

Chronische (langdurige) buikpijn bij vrouwen

Maatschap Gynaecologie IJsselland Ziekenhuis

Inleiding

Bij chronische buikpijn bestaan er langdurig pijnklachten onder in de buik. In deze folder beschrijven wij welk onderzoek de gynaecoloog kan doen, en welke bevindingen de pijn mogelijk kunnen verklaren.

Helaas blijkt dat zelden een duidelijke oorzaak voor de pijn wordt gevonden. U staat dan voor de vraag hoe u kunt leren met deze pijn om te gaan.

Wat is chronische buikpijn?

Pijn in de onderbuik wordt chronisch genoemd als de klacht langer dan 3 tot 6 maanden bestaat. Vaak bestaat de pijn al jaren. Soms is de pijn (bijna) elke dag aanwezig, soms een paar dagen per week.

De pijn wisselt van vrouw tot vrouw en soms ook bij dezelfde vrouw. De pijn kan continu aanwezig zijn, in de loop van de dag veranderen of in aanvallen verergeren. Vaak is het moeilijk te voorspellen wanneer de pijn optreedt, al merken sommige vrouwen dat zij soms minder last van de pijn hebben als zij bijvoorbeeld op vakantie zijn of op een andere manier meer ontspannen.

De pijnklachten gaan nogal eens gepaard met andere buikklachten, zoals een opgezette buik. Soms zijn er ook problemen met plassen of met de ontlasting, en soms verergert de pijn bij de menstruatie. Seksuele problemen komen vaak voor. Ook treden nogal eens slaapproblemen op als gevolg van de pijn.

Kortom: er bestaat een groot verschil in klachten bij vrouwen met chronische onderbuikpijn. Vaak maken vrouwen zich zorgen over de pijn: 'Het is toch niet normaal dat ik zoveel pijn heb!' is een veel gehoorde verzuchting.

Gevolgen

Hebt u last van langdurige pijn onder in de buik, dan zijn de gevolgen voor uw dagelijks leven soms groot. U kunt moe, moedeloos, lusteloos worden of zich zorgen maken: 'Er is toch niets ergs aan de hand?' Sommige vrouwen laten activiteiten zoals fietsen, werken buitenshuis, wandelen of seks achterwege omdat zij bang zijn dat de pijn dan erger zal worden. Alhoewel uw eventuele partner en kinderen wel weten dat u pijn hebt, praat u er misschien steeds minder over, om hen niet steeds lastig te vallen met iets waar zij ook niets aan kunnen doen. Sommige vrouwen voelen zich schuldig omdat zoveel dingen die zij vroeger met plezier deden, nu niet meer lukken. Veel vrouwen met deze klachten zetten echter toch hun bezigheden door tot het echt niet meer gaat. Zij raken uitgeput en zien het niet meer zitten.

Onderzoek

Bij buikpijnklachten verricht veelal eerst de huisarts lichamelijk onderzoek en soms ook bloed- en/of urineonderzoek. Afhankelijk van de bevindingen kunt u verwezen worden naar de gynaecoloog, de internist of

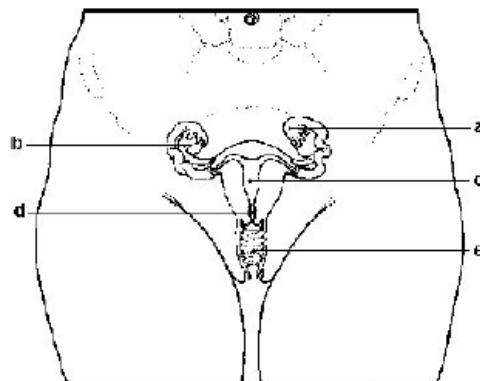
de uroloog. Hieronder beschrijven wij welk onderzoek de gynaecoloog kan doen.

Onderzoek door de gynaecoloog

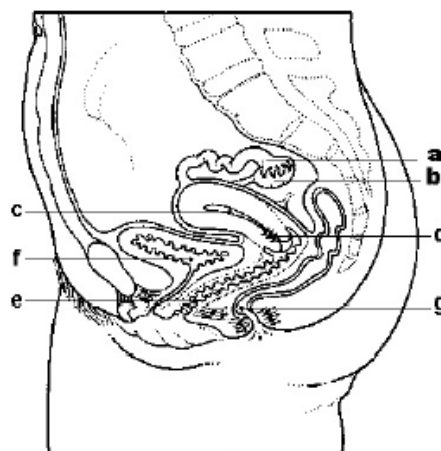
De gynaecoloog informeert naar uw klachten en de gevolgen ervan voor uw dagelijks leven. De arts onderzoekt uw buik en doet een inwendig onderzoek. Vaak gebeurt ook een echoscopisch onderzoek en soms bloed- en/of urineonderzoek als dit niet eerder gedaan is.

De ervaring leert dat deze onderzoeken zelden een duidelijke verklaring voor de klachten opleveren.

Overzicht van de inwendige vrouwelijke geslachtsorganen



a = eileider, b = eierstok, c = baarmoederlichaam, d = baarmoederhals, e = schede



*a = eileider, b = eierstok, c = baarmoederlichaam, d = baarmoederhals, e = schede,
f = blaas, g = einddarm*

Echoscopisch onderzoek

Echoscopisch onderzoek vindt plaats via de buik (uw blaas moet dan gevuld zijn) of via de vagina (uw blaas moet dan leeg zijn). Dit onderzoek kan een aantal afwijkingen zichtbaar maken, zoals myomen (vleesbomen), een cyste van de eierstok (een holte in de eierstok gevuld met vocht), een vergrote eierstok en een hydrosalpinx (een afgesloten eileider gevuld met vocht). Deze afwijkingen worden verderop in de folder beschreven. Verklevingen zijn met echoscopisch onderzoek niet zichtbaar.

Het beoordelen van de buikwand

De buikwand is soms erg pijnlijk bij vrouwen met chronische buikpijn. Het is niet altijd duidelijk of dit een oorzaak of een gevolg is van de buikpijn.

Een kijkoperatie

Een volgende stap kan een kijkoperatie (laparoscopie) zijn.

Dit is een operatie waarbij de gynaecoloog met een kijkbuis binnen in de buikholte naar de verschillende organen kijkt.

De ingreep vindt plaats onder algehele narcose.

Als u overweegt om een laparoscopie te ondergaan, moet u zich realiseren dat deze ingreep bij de meeste vrouwen geen verklaring voor de buikpijnklachten oplevert. Verwacht er dus niet te veel van.

Ook gebeurt het regelmatig dat de gynaecoloog wel een bijzonderheid ziet, maar dat deze niet uw pijn verklaart.

Toch is het voor sommige vrouwen geruststellend te weten dat er 'niets ernstigs' aan de hand is. Hieronder beschrijven we de verschillende organen die tijdens de operatie bekeken worden en de mogelijke bevindingen. Zoals al gezegd leveren de meeste bevindingen geen verklaring op voor langdurige buikpijnklachten, en zijn het vaak 'toevalsbevindingen'.

Afwijkingen van de baarmoeder

Een myoom (vleesboom)

Myomen zijn goedaardige knobbels van het spierweefsel van de baarmoederwand. Ze kunnen zo klein zijn als een speldenknop of heel groot zijn en zelfs meerdere kilo's wegen. Niet zelden zijn er meerdere myomen in de baarmoeder aanwezig. De myomen veroorzaken meestal geen buikpijnklachten, en als ze dat wel doen is er vaak sprake van korte hevige pijn, als de bloedtoevoer naar een myoom onvoldoende is. Dit kan gebeuren tijdens de zwangerschap of in het kraambed, als de baarmoeder groeit of juist krimpt. Het is ook mogelijk dat het myoom met een steel aan de baarmoeder vastzit en om deze steel draait. Myomen zijn uiterst zelden een oorzaak van chronische buikpijn, tenzij ze heel erg groot zijn en op omringende organen drukken.

Als de gynaecoloog bij echoscopie of laparoscopie een myoom vindt, is dat dus meestal geen verklaring voor uw klachten en ook geen reden voor behandeling.

Een afwijkende vorm van de baarmoeder

Door aangeboren afwijkingen kan de vorm van de baarmoeder veranderd zijn. De baarmoeder, die normaal de vorm heeft van een omgekeerde peer, heeft dan een hartvorm. Soms is er dan ook een tussenschot (septum) in de baarmoederholte aanwezig. Zo'n vormafwijking geeft nooit buikpijn.

Liggingsafwijking van de baarmoeder

Bij bijna iedere vrouw is de baarmoeder gekanteld: ofwel naar voren ofwel naar achteren. Vroeger dacht men dat een naar achteren gekantelde baarmoeder (een baarmoeder in retroflexie) een verklaring voor buikpijnklachten zou kunnen zijn, maar dit is nooit aangetoond. Operaties om de baarmoeder 'recht te leggen' zijn dan ook zinloos.

Spataderen in het bekken (varicosis pelvi)

Soms zijn bloedvaten rond de baarmoeder extreem verwijd. Men spreekt dan wel van spataderen (varicosis) in het bekken (pelvis). Voorzover bekend is deze bevinding geen verklaring voor langdurige buikpijnklachten.

Afwijkingen van de eileiders

Hydrosalpinx (afgesloten eileider gevuld met vocht)

De eileider is een lang dun buisje van zo'n 8-10 cm dat van de bovenkant van de baarmoeder naar de eierstok loopt. Als het uiteinde afgesloten is, kan zich vocht (hydro = water) in de eileider (salpinx) ophopen. Een

eerder doorgemaakte ontsteking is vaak de oorzaak. Slechts zeer zelden veroorzaakt zo'n hydrosalpinx chronische buikpijn.

Wanneer de afgesloten eileider opnieuw ontstoken raakt, kunnen wel pijnklachten ontstaan. Er zijn dan ook klachten van algemeen ziek-zijn en koorts.

Echoscopisch onderzoek geeft vaak al aanwijzingen voor een hydrosalpinx: er zijn dan vochtophopingen naast of achter de baarmoeder zichtbaar. Een laparoscopie kan bevestigen of het werkelijk om een hydrosalpinx gaat. Vaak is het mogelijk de hydrosalpinx tijdens de kijkoperatie te openen of te verwijderen.

Cyste van Morgagni of parovariale cyste

Een cyste van Morgagni is een met vocht gevuld blaasje aan het uiteinde van een eileider, meestal niet groter dan 1 cm in doorsnede. Dit is een normale bevinding en die nooit aanleiding geeft tot pijnklachten.

Afwijkingen van de eierstokken

Ovariumcyste

Een ovariumcyste is een met vocht gevulde holte in de eierstok. Rondom de eisprong is er in de eierstok een kleine holte met vocht (follikel) waarin zich een eicel bevindt. Zo'n follikel groeit soms door. Men spreekt dan van een persisterende (aanwezig blijvende) follikel. Een andere naam is een functionele cyste. Deze verdwijnt meestal vanzelf.

Soms verdwijnt een cyste niet. Er kan dan sprake zijn van een cyste-adenoom: een goedaardige afwijking,

waarbij zich slijm of ander vocht in de eierstok bevindt. Een endometriose-cyste waarbij zich bloed in de eierstok ophoopt, wordt hieronder bij endometriose besproken.

Ovariumcysten zijn zichtbaar met echoscopisch onderzoek. Met een laparoscopie is het meestal mogelijk een indruk te krijgen om wat voor soort cyste het gaat. Bij twijfel over de soort cyste of wanneer de cyste groter is dan 7 cm in doorsnede, adviseert men de cyste te verwijderen.

Een (bij toeval) gevonden cyste is zelden een verklaring voor langdurige buikpijnklachten; een uitzondering is een endometriose-cyste (zie verder).

Vergroot ovarium (vergroete eierstok)

Een eierstok kan ook in zijn geheel vergroot zijn. Ook dit is zichtbaar bij echoscopisch onderzoek. Er kan dan bijvoorbeeld sprake zijn van een heel grote cyste of een dermoïd, ook wel wondergezwel genoemd. In zo'n wondergezwel zijn vaak allerlei soorten weefsel aanwezig, zoals haren, botten en talg. Een vergroete eierstok is soms een toevalsbevinding. Klachten van langdurige buikpijn hoeven er niet mee samen te hangen. Wel is het meestal verstandig om een vergroot ovarium te verwijderen, om te voorkomen dat het in de toekomst kwaadaardig wordt of door draaien plotseling ernstige buikpijn veroorzaakt.

Endometriose

Bij endometriose bevindt zich slijmvlies dat de binnenkant van de baarmoeder bekleedt, ook buiten de baarmoeder: bijvoorbeeld in het onderste deel van de buikholte, net onder het buikvlies, of in de eierstokken. Deze slijmvliesplekjes reageren met de hormonale cyclus, waardoor ze tijdens de menstruatie kunnen bloeden. Bij veel vrouwen die menstrueren zijn endometriose-plekjes te zien zonder dat ze klachten geven. Het is bekend dat ze uit zichzelf weer na verloop van tijd verdwijnen. Enkele plekjes op het buikvlies die men bij een laparoscopie vindt, zijn zelden een oorzaak van chronische buikpijn. Soms zijn de endometrioseplekjes aanwezig op de steunbanden van de baarmoeder, op het buikvlies aan de buitenzijde van de blaas, of tussen de baarmoeder en de dikke darm (rectum). Op deze plaatsen nestelt de endometriose zich vaak dieper in het onderliggende weefsel. Bij deze bevindingen ziet men nogal een klachten van een pijnlijke menstruatie, diepe pijn bij de gemeenschap en langdurige buikpijn.

Endometriose kan ook in de eierstokken voorkomen. Het bloed dat tijdens de menstruatie uit de endometrioseplekjes vrijkomt, hoopt zich dan in de eierstokken op. Zo ontstaan holten (cysten) die gevuld zijn met bloed. Omdat oud bloed op chocolade lijkt, spreekt men ook wel van chocoladecysten. De medische term daarvoor is endometriomen. Deze zijn ook zichtbaar bij echoscopisch onderzoek. Soms

ontstaan verklevingen (adhesies) als gevolg van endometriose.

Verklevingen (adhesies)

Verklevingen kunnen ontstaan na een ontsteking van de eileider of de darm, na vroegere operaties of ten gevolge van endometriose. Er bestaan zowel dunne, vliezige als dikkere, stevige verklevingen. Verklevingen kunnen voorkomen rond de baarmoeder, de eileiders en de eierstokken, of op andere plaatsen in de buik. Meestal geven ze geen klachten en zijn ze geen verklaring voor langdurige buikpijnlachten.

Verklevingen rond de eileiders, en ook de bovenbeschreven hydrosalpinx, wijzen meestal op een eerder doorgemaakte eileiderontsteking.

Een eileiderontsteking wordt nogal eens veroorzaakt door een seksueel overdraagbare aandoening, meestal een Chlamydia-infectie, zelden gonorrhoe. Niet altijd geven deze infecties klachten. Ook darmbacteriën kunnen een eileiderontsteking veroorzaken. Tijdens de laparoscopie kan de gynaecoloog een kweek afnemen uit de buikholtte om te zien of hierin bacteriën aanwezig zijn, maar veelal zijn langere tijd na een eileiderontsteking geen bacteriën meer aantoonbaar. Behandeling met een antibioticum lange tijd na zo'n ontsteking geeft dan ook zelden vermindering van de pijnklachten.

Alleen wanneer verklevingen heel dik zijn en (een gedeelte van) een darm afsluiten, is het zinvol om ze te verwijderen en valt te verwachten dat pijn als gevolg

van deze afsluiting vermindert. In andere situaties heeft het weghalen van verklevingen meestal weinig effect op langdurige buikpijnklachten, omdat verklevingen meestal geen pijnklachten veroorzaken.

Blinde darm

De blinde darm (appendix) bevindt zich op de overgang van dunne naar dikke darm. Tijdens een laparoscopie wordt dit orgaan altijd bekeken. Bij tekenen van ontsteking vraagt de gynaecoloog aan de chirurg om mee te kijken en te beoordelen of de blinde darm dusdanig ontstoken is dat hij weggehaald moet worden.

De organen in de bovenbuik

Tijdens een laparoscopie kan de gynaecoloog ook een stukje van de lever, de galblaas, en soms de maag aan de buitenkant bekijken. Soms worden in de buurt van de lever dunne, vliezige verklevingen gezien. Ze duiden meestal op een vroeger doorgemaakte ontsteking van de eileiders. Een Chlamydiainfectie en gonorrhoe, beide seksueel overdraagbare aandoeningen, kunnen dit beeld veroorzaken. Het is niet zinvol de verklevingen rond de lever te verwijderen, omdat de buikpijnklachten hierdoor niet verminderen.

Darmen

Bij de kijkoperatie kan een gedeelte van de dunne en de dikke darm bekeken worden. Slechts zelden ziet men hieraan afwijkingen.

Geen afwijkingen gevonden die de pijn verklaren

Zoals vermeld gebeurt het regelmatig bij vrouwen met langdurig bestaande buikpijn dat alle hier beschreven onderzoeken geen afwijkingen opleveren, of dat een afwijkende bevinding de pijnklachten niet echt kan verklaren.

Zeker de mededeling dat een laparoscopie geen verklaring geeft voor de chronische buikpijnklachten, is voor veel vrouwen een flinke tegenvaller. Zelfs al weten zij dat de kans klein is dat er iets gevonden wordt, er is altijd hoop op een afwijking die de pijnklachten kan verklaren en die verholpen kan worden. Het is dan ook belangrijk om eerst deze emoties tot u te laten doordringen en te verwerken, voordat u nadenkt over de vraag hoe het nu verder moet.

U hebt dan al langere tijd pijnklachten in uw buik die u in uw dagelijks leven hinderen, maar waarvoor de arts geen duidelijke oorzaak vindt. Het is belangrijk dat u zich realiseert dat de afwezigheid van afwijkingen niet betekent dat u geen pijn kunt voelen, dat u zich aanstelt, of dat de pijn 'psychisch' is. Pijn is iets wat u voelt en beleeft en wat kan bestaan zonder duidelijke verklaring.

Hoe verder?

Uit onderzoek en ook uit ervaring weten we dat het bij chronische buikpijnklachten waarvoor geen oorzaak gevonden wordt, zinvol is om verder te kijken.

Dat betekent dat het verstandig is de gevolgen van de pijnklachten voor uw dagelijks functioneren te onderzoeken, en tegelijkertijd na te gaan of er bepaalde situaties in uw leven zijn die mogelijk samenhangen met de pijnklachten. Ook betekent dit soms, afhankelijk van uw klachten, medebeoordeling of behandeling door andere hulpverleners, zoals een fysiotherapeut, een diëtiste, een maatschappelijk werker, een psycholoog of een seksuoloog. Soms, zoals bij een extreem pijnlijke buikwand, is beoordeling door een pijnspecialist zinvol. Bij onderzoek naar gevolgen van de pijn kunnen vragen naar voren komen als: Bent u tengevolge van uw pijn meer gespannen? Hebt u stemmingsproblemen zoals depressiviteit of overmatige angst? Hoe gaat het thuis? Gebruikt u medicijnen, drugs of overmatig alcohol? Wat zijn de gevolgen van uw pijn voor uw werk of andere verplichtingen?

Bij de vraag of er bepaalde situaties zijn die samenhangen met de buikpijnklachten kan gedacht worden aan stress, relatie- of andere problemen, maar ook aan negatieve (seksuele) ervaringen in het verleden. Hoewel zij geen oorzaak van de pijn hoeven te zijn, kunnen zij de pijnbeleving wel beïnvloeden. Dit samen met u 'verder kijken dan de buik' kan de gynaecoloog doen, maar deze kan u hiervoor ook terugverwijzen naar de huisarts. Ook is het mogelijk dat de gynaecoloog of de huisarts een andere hulpverlener met meer ervaring en deskundigheid op dit gebied vraagt om een gesprek met u te hebben. Het doel van deze gesprekken is een goed beeld te krijgen van

situaties die samenhangen met uw klachten. Na alle medische onderzoeken is het vaak zinvol aandacht te besteden aan de emotionele kant. Afhankelijk van de bevindingen kan een behandeladvies volgen.

Zo kunnen ontspanningsoefeningen zinvol zijn als u de hele tijd het gevoel hebt gespannen te zijn, en helpen medicijnen (antidepressiva) nogal eens om een sombere stemming te verbeteren. Gesprekken kunnen onverwerkte emoties uit het verleden helpen verwerken of behulpzaam zijn bij het oplossen van huidige problemen. Dergelijke behandelingen zijn weliswaar niet direct gericht op de buikpijn zelf, maar zij kunnen u leren met de buikpijn om te gaan, zodat u er minder last van ondervindt.

Adressen

Stichting Voorlichting Zelfhulp Gynaecologie (VZG)

Nieuwegracht 24 A

3521 LR Utrecht

tel. (030) 231 05 58 (ma. t/m vr. van 9.30-12.30 uur)

fax. (030) 231 05 58

Heeft u nog vragen?

Hebt u naar aanleiding van deze folder nog vragen, aarzel dan niet ze met uw arts te bespreken.

*Deze folder is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en aangepast voor het IJsselland Ziekenhuis.
Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u van arts of verpleegkundige heeft ontvangen. Heeft u nog vragen over het onderzoek of uw behandeling, eventuele gevolgen en risico's, of over andere behandelmogelijkheden, stel ze dan gerust.*