

Gynaecologische acute buikpijn

C.G.J.M. Hilders

Samenvatting Onder gynaecologische acute buik wordt een ziektebeeld verstaan waarbij aandoeningen aan de genitalia interna aanleiding geven tot (sub)acuut ontstane onderbuikpijn met peritoneale prikkeling en waarbij een snelle diagnose en zo nodig behandeling vereist zijn. De belangrijkste oorzaken van gynaecologische acute buik zijn *pelvic inflammatory disease* (PID), extra-uteriene graviditeit (EUG), spontane abortus, ovulatiebloeding, ovariumcyste of tumor met complicaties zoals ruptuur, bloeding of steeldraai met circulatiestoornissen, endometriose, circulatiestoornissen in een myoom en torsie tubae.

De symptomatologie van de gynaecologische acute buik is vaak sterk wisselend. In geval van twijfel is het vrijwel altijd mogelijk om met behulp van een diagnostische laparoscopie tot een juiste diagnose te komen.

Keywords IUD · PID · EUG · abortus · Chlamydia

Inleiding

Vrijwel alle bovengenoemde ziektebeelden van de gynaecologische acute buik kunnen op langere termijn gevolgen hebben voor de vruchtbaarheid. Daarom is het van belang dat de diagnose zo snel mogelijk gesteld wordt, liefst in een zo vroeg mogelijke fase van het ziekteproces. De klinische diagnosestelling wordt echter bemoeilijkt doordat de symptomatologie van de gynaecologische acute buik vaak sterk wisselend is. De belangrijkste karakteristieken van de verschillende aandoeningen worden in deze bijdrage doorgenomen.

Pelvic inflammatory disease (PID)

Salpingitis is een ontsteking van de salpingen (tubae). Omdat er vaak ook andere structuren, zoals cervix, corpus uteri, parametria en ovaria, bij het ontstekingsproces betrokken zijn, spreekt men van *pelvic inflammatory disease* (PID). Indien mogelijk moet de lokalisatie van de infectie wel onderscheiden worden.

Een acute opstijgende infectie van beide salpingen, salpingitis acuta, wordt in het merendeel van de gevallen veroorzaakt door micro-organismen die door seksueel contact worden overgebracht, zoals *Neisseria gonorrhoeae* en *Chlamydia trachomatis*. PID is daarom in belangrijke mate te beschouwen als een seksueel overdraagbare aandoening. Overige verwekkers zijn banale aërobe en anaërobe micro-organismen zoals *Escherichia coli* en *Bacteroides fragilis*. Salpingitis tuberculosa is een grote zeldzaamheid.

Een verhoogde kans op het krijgen van een PID bestaat de eerste drie weken na de insertie van een IUD, bij frequent wisselende seksuele contacten, abortus provocatus en roken. Orale anticonceptiva geven relatieve bescherming tegen een PID. Anders dan men vroeger dacht, hebben IUD-draagsters niet meer risico.¹

De incidentie van PID heeft vooral te maken met de incidentie van SOA in de populatie. De incidentie in de huisartspraktijk bedraagt ongeveer 1 per 1000 vrouwelijke patiënten per jaar.²

De symptomen van een PID zijn: koorts, onderbuikpijn met tekenen van een peritonitis (geprikkelde buik), (purulente) cervicale fluor, slingerpijn van de portio en pijnlijke, gezwollen adnexa bij vaginaal toucher. De symptomatologie kan zeer wisselend zijn. Bij aanvullend laboratoriumonderzoek wordt een leukocytose en verhoogde bezinking gezien. Bacteriologisch onderzoek

C.G.J.M. Hilders, Mw.dr., (✉)
, gynaecoloog, afdeling Heelkunde, UMC St Radboud,
Nijmegen.

kan de diagnose salpingitis steun geven, maar in de huisartspraktijk wordt uitgegaan van de volgende factoren om de werkhypothese PID te kunnen stellen:

1. anamnestic onderbuikpijn;
2. opdruk- of slingerpijn bij vaginaal toucher;
3. pijnlijke of gezwollen adnexen bij vaginaal toucher;
4. BSE > 15 mm of temperatuur > 38°C;
5. geen aanwijzingen voor andere diagnoses (EUG, appendicitis, torsie, adnextumor of myoom, geruptureerd corpus luteum, urineweginfectie, dysmenorroe, spastisch colon).³

Salpingitis komt in verschillende graden van ernst voor: bij vroege en milde salpingitis zijn de tubae rood en gezwollen, later ontstaan adhesies met naburige structuren en het fimbriële einde van de tubae sluit zich af, totdat er uiteindelijk uitgebreide adhesies van organen in het kleine bekken ontstaan waarbij zich abscessen vormen, tot eventueel een gegeneraliseerde peritonitis aan toe. Ook kan een perihepatitis ontstaan (het Fitz-Hugh-Curtis-syndroom) met adhesievorming tussen leveroppervlak, diafragma en voorste buikwand. Bij heftige onbegrepen pijn in de rechter bovenbuik bij seksueel actieve vrouwen kan de huisarts dit beeld in zijn overwegingen betrekken, ook al zijn er geen tekenen van een PID.

Salpingitis kan zowel peritubaire adhesies en tubaire afsluiting als beschadiging van de endosalpinx veroorzaken. Latere tubaire infertiliteit na een salpingitis komt voor in ongeveer 20% van de gevallen en is afhankelijk van de aard van de verwekker, een eventuele recidie-infectie, de hevigheid van het ziekteproces en het moment waarop behandeling wordt ingezet. Salpingitis kan dus aanzienlijke gevolgen voor de vruchtbaarheid hebben, waardoor het belangrijk is zo snel mogelijk tot behandeling over te gaan.

De behandeling bestaat uit antibiotica. Deze kunnen zowel oraal als intraveneus gegeven worden naar gelang de ernst en progressie van ziekte en is gericht tegen de mogelijke verwekkers, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* en/of anaëroben: doxycycline 100 mg 2 dd en metronidazol 500 mg 2 dd, beide gedurende veertien dagen, per os of eventueel intraveneus. Bij een ernstig zieke patiënt is klinische behandeling aangewezen. Vooraf wordt ook wel eenmalig ceftriaxon 250 mg intramusculair of ciprofloxacin 500 mg per os gegeven tegen *N. gonorrhoeae*. De primaire antibiotische behandeling kan eventueel bijgesteld worden naar aanleiding van het bacteriologisch onderzoek. In principe moeten de symptomen binnen 48 uur reageren op de goed ingestelde therapie. Bij een aangetoonde SOA is onderzoek en behandeling van seksuele partner(s) en contactonderzoek obligaat.

Bij twijfel over de diagnose kan een diagnostische laparoscopie overwogen worden ter bevestiging of

uitsluiting van de diagnose PID. Verder chirurgisch ingrijpen heeft alleen een plaats in de zeldzame gevallen van complicaties, zoals een tubo-ovarieel abces of een chronisch geworden salpingitis, gecombineerd met intraveneuze antibiotische therapie.

Extra-uteriene graviditeit (EUG)

Een EUG, innesteling van de vrucht buiten de uterus, betreft in de meeste gevallen een tubaire zwangerschap. Slechts in 5% van de gevallen betreft het een andere lokalisatie, zoals het ovarium, het ligamentum latum of het peritoneum van de buikholte. Van alle zwangerschappen is ongeveer 1% extra-uterien, en de frequentie neemt toe met de leeftijd. Voor de huisarts is een EUG redelijk zeldzaam (één geval in drie jaar per standaardpraktijk); toch dient de huisarts bij vrouwen in de vruchtbare levensfase met buikpijn en vaginaal bloedverlies een EUG in het achterhoofd te houden. In alle twijfelgevallen is een zwangerschapstest geïndiceerd.

De belangrijkste oorzaak van een EUG is een voorafgaande salpingitis met postinfectieuze beschadiging van trilhaarepitheel, peritubaire adhesievorming en daardoor een belemmerd eicel- en/of embryo-transport. Ook adhesievorming door andere oorzaken, zoals endometriose, andere infecties of operaties in het kleine bekken, kan een rol spelen bij het optreden van een EUG. De afgelopen decennia is de incidentie toegenomen, enerzijds door een toename in etiologische factoren, zoals operaties aan de tubae (tubasterilisatie of tubahersteloperaties), salpingitis en de opkomst van in-vitrofertilisatie (IVF), anderzijds door verfijning van de diagnostiek. Ook bij het ontstaan van een EUG is het IUD minder vaak betrokken dan eerst werd aangenomen.⁴

Wanneer de zwangerschap in het relatief wijde uiteinde van de tuba is gelokaliseerd (de ampulla of het fimbriële uiteinde), kan het zwangerschapsproduct worden uitgedreven naar de vrije buikholte (tubaire abortus). Wanneer het zwangerschapsproduct in het nauwere eerste gedeelte van de tuba is ingenesteld (de istmus) kan de tubawand uiteindelijk scheuren onder druk van de groeiende zwangerschap (tubaire ruptuur). Hierbij kan een bloeding optreden die, door zijn hevigheid of door miskennen van het ziektebeeld, dodelijk kan verlopen. De mortaliteit is minder dan 0,5%.

De meest frequente symptomen bij een EUG zijn pijn (100%) en ontregeling van de menstruele cyclus, vaak met amenorroe (80%). Vaak treedt er gering vaginaal bloedverlies op. Het betreffende adnex is gezwollen en zeer drukpijnlijk. Bij een tubaire abortus staat koliekachtige pijn op de voorgrond, bij een tubaire ruptuur kan een plotselinge hypovolemische shock optreden

door een abundante intraperitoneale bloeding. Bij bloed in de vrije buikholte kan door diafragmaprikkeling schouderpijn optreden.

Aanvullende diagnostiek bestaat uit de bepaling van humaan choriongonadotrofine (HCG) in urine of bloed. De zwangerschapstest is in de helft van de gevallen positief en de HCG-uitscheiding is te laag voor de duur van de graviditeit. Kwantitatieve bepalingen, meermalen uitgevoerd, kunnen bijdragen tot de diagnose. Een lage en dalende HCG-productie wijst op spontane regressie, een stijgende HCG-productie op het tegendeel.

De aanvullende diagnostiek kan gecombineerd worden met vaginale echografie en eventueel laparoscopie. Met vaginale echografie kan men vanaf 5,5 weken amenorroe vrijwel altijd zekerheid krijgen of de zwangerschap zich in of buiten de baarmoeder bevindt. De basis voor de diagnose EUG is de combinatie van een positieve zwangerschapstest met een echografisch aangetoond leeg cavum uteri. Laparoscopie kan in onduidelijke gevallen uitsluitsel geven over de eventuele aanwezigheid van een EUG.

De behandeling is meestal chirurgisch, hetzij radicaal (tubectomie), hetzij conservatief (tubotomie en verwijdering van het zwangerschapsproduct). Deze behandelingen kunnen meestal laparoscopisch plaatsvinden. Blijft de HCG-spiegel positief na de primaire behandeling, dan moet aanvullende therapie worden overwogen in de vorm van toediening van methotrexaat (een foliumzuur-antagonist bekend van de behandeling van het choriocarcinoom).

Nadat een EUG is behandeld of uitgedoofd kan vaginaal nog weefsel worden verloren, de zogeheten *decidual cast*. Dit heeft echter geen klinische betekenis.

Ovariumcyste

Een ovariumcyste is een met vocht of slijmerige inhoud gevulde holte in het ovarium die in diameter kan variëren van enige tot vele (20–30) centimeters.

De oorzaak van een cyste kan hormonaal zijn; men spreekt dan van een functionele cyste. Een functionele cyste is uniloculair, gevuld met sereus vocht en meestal niet groter dan 5–6 cm in diameter. Hiernaast bestaan er neoplastische cysten die ontstaan uit nieuwvorming van cellen. Deze cysten kunnen ook multiloculair zijn, een wisselende inhoud hebben en in grootte sterk variëren.

Indien zich geen complicaties voordoen, kunnen zelfs de grote ovariumcysten opvallend weinig klachten geven; zij kunnen dan ontdekt worden bij vaginaal toucher en bij echografisch onderzoek. Wanneer een spontane ruptuur van de cystewand optreedt, hetgeen vaak gepaard gaat met een bloeding uit de wand, komen cyste-inhoud

en bloed in de vrije buikholte terecht en kunnen er verschijnselen van een acute buik optreden. De diagnose kan bemoeilijkt worden doordat de cyste zelf verdwenen is.

De therapie is chirurgisch of expectatief, afhankelijk van de ernst en het verloop van de klachten. Bij proliferatieve ovariumcysten is een laparotomie met adnex-extirpatie de behandeling van eerste keuze. Indien mogelijk wordt een cystectomie verricht en wordt dus een deel van het ovarium behouden, wat met name bij jonge vrouwen van belang kan zijn voor de verdere hormoonstatus en fertiliteitswens.

De laatste jaren worden benigne adnexlaesies, waaronder cysten, vaak laparoscopisch verwijderd. Het voordeel van deze benadering is het geringe trauma in de buikwand en een geringe opnameduur.

Bij een steeldraai tordeert het ovarium om zijn eigen as. Daardoor wordt met name de veneuze vascularisatie van het ovarium dichtgedrukt waardoor hemorragische infarctering in de zwelling ontstaat. Het gevolg is acute buikpijn, vaak krampend of koliekachtig van karakter met tekenen van peritoneale prikkeling. Het betreffende adnex voelt sterk gezwollen aan en is opvallend drukpijnlijk. Bij laboratoriumonderzoek wordt vaak een leukocytose gevonden zonder verdere tekenen van infectie. Eventueel kan aanvullend Doppler-echo-onderzoek de diagnose bevestigen. De behandeling bestaat uit een laparoscopie en eventueel laparotomie, om indien mogelijk het adnex terug te draaien en alleen de cyste te verwijderen. Indien dit niet mogelijk blijkt, zal een unilaterale adnexverwijdering plaatsvinden.

Endometriose

Hieronder verstaat men het voorkomen van functionerend endometrium op plaatsen buiten het cavum uteri. Voorkeurslokalisaties zijn het ovarium, het ligamentum latum, het peritoneum van het cavum Douglasi, de ligamenta sacro-uterina en het septum rectovaginaal. Deze endometrioseplekken reageren op hormonale veranderingen, prolifereren onder hormonale stimulatie en bloeden tijdens de menstruatie. Zo kunnen met ingedikt bloed gevulde endometriosecysten ontstaan (chocoladecysten). De incidentie van endometriose is niet precies bekend, omdat de diagnose slechts gesteld kan worden door invasief onderzoek (laparoscopie), maar wordt geschat op 10 tot 40%.

Bij langer bestaande endometriose kan weefselschade en adhesievorming optreden, die soms indrukwekkende vormen kan aannemen. Dit kan aanleiding geven tot de hierna genoemde symptomatologie, maar tevens tot fertiliteitsstoornissen waarbij in 40% sprake is van subfertiliteit.

Endometriose kan hevige buikpijnlachten geven, vooral tijdens de menstruatie. Bij vaginaal toucher zijn soms de kenmerkende verdikkingen op de ligamenta sacro-uterina of het septum rectovaginale een hulpmiddel om de diagnose te stellen. Het klassieke klachtenpatroon van een vrouw met endometriose is: secundaire dysmenorroe, vaak gepaard gaande met diepe dyspareunie en mogelijk pijnklachten die veroorzaakt worden door betrokken organen of structuren zoals rectosigmoïd of blaas (dyschezie, dysurie).

Wanneer een endometriosecyste ruptureert, kunnen verschijnselen van een acute buik optreden. De behandeling is dan chirurgisch, zo conservatief mogelijk indien er nog sprake is van fertiliteitswens. Wil men echter de bron van de endometriosestimulatie wegnemen, dan zal ovariëctomie de enige rationele behandeling zijn, met infertiliteit tot gevolg. Minder ernstige endometriose kan medicamenteus behandeld worden waarbij twee vormen van behandeling onderscheiden worden: een symptomatische in de vorm van pijnmedicatie, en een causale die bestaat uit het onderdrukken van de cyclische ovariële hormoonproductie (de pil, progestativa, danazol en GnRH-agonisten). Meestal wordt een combinatie van eenvoudige NSAID's en een progestativum voorgeschreven, of de pil gedurende drie tot zes maanden continu zonder stopweek. Na het staken van de medicatie treedt dikwijls weer pijn op, waarbij 35-75% binnen vijf jaar.

Ovulatiebloeding

Bij iedere ovulatie treedt een ruptuur van het ovariumkapsel op, waarbij follikelvocht en soms bloed in de vrije buikholte terecht komen. Dit kan aanleiding geven tot kortdurende (een tot twee dagen) scherpe, unilaterale buikpijn in het midden van de menstruele cyclus. In sommige gevallen kan het zo ernstig zijn dat verschijnselen van een acute buik kunnen optreden. Hierbij is het laboratoriumonderzoek doorgaans normaal. Aanvullend echografisch onderzoek kan dikwijls het vermoeden op een ovulatiebloeding bevestigen door het aantonen van vrij vocht in de buik en eventueel een bijpassend beeld van het ovarium.

Het beleid is expectatief, tenzij er sprake is van een abundante intraperitoneale bloeding die niet spontaan stopt.

Spontane abortus

Als de zwangerschap voor de zestiende week eindigt en de vrucht spontaan wordt uitgedreven, spreekt men van spontane abortus of miskraam. De meeste spontane

abortus vinden plaats tussen 8 en 13 weken amenorroe, waarbij in ruim 90% van de gevallen de oorzaak wordt toegeschreven aan aanleg- of ontwikkelingsstoornissen van de vrucht.

Ongeveer 10-15% van de zwangerschappen eindigt in een spontane abortus, waarbij een gevorderde maternale leeftijd is geassocieerd met een verhoogde kans. Andere zeldzame aandoeningen die in verband worden gebracht met een verhoogde kans op spontane abortus zijn hyperhomocysteinemie en de ziekte van Wilson.

Symptomen zijn amenorroe, vaginaal bloedverlies en krampende buikpijn. De zwangerschapstest is positief of positief geweest. Bij een abortus in gang is het cervicale kanaal geopend of is er weefselverlies uit de vagina. De uterus is drukpijnlijk en gecontraheerd. Er kan eventueel meer zekerheid over de diagnose worden verkregen door echografisch onderzoek.

Een abortus completus gaat meestal gepaard met een korte periode van toenemende krampende pijn in de onderbuik en bloedverlies. Het vaginale bloedverlies blijft over het algemeen beperkt. Na het verlies van weefselresten, zakt de pijn doorgaans snel af. Als het uitgestoten zwangerschapsproduct onvolledig is (abortus incompletus), is er sprake van toename van de pijn in de onderbuik en van het bloedverlies. Het ostium cervicis blijft geopend met verlies van weefselresten. Er dient dan nagecuretteerd te worden. Bij een abortus completus is dit niet nodig.

Circulatiestoornissen in een myoom

Een myoom is een goedaardige zwelling van spier- en bindweefsel, uitgaande van het myometrium. Myomen komen frequent voor, naar schatting bij 30% van de vrouwen, en geven lang niet altijd aanleiding tot klachten.

Acute pijn kan optreden bij lokale druk, torsie, degeneratie of bloeding, en bij groei van het myoom in het tweede zwangerschapstrimester. Bij gesteelde, maar ook bij intramurale myomen kunnen met name circulatiestoornissen optreden, vooral tijdens perioden van uteruscontracties, zoals bij de menstruatie. Uiteindelijk kan dit leiden tot ischemie en necrose, die zich uiten in verschijnselen van een acute buik.

De therapie van een dergelijke complicatie is doorgaans chirurgisch. In sommige gevallen besluit men conservatief te behandelen met behulp van adequate pijnmedicatie.

Torsio tubae

Torsio tubae is een zeldzame aandoening waarbij primair een steeldraai van de tuba ontstaat met dezelfde symptomatologie als een torsie van een ovariumcyste. Torsio tubae komt vrijwel uitsluitend voor na sterilisatie – met name door tubacoagulatie – of bij aanwezigheid van para-ovariële cysten, die vaak aan de tuba hangen. In de differentiële diagnose dient wel aan de uretersteen gedacht te worden.

De behandeling is chirurgisch waarbij indien mogelijk de tuba gespaard wordt.

Besluit

Met uitzondering van een tubaruptuur bij een EUG, waarbij een abundante intraperitoneale bloeding kan optreden, hebben de bovengenoemde ziektebeelden over het algemeen geen levensbedreigend verloop.

Er zijn twee aspecten die kenmerkend zijn voor de gynaecologische acute buik. Op de eerste plaats het gevaar van latere infertiliteit door een onjuiste of (te) laat ingestelde therapie, en op de tweede plaats het

probleem van sterk wisselende symptomatologie en dus vaak onbetrouwbare klinische diagnosestelling.

Desondanks is bij jonge vrouwen met toekomstige kindervens een snelle en vroege diagnostiek vereist om latere fertiliteit te waarborgen. In geval van twijfel is het vrijwel altijd mogelijk om met behulp van een diagnostische laparoscopie tot een juiste diagnose te komen. Hiermee kan sommige patiënten een onnodige laparotomie bespaard worden en kunnen anderen vroegtijdig geopereerd worden zonder verdere observatie en aanvullend onderzoek, met zo min mogelijk risico op latere onvruchtbaarheid.

Literatuur

- Grimes DA. Intrauterine devices and infertility: Sifting through the evidence. *Lancet* 2001;358:6-7.
- Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Lagro-Janssen ALM, editors. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2002.
- Burgers JS Thomas S. Samenvatting van de standaard Pelvic inflammatory disease van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:77-80.
- Hamerlynck JV, Knuist M. Moderne intra-uteriene anticonceptie: Het betere alternatief. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1621-4.