

kenpijn'. Bij lichamelijk onderzoek vindt men drukpijn over de symfyse en (of) de sacro-iliacale gewrichten, maar geen instabiliteit. De oorzaak van deze bekkenpijn wordt gezocht in de toegenomen laxiteit van de ligamenten in de zwangerschap. Het bekken wordt als het ware minder stug, hetgeen voor de partus gunstig is. Het hormoon relaxine, dat bij de vrouw geproduceerd wordt door het corpus luteum, de decidua en het chorion, lijkt hierbij de oorzakelijke factor te zijn.⁷ Niet iedere zwangere vrouw krijgt klachten; tijdens een internationale conferentie over deze problematiek sprak men dan ook van 'physiological pelvic girdle relaxation' versus 'symptom-giving pelvic girdle relaxation'.⁸ Symfyseolyse kan men in dit kader beschouwen als een extreme vorm van toegenomen laxiteit, waarbij mogelijk een hogere concentratie relaxine gepaard gaat met een grotere belasting van het bekken.⁹ Wat de behandeling van bekkenpijn betreft, geldt hetzelfde als voor een symfyseolyse: gedoseerde rust, een bekkenband en zo nodig spierversterkende oefeningen. De klachten recidiveren meestal bij een volgende zwangerschap en zijn dan vaak ernstiger dan voorheen.¹⁰ De ziektegeschiedenis van patiënte C illustreert dit.

De partus verloopt bij vrouwen met bekkenpijn of symfyseolyse in het algemeen ongecompliceerd en kan door de verloskundige of huisarts begeleid worden. Een symfyseruptuur, ontstaan tijdens een partus, geneest in het algemeen voorspoedig en vormt in principe geen indicatie voor een sectio caesarea bij een volgende zwangerschap.

Bij een kleine groep patiënten persisteren reële klachten ondanks alle conservatieve maatregelen. Bij het overwegen van operatieve behandeling zijn er de volgende mogelijkheden: de symfysectomie, dat is het verwijderen van het dorsale deel van de beide uiteinden van de ossa pubis, en de symfyseodese, al of niet gecombineerd met een artrodese van de beide sacro-iliacale gewrichten. De schaarse literatuur hierover levert bij nadere bestudering in niet meer dan 60-70% van de gevallen redelijke tot goede resultaten op,¹¹⁻¹³ hetgeen de onvoorspelbaarheid van het effect van een dergelijke ingreep

benadrukt. Een zeer terughoudend beleid ten aanzien van operatieve interventie is daarom, het natuurlijk beloop mede in ogenschouw nemend, op zijn plaats.

Dames en Heren, wij hopen u aan de hand van deze ziektegeschiedenissen meer inzicht te hebben gegeven in de problematiek van bekkenpijn en zwangerschap. Naast de relatief eenvoudige diagnose 'symfyseruptuur' verdient bekkenpijn, al dan niet gepaard gaande met instabiliteit, ook ons aller aandacht. Er lijkt sprake te zijn van een geleidelijke overgang van een fysiologische voorbereiding van het bekken op de partus naar een pathologische chronische instabiliteit. Wij hopen en verwachten dat tijdige herkenning van de klachten bijdraagt aan het verminderen van het aantal chronische patiënten.

LITERATUUR

- 1 Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis. Anatomic and pathologic considerations. Clin Orthop 1986;203:261-72.
- 2 Sequeira W. Diseases of the pubic symphysis. Semin Arthritis Rheum 1986;16:11-21.
- 3 Schwartz Z, Katz Z, Lancet M. Management of puerperal separation of the symphysis pubis. Int J Gynaecol Obstet 1985;23:125-8.
- 4 Benninghoff Anatomie 1. München: Urban & Schwarzenberg, 1985: 328-36.
- 5 Pennal GF, Tile M, Waddell JP, Garside H. Pelvic disruption: assessment and classification. Clin Orthop 1980;151:12-21.
- 6 Berg G, Hammar M, Möller-Nielsen J, Lindén U, Thorblad J. Low back pain during pregnancy. Obstet Gynecol 1988;71:71-5.
- 7 MacLennan AH. The role of the hormone relaxin in human reproduction and pelvic girdle relaxation. Scand J Rheumatol Suppl 1991; 88:7-15.
- 8 Dietrichs E, Kogstad O. Pelvic girdle relaxation - suggested new nomenclature. Scand J Rheumatol Suppl 1991;88:3.
- 9 MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, Bath M. Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. Lancet 1986;ii:243-5.
- 10 Mens J. Symfysepijn en zwangerschap. De vrouwelijke patiënt 1992; 5:11-7.
- 11 Olerud S, Walheim GG. Symphysiodesis with a new compression plate. Acta Orthop Scand 1984;55:315-8.
- 12 Grace JN, Sim FH, Shives TC, Coventry MB. Wedge resection of the symphysis pubis for the treatment of osteitis pubis. J Bone Joint Surg (Am) 1989;71:358-64.
- 13 Brink O, Jensen J. Operative treatment for pelvic instability. Acta Orthop Scand 1994;65 Suppl:260.

Aanvaard op 5 april 1995

Commentaren

Bekkenpijn door zwangerschap; een nieuwe aandoening?

J.M.A.MENS

De laatste jaren is er in Nederland in toenemende mate belangstelling voor bekkenpijn in relatie met zwangerschap. De relatie is waarschijnlijk zo oud als de mensheid en het probleem beperkt zich niet tot ons land.¹

Zie ook het artikel op bl. 1961.

Nieuw is de Vereniging voor Patiënten met Bekkenproblemen in Relatie tot Symfyseolyse. Nieuw is ook de belangstelling voor het bekken van de Researchgroep houdings- en bewegingsapparaat van de Erasmus

Erasmus Universiteit, Instituut Revalidatie, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.
J.M.A.Mens.

Universiteit Rotterdam. De belangstelling heeft helaas ook geleid tot onrust onder zwangeren en onnodige medicalisering enerzijds en tot negatieve reacties onder hulpverleners anderzijds ('wat zit er nu weer tussen de oren?'). Het is dan ook verheugend dat er in dit nummer van het Tijdschrift een zeer genuanceerde klinische les aan dit onderwerp gewijd wordt.

Ongeveer de helft van de vrouwen heeft tijdens de zwangerschap in enige mate last van pijn onder in de rug of rond het bekken,² in ernst uiteenlopend van lichte pijn van voorbijgaande aard tot sterk invaliderende problemen die niet meer overgaan. De lokalisatie van de pijn is inter- en intra-individueel sterk variabel. Uit onderzoek blijkt dat het ontstaan van deze klachten tijdens de zwangerschap samenhangt met: eerder doorgemaakte rugpijn, het gewicht van het kind, tweelingzwangerschap, het aantal centimeters waarmee de buikdiameter toeneemt en het verrichten van zware lichamelijke arbeid.^{3 4} Het ontstaan van klachten tijdens of direct na de bevalling hangt eveneens samen met het gewicht van het kind en bovendien met het verrichten van fundusexpressie, forcipale extractie of vacuümextractie.⁴ Het ontstaan van klachten in aansluiting op een primaire sectio caesarea is vrijwel uitgesloten. Het nut van een sectio caesarea bij reeds bestaande klachten is omstreden. Het blijkt voor het verloop van de aandoening niet uit te maken of de klachten ontstaan tijdens de zwangerschap of direct na de bevalling. Er is bij het overgrote deel van de patiënten een opflakking van de klachten tijdens de premenstruele fase en tijdens een nieuwe zwangerschap.⁴

Toename van de röntgenologisch waarneembare gewrichtsspleet van de symfyse van 4 naar 12 mm is volledig fysiologisch en is 6 weken na de zwangerschap grotendeels verdwenen.⁵ In die perioden hangt de mate van verbreding nauwelijks samen met de ernst van de klachten. Een vergrote mobiliteit van de bekkenhelften ten opzichte van elkaar is waarschijnlijk van meer betekenis. Deze is het beste vast te stellen op röntgenfoto's van de symfyse bij het afwisselend staan op het linker en het rechter been, de zogenaamde ooievaar- of flamingo-opnamen.⁶ Een harde norm voor de mate waarin de symfyse delen ten opzichte van elkaar mogen verschuiven, bestaat niet. Waarschijnlijk is het zo dat de kans op klachten toeneemt naarmate de beweeglijkheid groter is.⁷

Vrijwel alle patiënten hebben in enige mate last van zwakte van de heupflexie. Het fenomeen is vooral duidelijk indien aan de patiënt in rugligging gevraagd wordt het gestrekte, geëxoroteerde en enigszins geabduceerde been 10 cm boven de onderzoekbank op te tillen. Indien de kracht vervolgens toeneemt nadat een strakke bandage rond het bekken is aangebracht, is dat pathognomonisch voor instabiliteit.¹ In ernstige gevallen is de zwakte ook merkbaar in zittende houding of zelfs in stand. Het lopen kan daardoor ernstig worden gehinderd. Achteruitlopen is dan meestal nog wel goed mogelijk.

Als verklaring wordt gepostuleerd dat het gewicht van het been en het aanspannen van de heupflexoren een torsiespanning in het bekken en de lage rug veroorza-

ken, met als mogelijk gevolg pijn indien in het belaste deel van de bewegingsketen een irritatie bestaat en een gevoel van onmacht bij een vergrote beweeglijkheid. Het fenomeen correleert sterk met de verschuivingen op de genoemde belaste röntgenopnamen van de symfyse. De grootste verschuiving wordt doorgaans gezien staande op het been aan de minst aangedane zijde.⁷ Het sacroiliacale (SI) gewricht wordt beschouwd als een verende verbinding tussen romp en been. Door zijn platte bouw is het niet zonder meer in staat om schuifkrachten te verwerken evenwijdig aan het gewrichtsvlak en rotaties om assen loodrecht op dat vlak. Voor een effectieve krachtenoverdracht is het daarom noodzakelijk dat de groeven en de richels van de gewrichtsvlakken van sacrum en ilium tegen elkaar worden gedrukt door spanning in de omgevende ligamenten en spieren. Dit wordt krachtsluiting genoemd. Vooral de diagonaal verlopende rompspieren en de bekkenbodemspieren zijn geschikt om deze spanning te leveren.^{8 9}

De stevigheid van de symfyse speelt in dit model geen rol van grote betekenis. Dat strookt met observaties van tropenartsen dat een symfysectomie kan worden uitgevoerd zonder grote problemen voor de stabiliteit. Zelfs het verwijderen van grote delen van de voorste helft van de bekkenring ter behandeling van tumoren blijkt mogelijk. Een pathologisch veranderde symfyse kan wel als storingsbron fungeren. Zo kan zwelling van de symfyse verhinderen dat de gewrichtsvlakken van de SI-gewrichten op effectieve wijze tegen elkaar worden gedrukt. Deze zwelling kan al vroeg in de zwangerschap ontstaan onder invloed van hormonen. Na de partus kan een exsudaat of bloeding op vergelijkbare wijze hinderen. Vooral indien pijn in de symfyse ontstaat bij het naar elkaar brengen van de bekkenhelften kan van effectieve krachtsluiting geen sprake zijn. Door de naar buiten werkende kracht van het gewicht van de zwangere uterus worden de gewrichtsvlakken van de SI-gewrichten steeds minder tegen elkaar gedrukt. De instabiliteit van het systeem neemt verder toe zodra door de grote buikomvang de stabiliserende werking van de schuine buikspieren afneemt en indien tijdens de partus delen van de bekkenring worden beschadigd.

Veel maatregelen die gunstig zijn voor de stabiliteit blijken een toename van de pijn te veroorzaken en andersom. De behandeling van de instabiliteit die logisch voortvloeit uit het beschreven model is versterking van de spieren die compressie in de SI-gewrichten kunnen bevorderen: de schuine buikspieren, de diagonaal verlopende delen van de *M. erector spinae*, de *M. latissimus dorsi*, de *M. gluteus maximus*, en de bekkenbodemspieren. Echter, het intensief oefenen veroorzaakt bij patiënten met een instabiliteit makkelijk een sterke en langdurige pijntoename. Terughoudendheid is daarom geboden, vooral bij een gunstig spontaan verloop en tijdens de eerste weken na de partus. De voorkeur gaat in eerste instantie uit naar het voorschrijven van (gedoseerde) rust en een bekkenband.^{10 11} Pas indien het natuurlijke herstel ongunstig blijkt te verlopen kan, onder deskundige leiding, met oefentherapie worden begonnen. Indien oefenen met minimale intensiteit al een sterke

pijntoename tot gevolg heeft, is pijnstillende en ontstekingsremmende medicatie geïndiceerd.

De resultaten van operatieve ingrepen aan symfyse en SI-gewrichten zijn onvoorspelbaar. Een artrodese van de symfyse lijkt een voor de hand liggende oplossing bij bewegingsafhankelijke pijn en een vergrote mobiliteit. Onvoldoende wordt daarbij beseft dat de symfyse slechts een geringe bijdrage heeft aan de stabiliteit en dat een starre verbinding tussen de bekkenhelften kan interfereren met een effectieve krachtsluiting. Een symfysectomie bij ernstige degeneratie en pijn rond de symfyse of een artrodese van de SI-gewrichten bij instabiliteit lijken modelmatig logischer. De ervaringen daarmee zijn beperkt maar veelbelovend. Het is wenselijk om chirurgische ingrepen bij bekkeninstabiliteit te concentreren in enkele orthopedische centra, zodat van de ervaring maximaal kan worden geprofiteerd.

Het serieus nemen van bekkenproblemen heeft de laatste jaren nationaal en internationaal veel resultaten opgeleverd. Kennis hierover blijkt ook het inzicht te vergroten in de mechanische aspecten van andere aandoeningen, zoals sacro-iliitis bij de ziekte van Bechterew, liesblessures van voetballers en pijn bij coxartrose. Ook het onderzoek naar het ontstaan en behandelen van specifieke lage rugpijn is hiermee nieuw leven ingeblazen. Vooral de verwachtingen daarvan zijn uiteraard hooggespannen.

LITERATUUR

¹ Cederschiöld PG (1839). In: Genell S. Studies on insufficientia pelvis (gravidarum et puerpartum). Acta Obstet Gynecol Scand 1949;28:1-33.

- ² Östgaard HC, Andersson GBJ, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. Spine 1991;16:549-52.
- ³ Östgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. Spine 1993;18:61-5.
- ⁴ Mens JMA, Vleeming A, Stoeckart R, Stam HJ, Snijders CJ. Under-standing peripartum pelvic pain; implications of a patient survey. Spine [ter perse].
- ⁵ Johanson CE, Järvinen PA. Factors affecting relaxation of the pelvis during normal pregnancy, delivery, and the puerperium. Acta Obstet Gynecol Scand 1957;36:179-93.
- ⁶ Chamberlain WE. The symphysis pubis in the roentgenexamination of the sacro-iliac joint. Am J Roentgenol 1930;24:621-5.
- ⁷ Mens JMA, Stam HJ, Vleeming A, Snijders CJ. Active straight leg raising. A clinical approach to the load transfer function of the pelvic girdle. In: Vleeming A, Mooney V, Snijders CJ, Dorman T, editors. Integrated function of the lumbar spine and sacroiliac joints. Rotterdam: European Conference Organizers, 1995:207-20.
- ⁸ Snijders CJ, Vleeming A, Stoeckart R. Transfer of lumbosacral load to iliac bones and legs. Part I. Biomechanics of self-bracing of the sacro-iliac joints and its significance for treatment and exercise. Clin Biomech 1993;8:285-94.
- ⁹ Vleeming A, Pool-Goudzwaard AL, Stoeckart R, Wingerden JP van, Snijders CJ. The posterior layer of the thoracolumbar fascia. Its function in load transfer from spine to legs. Spine 1995;20:753-8.
- ¹⁰ Snijders CJ, Snijder JGN, Hoedt HTE. Biomechanische modellen in het bestek van rugklachten tijdens de zwangerschap. T Soc Gezondheidsz 1984;62:141-7.
- ¹¹ Vleeming A, Buyruk HM, Stoeckart R, Karamursel S, Snijders CJ. An integrated therapy for peripartum pelvic instability: a study of the biomechanical effects of pelvic belts. Am J Obstet Gynecol 1992;166:1243-7.

Aanvaard op 26 juni 1995

Capita selecta

De diagnostiek van asthma bronchiale en chronisch obstructieve longziekte door de huisarts

AD HOC-CONSENSUSGROEP 'DIAGNOSTIEK VAN ASTMA/CHRONISCH OBSTRUCTIEVE LONGZIEKTE DOOR DE HUISARTS'

INLEIDING

Onlangs werd in dit tijdschrift beschreven dat het verstandig is om bij de diagnostiek en de behandeling van chronisch specifieke respiratoire aandoeningen (CARA) een onderscheid te maken tussen asthma bronchiale en chronisch obstructieve longziekte (COL).¹ COL is een verzamelnaam voor chronische bronchitis, emfyseem en perifere luchtwegaandoeningen en stemt overeen met de Angelsaksische omschrijving 'chronic obstructive pulmonary disease' (COPD). De verzamelnaam CARA is nooit geïntroduceerd als diagnose, wel als overkoepelende term voor chronisch obstructieve aandoeningen aan de onderste luchtwegen. De zoge-

naamde 'Dutch hypothesis', voor het eerst geformuleerd in 1961 en herzien in 1991,^{2,3} lag ten grondslag aan het begrip CARA. Deze hypothese houdt in dat er zo veel overlap is tussen de afzonderlijke ziektebeelden, dat het niet zinvol zou zijn patiënten te karakteriseren als patiënten met astma of COL. De opstellers van deze hypothese gingen ervan uit dat de verschillende obstructieve longziekten verschijningsvormen waren van één (ten dele) genetisch bepaalde ziekte. Iedere patiënt zou wel apart gekarakteriseerd dienen te worden ten aanzien van bijvoorbeeld de bronchiale hyperreactiviteit, de allergie, de ernst van de bronchusobstructie en de mate van reversibiliteit. In de klinische praktijk van alledag is deze laatste karakterisering echter nooit gemeengoed geworden, maar worden termen als CARA, 'astma' en 'chronische bronchitis' door elkaar gebruikt. Dit geldt overigens niet voor de Universitaire Huisartsregistratie-

Namens de ad hoc-consensusgroep: dr.C.P.van Schayck, epidemioloog, Katholieke Universiteit, vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.