheid van *anterior cutaneous nerve entrapment syndrome* (ACNES) dacht. De diagnose is aldaar bevestigd. De casus illustreert dat hulpverleners vaak ten onrechte niet denken aan de diagnose ACNES, waardoor er een enorm 'doctors delay' kan optreden met niet passende behandelingen.

Ziektegeschiedenis

Veel seksuologen komen in hun praktijk de klacht buikpijn tegen. Daarbij wordt de diagnose ACNES vaak over het hoofd gezien.

Het gaat in deze casus om een vrouw van 47 jaar die al jaren bij het Rutgershuis Oost komt vanwege regelmatig optredende cystes en buikpijn. Zij heeft sedert 20 jaar veel last van pijn in de linker onderbuik, wordt er 's nachts vaak wakker van en verzuimt haar werk niet zelden vanwege deze klacht.

De voorgeschiedenis vermeldt een peritonitis na een ruptuur als gevolg van een appendicitis. Deze is later gevolgd door een adhesiolysis van de darmen. Daarnaast komt ze bij de gynaecoloog voor regelmatig terugkerende cystes en heeft zij een achterwandverzakking. Verder heeft zij gevoelsstoornissen in haar bovenbenen en af en toe ongemerkt urineverlies.

De klachten hebben haar langs allerlei specialisten geleid om een verklaring voor de pijn te vinden. Uiteindelijk werd zij tot haar grote ergernis geassocieerd als een 'pijn-patiënt'. Als gepromoveerd neurowetenschapper die veel onderzoek heeft verricht naar pijn voelde zij zich niet erkend in haar klacht.

Kortgeleden kwam ze op het Rutgershuis spreekuur en zei zelf een mogelijke diagnose te hebben voor haar klacht: "Of ik wel eens van 'ACNES' had gehoord, het *anterior cutaneous nerve entrapment syndrome*". Haar huisarts kende dit ziektebeeld niet en zag geen reden om haar opnieuw naar een andere specialist te verwijzen. Ze heeft vervolgens via een afspraak geregeld

bij een pijnbehandelcentrum en de diagnose is aldaar bevestigd.

Omdat dit syndroom zo weinig bekend is, lopen mensen (mannen en vrouwen) vaak jarenlang bij gynaecologen, urologen en internisten. Ook wordt de klacht wel geïnterpreteerd als diepe dyspareunie. Buikwandpijn speelt op als de buikwand belast wordt en dat is bij uitstek het geval bij seksuele activiteiten.

Beschouwing

ACNES is geen nieuwe ziekte. Al in 1926 verscheen er een artikel van Carnett (Carnett, 1926). Hij beschreef hierin een diagnostisch teken dat naar hem is vernoemd. Hierbij wordt de door druk met een vinger opgeroepen pijn heftiger als de buikspieren worden aangespannen, bijvoorbeeld door in rugligging beide benen gestrekt op te heffen en de kin op de borst te leggen.

In de afgelopen eeuw zijn regelmatig artikelen gepubliceerd over dit fenomeen, maar desondanks wordt de diagnose vaak gemist (Herschfield, 1992; Applegate, 2002; Thome & Egeler, 2006; Roumen & Scheltinga, 2006; van Assen, de Jager-Kievit, Scheltinga, & Roumen, 2013; Kloppers & Hoozemans, 2014; Boelens 2015).

In de loop van de tijd zijn er diverse namen voor ACNES gebruikt: buikwand-neuralgie, buikwandpijn, abdominale intercostale neuralgie etc. Oorzaak van de pijn is het klemzitten van de onderste uitlopers van de intercostaal zenuwen in de buikspieren. Bij de beschreven patiënte gaat het om takjes van de nervus ilio-inguinalis. De waarschijnlijke etiologie van het ziektebeeld wordt beschreven in het artikel van Kloppers en Hoozemans (2014). Het wordt veroorzaakt door een hernatie van een vetkwabbetje dat de zenuw moet beschermen bij het verloop door de musculus rectus abdominis. Door de hernatie van dit vetkwabbetje komt

de zenuw klem tegen de harde fibreuze rand van de fascie bij het uittreden uit de spier naar de buikwand.

De diagnose kan eenvoudig worden vastgesteld door een goede anamnese en een nauwkeurig lichamenlijk onderzoek. Dat betekent in dit geval een puntsgewijs onderzoek naar pijnpunten in de buikwand. Onderzoek de buik door met één vinger op de buikwand druk uit te oefenen en links en rechts met elkaar te vergelijken. Hoe oppervlakkiger de bron van de pijn, hoe scherper deze pijn gelokaliseerd kan worden en dus met één vinger detecteerbaar. Als een pijnpunt wordt aangetroffen volgt het onderzoek naar het *Carnett's sign* en, indien positief, het op proef lokaal infiltreren met lidocaïne (Boelens et al., 2013).

Waarschuw vooraf dat die prik erg pijnlijk kan zijn want je legt 'de vinger op de zere plek...' Vraag vooral of de geprovoceerde pijn overeenkomt met de spontane pijn. Kenmerkend is ook dat bij inwendig onderzoek pas de pijn ontstaat zodra de uitwendige hand daarbij betrokken wordt. Ook hierbij past weer de vraag of dit de pijn in kwestie is. Daarmee kan narigheid in de buik praktisch worden uitgesloten. Leg dit ook aan de patiënt uit. Dit is voor de patiënt uitermate geruststellend en vermindert de angst dat er in de buik iets aan de hand zou zijn.

Belangrijkste diagnostische kenmerken

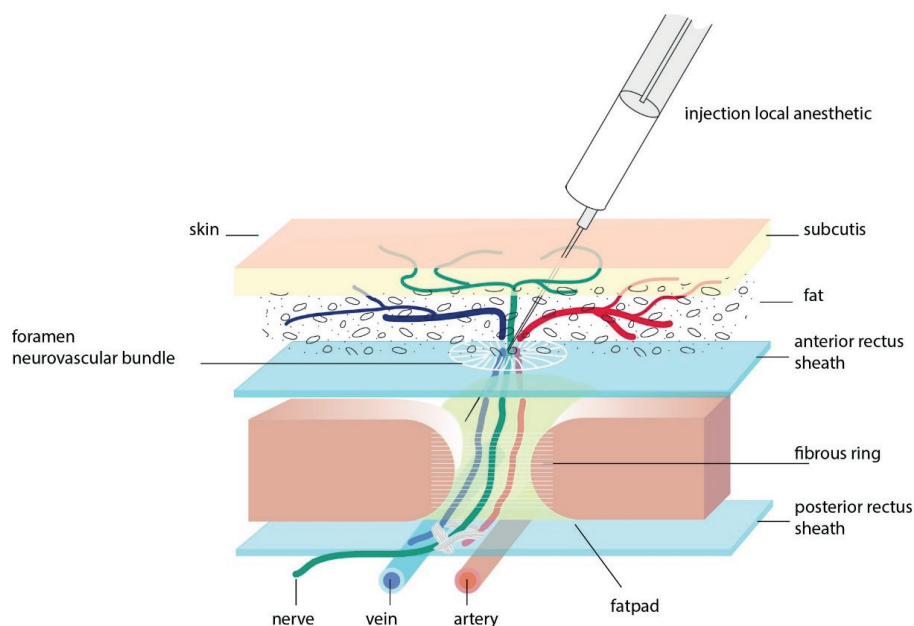
- Pijnpunt altijd op één plek en doorgaans met vinger aan te wijzen
 - Aanvullend onderzoek altijd negatief
 - Veel onterechte diagnoses in de voorgeschiedenis door te 'visceraal' te denken.
- Behalve ACNES kunnen er ook nog andere oorzaken zijn voor buikwandpijn:

- Hernia Spigelii (een hernia in het verloop van de laterale begrenzing van de rectusschede)
- Rectushematoom
- 'Rib-tip'-syndroom
- Spinale zenuwtumoren, zoals neurofibromatose
- Iatrogene zenuwbeschadiging (litteken na appendectomie of keizersnede is berucht)
- Diabetische neuropathie
- Thoracale hernia nucleii pulposi
- Radiculitis
- Herpes zoster
- Endometriose
- Desmoidtumor
- Buikwandpijn e.c.i. (met onbekende oorzaak)

Behandeling

Infiltratie met een lokaal anestheticum is soms voldoende om de pijn langdurig of totaal te laten verdwijnen, mogelijk door het doorbreken van een vicieuze pijnkring. "Door het onderdrukken van de pijn prikkel wordt de hypertonie van de fascie en die van de onderliggende spier opgeheven." (Roumen & Scheltinga, 2006). De zwelling kan daardoor minder worden, waardoor er meer ruimte voor de zenuw ontstaat (Figuur 1).

Voordat meer invasieve maatregelen worden genomen blijkt geruststelling en uitleg vaak voldoende. Soms adviseert het pijncentrum andere behandelingen toe te passen zoals pijnpuntmassage, *dry needling* of TENS. Pas als dat geen soelaas biedt kan het door middel van een operatie wegnemen van de beschadigde zenuw soms de oplossing zijn (Boelens et al., 2011). Echter, ook na het operatief wegnemen van de boosdoener kan 'deafferentiatiepijn' of 'postdissectiepijn' (neuropathische pijn, vergelijkbaar met fantoompijn)



Figuur 1. Dwarsdoorsnede buikwand

Bron: SolviMáx, Center of Excellence for Abdominal Wall and Groin Pain, Maxima Medical Center, Veldhoven

optreden, waarschijnlijk door verstoring van neuromediators op centraal niveau. Deze is moeilijk behandelbaar (Roumen & Scheltinga, 2006).

Vervolg casus

Bij patiënte is de pijn 2,5 uur na de (op zich pijnlijke) infiltratie met lidocaïne weer teruggekeerd en zelfs in heviger mate dan ervoor. Ook is er weer flinke incontinentie. Minder ingrijpende behandelingsopties zijn niet uitgetoetst. Ze is echter opgelucht een duidelijke diagnose te hebben en ziet vooralsnog af van verder chirurgisch ingrijpen, vanwege het risico op deaferentiatiepijn.

Conclusie

De boodschap is: denk aan de buikwand bij onbegrepen pijn in de onderbuik, ter voorkoming van onnodig, soms invasief onderzoek en het stellen van foutieve diagnoses. Verwijs bij verdenking op ACNES naar een pijncentrum.

Literatuur

- Applegate, W. V. (2002). Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): A Commonly Overlooked Cause of Abdominal Pain. *The Permanente Journal*, 6, 20-27.
- Assen, T. van, Jager-Kievit, J. W. de, Scheltinga, M. R., & Roumen R. M. (2013). Chronic abdominal wall pain misdiagnosed as functional abdominal pain. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 26, 738-744.
- Boelens, O. B., Scheltinga, M. R., Houterman, S., & Roumen R. M. (2013). Randomized clinical trial of trigger point infiltration with lidocaine to diagnose anterior cutaneous nerve entrapment syndrome. *British Journal of Surgery*, 100, 217-221.

Boelens, O. B., Scheltinga, M. R., Houterman, S., & Roumen, R. M. (2011). Management of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in a cohort of 139 patients. *Annals of Surgery*, 254, 1054-1058.

Boelens, O. B. (2015). The Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome. A protocol for diagnosing and treating patients with abdominal pain due to ACNES. Nijmegen: Radboud Universiteit. ISBN 9789461089366

Carnett, J. B. (1926). Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 42, 625-632.

Hershfield, N. B. (1992). The abdominal wall. A frequently overlooked source of abdominal pain. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 14, 199-202.

Kloppers, S. T., & Hoozemans, D. A. (2014). Een patiënte met acute buikpijn? Vergeet de buikwand niet! *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 127, 390-394.

Roumen, R. M. H., & Scheltinga, M. R. M. (2006). Abdominale intercostale neuralgie: een vergeten oorzaak van buikpijn. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1909-1915.

Thome, J., & Egeler, C. (2006). Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) in a patient with a pain syndrome previously assumed to be of psychiatric origin. *World Journal of Biological Psychiatry*, 7, 116-118.

Summary

ACNES, a little known cause of abdominal pain

A woman, aged 47 years, presented herself with chronic abdominal pain. She consulted many specialists without any specific diagnosis explaining her complaints. She visited a pain clinic and suggested she might have an *anterior cutaneous nerve entrapment syndrome* (ACNES). This diagnosis could be confirmed. As this case illustrates, physicians wrongly misdiagnose ACNES, leading to a doctor's delay with insufficient treatments as a consequence.

Keywords: ACNES, abdominal pain, abdominal wall, unknown pain

Trefwoorden: ACNES, buikpijn, buikwand, onbegrepen pijn