

## WERKAFSPRAKEN CHRONISCHE BUIK- EN BEKKENPIJN TUSSEN 1<sup>E</sup> EN 2<sup>E</sup> LIJN REGIO ZUIDWEST-FRIESLAND EN NOP

### INLEIDING

Patiënten met buik-bekkenpijn worden in eerste instantie gezien door de huisarts. Vervolgens wordt gekeken naar een bekende aandoening die de pijn kan verklaren waarna behandeling en eventueel verwijzing naar een orgaanspecialist volgt.

Als er geen sprake is van een pijn-verklarende aandoening zal worden gekeken of er sprake is van (een hoog risico op) chronische pijn. Op verzoek van de huisarts kan de patiënt hierop worden gezien door een multidisciplinair bekkenpijnteam. Onderstaande werkafspraken richten zich op het in een vroeg stadium (h)erkennen van chronische buik- en bekkenpijn en de rol van huisarts en andere hulpverleners in eerste en tweede lijn in de behandeling hiervan.

### BEGRIPPEN

<b>Pijn</b>	Onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring samengaand met werkelijke of potentiële weefselschade, of beschreven in termen van dergelijke schade. (IASP)
<b>Chronische bekkenpijn</b>	Niet-kwaadaardige pijn die door mannen en vrouwen ervaren wordt in lichaamsdelen die verbonden zijn met het bekken. Afkorting: CBP (Nederlands) of CPP (Internationaal). Voor bekkenpijn geldt dat de pijn vaak wordt geassocieerd met negatieve cognitieve, gedragsmatige, seksuele en emotionele gevolgen, evenals met symptomen die wijzen op lagere urinewegen, seksuele, darm-, bekkenbodemp of gynaecologische disfunctie.
<b>Chronisch bekkenpijnsyndroom</b>	Het optreden van CPP wanneer er geen bewezen infectie of andere duidelijke lokale pathologie is die de pijn kan verklaren. Chronisch bekkenpijnsyndroom is een onderverdeling van chronische bekkenpijn.
<b>ALK</b>	Aanhoudende Lichamelijke Klachten (voorheen SOLK)
<b>Nociceptieve pijn</b>	(Weefselpijn) ontstaat door weefselschade waarbij allerlei stoffen vrijkomen die nociceptoren stimuleren. Op basis van beschadiging kunnen de hersenen een pijnsignaal afgeven. Nociceptie geeft niet altijd aanleiding tot pijn.
<b>Neuropathische pijn</b>	Of zenuwpijn, ontstaat als gevolg van een beschadiging of afwijking van het zenuwweefsel. Zenuwpijn wordt vaak oppervlakkig gevoeld en is continu aanwezig, soms brandend of jeukend.

<b>Nociplastische pijn</b>	Pijn die ontstaat door een veranderde nociceptie waardoor er ondanks afwezigheid van werkelijke of dreigende weefselschade toch perifere nociceptors worden geactiveerd.
<b>Centrale sensitisatie</b>	Versterkte reactie en de verminderde drempel van het centrale zenuwstelsel op een normale afferente input (terwijl er geen sprake is van weefselschade) Verhoogde pijngevoel, niet in verhouding met de aandoening.

## ANAMNESE

<b>Algemeen</b>	Soort pijn, heftigheid van pijn en lokalisatie
<b>Biomedisch</b>	Andere pijnklachten of orgaansymptomen die hiermee gepaard gaan: mictie/defecatie/seksualiteit Eerdere pijnklachten of operaties in het bekken
<b>Psychosociaal</b>	Exploreer alle dimensies van de klachten aan de hand van het <a href="#">SCEGS-model</a> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatische dimensie;</li> <li>• cognitieve dimensie;</li> <li>• emotionele dimensie;</li> <li>• gedragsmatige dimensie;</li> <li>• sociale dimensie.</li> </ul>

## ONDERZOEK

<b>Lichamelijk onderzoek</b>	<p>Kort oriënterend onderzoek van buik en bekken, inclusief de geslachtsorganen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspectie en palpatie van de buik.</li> <li>• Inspectie en palpatie van de genitalia externa.</li> </ul> <p>Eventueel aanvullend lichamelijk onderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inwendig onderzoek met palpatie genitalia interna of prostaat.</li> <li>• Speculumonderzoek.</li> </ul> <p>Overweeg verwijzing naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor aanvullend lichamelijk onderzoek naar de myofasciale aspecten.</p> <p>QST –onderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tastzin m.b.v. monofilament</li> <li>• Temperatuurzin m.b.v. Tip-therm</li> <li>• Vibratiezin m.b.v. stemvork</li> <li>• Repeated pin prik test: wel/geen wind-up fenomeen</li> </ul>
<b>Aanvullend onderzoek</b>	<p>Overweeg laboratoriumonderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urineonderzoek, Multi stick en sediment en bij afwijking urinekweek.</li> <li>• Preparaat en kweek vaginale afscheiding, SOA testen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bloedbeeld als daar op basis van klinisch beeld aanleiding voor is.</li> </ul> <p>Overweeg beeldvorming:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Echografie van de onderbuik.</li> </ul> <p>Overweeg dagboeken (mictie, ontlasting, pijn)</p>
<b>Meetinstrumenten</b>	<p>Algemene gezondheid: <a href="#">mijn positieve gezondheid</a></p> <p>Klachten bewegingsapparaat: <a href="#">StartTback Tool</a></p> <p>Stemming: <a href="#">4-DKL</a></p> <p>Centrale sensitiviteit: <a href="#">CSI</a></p>

## RISICOFACTOREN voor chronische bekkenpijn

<b>Rode vlaggen</b>	Lichamelijke afwijkingen. Bekende rode vlaggen zijn symptomen die wijzen op maligniteit, op ernstige ontstekingen en op psychiatrische aandoeningen zoals een depressie, angststoornis of somatisch pijnsyndroom.
<b>Gele vlaggen</b>	Psychosociale factoren. Bekende gele vlaggen zijn dreiging in de veiligheid van het systeem waarbinnen patiënt leeft (gezin) en dreiging van verlies van sociale positie (baan, relatie).
<b>Inschatten risico op ontwikkelen van chronische (bekken)pijn:</b>	<p>Klacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pijn die onvoldoende reageert op behandeling van de orgaandiagnose.</li> <li>Pijn in samenhang met klachten over de functie van meer dan 1 orgaansysteem.</li> <li>Pijn met directe gevolgen voor het sociale leven (werk, relatie, gezin).</li> </ul> <p>Patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meerdere episodes met pijn in voorgeschiedenis.</li> <li>Andere chronische pijn diagnoses (fibromyalgie, hoofdpijn, dysmenorroe, ALK)</li> <li>Aanwezigheid van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (tinnitus, prikkelbare darmsyndroom (PDS)).</li> <li>Meer dan 2 andere lichamelijke klachten of aandoeningen.</li> <li>Stemmingsstoornissen.</li> <li>Catastroferende of ontkenkende coping strategie.</li> <li>Verwachting dat de klachten chronisch zullen zijn.</li> </ul>

## BEHANDELSTRATEGIE

	De huisarts wacht niet langer dan 6 weken voor hij een medisch specialist in consult vraagt voor patiënten met bekkenpijn. Volg hierbij de <a href="#">flowchart</a> .
<b>Laag risico chronische bekkenpijn</b>	Orgaansymptomen of functieklachten: consult medisch specialist/bekkenfysiotherapeut/gezondheidszorgpsycholoog/seksuoloog
	Geen orgaansymptomen of functieklachten: pijnspecialist
<b>Hoog risico chronische bekkenpijn</b>	Multidisciplinair bekkenpijnteam

## ZELFMANAGEMENT EN PIJNEDUCATIE

<b>HUISARTS</b>	Patiënten met een laag risico kunnen in de eerste lijn worden begeleid, de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts - geestelijke gezondheidszorg) kan, samen met de huisarts de patiënt zelfmanagement aanleren en daarmee de mogelijkheid bieden om zelf de regie in handen te krijgen. Thuisarts: <a href="#">chronische bekkenpijn</a> en <a href="#">chronische pijn</a>
<b>Eerste lijns therapie</b>	Bekkenfysiotherapie Psychosomatisch fysiotherapie Mensendieck / caesar therapie Psycholoog Sociale kaart?

## PIJNMEDICATIE

<b>afbouw opiaten</b>	Het gebruik van opiaten is niet geïndiceerd bij chronische bekken- en buikpijn. Gelet op de risico's van bijwerkingen, afhankelijkheid, en opiaat-geïnduceerde hyperalgie is het advies om opiaten die reeds gebruikt worden af te bouwen. Gebruik hierbij de <a href="#">handreiking afbouw opiaten</a> .
<b>Desensitisatie</b>	Amitriptyline 1d 10mg AN mag opgehoogd worden tot 1d 50mg Nortrilen 1d 10mg AN mag opgehoogd worden tot 1d 50mg Duloxetine 1d 30 mag opgehoogd worden tot 2d 30mg Dit mag solitair of in combinatie met Lyrica 1d75mg, langzaam verder ophogen tot maximaal 2d 300mg

## TERUGVERWIJZING NAAR DE 1<sup>e</sup> LIJN

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indien behandelingen enkel in de eerste lijn plaatsvinden en er geen controle meer nodig is vanuit de tweede lijn.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laagdrempelig overleg blijft mogelijk, ook via meedenkconsult en MDO (digitaal) met 2<sup>e</sup> lijn (pijnspecialist, bekkenfysiotherapeut en psycholoog).</li></ul>

## OVERLEG

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indien de behandelingen in de eerste lijn niet of niet afdoende zijn.</li><li>• Regelmatig bezoek/bellen naar huisartsenpraktijk i.v.m. hoge lijdensdruk.</li><li>• Verdinking somatische oorzaak en verder onderzoek nodig is.</li><li>• Mogelijkheid voor regionaal MDO chronische bekkenpijn (digitaal, elke 1<sup>e</sup> maandag van de maand om 17.00 uur).</li></ul>
--	---