

De Benadering van de pijnkliniek in de diagnose en behandeling van pijn thv de liesregio en de pubis

Eric Vanduyhoven M.D.
Consulent Pijncentrum



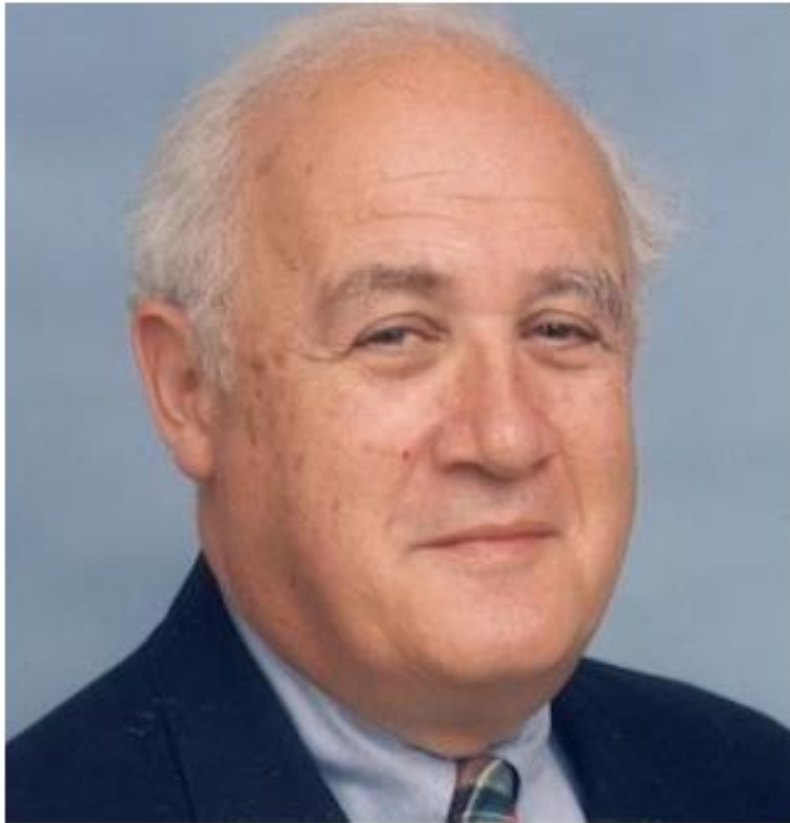
22 oktober 2022
10de herfstsymposium: pijn in de liesregio



Vooreerst: wat is een pijnkliniek ?

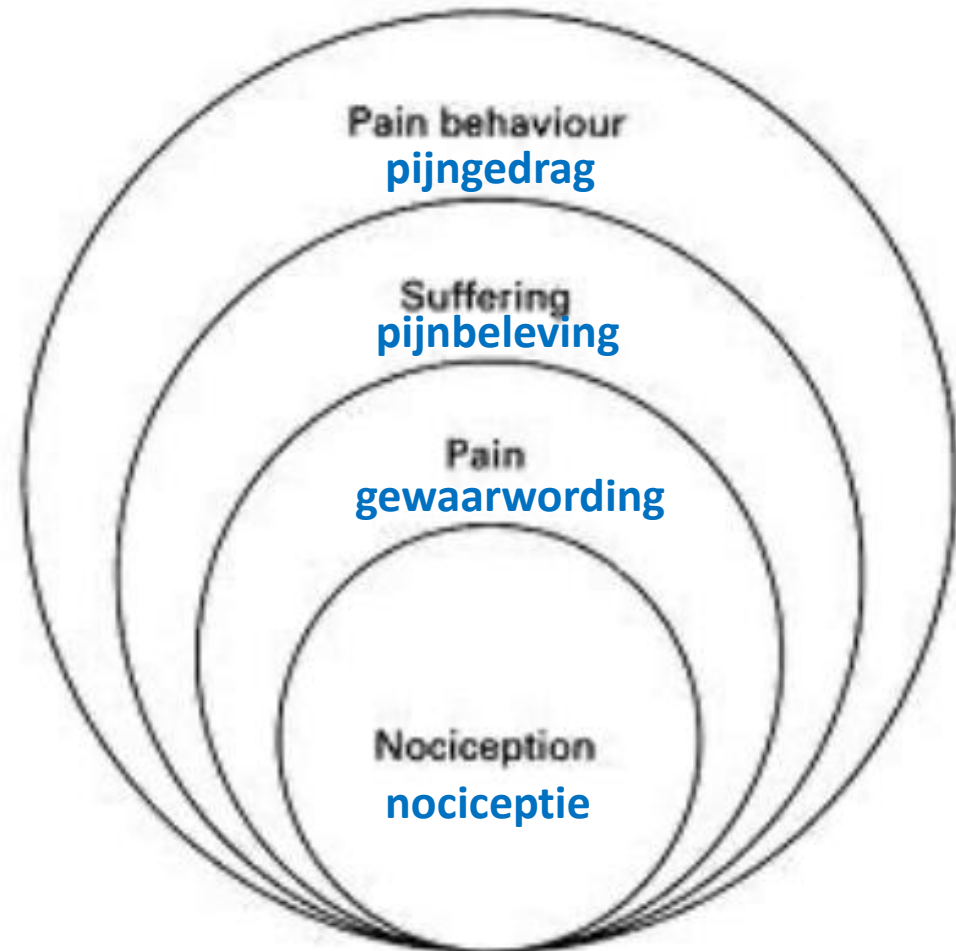
- Het is **geen prik-kliniek** maar een **multidisciplinair** derdelijns referentiecentrum.
 - Biedt **hulp** bij vraag naar diagnose en behandeling van pijn
 - Dat vraagt een uitgewerkt dossier
- **begeleiding is bipsychosociaal en evidence-based.**
 - We kijken dus niet alleen naar het puur medische,
 - maar besteden ook aandacht aan psychologische en sociale factoren.
- **pijnprobleem** bekeken **vanuit verschillende invalshoeken:**
 - emoties,
 - gedachten,
 - fysieke activiteit,
 - levensstijl,
 - enz.
- **Soms is een medische oplossing niet meer mogelijk.**
 - Door een bredere invalshoek krijgt de patiënt misschien nieuwe mogelijkheden om te werken aan een betere toekomst, niettegenstaande de pijn (biopsychosociale visie).

Historical Paradigms: 1980



John Loeser, Seattle

Professor Emeritus of Neurological Surgery



The bio-psycho-social model for pain

4 soorten pijn

- **WAARSCHUWINGSPIJN**
 - Naaldprik = auw-pijn
- **WEEFSEL(beschadigings)PIJN**
 - Gevolg van weefselschade – ontstekingsmechanismen spelen een rol
 - Reageert goed op pijnstillers
 - Verdwijnt als de oorzaak genezen is
- **ZENUW(beschadigings)PIJN**
 - Schade aan zenuwen : ongeval, chirurgie, ziekten diabetes , gordelroos , beroerte
 - Beschrijving : prikkelend, kriebelend, ijskoudegevoel, branderiggevoel, elektrische flitsen
- **NOCIPLASTISCHE PIJN** wijd verspreide pijnklachten
 - Geen noxious stimuli, geen inflammatie, geen zenuw letsel
 - Als het pijnsysteem over heel het lichaam overgevoelig wordt
 - Gewone prikkels worden uitvergroot tot pijnlijke ervaringen
 - Eindstation van een of andere pijn
 - Geen goed idee zomaar te verbijten

4 soorten pijn

- **WAARSCHUWINGSPIJN**

- Naaldprik = auw-pijn

- **WEEFSEL(beschadigings)PIJN**

- Gevolg van weefselschade – ontstekingsmechanismen spelen een rol
- Reageert goed op pijnstillers
- Verdwijnt als de oorzaak genezen is

- **ZENUW(beschadigings)PIJN**

- Schade aan zenuwen : ongeval, chirurgie, ziekten diabetes , gordelroos , beroerte
- Beschrijving : prikkelend, kriebelend, ijskoudegevoel, branderiggevoel, elektrische flitsen

- **NOCIPLASTISCHE PIJN** wijd verspreide pijnklachten

- Geen noxious stimuli, geen inflammatie, geen zenuw letsel
- Als het pijnsysteem over heel het lichaam overgevoelig wordt
- Gewone prikkels worden uitvergroot tot pijnlijke ervaringen
- Eindstation van een of andere pijn
- Geen goed idee zomaar te verbijten

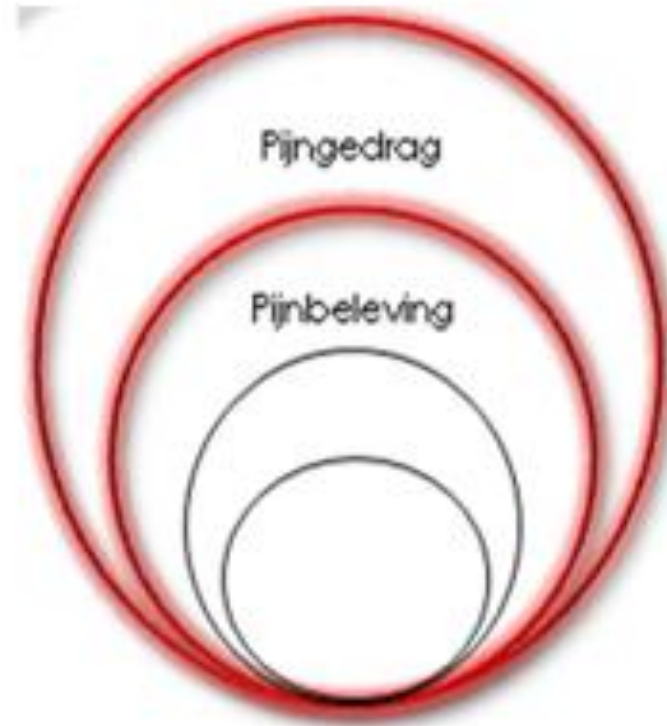


Acute versus chronische pijn

Loeser model



Acute klachten



Chronische klachten

De behandeling van (chronische) pijn de 4 pijlers

- **1. de medisch technische aanpak**
 - Farmacologisch
 - Klassieke pijnstillers
 - Morfineachtigen
 - Atypische
 - Interventioneel
 - Infiltraties
 - Zenuwbehandelingen
 - Pijnpompen
 - Elektrische stimulatie
- **2. Bewegings en oefentherapie**
 - Fysische geneeskunde en revalidatie
 - Pijnrevalidatie = ook lifestyle en gezonde voeding
- **3. De psychosociale ondersteuning**
 - Cognitieve gedragstherapie en zelfzorg
- **4. Zingeving - betekenis van de pijn**
 - Meditatie ,Vipassana, Mindfulness
 - religiositeit



De medisch technische aanpak van de 3 generatoren van Pelvische pijn

- **Perifere zenuwen**

- Nervus pudendus
- Nervus ilioinguinalis – nervus iliohypogastricus
- Nervus genitofemoralis
- Nervus obturatorius

- **Visceraal (sympathisch zenuwstelsel)**

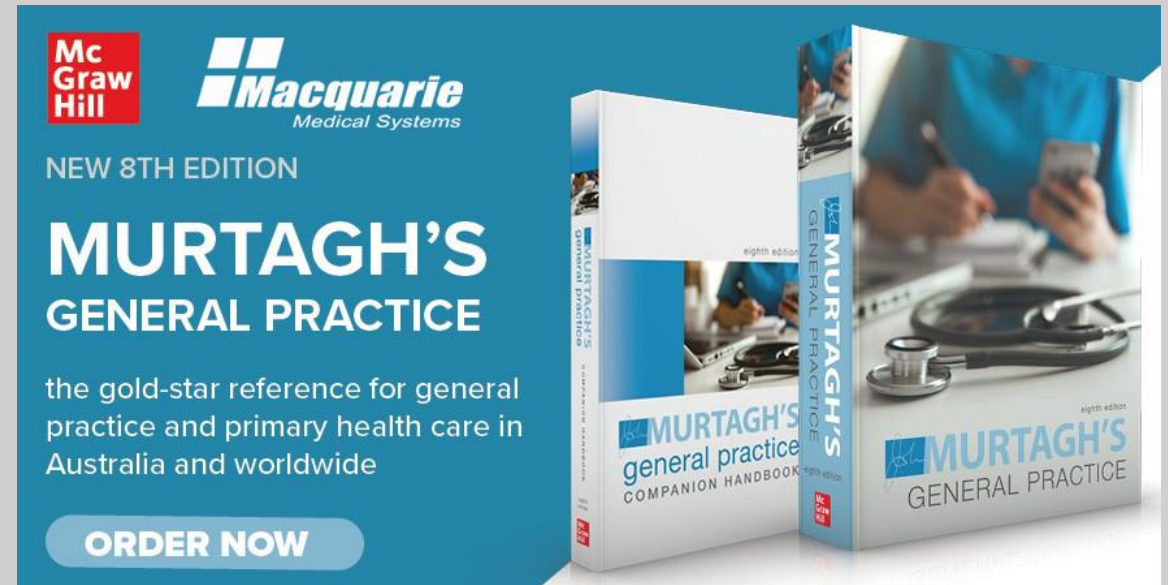
- Gynaecologisch
 - Endometriosis
 - Adhesies - vergroeiingen
 - Chronische pelvische inflammatoire aandoeningen
 - Pelvische congestie syndromen
 - Vulvodynie
- Niet gynaecologisch
 - Interstitiele cystitis
 - IBS (irritable bowel syndrome)
- Postchirurgisch
- neoplasma

- **Musculoskeletaal**

- SIG
- Trochanter
- Coccygodynie
- Diep gluteale ruimte
- Trigger points
- Spine

Eerst een diagnose stellen en dan pas een behandelplan “geen diagnose = geen behandeling”


- Diagnose
 - Anamnese
 - Klinisch onderzoek
 - Diagnostische blocks
- **John Murtagh (°1936)** die algemene praktijk onderwees aan de Monash Universiteit, Australië zo treffend kon overbrengen in 5 vragen
 - 1. Wat is de waarschijnlijke diagnose ?
 - 2. Welke ernstige aandoening mag hier niet gemist worden
 - 3. Zijn er andere aandoeningen die hierop lijken maw die zich presenteren op dezelfde manier
 - 4. Behoort het tot de lijst van nabootsers of maskeert het
 - 5. **Probeert de patiënt mij te overtuigen van een psychosociaal of een ander probleem**



Definitie van CPP(ZDP)



American Journal of Obstetrics and Gynecology
Volume 134, Issue 1, 1 May 1979, Pages 75-80



Psychological aspects of chronic pelvic pain in women

M. Renaer M.D., Ph.D., F.R.C.O.G.(a.e.)^{a, b}, H. Vertommen Ph.D.^{a, b}, P. Nijs M.D.^{a, b}, L. Wagemans M.A.^{a, b}, T. Van Hemelrijck M.A.^{a, b}

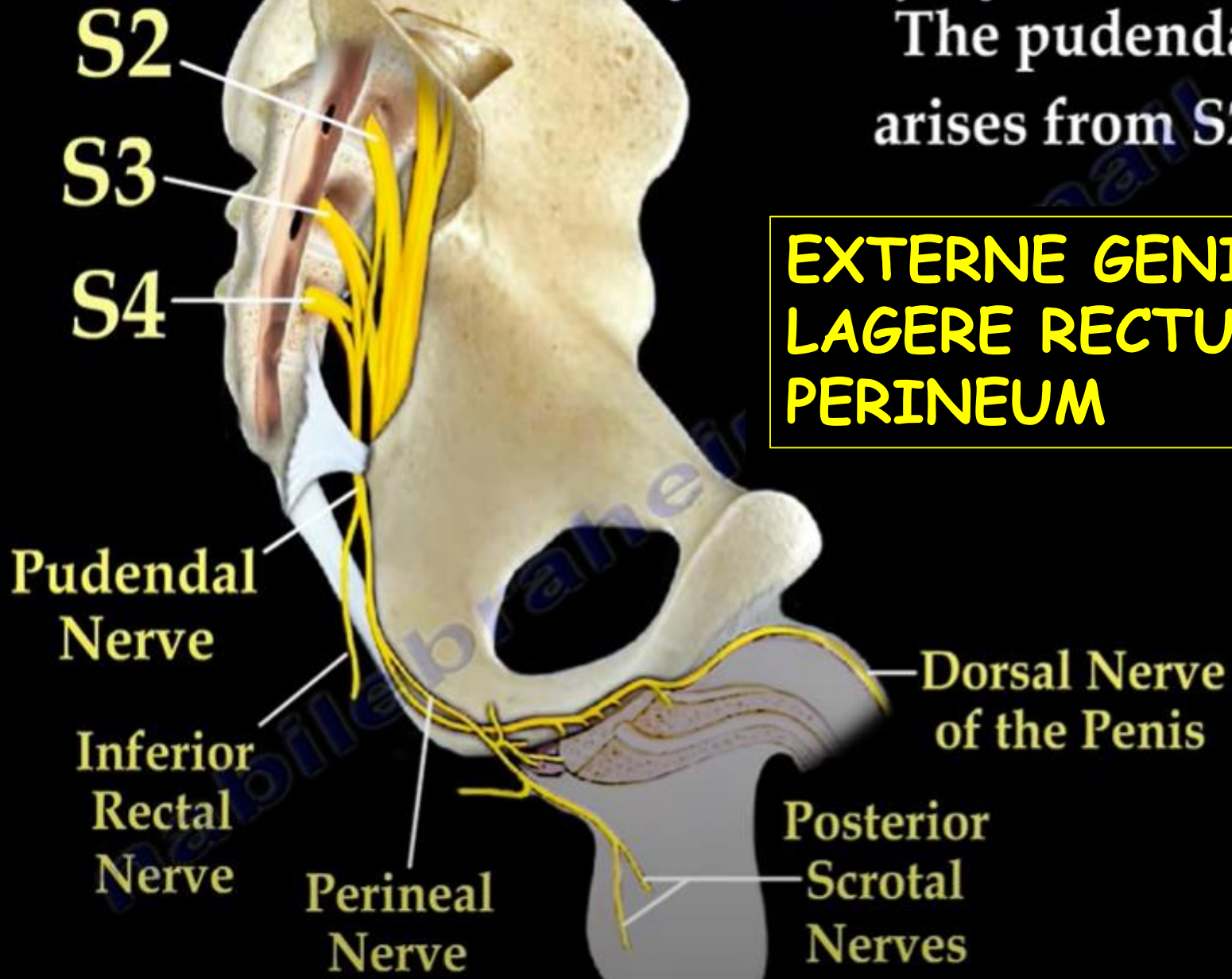
^a Department of Obstetrics and Gynecology, Catholic University Leuven, Belgium
^b Department of Psychology, Catholic University Leuven, Belgium

- is dikwijls geassocieerd met
 - negatieve
 - cognitieve
 - gedragsmatige,
 - sexuele en
 - emotionele connotaties
- Samen met symptomen die suggestief zijn voor
 - de lage urinewegen,
 - sexuele,
 - darm,
 - pelvische bodem, of
 - gynecologische dysfunctie

N Pudendus

Pudendal Nerve Palsy - Bicyclist Injury

The pudendal nerve
arises from S2, S3, S4.



**EXTERNE GENITALIEN
LAGERE RECTUM
PERINEUM**

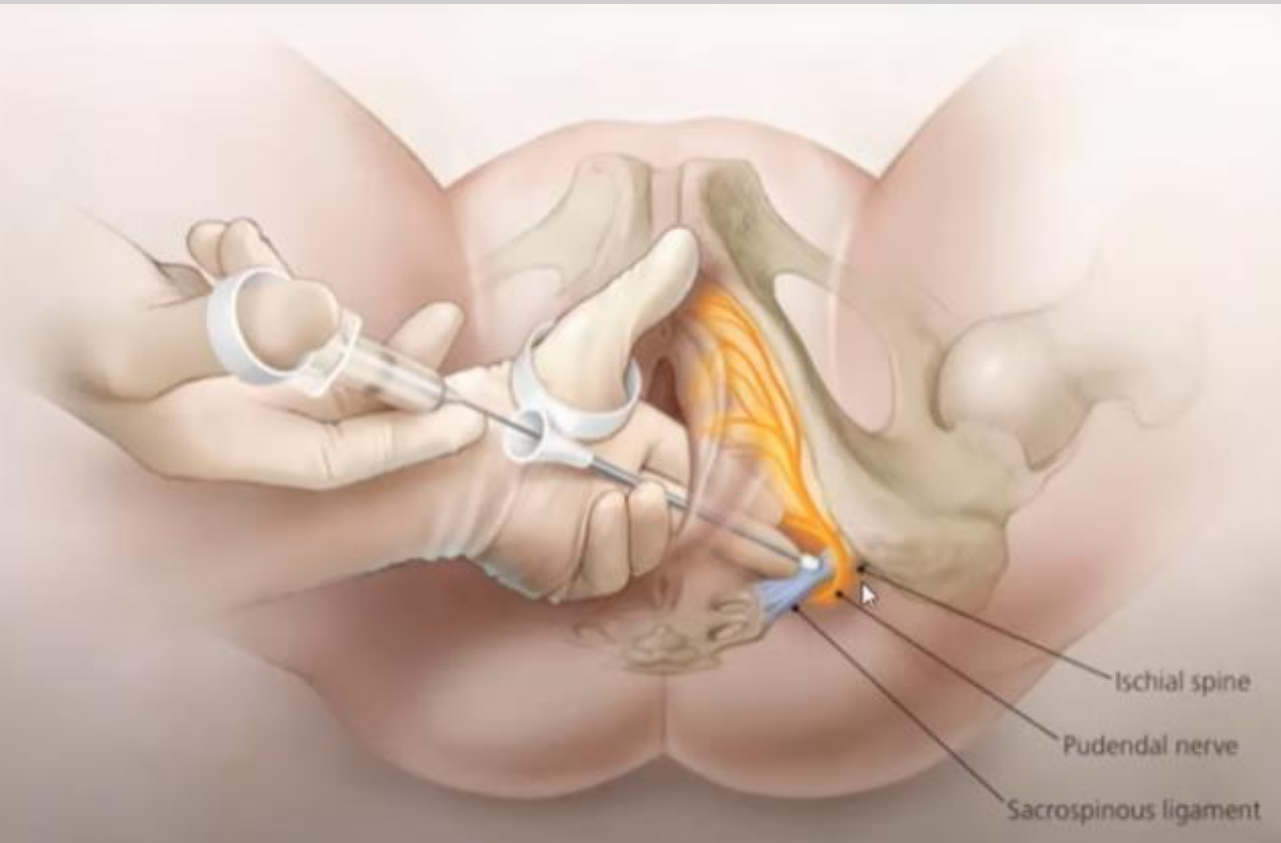
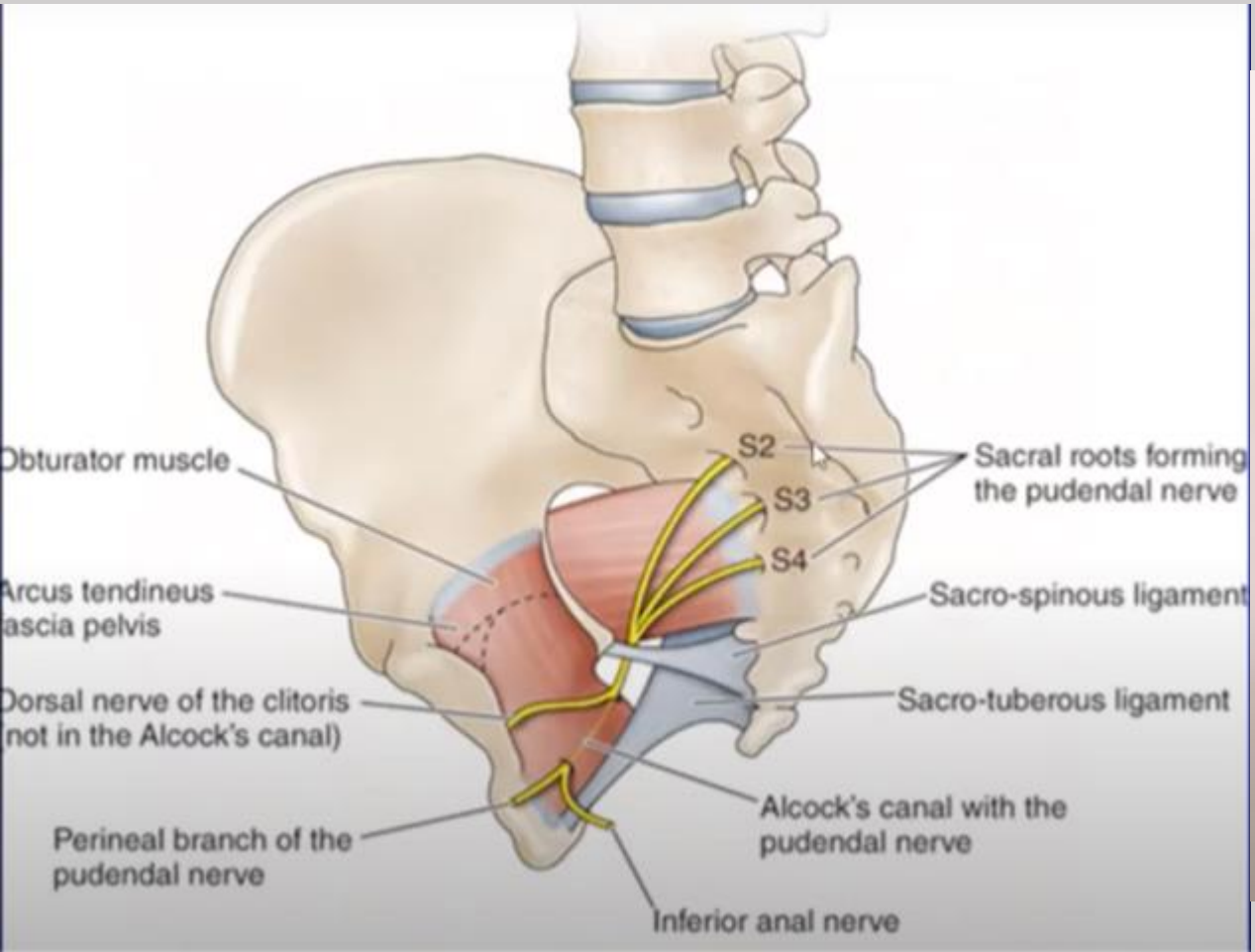
Pudendal
Nerve

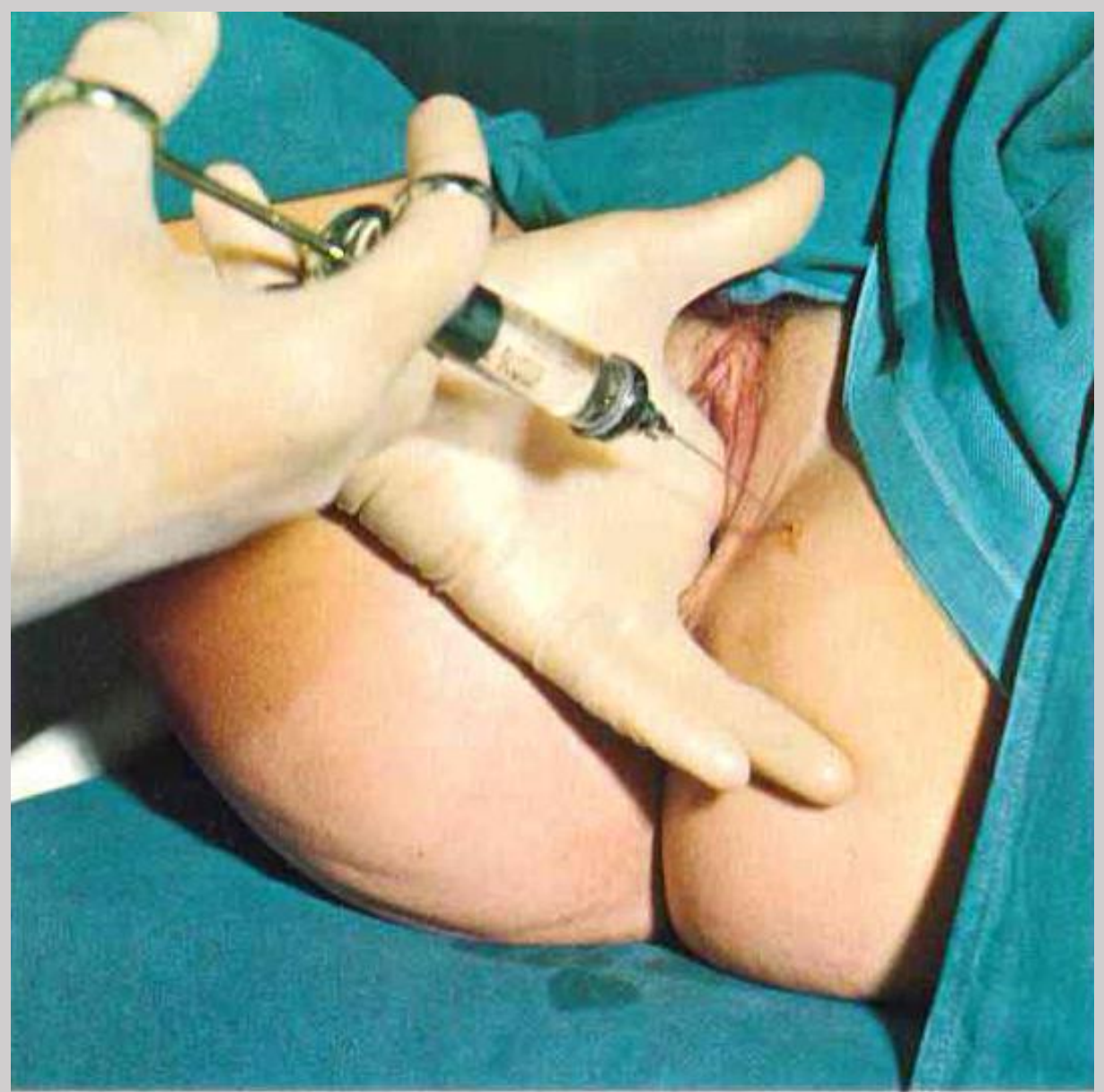
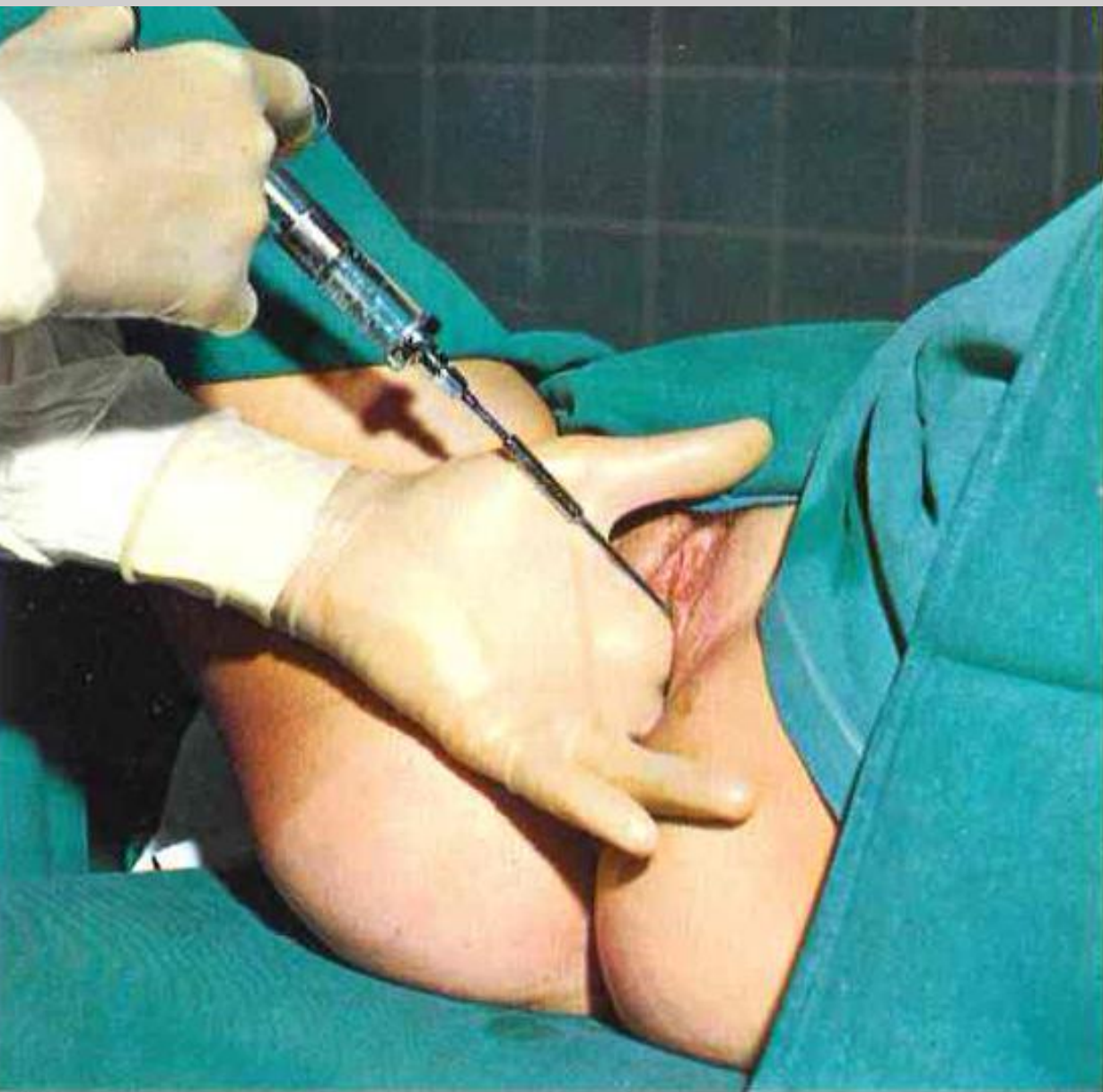
Inferior
Rectal
Nerve

Perineal
Nerve

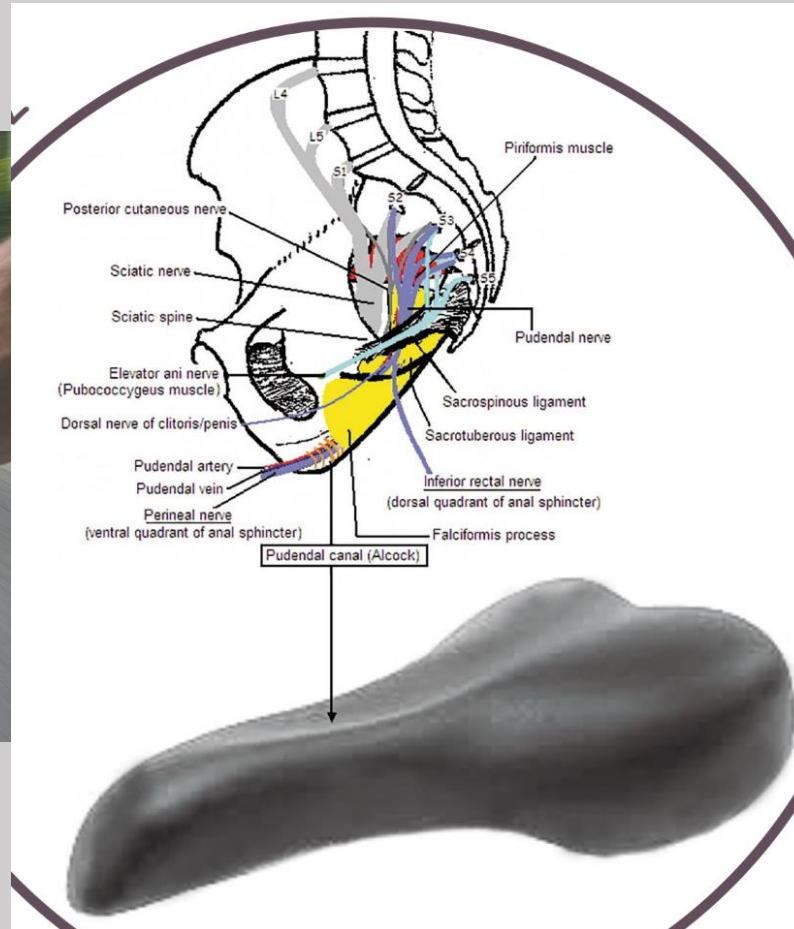
Dorsal Nerve
of the Penis

Posterior
Scrotal
Nerves





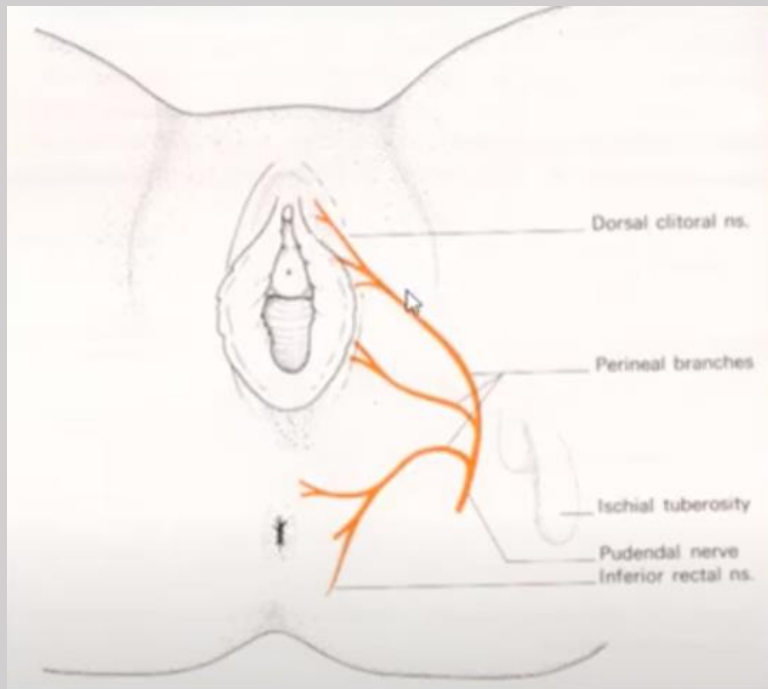
Pudendus neuralgie: Oorzaken



+ ongeval, operatie, bevalling
Verkeerd gebruik van de bekkenbodemspieren

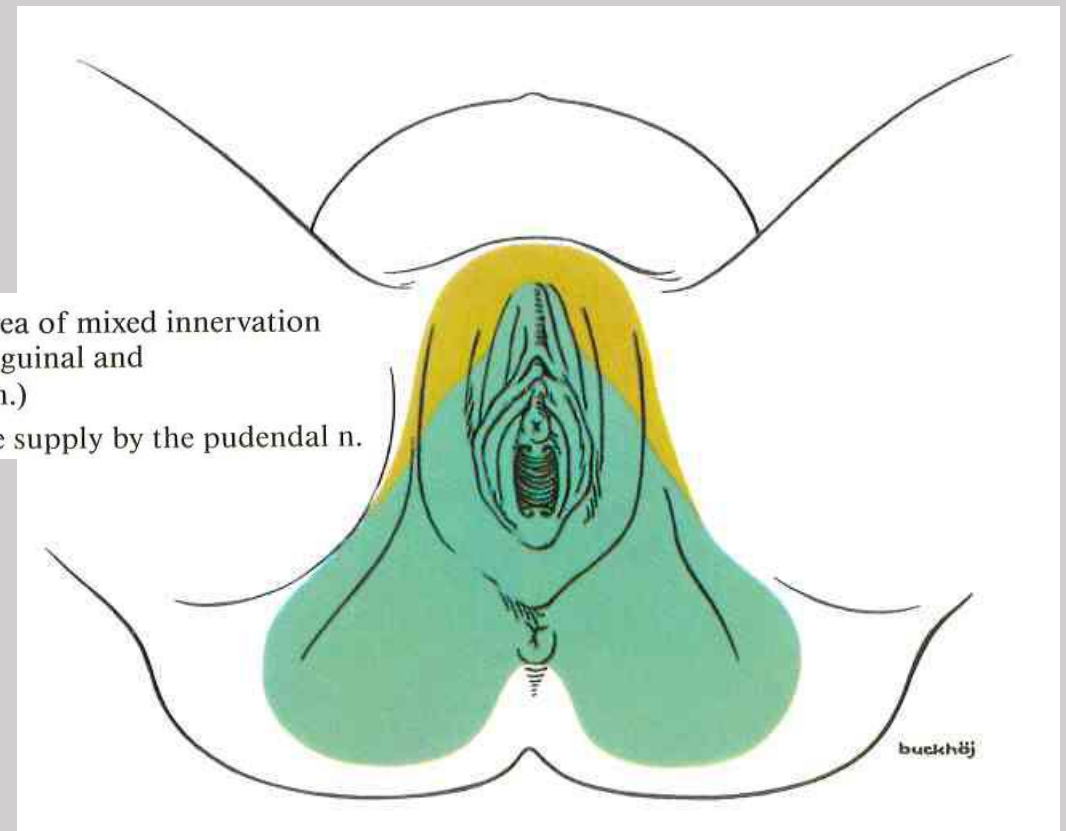
Pudendus neuralgie: symptomen

- Door irritatie, entrapment of zenuwschade in bekkengebied of geslachtsorganen
- Symptomen kunnen plots ontstaan of zich langzaam ontwikkelen
- Doorgaans eenzijdig , bilateraal kan



Anus
Penis, scrotum
Schaamlippen, vulva, clitoris

■ Indeterminate area of mixed innervation (pudendal, ilioinguinal and genitofemoral nn.)
■ Area of exclusive supply by the pudendal n.



Pudendus neuralgie symptomen

- **Essentiele criteria**

- Pijn in distributie gebied van N Pud
- Pijn voornamelijk bij zitten
- Wordt 's nachts niet wakker van de pijn
- Bij KO geen objectief sensorieel deficiet
- Pijn verdwijnt bij diagn blok

- **Additioneel diagnostisch tekens**

- Brandend, stekend, subjectieve voosheid
- Allodynie en hyperpathie
- Rectaal of vaginaal gevoel van een vreemd voorwerp
 - Blaas en darmdysfunctie
 - Sexuele dysfunctie
- Verergert gedurende de dag
- Voornamelijk unilateraal
- Pijn neemt toe bij defaecatie
- tenderness bij palpatie van tuber ischiadicus

- **Exclusie criteria**

- Coccygeaal, gluteaal, suprapubisch, hypogastrisch
- Paroxysmale pijn
- Pruritus

- **Geassocieerde tekens die de diagnose niet uitsluiten**

- Bilpijn bij het zitten
- Mediale dijbeen pijn dd n obturatorius
- Gerefereerde "sciatiforme" pijn
- Frequent urineren of pijn bij blaasdistentie
- Pijn na ejaculatie of erectiele dysfunctie
- dyspareunie

Pudendusneuralgie: Behandeling

- Klachten zijn gewoonlijk transiënt en verbeteren met de tijd
- Rust
- Fysische therapie
- Stretchen en oefeningen (pudendal nerve floss)
- NSAID (antineuropatica – geen plaats voor morfine preparaten)
- Infiltraties / zenuwblokkades / PRF
- (Heelkunde)

N ilioinguinalis

N iliohypogastricus

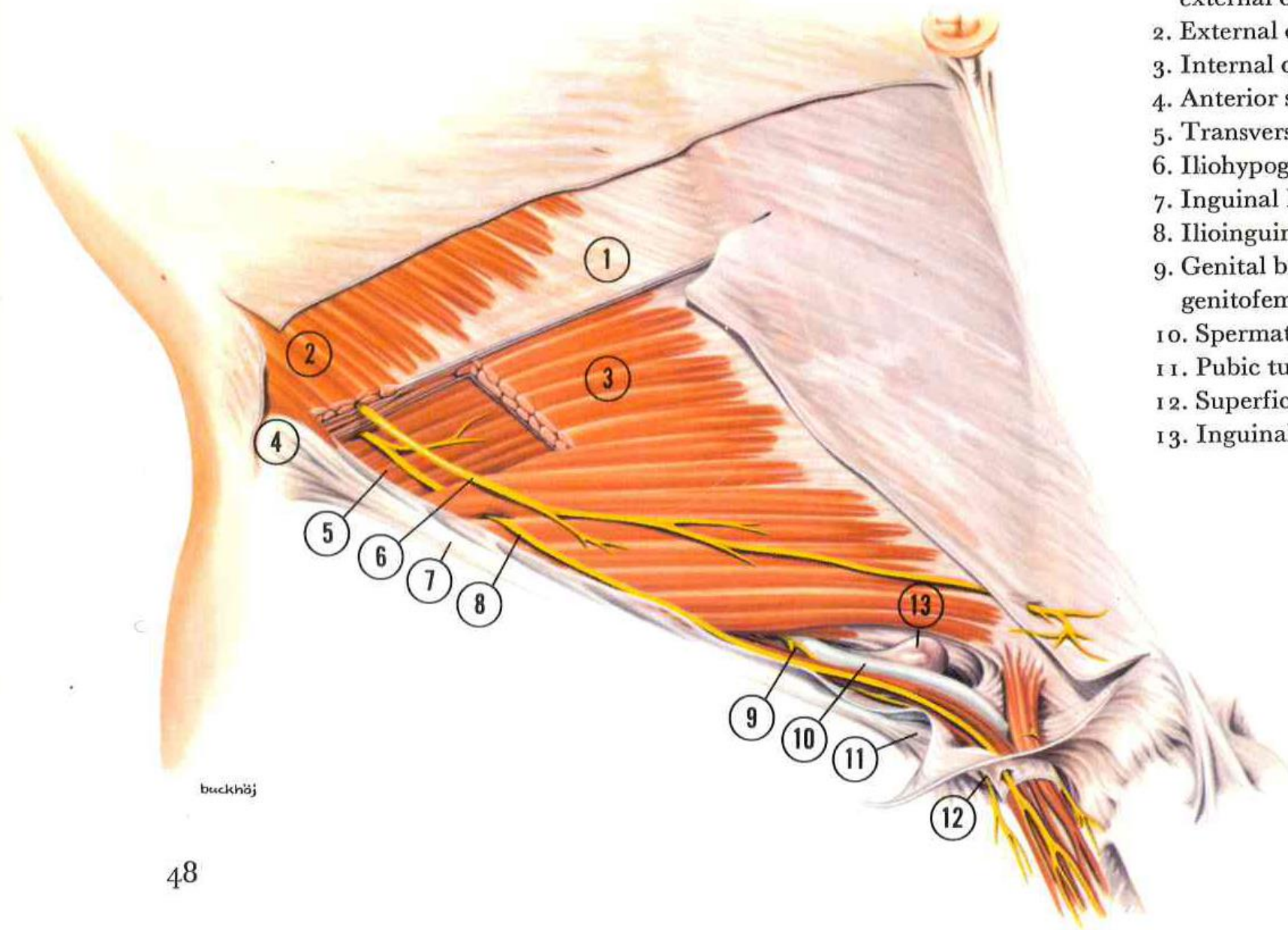


Fig. 40

1. Aponeurosis of the external oblique m.
2. External oblique m.
3. Internal oblique m.
4. Anterior superior iliac spin
5. Transversus abdominis m.
6. Iliohypogastric n.
7. Inguinal ligament
8. Ilioinguinal n.
9. Genital branch of the genitofemoral n.
10. Spermatic cord
11. Pubic tubercle
12. Superficial inguinal ring
13. Inguinal hernia

backhöj

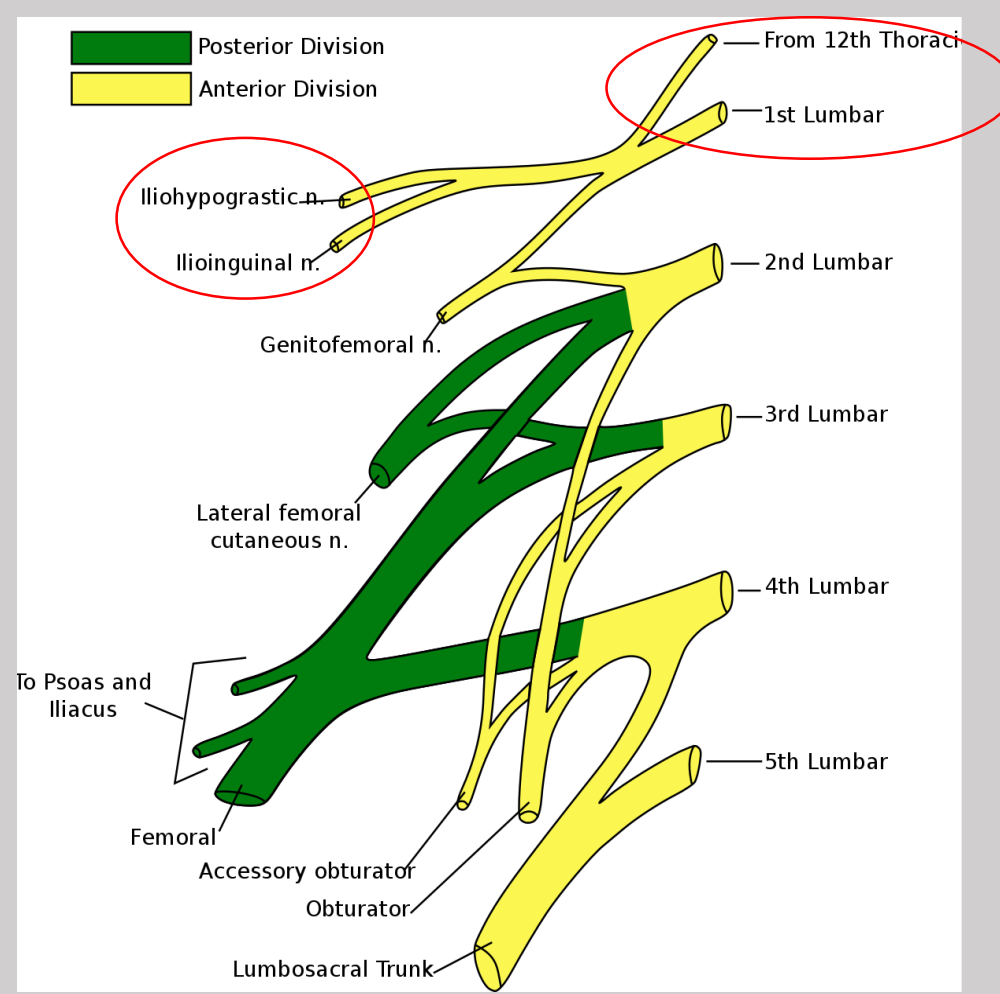
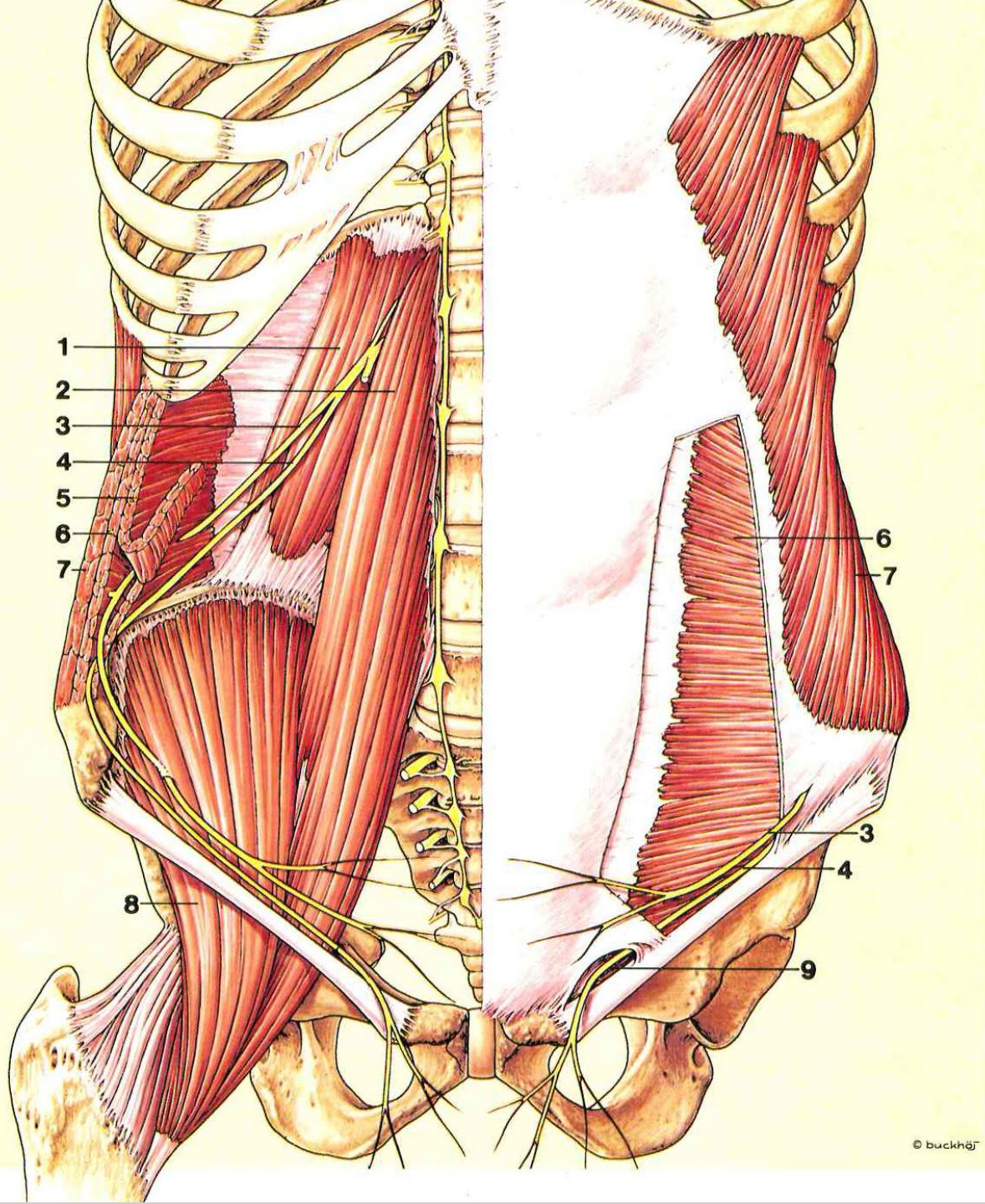
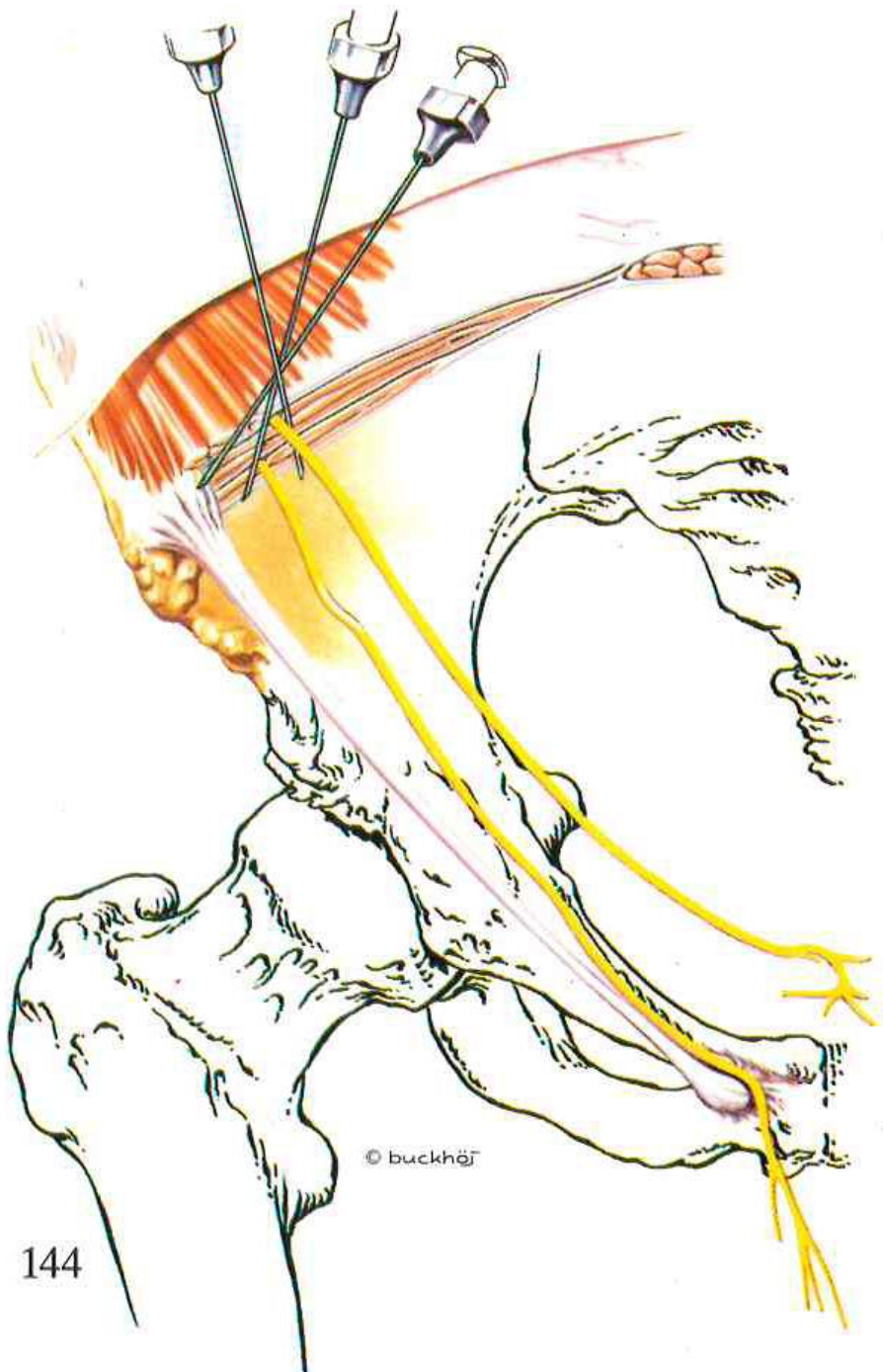
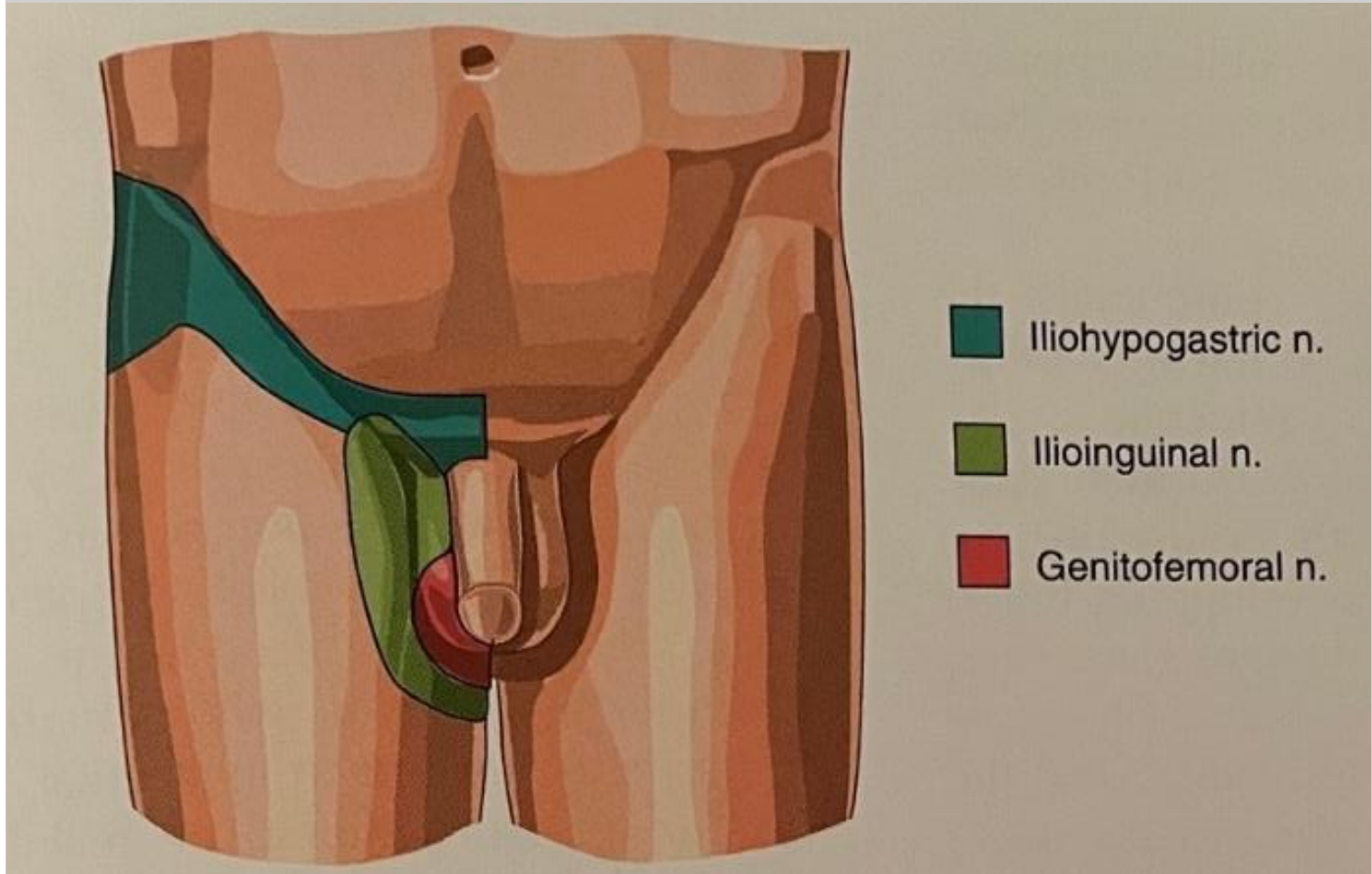


Fig. 1.36. Anatomy of the ilioinguinal and iliohypogastric nerves.

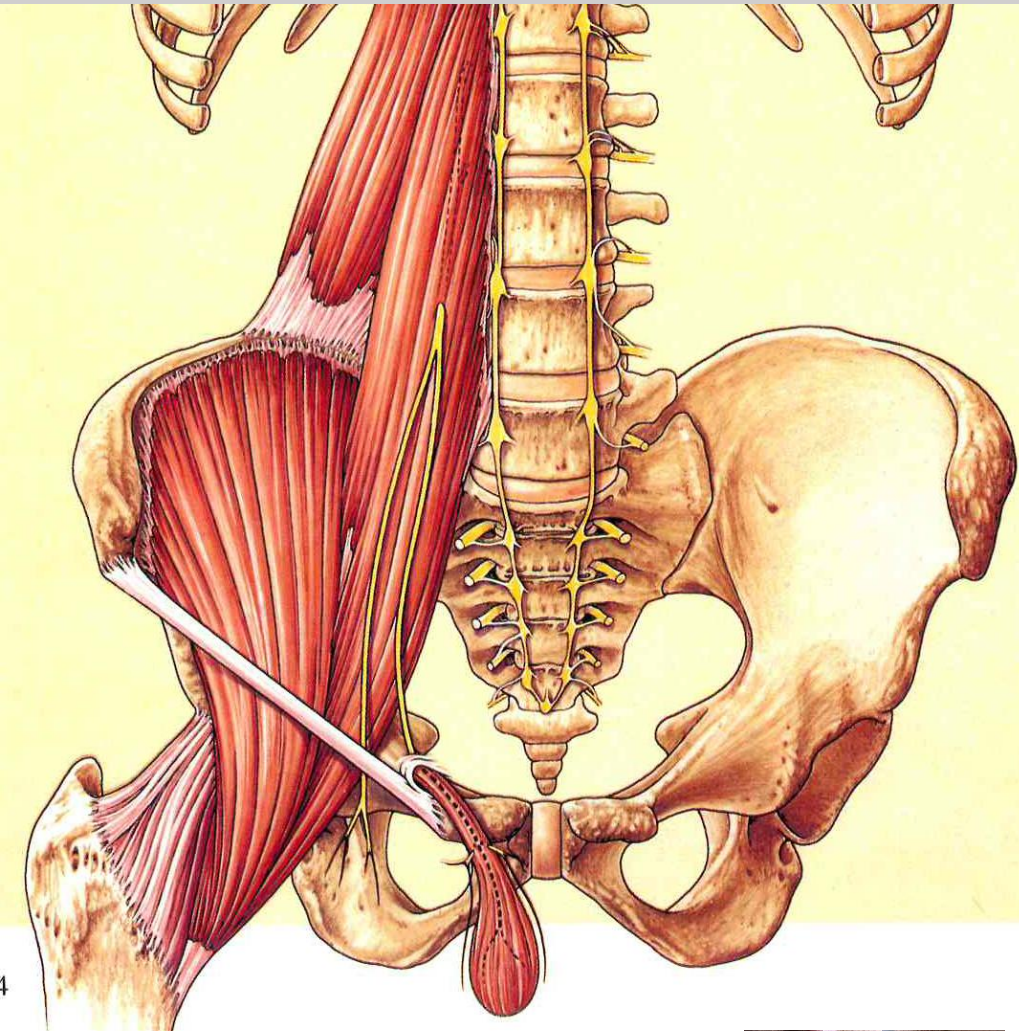
1. Quadratus lumborum muscle
2. Psoas major muscle
3. Iliohypogastric nerve
4. Ilioinguinal nerve
5. Transversus abdominis muscle
6. Obliquus internus abdominis muscle
7. Obliquus externus abdominis muscle
8. Iliacus muscle
9. Superficial inguinal ring



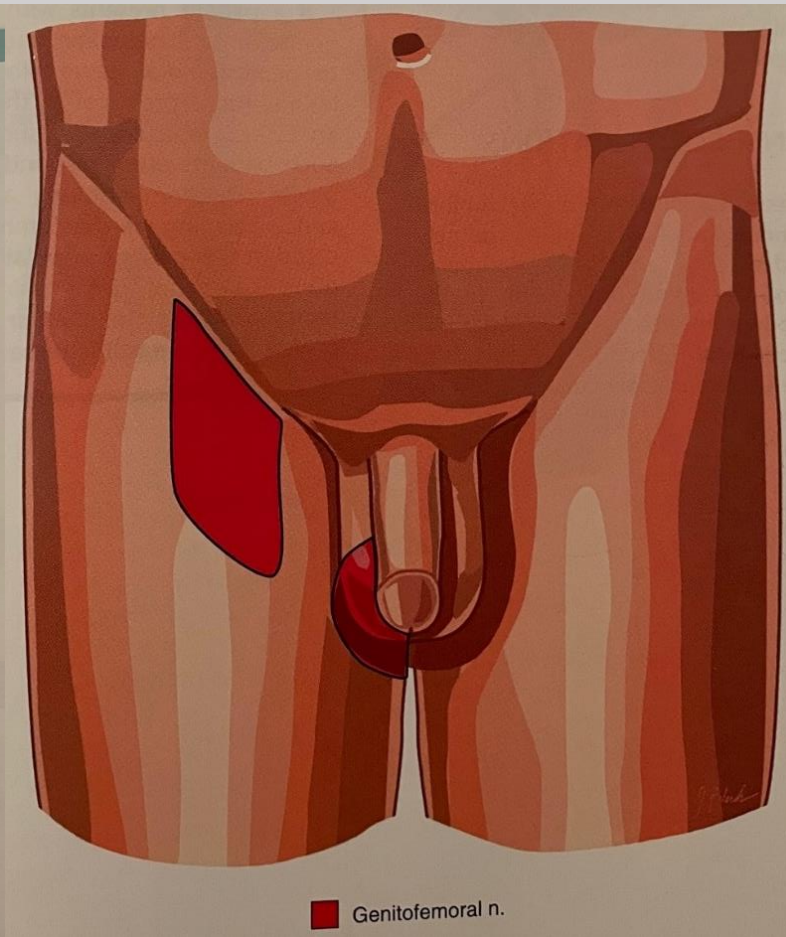
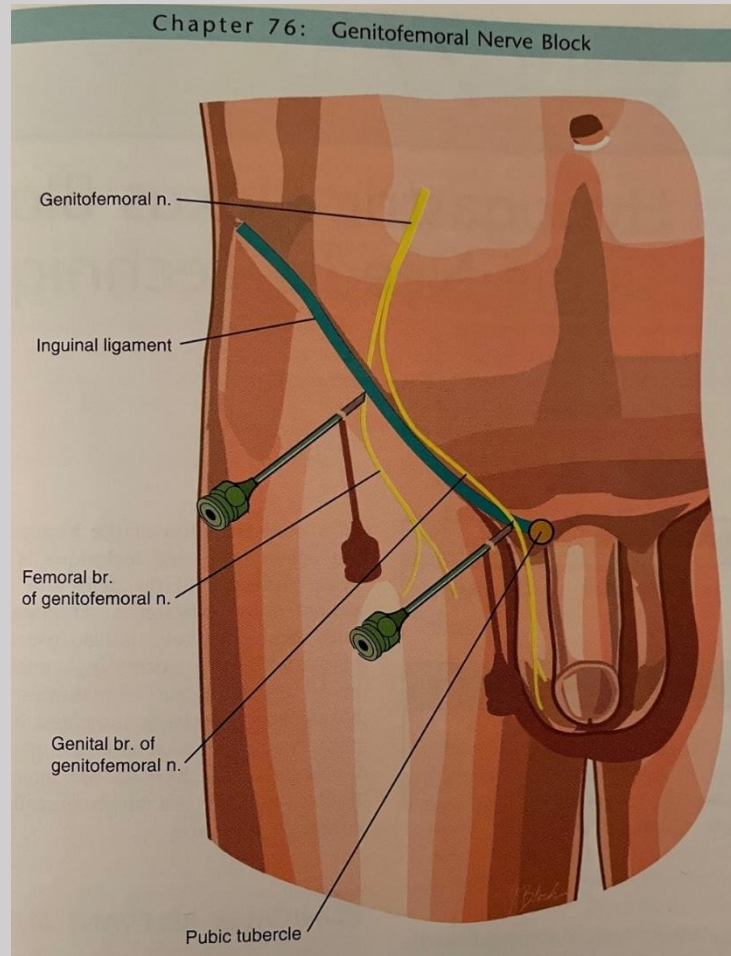
144




N genitofemoralis





cremaster





 Iliohypogastric n.

 Ilioinguinal n.

 Genitofemoral n.

N ilioinguinalis – hypogastricus - genitofemoralis

- **Etiologie**

- traumatische laesie bij laag-abdominale incisies
 - Pfannenstielincisie,
 - een appendectomie,
 - bij botgreffen genomen van de bekkenkam,
 - bij nierbiopsie en
 - liesbreukoperaties. Bij deze laatste ingreep heeft **5%-53%** ernstige pijn een jaar na de operatie.

- **Klachten**

- ernstige brandende en stekende neuropathische pijn in het bevoelingsgebied van de betrokken zenuw.

- **Diagnostiek**

- Klinisch neurologisch onderzoek : allodynie – hyperpathie
- EMG
- Psychocognitieve diagnostiek

- **Behandeling**

- Lichamelijke behandeling
 - Medicamenteus: antineuropathische medicatie
 - Interventioneel
 - Lokale infiltratie
 - PRF behandeling
- Niet-lichamelijke behandeling
 - Bv cognitief gedragsmatige behandeling - revalidatie

N obturatorius

Oorzaak

beschadiging ten gevolge van heupoperaties,
Meest voorkomend: het plaatsen van een nieuwe heup.

Daarnaast kunnen suikerziekte, bloeding in het bekken,
bestraling, prostaatoperaties,
gynaecologische kijkoperaties en tumoren

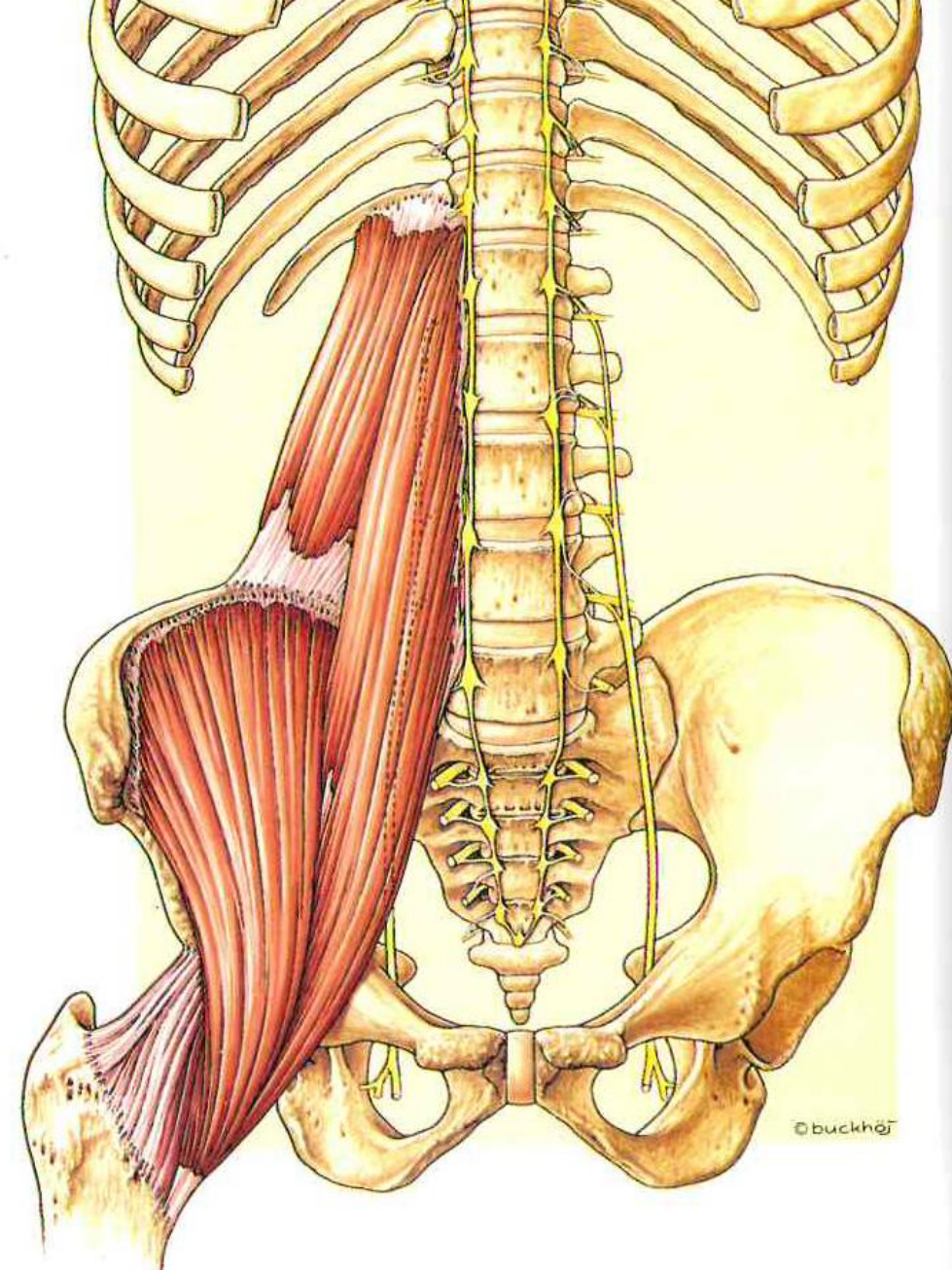
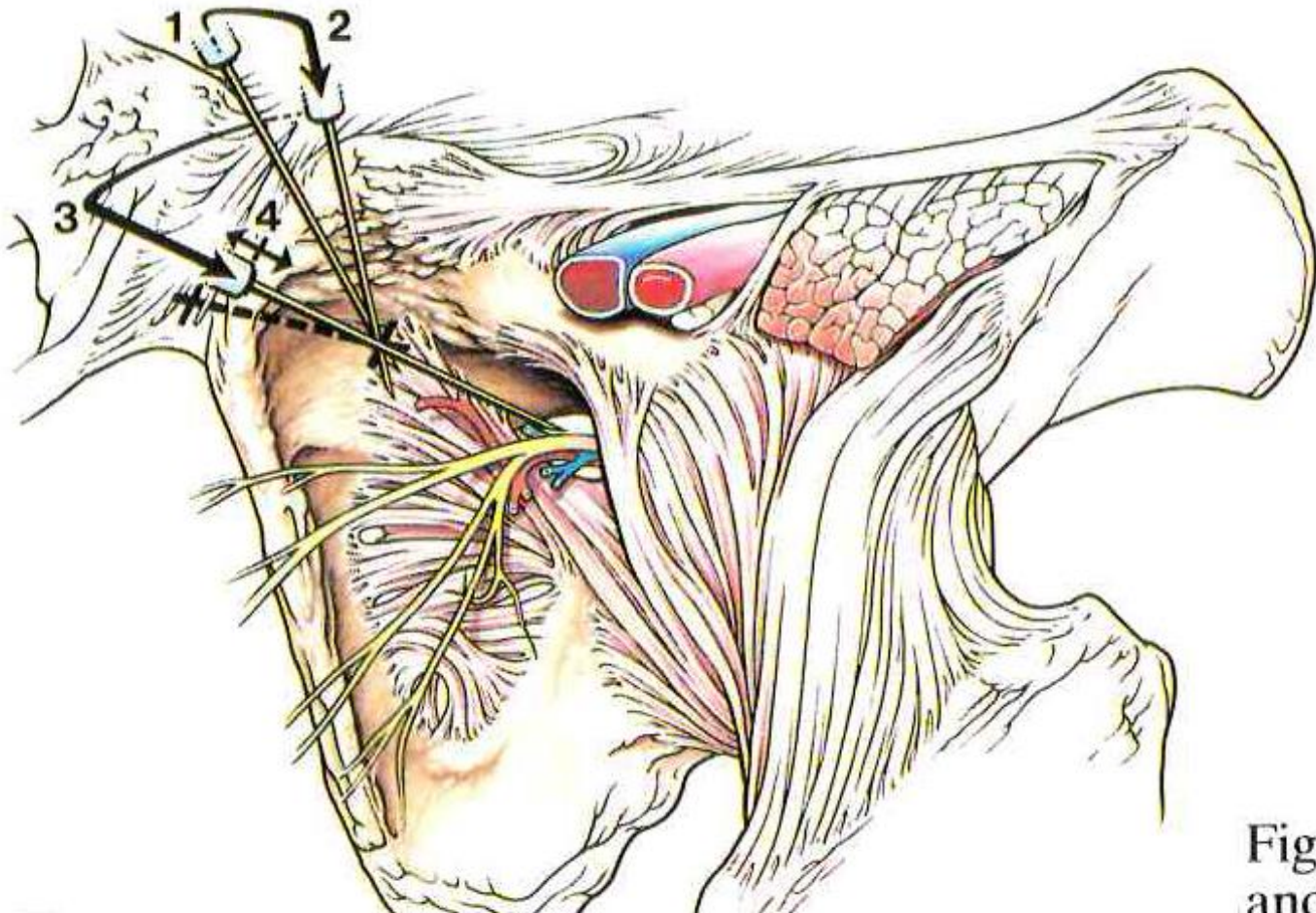
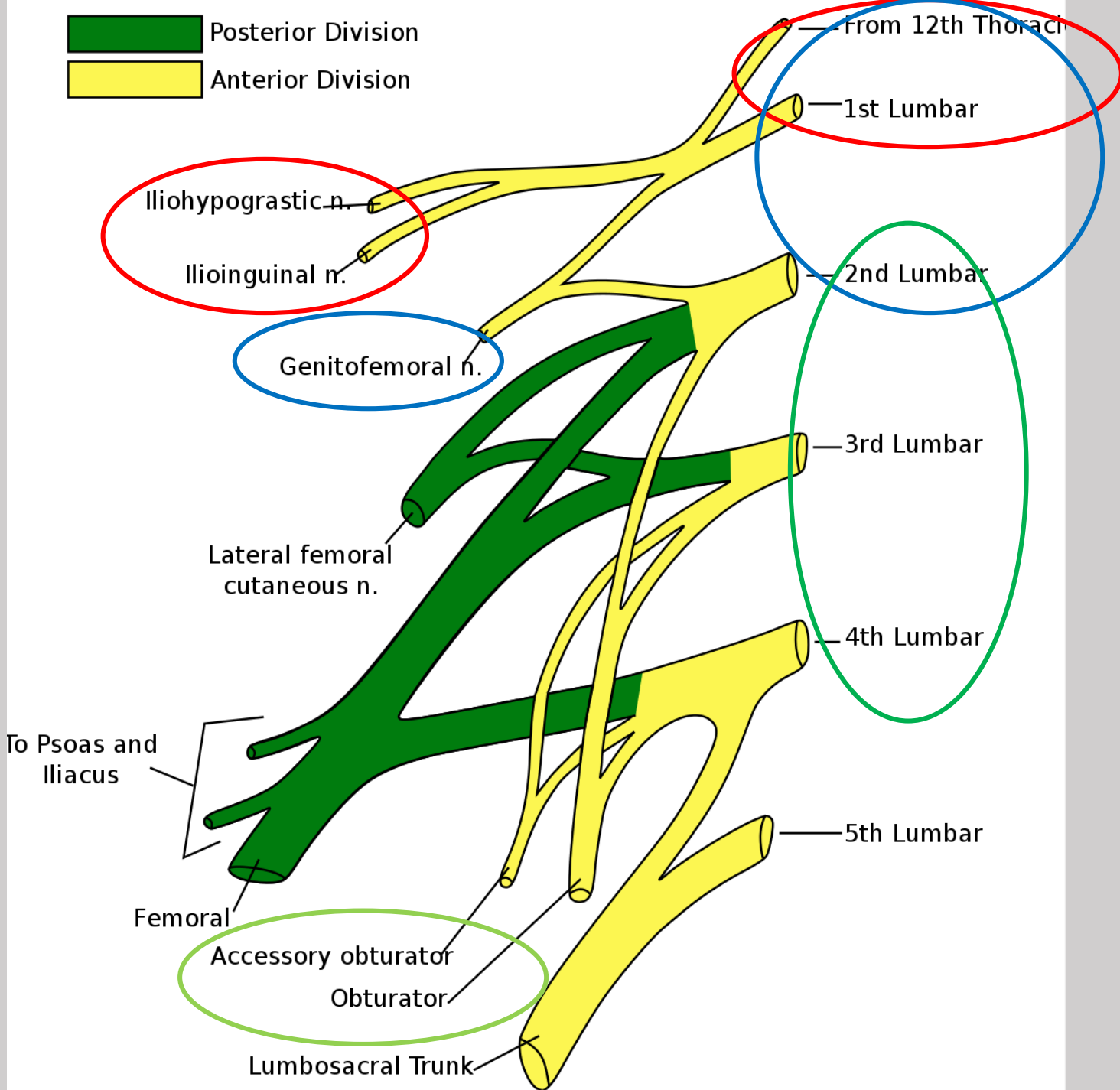


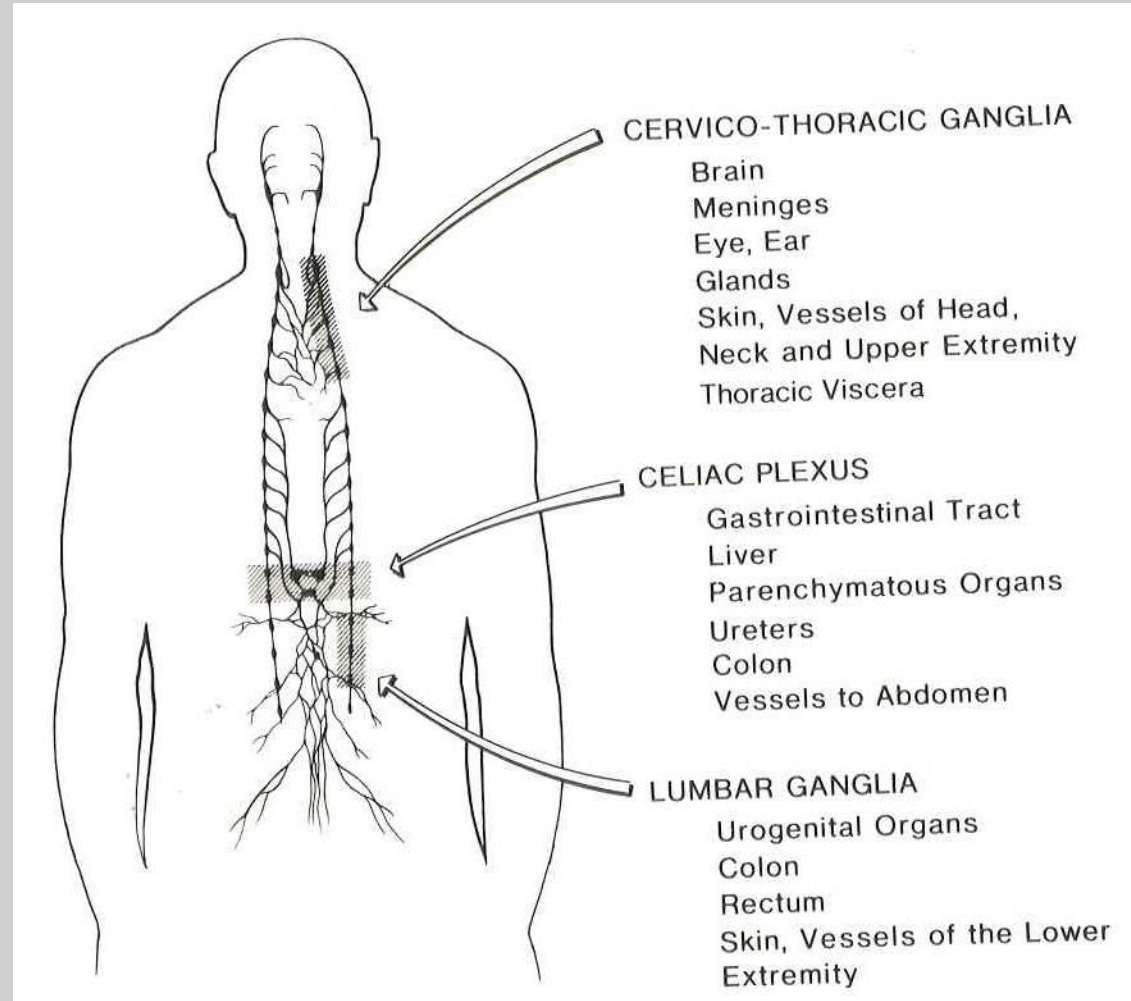
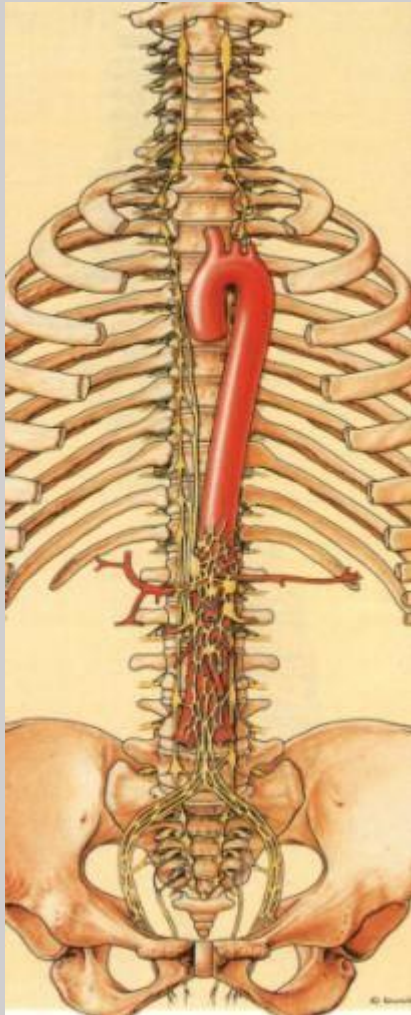
Fig. 2.58. Obturator nerve block. Anatomy and technique.



plexus hypogastricus superior /
inferior

Ganglion van Walther (impar)

Sympatisch zenuwstelsel



Plexus hypogastricus superior / inferior

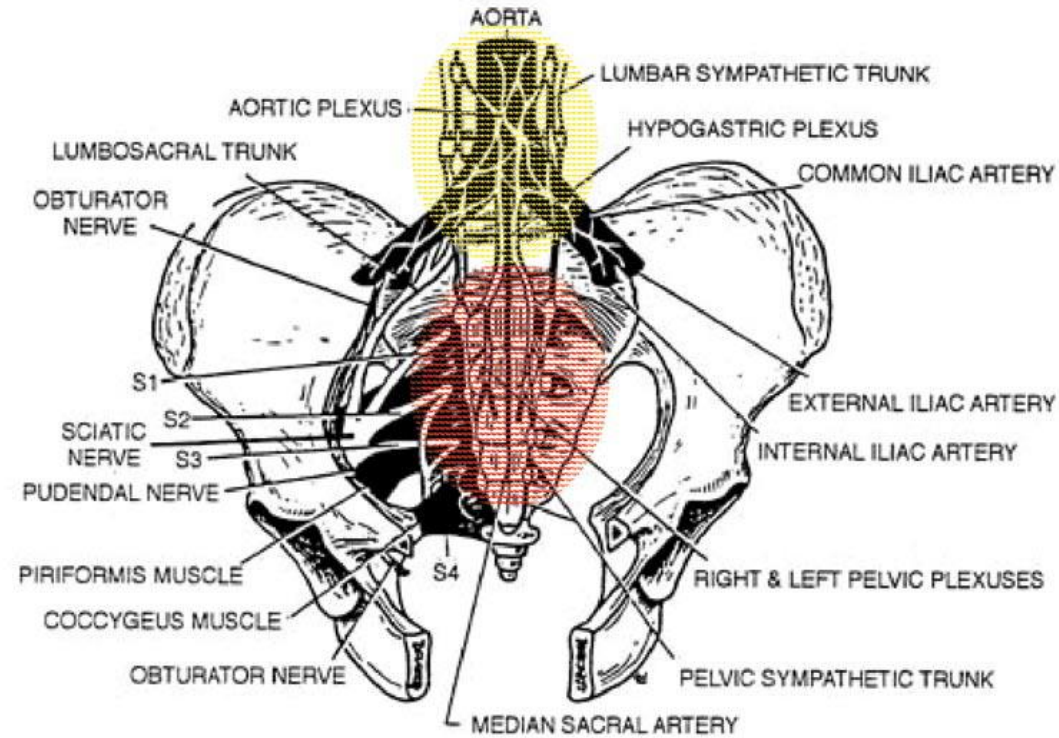
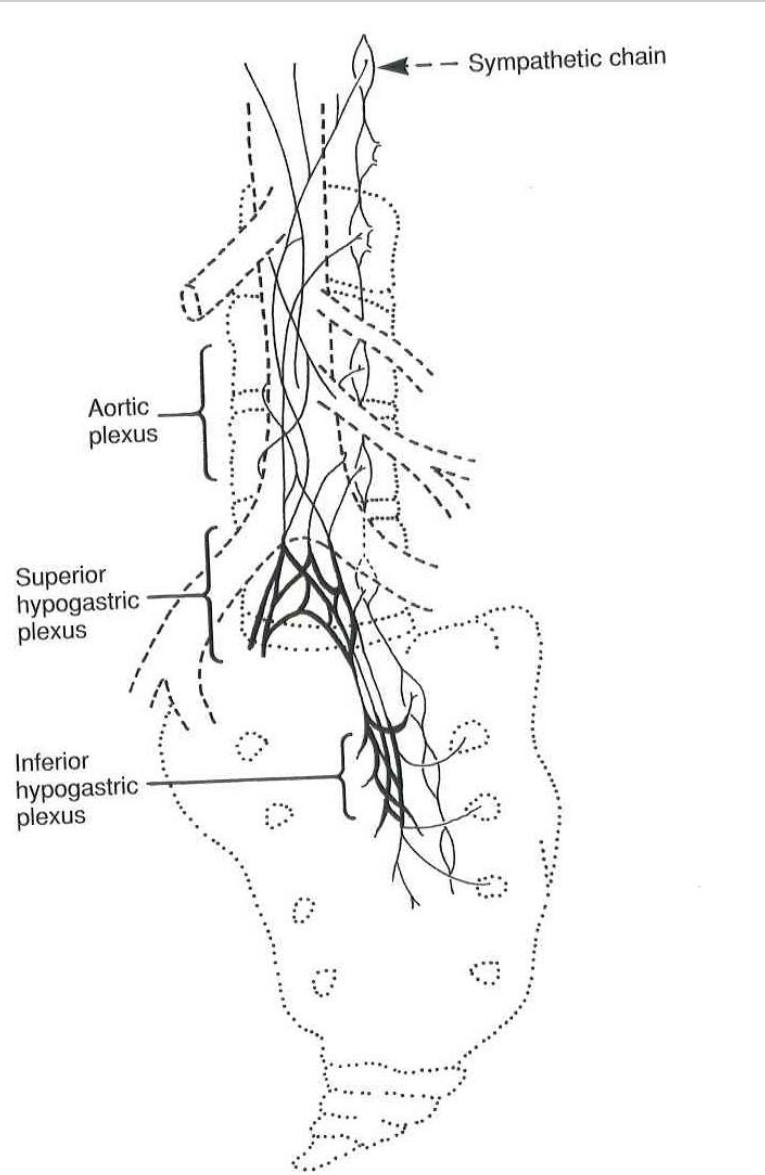
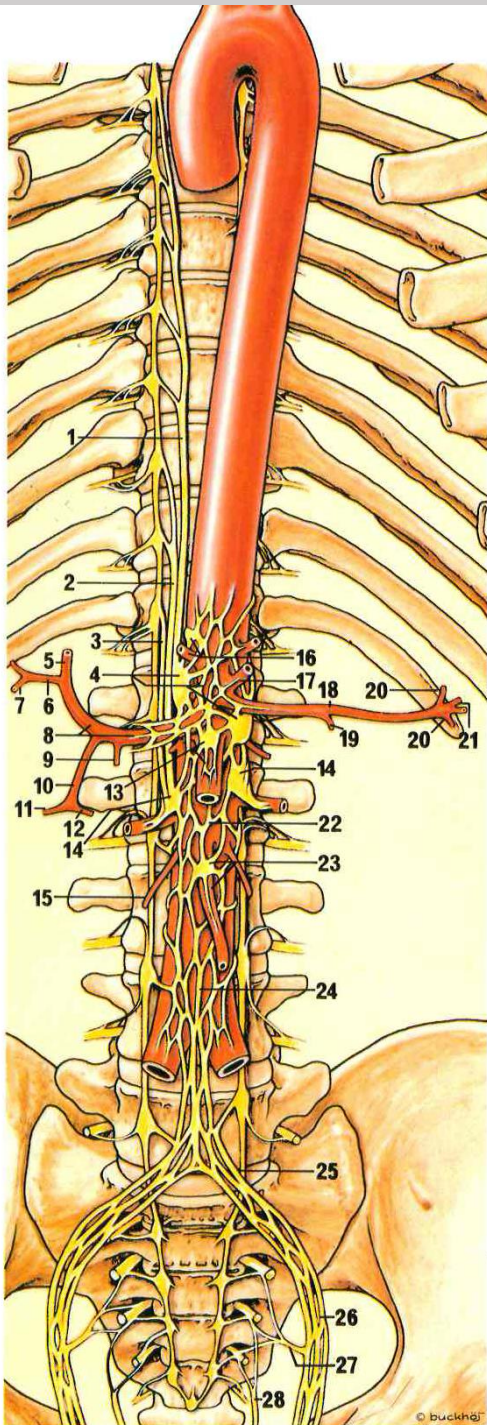
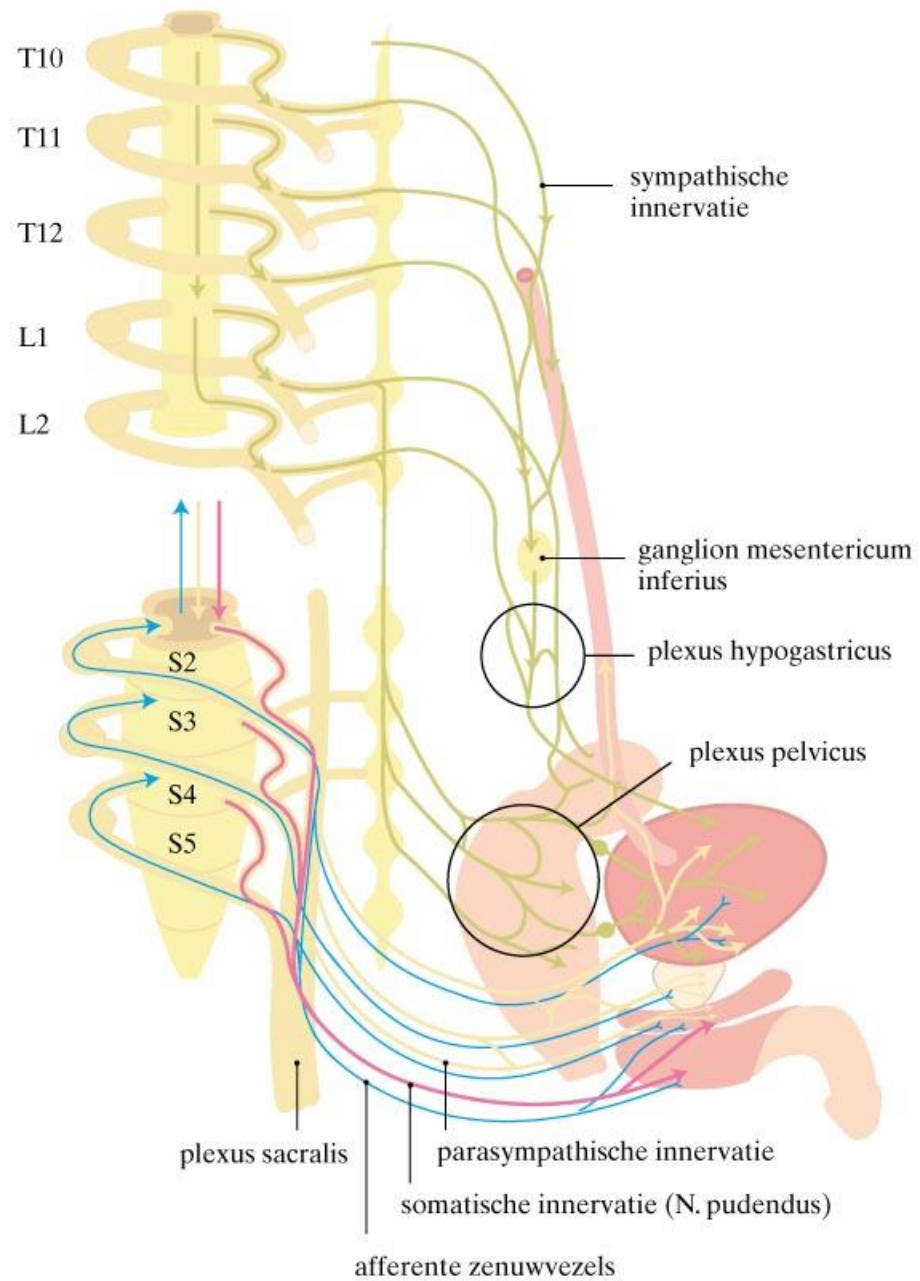
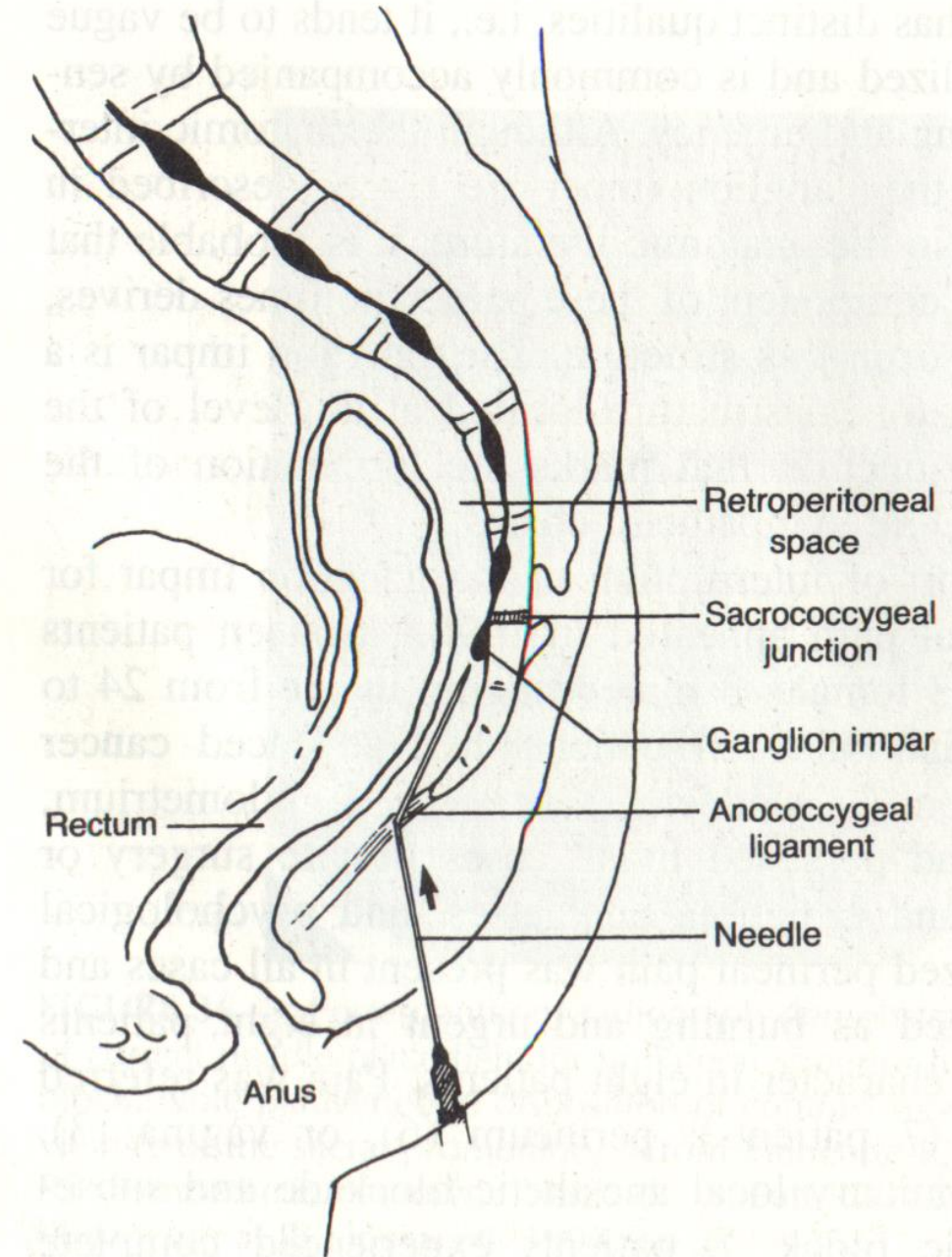
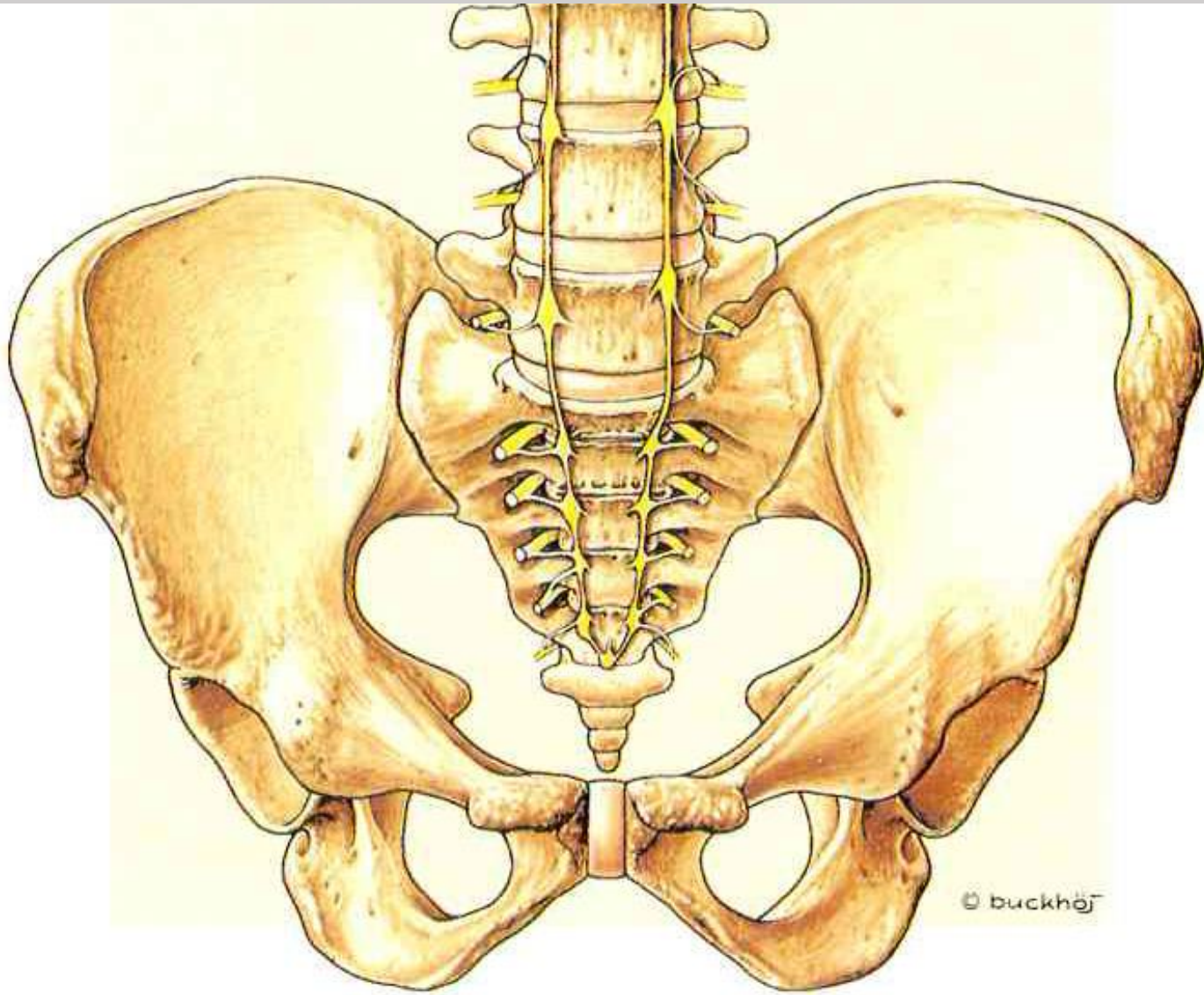


FIGURE 36-1
Anatomy of the hypogastric plexus.



FIGUUR 1. Schematisch overzicht van de innervatie van de lagere urinewegen.



Klachten

Locatie

- de blaas
- penis
- vagina
- rectum
- anus
- Perineum
- Lagere pelvis

Oorzaak

- Sympathisch gemedieerde pelvische pijn,
- Lage pelvische endometriosis,
- Pelvische maligniteit,
- vulvodynie,
- Stralings-geïnduceerd tenesmus
- Stralings-geïnduceerd enteritis (rectum of sigmoid colon),
- proctalgie fugax, (anuskramp)
- acute herpes zoster post-herpetic neuralgia van de de sacrale dermatomen

Plexus hypogastricus superior

inhibitie (chemisch, fysisch, heelkundig)

- Is effectiever voor viscerale pijn dan farmacologisch behandeling
- Geen spierzwakte
- Behoud huidgevoeligheid
- Vermindert de somatische component
- Verbetert de bloodflow
- Geen beschadiging van de sfincterfunctie !!

Plancarte R. Pelvic pain. Pain Medicine 1996; 440-451.

Plancarte R. Neurolytic Blocks of the Sympathetic Axis. Cancer Pain. 1993, 377-425.

Plexus hypogastricus superior specifieke indicaties

- **Maligne**

- Cervix, prostaat, testiculaire kanker
- Radiotherapie letsels

- **Niet maligne**

- Pelvische inflammatoire aandoeningen congestie of adhesies
- Endometriosis en uteriene pijn
- Dyspareunie, ovarian remnant syndrome
- Interstitiele cystitis
- Postherpetische visceralgie
- (Chronische pelvische pijn zonder duidelijke pathologie (M.Renaer))

Plancarte R. Pelvic pain. Pain Medicine 1996; 440-451.

Plancarte R. Neurolytic Blocks of the Sympathetic Axis. Cancer Pain. 1993, 377-425.

Chronische Pelvische Pijn

- Bij mannen en vrouwen
- Soms Acut en meestal chronisch
- Oorzaken van pijn = anamnese, onderzoek, teambespreking
 - CPP patiënten hebben nood aan een multidisciplinaire aanpak
- Opzetten van behandelplan
- Infiltraties kunnen
 - Diagnostisch zijn en soms therapeutisch
 - Geen oorzakelijke behandeling zijn
- bij Somatisch onvoldoende verklaarde pijnen
 - BioPsychoSociaal zeker wanneer de pijn nociplastisch is geworden

Vulvodynia—An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm

Jose De Andres, MD, PhD, FIPP, EDRA^{*,†,‡}; Nerea Sanchis-Lopez, MD^{†,‡}; Juan Marcos Asensio-Samper, MD^{†,‡}; Gustavo Fabregat-Cid, MD^{†,‡}; Vicente L. Villanueva-Perez, MD, PhD^{†,‡}; Vicente Monsalve Dolz, PhD^{†,‡}; Ana Minguez, PhD^{†,‡}
^{*}Valencia University Medical School, Valencia, ; [†]Department of Anesthesiology Critical Care and Pain Management, General University Hospital, Valencia, ; [‡]Multidisciplinary Pain Management Department, General University Hospital, Valencia, Spain

© 2015 World Institute of Pain, 1530-7085/16/\$15.00
 Pain Practice, Volume 16, Issue 2, 2016 204–236

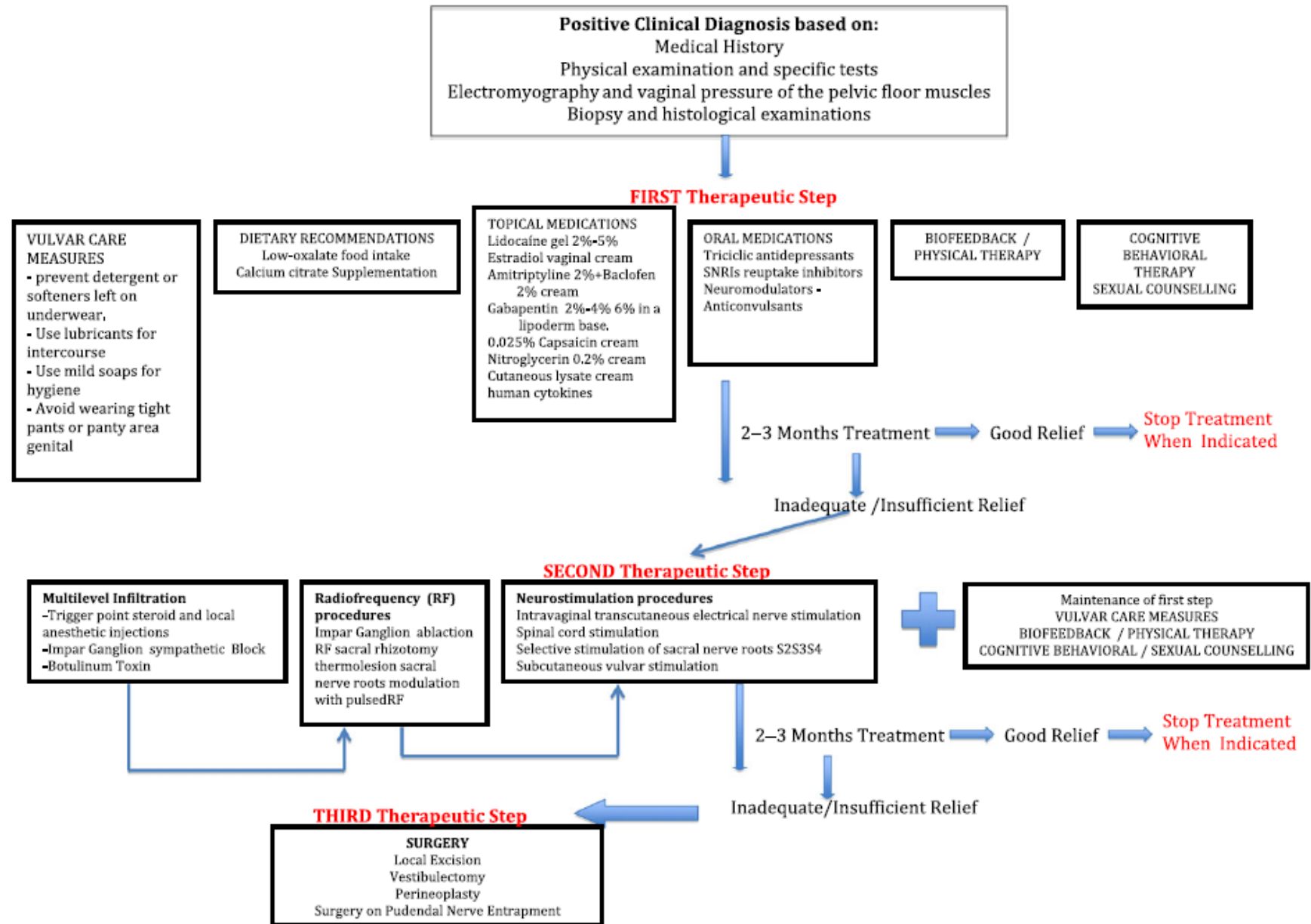


Figure 1. Proposed therapeutic algorithm model including an intermediate, minimally invasive stage for the treatment of vulvodynia.