

# Module Chronische buikpijn: integrale benadering

## **INITIATIEF**

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

## **IN SAMENWERKING MET**

Nederlands Huisartsen Genootschap  
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen  
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie  
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie  
Nederlandse Vereniging voor Radiologie  
Nederlandse Internisten Vereniging  
Nederlandse Vereniging voor Urologie  
Patientenfederatie Nederland

## **MET ONDERSTEUNING VAN**

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

## **FINANCIERING**

De ontwikkeling van de module werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

**Colofon**

MODULE CHRONISCHE BUIKPIJN: INTEGRALE BENADERING

© 2020

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

030 282 33 27

[nvvh@heelkunde.nl](mailto:nvvh@heelkunde.nl)

[www.heelkunde.nl](http://www.heelkunde.nl)

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Module Chronische buikpijn: een integrale benadering  
Autorisatiefase februari 2020

## Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep .....	4
Algemene inleiding .....	5
Verantwoording.....	9
Module 1 Chronische buikpijn: een integrale benadering .....	13
Bijlage 1 Verslag Invitational conference.....	38
Bijlage 2 Prioritering .....	40
Bijlage 3 Oriënterende search.....	41
Bijlage 4 Kennislacunes .....	42
Bijlage 5 Afkortingenlijst .....	43

## Samenstelling van de werkgroep

### **Werkgroep**

- Prof. dr. E. (Erik) Heineman, chirurg N.P., werkzaam in het UMCG, Groningen, NVvH (voorzitter richtlijnenproject Algemene Chirurgie)
- Dr. J. (Jasper) Atema, AIOS chirurgie, werkzaam in het Amsterdam UMC – locatie AMC, Amsterdam, NVvH
- Dr. I. M. (Iris) Wichers, huisarts, werkzaam in het Medisch Centrum Czaar Peter, Amsterdam / wetenschappelijk medewerker NHG, Utrecht
- Dr. D. (Daniel) Keszthelyi, MDL-arts, werkzaam in het MUMC+, Maastricht, NVMDL
- Dr. M. (Mark) van der Gaast, gynaecoloog, werkzaam in het Streektziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk, NVOG
- Dr. C. (Carsten) Leue, psychiater, werkzaam in het MUMC+, Maastricht, NVVP

### Meelezers

- Drs. M. (Michiel) van Zeeland, chirurg, werkzaam in het Ziekenhuis Amstelland, NVvH (vicevoorzitter)
- Dr. G.M. (Gabie) de Jong, chirurg, werkzaam bij Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede, NVvH
- Dr. S. (Steve) de Castro, chirurg, werkzaam bij het OLVG - locatie Oost te Amsterdam, NVvH
- Drs. K. (Karel) Kolkman, traumachirurg, werkzaam bij Rijnstate te Arnhem, NVvH
- Drs. J.N. (Nick) Brinkman, AIOS plastische chirurgie, werkzaam bij het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam, NVPC
- Drs. C. J. (John) Poels, internist, werkzaam bij Treant Zorggroep te Emmen/Stadskanaal, NIV
- Drs. E.J. (Bert) Messelink, uroloog-seksuoloog NVVS, werkzaam in het MCL te Leeuwarden, NVU

### Met ondersteuning van

- Dr. J.S. (Julitta) Boschman, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- E.A. (Ester) Rake, MSc., adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- D.P. (Diana) Gutierrez, projectsecretaresse, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

## Algemene inleiding

Chronische buikpijn is een veelvoorkomende klacht waarmee zorgverleners in zowel de eerste als de tweede lijn veelvuldig geconfronteerd worden. De buikpijn kan continu, recidiverend of in korte episoden verlopen en diverse oorzaken hebben waaronder organische, functionele en/of psychiatrische aandoeningen. De taxonomie van de International Association of the Study of Pain (IASP) vat de diverse oorzaken van abdominale pijn samen (Jensen, 2008).

Er bestaat in de huidige literatuur geen uniforme definitie van chronische buikpijn. De werkgroep heeft er daarom bewust voor gekozen om geen specifieke definitie te hanteren en geen tijdsafbakening te gebruiken. In het algemeen kan men spreken van langer bestaande buikpijn, continue of intermitterend, van niet-acute aard ('acuut' is in de richtlijn Acute buikpijn bij volwassenen (NVVH, 2013) gedefinieerd met een tijdslimiet van vijf dagen). Bij de diagnose van het prikkelbare darmsyndroom (PDS), een veel voorkomende aandoening waarbij buikpijn één van de kernsymptomen is, wordt een arbitraire grens van minstens 6 maanden gehanteerd (Ford, 2017).

### *Epidemiologie*

Mede door het ontbreken van een definitie zijn er weinig gegevens over het vóórkomen van chronische buikpijn in de eerste en tweede lijn en het beloop. Een onderzoek binnen de eerste lijn in Engeland toonde een incidentie van 22,9% per 1000 persoonsjaren voor 'ongespecificeerde abdominale pijn', met een iets hogere incidentie voor vrouwen dan mannen (29,0% versus 17,1%) (Wallander, 2007). Een Amerikaans cross-sectioneel onderzoek op basis van telefonische interviews toonde een prevalentie van abdominale pijnklachten van 22% in de maand voorafgaand aan het interview (Sandler, 2000). Recente cijfers uit Nederland, die tot stand zijn gekomen met de nieuwe Rome IV definitie als uitgangspunt, toonden lagere prevalentiegetallen: 6% versus de aanzienlijk hogere getallen zoals hiervoor geciteerd (referentie volgt). In de eerste lijn bestaat geen International Classification of Primary Care (ICPC) voor chronische buikpijn. In 2018 was de prevalentie van 'gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen' 23,2%, voor 'andere gelokaliseerde buikpijn' 27,8% en 13,9% voor prikkelbare darmsyndroom in de huisartsenpraktijk (Nielen, 2016).

### *Etiologie*

Van oudsher wordt binnen oorzaken van chronische buikpijn onderscheid gemaakt tussen organische en functionele aandoeningen. Onder functionele aandoeningen worden aandoeningen verstaan waarbij er geen biochemische of somatisch structurele verklaring wordt gevonden. Het onderscheid blijft echter lastig, terwijl de prognose van de patiënten met een somatische verklaring niet heel veel beter is (Bleijenberg, 1989).

Organische oorzaken van chronische buikpijn kunnen gastro-intestinaal, gynaecologisch, urologisch, cardiovasculair, endocrien (hypo- of hyperthyreoïdie), hematologisch (sikkelcelcrise) of neurogeen (ACNES) van aard zijn. De meest voorkomende organische oorzaken zijn opgenomen in tabel 1.1 en 1.2.

De afgelopen decennia is er meer aandacht gekomen voor functionele aandoeningen, die worden beschouwd als aandoeningen van de zogenaamde body-brain-axis (lichaam-hersen-as). Symptomen ontstaan hierbij door complexe interacties van multiële pathofysiologische factoren zoals motiliteitsverstoring, viscerale overgevoeligheid, veranderde mucosale of immunologische functie, endocriene disfunctie, veranderd microbiom en veranderde verwerking door het centrale zenuwstelsel (Drossman, 2016).

Daarnaast kan ook seksueel trauma samenhangen met chronische buikpijn. In Nederland heeft 22% van de vrouwen en 6% van de mannen manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil meegemaakt en/of was gedwongen om seksuele dingen te doen die ze niet wilden (de Graaf, 2017).

In de medische literatuur wordt veelal gewezen op enkele specifieke (alarm) symptomen (rode vlaggen) bij anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek (zoals wisselende defecatie, rectaal bloedverlies of anemie) ter ondersteuning van het onderscheiden van een organische of functionele oorzaak van buikpijn (zie tabellen 1.1 en 1.2). De diagnostische waarde van deze rode vlaggen is echter beperkt (Van der Horst, 2010).

Een niet erkend alarmsymptoom is het gelijktijdig optreden van psychische klachten bij chronische buikpijn. Het niet tijdig herkennen van bijvoorbeeld een affectieve (angststoornis, depressie, bipolaire stoornis) of een somatisch symptoomstoornis heeft namelijk als risico dat onnodige diagnostiek of overbehandeling plaatsvindt, en patiënten dreigen dan terecht te komen binnen de categorie van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zonder aansluitende oorzakelijke behandeling. Een zorgvuldige weging met betrekking tot het syndromale fenotype is daarom diagnostisch en therapeutisch essentieel. Wanneer bijvoorbeeld de pijnbeleving alsook de diarree bij het prikkelbare darmsyndroom verklaard wordt vanuit een paniekstoornis, is de geïndiceerde behandeling een andere dan in het geval van een voedselintolerantie.

### **Functionele buikpijnsyndromen**

Chronische buikpijn is bij afwezigheid van structurele pathologie vaak onderdeel van functionele gastro-intestinale, gynaecologische of urologische aandoeningen. Meest voorkomende zijn het prikkelbare darmsyndroom (PDS), het chronisch bekkenpijnsyndroom (chronic pelvic pain syndrome, CPPS) of het blaaspijnsyndroom.

Functionele aandoeningen tonen vaak overlap met elkaar, hebben een chronisch beloop en worden tenminste in de tweede lijn gekenmerkt door een aanzienlijke therapieresistentie. Gebrek aan therapeutisch succes is voor een groot gedeelte te verklaren door niet gedetecteerde en vervolgens onbehandelde psychiatrische problematiek (Leue, 2017).

### **Psychiatrische stoornissen (angst, depressie, somatische-symptoomstoornis)**

Functionele somatische syndromen kunnen ook voorkomen in combinatie met angst- en stemmingsstoornissen. De kans op gezamenlijk voorkomen neemt toe met de ernst en complexiteit van onderliggende functionele aandoeningen. Met andere woorden, hoe meer functionele aandoeningen met elkaar voorkomen (bijvoorbeeld prikkelbare darmsyndroom en chronic pelvic pain syndroom met fibromyalgie) en hoe ernstiger de pijn is, hoe waarschijnlijker ook een co-morbide affectieve of somatisch symptoomstoornis wordt. Deze complexe multi-morbiditeit wordt als gevolg van doorverwijzing in het algemeen of academisch ziekenhuis waarschijnlijker (referral bias). Met andere woorden: het feit dat de patiënt wordt verwezen naar het ziekenhuis, impliceert dat de kans op complexe multi-morbiditeit groot is. Het raamwerk waarmee zich de interactie tussen somatische en psychiatrische problematiek het best laat vatten en onderzoeken is de Blaas-Darm-Hersen As ('bladder-gut-brain axis' of 'body-brain axis'). Langs deze as laten functionele chronische pijnsyndromen zich beschrijven als resultaat van een bi-directioneel verstoorde regulatie. De dysregulatie is te wijten aan eerder ervaren bedreigingen (infecties, inflammatie, lichamelijke of psychologische bedreiging vanuit de omgeving) leidend tot sensitisatie, foutieve alarmsignalen, afweergedrag (bijvoorbeeld spierspanning, diarree of frequent

plassen) en emotionele stressbeleving. Terwijl de diagnosestelling en behandeling van functionele aandoeningen in het ziekenhuis vaak monodisciplinair verloopt toont onderzoek aan dat een multidisciplinaire of integrale benadering zich eerder leent om een complex fenotype van functionele syndromen te onderscheiden en te behandelen (Leue, 2017). Dus, chronische buikpijnklachten kunnen uiting zijn van een verstoring van de bovengenoemde interactie langs de hersen-darm-blaas-as, met vaak onderliggende of bijkomende affectieve problematiek zoals een angst- of stemmingsstoornis of een somatische symptomatoornis. Tegelijkertijd kunnen chronische buikpijnklachten, ongeacht de origine, resulteren in affectieve klachten en hierdoor kan een vicieuze cirkel ontstaan waarin de klachten verergeren.

### **Aanleiding voor het maken van de overzichtsmodule**

Chronische buikpijn is een veelvoorkomende klacht waarmee zorgverleners in zowel de eerste als de tweede lijn geconfronteerd worden. De verscheidenheid aan mogelijke onderliggende oorzaken van chronische buikpijn en de overlap van de bijbehorende symptomen maken de analyse uitdagend, en kan resulteren in het verrichten van veelvuldig aanvullend onderzoek en consultatie van verscheidene medische (sub-)specialismen.

Op dit moment ontbreekt in de Richtlijndatabase een module die 1) het belang van de integrale benadering van chronische buikpijn onderstreept en 2) waarin de zorgverlener een overzicht kan raadplegen van de mogelijke diagnoses bij het klinisch beeld van de chronische buikpijn. Het ontbreken van een dergelijke module is de aanleiding voor het maken van deze overzichtsmodule Chronische buikpijn.

### **Doel van de overzichtsmodule**

Deze overzichtsmodule dient als ondersteuningsinstrument voor zorgverleners van patiënten met chronische buikpijn, waarbij structuur wordt geboden voor het diagnostische denkproces en de differentiaal diagnose. Deze overzichtsmodule is een hulpmiddel om de diagnosestelling en behandeling van met name functionele aandoeningen die vaak monodisciplinair verloopt, multidisciplinair te laten verlopen. Deze overzichtsmodule beoogt niet de (patho)fysiologie van pijnmechanismen te bespreken

### **Afbakening van de overzichtsmodule**

De overzichtsmodule is van toepassing op volwassen patiënten ( $\geq 18$  jaar) met chronische buikpijn, zowel in de eerstelijnszorg als tweedelijnszorg. De werkgroep beoogt **niet volledig** te zijn in de opsomming van de rode vlaggen en de aandoeningen gerelateerd aan chronische buikpijnklachten. De belangrijkste rode vlaggen worden genoemd evenals de meest voorkomende ziektebeelden met chronische buikpijn als klacht (en waarvoor een bestaande Nederlandse richtlijn beschikbaar is óf ziektebeelden die in een bestaande Nederlandse richtlijn benoemd worden. Soms wordt ter aanvulling verwezen naar Europese / buitenlandse richtlijnen).

De module heeft géén betrekking op:

- Kinderen met chronische buikpijn.
- Behandeling van chronische buikpijn.

### **Beoogde gebruikers van de overzichtsmodule**

Deze overzichtsmodule is geschreven voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met chronische buikpijnklachten.

## Literatuurlijst

- Bleijenberg G, Fennis JF. Anamnestic and psychological features in diagnosis and prognosis of functional abdominal complaints: a prospective study. *Gut*. 1989 Aug;30(8):1076-81.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.
- De Graaf, H., & Wijssen, C. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Rutgers.
- Ford, A.C., Lacy, B.E., Tally, N.J. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *New England Journal of Medicine* 376, 2566-78.
- Jensen, T. S., & Gebhart, G. F. (2008). New pain terminology: a work in progress.
- Leue, C., Kruiemel, J., Vrijens, D., Masclee, A., Van Os, J., & Van Koeveeringe, G. (2017). Functional urological disorders: a sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis. *Nature Reviews Urology*, 14(3), 153.
- Nielen, M. M. J., Spronk, I., Davids, R., Zwaanswijk, M., Verheij, R. A., & Korevaar, J. C. (2016). Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (internet). Utrecht: NIVEL; 2015-2016.
- Richtlijn Acute buikpijn bij volwassenen, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2013; Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute\\_buikpijn\\_bij\\_volwassenen/acute\\_buikpijn\\_bij\\_volwassenen\\_-\\_korte\\_beschrijving.html#verantwoording](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_buikpijn_bij_volwassenen/acute_buikpijn_bij_volwassenen_-_korte_beschrijving.html#verantwoording)
- Sandler, R. S., Stewart, W. F., Liberman, J. N., Ricci, J. A., & Zorich, N. L. (2000). Abdominal pain, bloating, and diarrheain the united states. *Digestive diseases and sciences*, 45(6), 1166-1171.
- Van der Horst, H. E., Jellema, P., Van Der Windt, D. A., & Schellevis, F. G. (2010). Prikkelbare darmsyndroom: criteria én klinische blik. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154(26).
- Wallander, M. A., Johansson, S., Ruigómez, A., & Garcia Rodriguez, L. A. (2007). Unspecified abdominal pain in primary care: the role of gastrointestinal morbidity. *International journal of clinical practice*, 61(10), 1663-1670.



## **Verantwoording**

### **Methodologie ontwikkeling richtlijnmodule**

#### Geldigheid

Voor het beoordelen van de actualiteit van deze richtlijnmodule zal de werkgroep in stand worden gehouden. Uiterlijk in 2025 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde of deze richtlijnmodule nog actueel is.

De werkgroep zal jaarlijks bekijken of alle dwarsverbanden en richtlijnen waarnaar wordt verwezen, nog geldig zijn. Indien nodig worden de dwarsverbanden en hyperlinks aangepast. De geldigheid van de richtlijnmodule komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is regiehouder van deze richtlijnmodule en eerstverantwoordelijke op het gebied van de actualiteitsbeoordeling van de richtlijnmodule. De andere aan deze richtlijnmodule deelnemende wetenschappelijke verenigingen of gebruikers van de richtlijnmodule delen de verantwoordelijkheid en informeren de regiehouder over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

#### Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

#### Autorisatie

De richtlijnmodule zal ter autorisatie worden voorgelegd aan:

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlands Huisartsen Genootschap

Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Nederlandse Internisten Vereniging

Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Nederlandse Vereniging voor Urologie

Patiëntenfederatie Nederland

#### Algemene gegevens

De ontwikkeling van de module werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten ([www.kennisinstituut.nl](http://www.kennisinstituut.nl)) en werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Patiëntenparticipatie bij deze richtlijnmodule werd medegefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) binnen het programma KIDZ. De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van de richtlijnmodule.

### **Doel en doelgroep**

#### Doel

Deze overzichtsmodule dient als ondersteuningsinstrument voor zorgverleners van patiënten met chronische buikpijn, waarbij structuur wordt geboden voor het diagnostische denkproces en de differentiaal diagnose. Deze module is niet bedoeld om alle diagnostische twijfel weg te nemen bij zowel patiënt als zorgverlener, maar om bewustzijn te creëren ten aanzien van de complexe integrale benadering bij de patiënt met chronische buikpijn.

## Doelgroep

De richtlijnmodule is ontwikkeld voor alle zorgverleners in de eerste en tweede lijn die bij het verwijstraject en diagnostiek van volwassen patiënten met chronische buikpijn betrokken zijn, zoals: huisartsen, chirurgen, internisten, MDL-artsen, gynaecologen, urologen, internisten en psychiaters.

## Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2018 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met chronische buikpijn te maken hebben (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep).

## Belangenverklaringen

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
Atema	Arts in opleiding tot specialist chirurgie	Geen	Geen 4-12-2018	Geen
Boschman	Adviseur	Geen	Geen	Geen
De Castro	chirurg	Geen	Geen 18-5-2019	Geen
De Jong	chirurg	Lid T1 CRC werkgroep Nederland, onbetaald reviewer NVvH, onbetaald	Geen belangen, 4-12-2018	Geen
Heineman	hoogleraar chirurgie N.P. UMCG	Adviesfunctie Clinical Governance, betaald	Geen 6-5-2019	Geen
Keszthelyi	MDL-arts, MUMC+, 1,0 fte	* Raad van Advies Prikkelbare darmsyndroom belangenvereniging (onbetaald) * Raad van Aanbeveling PDS therapeuten (onbetaald) * Lid richtlijncommissie perioperatieve voeding (onbetaald) * Voorzitter sectie Neurogastroenterologie en motiliteit Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie (onbetaald) * Lid Commissie Neurogastroenterologie en motiliteit Nederlandse Vereniging	* Advisory Board meeting (eenmalig) Bayer okt 2016 * Advisory Board meeting (eenmalig) Biocodex okt 2017 * ZonMw: Goed Gebruik Geneesmiddelen grantnr. 836031017 (pepermuntolie bij prikkelbare darmsyndroom) Goed Gebruik Geneesmiddelen grantnr. 848016005 (nortriptyline bij functionele dyspepsie) Doelmatigheidsonderzoek grantnr. 852001924 (online versus. conventionele hypnotherapie bij	Geen (de gemelde belangen hebben geen relatie met doel en afbakening van deze overzichts-module)

		voor MDL-artsen (onbetaald) * Lid Editorial Board Neurogastroenterology and Motility (onbetaald)"	prikkelbare darmsyndroom) *Will Pharma BV: con financierder van ZonMw projectnr. 836031017 *Grunenthal GmbH: onderzoek van nieuwe meetmethoden van buikpijn (ESM technologie) *Allergan Ltd.: onderzoek naar nieuwe meetmethode van klinische respons bij PDS (ESM technologie)" 14-11-2018	
Kolkman	traumachirurg,	Geen	Geen 14-12-2018	Geen
Leue	Voor 1.0 fte psychiater binnen het MUMC+	Secretary of the European Association of Psychosomatic Medicine (onbetaald)	Geen 12-08-2019	Geen
Rake	adviseur	Geen	Geen	Geen
Van Zeeland	algemeen en vaatchirurg, Ziekenhuis Amstelland 1fte, Vaatchirurg AUMC O-aanstelling	Geen	Geen 12-12-2018	Geen
Van der Gaast	Gynaecoloog, Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk	Lid Kwaliteitscommissie, Richtlijnen van de NVOG (onbetaald)	Geen 5-11-2018	Geen
Wichers	* Huisarts * Wetenschappelijk medewerker NHG	Lid werkgroep Contraindicaties (KNMP)	Geen 7-5-2019	Geen

### Inbreng patiëntenperspectief

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door het uitnodigen van de Patiëntenfederatie Nederland bij de knelpunteninventarisatie (invitation conference). Een verslag hiervan (zie aanverwante producten, bijlage 1 en 2) is besproken in de werkgroep en de belangrijkste knelpunten zijn verwerkt in de richtlijnmodule. De richtlijnmodule is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland en de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland.

### Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijnmodule en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Om de implementatie van informatie in deze overzichtsmodule te bevorderen, ontwikkelt de werkgroep na de commentaarfase een webtool voor zorgverleners.

### Werkwijze

#### AGREE

Module Chronische buikpijn: een integrale benadering  
Autorisatiefase februari 2020

Deze richtlijnmodule is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

#### Knelpuntenanalyse

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerden de voorzitter van de werkgroep en de adviseur de knelpunten ten aanzien van algemeen chirurgische onderwerpen, waaronder chronische buikpijn. Tevens zijn er knelpunten aangedragen tijdens een Invitational conference. Een verslag hiervan is opgenomen onder aanverwante producten.

#### Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse is door de voorzitter en de adviseur een concept-uitgangsvraag opgesteld. Deze werd met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvraag heeft vastgesteld.

#### Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Er werd oriënterend gezocht (op 10 december 2018) naar bestaande buitenlandse richtlijnen over het diagnostisch proces bij chronische buikpijn gepubliceerd tussen 2010 en december 2018 (NICE guidelines, AHRQ, Gin database, TRIP database, SLCOR National Guidelines) en systematische reviews hierover (Cochrane). De oriënterende search is opgenomen in de aanverwante producten (bijlage 3).

#### Kennislacunes

Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden. Een overzicht van de onderwerpen waarvoor (aanvullend) wetenschappelijk van belang wordt geacht, is als aanbeveling in de bijlage Kennislacunes beschreven (onder aanverwante producten).

#### Commentaar- en autorisatiefase

De conceptmodule werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptmodule aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve module wordt aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd voor autorisatie.

#### **Literatuur**

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... & Littlejohns, P. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-E842.  
Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. [http://richtlijnendatabase.nl/over\\_deze\\_site/over\\_richtlijnontwikkeling.html](http://richtlijnendatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html)  
Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van Medisch Specialisten.

## Module 1 Chronische buikpijn: een integrale benadering

### Uitgangsvraag

Wat zijn mogelijke differentiaal diagnoses van patiënten met chronische buikpijnklachten ( $\geq$  5 dagen)?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de belangrijkste alarmsymptomen (rode vlaggen)?
2. Wat zijn de meest voorkomende ziektebeelden waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen kan zijn?

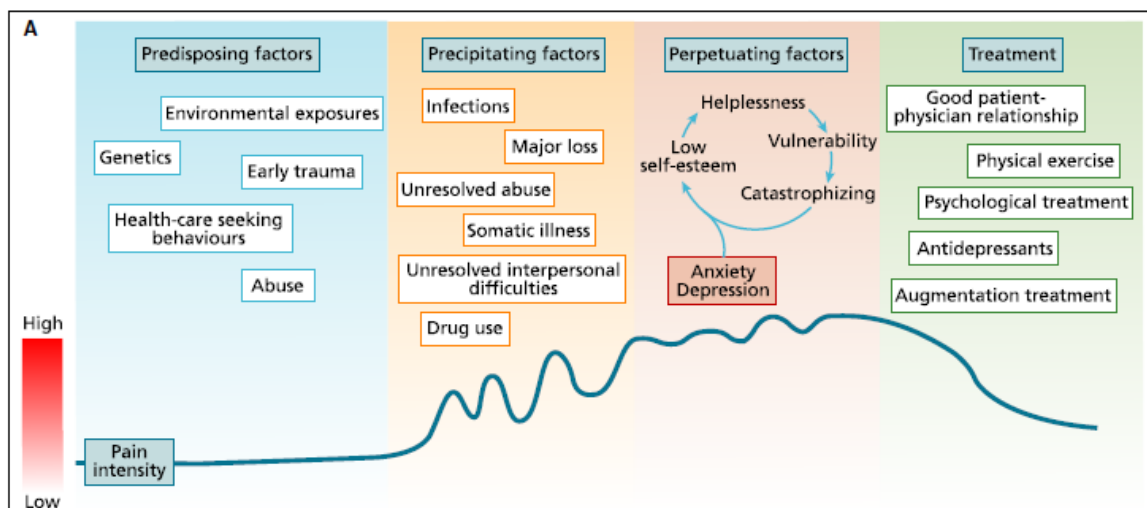
### Inleiding

Er bestaat geen uniforme definitie van 'chronische buikpijn'. In de richtlijn Acute buikpijn bij volwassenen (NVVH, 2013) wordt een tijdslimiet voor 'acute buikpijn' van vijf dagen gehanteerd. In het algemeen kan men spreken van langer bestaande buikpijn, continue of intermitterend, van niet-acute aard. Bij de diagnose van het prikkelbare darmsyndroom, een veel voorkomende aandoening waarbij buikpijn een van de kernsymptomen is, wordt een arbitraire grens van minstens 6 maanden gehanteerd (Ford, 2017).

Een afkapwaarde voor chronische buikpijn is moeilijk te geven; deze module richt zich op patiënten die buikpijn blijven houden. Of een klacht chronische wordt ervaren, is ook afhankelijk van factoren van de patiënt, zoals psychosociale factoren.

Deze module is niet bedoeld om alle diagnostische twijfel weg te nemen bij zowel patiënt als zorgverlener, maar om bewustzijn te creëren ten aanzien van de complexe integrale benadering bij de patiënt met chronische buikpijn.

Ter ondersteuning kan onderstaand plaatje worden gehanteerd.



**Figuur 1.**

Schematische weergave van het conceptueel model voor chronische buikpijn en de verschillende psychosociale factoren die een rol kunnen spelen bij diverse fases van de pathofysiologie overgenomen uit Törnblom en Drössman, 2016 (toestemming voor hergebruik via uitgever verkregen).

De verscheidenheid aan mogelijke onderliggende oorzaken van chronische buikpijn en de overlap van de bijbehorende symptomen maken de analyse uitdagend. Van oudsher wordt binnen oorzaken van chronische buikpijn onderscheid gemaakt tussen organische en functionele aandoeningen. De afgelopen decennia is er meer aandacht gekomen voor deze laatste groep, die wordt beschouwd als aandoeningen van de zogenaamde body-brain-axis. Functionele somatische syndromen kunnen ook voorkomen in combinatie met angst- en

stemmingsstoornissen. De kans op gezamenlijk voorkomen neemt toe met de ernst en complexiteit van onderliggende functionele aandoeningen (Leue, 2017; Janssens, 2015; Kruiemel, 2015; Leue, 2010).

### **Zoeken en selecteren**

Om de vraag 'Wat zijn mogelijke differentiaal diagnoses van patiënten met chronische buikpijnklachten?' te kunnen beantwoorden, zocht de werkgroep op 10 december 2018 naar bestaande internationale richtlijnen gepubliceerd tussen 2010 en december 2018 (NICE guidelines, AHRQ, Gin database, TRIP database, SLCOR National Guidelines) en systematische reviews (Cochrane). Deze oriënterende zoekactie is opgenomen in de aanverwante producten, bijlage 3. Tevens voerde de werkgroep op 26 april 2019 een Google search uit naar 'Chronic Abdominal Pain' en hiervan werden alle links bekeken op de eerste tien pagina's. Men selecteerde bronnen relevant voor het diagnostisch proces bij patiënten met chronische buikpijnklachten.

De werkgroep zag geen toegevoegde waarde in het uitvoeren van een systematische literatuurzoekactie naar diagnostisch accuratesse-onderzoek van rode vlaggen bij patiënten met chronische buikpijn, omdat deze rode vlaggen (voor bijvoorbeeld maligniteiten, zoals gewichtsverlies, bloed bij ontlasting) geen praktijkvariatie kennen en er daarom geen sprake is van een klinisch knelpunt.

De werkgroepleden stelden vervolgen lijsten op: één met de rode voor somatische aandoeningen en één met rode vlaggen voor psychosociale en psychiatrische factoren bij patiënten met chronische buikpijn. De werkgroep beperkte zich hierbij tot ziektebeelden waarvoor een Nederlandse richtlijn beschikbaar is óf die in een bestaande Nederlandse richtlijn benoemd worden. Soms wordt ter aanvulling verwezen naar Europese / buitenlandse richtlijnen.

De multidisciplinaire werkgroep besprak vervolgens deze lijsten en stelde op basis van consensus de rode vlaggen vast en welke ziektebeelden thuishoorden in het overzicht van mogelijke differentiaal diagnoses van patiënten met chronische buikpijnklachten.

### Resultaten

Uit de oriënterende search bleek dat de NICE-guideline Chronic Abdominal Pain (2014) verwees naar de website van het Department of Health Western Australia en naar hun stroomschema 'Diagnostic Imaging Pathways – 01 September 2014' met een overzicht van de diagnostiek bij chronische buikpijnklachten. Daarnaast werd op pagina 8 van de Google search een mogelijk relevante website gevonden met de diagnostische benadering naar chronische buikpijnklachten (Epocrates Medical Information editors). De werkgroep stelde vast dat geen van deze bronnen exact de uitgangsvraag kon beantwoorden. De werkgroep beoordeelde de informatie echter wel als relevant en gebruikte de informatie als startpunt om zelf te komen tot aanbevelingen over rode vlaggen en de mogelijke differentiaal diagnoses van patiënten met chronische buikpijnklachten.

### **Overwegingen**

De werkgroep vond geen internationale richtlijnen of Cochrane reviews voor het opstellen van de mogelijke differentiaal diagnoses bij patiënten met chronische buikpijnklachten. De werkgroep heeft daarom de uitgangsvraag beantwoord op basis van hun multidisciplinaire professioneel perspectief. **De werkgroep beoogt niet volledig te zijn bij het beantwoorden van uitgangsvraag of deelvragen.**

1. Wat zijn de belangrijkste alarmsymptomen (rode vlaggen) voor ziektebeelden waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen is?

In de medische literatuur wordt veelal gewezen op enkele specifieke alarmsymptomen (zoals rectaal bloedverlies of gewichtsverlies) ter ondersteuning van het onderscheid maken tussen een organische of functionele oorzaak van buikpijn. De diagnostische waarde van deze alarmsymptomen is echter beperkt (Van der Horst, 2010). Aan de andere kant is het gelijktijdig optreden van psychische klachten een niet te onderschatten alarmsymptoom voor somatische overbehandeling met kans op iatrogene schade of uitblijvend behandelingsresultaat. Voor meer informatie over de achtergrond van chronische buikpijnklachten, verwijst de werkgroep naar de algemene inleiding.

De werkgroep heeft de belangrijkste rode vlaggen op een rij gezet voor somatische aandoeningen en voor psychosociale en psychiatrische factoren waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen is.

De belangrijkste **rode vlaggen voor somatische aandoeningen** wijzen met name op maligniteiten (soms afhankelijk van leeftijd):

- Ongewenst gewichtsverlies (meer dan 5% in 1 maand, of meer dan 10% in 6 maanden).
- Anemie.
- Rectaal bloedverlies.
- Onbegrepen (post menopausaal) vaginaal bloedverlies bij vrouwen.
- Hematurie.
- Veranderd defecatiepatroon.
- Belaste familieanamnese voor bijvoorbeeld IBD of colorectaal carcinoom (in het bijzonder wanneer eerstegraads familielid, of diagnose op jonge leeftijd).
- Koorts.
- Eerste presentatie van buikpijnklachten boven het 50<sup>e</sup> levensjaar.
- Ernstige cardiovasculaire morbiditeit (onder andere darmischemie).
- Dysfagie.

De belangrijkste **rode vlaggen voor psychosociale en psychiatrische factoren die van belang zijn bij het ontstaan of het persisteren van de klachten** zijn:

- Voorgeschiedenis met eerdere depressieve of angstige episoden; chronisch pijnbeloop; andere psychopathologie.
- Belaste familieanamnese voor angst- of stemmingsstoornissen (meest frequent) of andere psychiatrische aandoeningen.
- Opiaatgebruik, of ander verslavingsgedrag.
- Psycho-farmacologische behandeling, die mogelijk onder-gedoseerd blijft (bijvoorbeeld TCA aan gebruikelijk geringe pijn-dosis i.p.v. antidepressivum (SSRI) aan angst-relevante hogere dosis bij buikpijn als onderdeel van een paniekstoornis; of het niet toedienen van een antipsychoticum bij een somatoforme waan).
- Huidige episode met veelvuldige somatische klachten als onderdeel van paniek- (bijvoorbeeld: zweetaanval, hyperventilatie) of stemmingsklachten.
- Negatieve seksuele ervaringen\*Seksueel trauma\*
- Verliesmomenten van naasten / dierbaren

\*In Nederland heeft 22% van de vrouwen en 6% van de mannen manuele, orale, vaginale of anale seks tegen de wil meegemaakt en/of was gedwongen om seksuele dingen te doen die ze niet wilden (de Graaf, 2017).

## 2. Wat zijn de meest voorkomende ziektebeelden waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen kan zijn?

Van oudsher wordt binnen oorzaken van chronische buikpijn onderscheid gemaakt tussen organische en *functionele* aandoeningen; aandoeningen waarbij er geen duidelijk structurele of biochemische afwijkingen worden gevonden. De afgelopen decennia is er meer aandacht gekomen voor deze laatste groep, die wordt beschouwd als aandoeningen van de zogenaamde body-brain-axis. Symptomen ontstaan hierbij door complexe interacties van multi-pele pathofysiologische factoren zoals motiliteitsverstoring, viscerale overgevoeligheid, veranderde mucosale of immunologische functie, endocriene disfunctie, veranderd microbiom en veranderde verwerking door het autonome en centrale zenuwstelsel. Chronische buikpijn is bij afwezigheid van structurele pathologie vaak onderdeel van functionele gastro-intestinale, gynaecologische of urologische aandoeningen. Meest voorkomende zijn: prikkelbare darmsyndroom, chronic pelvic pain syndroom of blaaspijnsyndroom. Functionele aandoeningen tonen vaak verwevenheid met elkaar, hebben een chronisch beloop en worden gekenmerkt door een aanzienlijke therapie resistentie. Gebrek aan therapeutisch succes is voor een groot gedeelte te verklaren door niet gedetecteerde en vervolgens onbehandelde psychiatrische problematiek. Dat wil zeggen de behandeling van chronische functionele buikpijn vaak niet succesvol is wanneer de psychiatrische problematiek onvoldoende adequaat geadresseerd wordt. Het gezamenlijk voorkomen van functionele somatische syndromen aan de ene en bijvoorbeeld angst- en stemmingsstoornissen aan de andere kant is een bekend gegeven en neemt toe met de ernst en complexiteit van onderliggende functionele aandoeningen. Met andere woorden hoe meer functionele aandoeningen met elkaar voorkomen (bijvoorbeeld prikkelbare darmsyndroom en chronic pelvic pain syndroom met fibromyalgie) en hoe ernstiger de pijn is hoe waarschijnlijker ook een co-morbide affectieve stoornis wordt. Deze complexe multi-morbiditeit wordt als gevolg van doorverwijzing in het algemeen of academisch ziekenhuis waarschijnlijker (referral bias). Het raamwerk waarmee zich de interactie tussen somatische en psychiatrische problematiek het best laat vatten en onderzoeken is de Blaas-Darm-Hersen As ('bladder-gut-brain axis' of 'body-brain axis'). Langs deze as laten functionele chronische pijnsyndromen zich beschrijven als resultaat van een bi-directioneel verstoorde regulatie. De disregulatie is te wijten aan eerder ervaren bedreigingen (infecties, inflammatie, lichamelijke of psychologische bedreiging vanuit de omgeving) leidend tot sensitatisatie, foutieve alarmsignalen, afweergedrag (bijvoorbeeld spierspanning, diarree of frequent plassen) en emotionele stressbeleving. Terwijl de diagnosestelling en behandeling van functionele aandoeningen in het ziekenhuis vaak monodisciplinair verloopt toont onderzoek aan dat een multidisciplinaire of integrale benadering zich eerder leent om een complex fenotype van functionele syndromen te onderscheiden en te behandelen (Leue, 2017). Dus, veelal kunnen chronische buikpijnklachten uiting zijn van een verstoring van de bovengenoemde interactie, met vaak onderliggende affectieve problematiek zoals een angst- of stemmingsstoornis of een somatisch symptoomstoornis. Tegelijkertijd kunnen chronische buikpijnklachten, ongeacht de origine, resulteren in affectieve klachten en hierdoor kan vaak een vicieuze cirkel ontstaan waarin de klachten verergeren.

De werkgroep heeft een (niet volledig) overzicht gemaakt van de meest voorkomende ziektebeelden waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen is en waarvoor een Nederlandse richtlijn beschikbaar is óf die in een bestaande Nederlandse richtlijn benoemd worden. Soms wordt ter aanvulling verwezen naar Europese / buitenlandse richtlijnen. **In tabel 1.1 op pagina 18 is dit overzicht te vinden inclusief de bijbehorende richtlijnen.** De werkgroep heeft daarnaast per ziektebeeld een (niet volledig) overzicht gemaakt van de belangrijkste symptomen, aandachtspunten voor anamnese en lichamelijk onderzoek (**tabel 1.2 op pagina 20**).



## Aanbevelingen

Overweeg naast somatische oorzaken van de buikpijnklachten ook functionele syndromen (zoals prikkelbare darmsyndroom) en psychiatrische oorzaken (zoals een angststoornis).

Raadpleeg [tabel 1.1](#) voor een overzicht van mogelijke ziektebeelden waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen is, inclusief de bijbehorende richtlijnen.

Raadpleeg [tabel 1.2](#) voor een overzicht van mogelijke ziektebeelden waarbij chronische buikpijn één van de kernsymptomen is, inclusief overige symptomen, aandachtspunten voor anamnese en lichamelijk onderzoek.

Check de belangrijkste rode vlaggen voor somatische aandoeningen. Deze wijzen met name op maligniteiten (soms afhankelijk van leeftijd).

- Ongewenst gewichtsverlies (meer dan 5% in 1 maand, of meer dan 10% in 6 maanden).
- Anemie.
- Rectaal bloedverlies.
- Onbegrepen (post menopausaal) vaginaal bloedverlies bij vrouwen.
- Hematurie.
- Veranderd defecatiepatroon.
- Belaste familie-anamnese voor bijvoorbeeld IBD of colorectaal carcinoom (in het bijzonder wanneer eerstegraads familielid, of diagnose op jonge leeftijd).
- Koorts.
- Eerste presentatie van buikpijnklachten boven het 50e levensjaar.
- Ernstige cardiovasculaire morbiditeit (onder andere darmischemie).
- Dysfagie.

Check de belangrijkste rode vlaggen voor **psychosociale en psychiatrische factoren die van belang zijn bij het ontstaan of het persisteren van de klachten:**

- Voorgeschiedenis met eerdere depressieve of angstige episoden; chronisch pijnbehoef; andere psychopathologie.
- Belaste familie-anamnese voor angst- of stemmingsstoornissen (meest frequent) of andere psychiatrische aandoeningen.
- Opiaatgebruik, of ander verslavingsgedrag.
- Psycho-farmacologische behandeling, die mogelijk onder-gedoseerd blijft (bijvoorbeeld TCA aan gebruikelijk geringe pijn-dosis i.p.v. antidepressivum (SSRI) aan angst-relevante hogere dosis bij buikpijn als onderdeel van een paniekstoornis; of het niet toedienen van een antipsychoticum bij een somatoforme waan).
- Huidige episode met veelvuldige somatische klachten als onderdeel van paniek- (bijvoorbeeld: zweetaanval, hyperventilatie) of stemmingsklachten.
- Negatieve seksuele ervaringen
- Seksueel trauma
- Verliesmomenten van naasten / dierbaren

**Tabel 1.1 Alfabetisch overzicht van veelvoorkomende aandoeningen die potentieel gepaard gaan met chronische buikpijnklaften, inclusief een verwijzing naar de bijbehorende richtlijn.**

**N.B. De werkgroep beoogt hier niet volledig te zijn.**

Ziektebeeld of klacht	Link naar bestaande (internationale) richtlijn / NHGstandaard:
ACNES (anterior cutaneous nerve entrapment syndrome)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijn ACNES – module diagnostiek (in ontwikkeling)</li> </ul>
Angst	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angststoornissen – GGZ Richtlijnen <a href="http://www.ggzrichtlijnen.nl/angststoornissen">www.ggzrichtlijnen.nl/angststoornissen</a></li> <li>Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen – Trimbos-instituut <a href="https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf">https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf</a></li> <li>NHG-Standaard Angst, 2019 (www.nhg.org)</li> </ul>
Chronische pancreatitis	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="https://www.pancreatitis.nl/node/259">https://www.pancreatitis.nl/node/259</a></li> <li><a href="https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050640616684695">https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050640616684695</a> (2017)</li> </ul>
Chronisch bekkenpijnsyndroom	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Seksuele klachten, 2015 (www.nhg.org)</li> <li>Guideline on Chronic Pelvic Pain, EAU 2018 <a href="https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/">https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/</a></li> <li>NVU: Richtlijn Chronische Bekkenpijn – In ontwikkeling</li> <li>NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen, 2014 (www.nhg.org)</li> </ul>
Coeliakie	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid, 2010 (www.nhg.org)</li> <li>CBO richtlijn coeliakie 2008; herziening start binnenkort</li> </ul>
Depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijn depressie – Nederlands Vereniging voor Psychiatrie: <a href="https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf">https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf</a></li> <li>Multidisciplinaire richtlijn depressie – NHG: <a href="https://www.nhg.org/themas/.../multidisciplinaire-richtlijn-depressie">https://www.nhg.org/themas/.../multidisciplinaire-richtlijn-depressie</a></li> <li>NHG-Standaard Depressie, 2019 (www.nhg.org)</li> </ul>
Diverticulitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijn Diverticulitis, 2018 <a href="https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/acute_diverticulitis/startpagina_-_acute_diverticulitis.html">https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/acute_diverticulitis/startpagina_-_acute_diverticulitis.html</a></li> <li>NHG-Standaard Diverticulitis, 2011 (www.nhg.org)</li> </ul>
Dyspareunie/vulvodynie	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Seksuele klachten, 2015 (www.nhg.org)</li> <li>Guideline on Chronic Pelvic Pain, EAU 2018 <a href="https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/">https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/</a></li> <li>Richtlijn vulvodynie NVOG, 2018. <a href="https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/vulvodynie/diagnose_vulvodynie.html#uitgangsvraag">https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/vulvodynie/diagnose_vulvodynie.html#uitgangsvraag</a></li> </ul>
Endometriose / adenomyosis	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/ESHRE-guideline-on-endometriosis.pdf">https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/ESHRE-guideline-on-endometriosis.pdf</a>; september 2013</li> <li><a href="https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Toelichting-ESHRE-endometriose-richtlijn.pdf">https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Toelichting-ESHRE-endometriose-richtlijn.pdf</a></li> </ul>
Functionele dyspepsie	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Maagklachten, 2013 (www.nhg.org)</li> </ul>
Inflammatoire darmziekten (Irritable bowel disease, IBD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijn diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen, 2009 <a href="https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/IBD-volwassenen_definitief_juni_2009.pdf">https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/IBD-volwassenen_definitief_juni_2009.pdf</a></li> <li><a href="https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/Document_volledig_Handleiding_met_literatuur_def.pdf">https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richlijnen/Document_volledig_Handleiding_met_literatuur_def.pdf</a> (gedeeltelijke herziening en aanvulling; 2015)</li> </ul>
Ischemie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Management of the Diseases of Mesenteric Arteries and Veins</li> <li>Clinical Practice Guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS) <a href="https://www.ejves.com/article/S1078-5884(17)30058-8/fulltext">https://www.ejves.com/article/S1078-5884(17)30058-8/fulltext</a></li> </ul>

Ziektebeeld of klacht	Link naar bestaande (internationale) richtlijn / NHGstandaard:
Lactose-intolerantie (primaire of secundaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid, 2010 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Myoom	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Nierstenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Urinesteenlijden, 2019 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Obstipatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Obstipatie, 2010 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>Richtlijn Rectum prolaps, NVVH 2017 <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/rectumprolaps/conservatieve_behandeling_bij_rectumprolaps.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/rectumprolaps/conservatieve_behandeling_bij_rectumprolaps.html</a></li> </ul>
Parasitaire gastro-enteritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Acute diarree, 2014 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Prikkelbare darmsyndroom (PDS) (Irritable bowel syndrom, IBS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Prikkelbare darmsyndroom, 2012 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>PDSrichtlijn via NVMDLwebsite: <a href="https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/11-19uitkops_Multidisciplinaire_richtlijn_PDS_def.pdf">https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/11-19uitkops_Multidisciplinaire_richtlijn_PDS_def.pdf</a></li> </ul>
Pelvic inflammatory disease (PID)	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard PID, 2005 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>Richtlijn Pelvic Inflammatory Disease (NVOG, 2011) <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pelvic_inflammatory_disease/pid_diaagnostiek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pelvic_inflammatory_disease/pid_diaagnostiek.html</a> (2011)</li> </ul>
Somatisch symptoomstoornis (SSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen – Trimbos-instituut:</li> <li><a href="https://assets-sites.trimbos.nl/docs/4d8a2a6a-5738-473c-b304-d0cae5a97ee7.pdf">https://assets-sites.trimbos.nl/docs/4d8a2a6a-5738-473c-b304-d0cae5a97ee7.pdf</a></li> <li>NHG-Standaard SOLK, 2013 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Symptomatisch galsteenlijden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijn Galsteenlijden, NVVH 2016: <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/galsteenlijden/asymptomatische_galstenen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/galsteenlijden/asymptomatische_galstenen.html</a> (2016)</li> </ul>
Ulcus pepticum/refluxklachten	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Maagklachten, 2013 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Urineweginfecties	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHG-Standaard Urineweginfecties, 2013 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Vergroot adnex: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hydrosalpinx</li> <li>benigne/maligne ovariumafwijking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Richtlijn het vergrote ovarium, NVOG 2013: <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het_vergrote_ovarium/het_vergrote_ovarium_-_startpagina.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het_vergrote_ovarium/het_vergrote_ovarium_-_startpagina.html</a> (2013) momenteel in herziening (10-02-2020)</li> </ul>

Tabel 1.2 Alfabetisch overzicht van veelvoorkomende aandoeningen die potentieel gepaard gaan met chronische buikpijnklachten, inclusief specifieke symptomen en aandachtspunten voor anamnese en lichamelijk onderzoek.

*N.B. De werkgroep beoogt hier niet volledig te zijn.*

Ziektebeeld	Specifieke symptomen die bij dit ziektebeeld horen	Anamnese – specifieke vragen voor dit ziektebeeld	Lichamelijk onderzoek – specifieke aandachtspunten voor dit ziektebeeld	Link naar bestaande (internationale) richtlijn/NHG standaard:
ACNES (anterior cutaneous nerve entrapment syndrome)	Ontstaan van pijn in de buikwand bij beweging of aanspannen van de buikspieren	Besteed aandacht aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ongeveer de helft van de patiënten heeft naast pijn meerdere viscerale klachten (bijvoorbeeld opgeblazen gevoel of misselijkheid)</li> <li>• De diagnose wordt vaker gesteld bij vrouwen (3:1)</li> </ul>	Een klein pijnlijk gebied van enkele vierkante centimeter (een vingertop), positief teken van Carnett (pijn bij druk met een vinger op punctum maximum van de pijn, meestal lateraal langs de rectusschede ter hoogte van een intercostaalzenuw Th 7-12, toenemend tijdens aanspannen van de buikspieren door de patiënt te vragen het bovenlichaam op te tillen of beide benen gestrekt te heffen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T.z.t. Richtlijn ACNES – module diagnostiek (onderdeel richtlijn Algemene Chirurgie)</li> </ul>
Angst	<p>Angst- en stemmingsstoornissen komen vaak comorbide voor. Zie ook Depressie.</p> <p>Angststoornissen die met een paniekaanval met somatische equivalenten</p>	Vraag naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• onverwachte hevige angstaanvallen met tevens lichamelijke klachten, zoals palpitaties, transpiratie, warmteopwellingen, ademnood, pijn op de borst, nausea of andere abdominale klachten (waaronder ook pijn, die als de andere symptomen aanvalsgewijs terugkerend en daarom persistent of chronisch kan verlopen).</li> </ul>	Bij het psychiatrisch onderzoek verdienen de angst relevante somatische equivalenten zoals in de anamnese beschreven aandacht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angststoornissen – GGZ Richtlijnen <a href="http://www.ggzrichtlijnen.nl/angststoornissen">www.ggzrichtlijnen.nl/angststoornissen</a></li> <li>• Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen – Trimbos-instituut <a href="https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf">https://assets-sites.trimbos.nl/docs/cc5b0f4e-9398-452d-8792-1453a38bf0a8.pdf</a></li> <li>• NHG-Standaard Angst, 2019 (www.nhg.org)</li> </ul>

	gepaard gaan zijn bijvoorbeeld de paniekstoornis of een post-traumatische stressstoornis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duizeligheid</li> <li>• Tintelingen</li> <li>• Tremor</li> <li>• lichtgevoeligheid.</li> </ul> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een gevoel van controleverlies of van derealisatie</li> <li>• persistente vrees voor toekomstige aanvallen (anticipatieangst) met zorgen over de betekenis van een dergelijke aanval. Ook worden situaties vaak vermeden die met eerdere aanvallen gepaard gingen.</li> </ul>		
Chronische pancreatitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buikpijn</li> <li>• steatorrhea, abdominale distensie door malabsorptie</li> <li>• diabetes mellitus</li> <li>• icterus (bij auto-immun pancreatitis)</li> </ul>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• familie anamnese</li> <li>• alcohol abusius</li> <li>• nicotine abusius</li> </ul>	Er zijn geen specifieke aandachtspunten bij lichamelijk onderzoek.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.pancreatitis.nl/node/259">https://www.pancreatitis.nl/node/259</a></li> <li>• <a href="https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050640616684695">https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050640616684695</a> (2017)</li> </ul>
Chronisch bekkenpijnsyndroom	Chronisch bekkenpijnsyndroom is het optreden van chronische bekkenpijn waarbij er geen bekende aandoening is die de	<p>Vraag naar:</p> <p>Voorgeschiedenis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eerder deze pijn</li> <li>• urogenitale infecties</li> <li>• operaties.</li> </ul> <p>Pijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• waar gevoeld</li> </ul>	<p>Inspectie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• littekens onderbuik</li> <li>• genitalia externa en interna (speculumonderzoek).</li> </ul> <p>Palpatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• drukpijn</li> <li>• palpabele afwijkingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen, 2014 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>• NHG-Standaard Seksuele klachten, 2015 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>• NVU: Richtlijn Chronische Bekkenpijn – In ontwikkeling</li> </ul>

	<p>pijn kan verklaren. De pijn gaat vaak samen met negatieve cognitieve, gedragsmatige, seksuele of emotionele gevolgen, evenals met symptomen van lage urinewegen, seksuele, darm- of gynaecologische disfunctie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hoe lang aanwezig</li> <li>• beïnvloedende factoren</li> <li>• ernst.</li> </ul> <p>Functie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• plassen (straal, aandrang, frequentie, dysurie)</li> <li>• ontlasting (consistentie, persen, pijn)</li> <li>• seks (zin, erectie, klaarkomen, pijn)</li> <li>• menstruatie (duur en frequentie, pijn).</li> </ul>	<p>Rectaal toucher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vinger langzaam inbrengen!</li> <li>• spanning sluitspier</li> <li>• palpabele afwijkingen (rectum, prostaat)</li> <li>• bekkenbodempunctie (kracht en coördinatie, drukpijn).</li> </ul> <p>Vaginaal toucher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• palpabele afwijkingen</li> <li>• bekkenbodempunctie (kracht en coördinatie, drukpijn)</li> <li>• Bekkenbodempunctie kan aan- en ontspannen op verzoek, ontspannen bij persen en aanspannen bij hoesten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guideline on Chronic Pelvic Pain, EAU 2018 <a href="https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/">https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/</a></li> </ul>
Coeliakie	<p>Bij de meerderheid van kinderen en volwassenen is het klinische beeld niet specifiek en soms afwezig. Onverklaarde anemie kan een aanwijzing voor coeliakie zijn. Een normaal gewicht, overgewicht en obstipatie (intermitterend met diarree) sluiten de diagnose niet uit.</p>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familieanamnese</li> </ul>	Geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid, 2010 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>• CBO richtlijn coeliakie 2008; herziening start binnenkort (met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten)</li> </ul>

Depressie	Ook affectieve klachten bij een stemmings- of angststoornis gaan gepaard met lichamelijke klachten, waaronder pijn. Hoe ernstiger de klachten zijn en hoe meer (functionele) aandoeningen met elkaar voorkomen hoe groter de kans op een affectieve stoornis is (Leue et al. 2017). Dit betreft vooral complexe patiënten die omwille van de ernst van klachten naar het ziekenhuis worden doorverwezen.	<p>Vegetatieve verschijnselen bij autonome arousal verklaren bij een depressie symptomen als palpataties, transpiratie en pijn.</p> <p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een gedaalde stemming</li> <li>• irritatie</li> <li>• concentratieproblemen</li> <li>• een verlies van interesses of plezierbeleving</li> <li>• slaap gerelateerde klachten</li> <li>• eetlustdaling</li> <li>• gewichtsverlies.</li> </ul> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuele schuldgevoelens en / of gedachten aan de dood.</li> </ul>	Bij het psychiatrisch onderzoek verdienen de stemmingsrelevante klachten zoals in de anamnese beschreven aandacht. Vaak gaan deze gepaard met angst en zijn vegetatieve equivalenten aanwezig (zie ook angststoornissen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijn depressie – Nederlands Vereniging voor Psychiatrie: <a href="https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf">https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-depressie-2013.pdf</a></li> <li>• Multidisciplinaire richtlijn depressie – NHG: <a href="https://www.nhg.org/themas/.../multidisciplinaire-richtlijn-depressie">https://www.nhg.org/themas/.../multidisciplinaire-richtlijn-depressie</a></li> <li>• NHG-Standaard Depressie, 2019 (www.nhg.org)</li> </ul>
Diverticulitis	Een binnen enkele dagen ontstane aanhoudende scherpe, stekende pijn links onder in de buik. Vaak is er ook	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aard, patroon (aanhoudend of in aanvallen) en duur van de buikpijn;</li> <li>• invloed van beweging (hoesten, vervoer) op de pijn (met het oog op peritoneale prikkeling);</li> </ul>	Beoordeling van de algemene toestand (let op tekenen van dehydratie); bepaling van bloeddruk en pols (let op tekenen van dreigende shock); temperatuurmeting;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Diverticulitis, 2011 (www.nhg.org)</li> <li>• Richtlijn Diverticulitis, 2018 <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_diverticulitis/startpagina_-_acute_diverticulitis.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_diverticulitis/startpagina - acute diverticulitis.html</a></li> </ul>

	sprake van koorts, maar pijn is de belangrijkste klacht. Bij pijn rechts onder in de buik is een rechts gelokaliseerde diverticulitis klinisch niet te onderscheiden van een acute appendicitis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• koorts (&gt; 38 °C);</li> <li>• misselijkheid;</li> <li>• defecatiepatroon: diarree, obstipatie, bloed of slijm bij ontlasting;</li> <li>• relevante voorgeschiedenis: diverticulitis of diverticulose, eerdere episoden met buikpijn, buikoperaties;</li> <li>• het bestaan van chronische ziekten, zoals IBD, DM;</li> <li>• medicatie, vooral immunosuppressiva en analgetica.</li> </ul>	<p>onderzoek van abdomen; let daarbij vooral op tekenen van peritoneale prikkeling (percussiepijn, drukpijn, loslaatpijn, défense musculaire) en breukpoorten;</p> <p>bij vermoeden van gynaecologische pathologie: vaginaal toucher; rectaal toucher.</p>	
Dyspareunie/ vulvodynie	Dyspareunie is pijn gevoeld in het bekken tijdens vaginale penetratie. Onderscheiden in oppervlakkige en diepe dyspareunie. In de DSM 5 valt dyspareunie onder GenitoPelvine Pijn en PenetratieProbleem. Vulvodynie is pijn in de vulva regio zonder vulvaire afwijkingen. Bij mannen spreken we van anodyspareunie. Dit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vrouw - diepe dyspareunie: pijn in buik en bekken bij diep inbrengen van een voorwerp (meestal een penis) in de vagina.</li> <li>• Vrouw – oppervlakkige dyspareunie: branderig/schrijnend gevoel bij (poging tot) het inbrengen van een voorwerp in de vagina. Vaak voorkomend bij vulvaire afwijkingen en in samenhang met vulvodynie.</li> <li>• Mannen- pijn in de anus, liesstreek, bekkenbodem of buik tijdens het inbrengen van een voorwerp (meestal een penis) in de anus.</li> <li>• Vraag naar eerdere seksuele ervaringen, met name ook negatieve</li> </ul>	<p>Vrouw - diepe dyspareunie:</p> <p>Onderzoek naar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• benigne/maligne ruimte innemend proces in bekken</li> <li>• endometriose</li> <li>• prikkelbare darm syndroom</li> <li>• inflammatoire darmziekten (irritable bowel disease, IBD)</li> <li>• myoom</li> <li>• vergroot adnex</li> <li>• bekkenbodem (over)activiteit</li> </ul> <p>Vrouw – oppervlakkige dyspareunie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• huidafwijkingen rondom vulva</li> <li>• vulvaire afwijkingen: lichen sclerosus, lichen planus, genitale</li> </ul>	<p>NHG-Standaard Seksuele klachten, 2015 (www.nhg.org)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guideline on Chronic Pelvic Pain, EAU 2018 <a href="https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/">https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/</a></li> <li>• Richtlijn vulvodynie NVOG, 2018. <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vulvodynie/diagnose_vulvodynie.html#uitgangsvraag">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vulvodynie/diagnose_vulvodynie.html#uitgangsvraag</a></li> </ul>



	is pijn bij anale penetratieseks.	ervaringen met penetratie van vagina of anus.	herpes, vulvitis, maligniteiten, atrofie. • bekkenbodemp (over)activiteit  Mannen: • onderzoek anus (fissuur) • perianale huidafwijkingen • bekkenbodemp (over)activiteit	
Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysmenorroe, secundair en progressief.</li> <li>• Dyspareunie</li> <li>• Dysurie</li> <li>• Dyschezie</li> <li>• Chronische cyclische buikpijn</li> <li>• Evt. cyclisch hematurie</li> <li>• Evt. cyclisch rectaal bloedverlies</li> </ul>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er bestaat zeker in het begin een cyclisch karakter van de klachten en nemen in de tijd toe.</li> </ul> <p>Besteed aandacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fertiliteitsproblematiek, dit kan samen gaan met endometriose.</li> </ul>	<p>In speculo: endometriose spots in fornix posterior Vaginaal toucher: onregelmatige Sacro-uteriene banden.</p> <p>De gouden standaard voor diagnostiek is een laparoscopie. Een optie is om de patiënte tijdelijk, op proef op de pil te zetten, continu. Dit kan en combinatiepil zijn, of een progestativum (Duphaston, Primolut-N, Orgametril)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/ESHRE-guideline-on-endometriosis.pdf">https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/ESHRE-guideline-on-endometriosis.pdf</a>; september 2013</li> <li>• <a href="https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Toelichting-ESHRE-endometriose-richtlijn.pdf">https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Toelichting-ESHRE-endometriose-richtlijn.pdf</a></li> </ul>
Functionele dyspepsie	Zie ulcus pepticum/refluxklachten - conform 1 <sup>e</sup> lijn			• NHG-Standaard Maagklachten, 2013 (www.nhg.org)
Inflammatoire darmziekten (Irritable bowel disease, IBD)	Rectaal bloedverlies, gewichtsverlies (ongewenst), buikpijn, diarree, subfertiliteit, algehele malaise,	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frequente buikkrampen die verminderen na defecatie, tenesmi.</li> <li>• helder rood bloedverlies.</li> <li>• onbedoeld gewichtsverlies</li> <li>• nachtelijke klachten</li> </ul>	Het lichamelijk onderzoek zal in het algemeen weinig bijdragen aan het vaststellen van de oorzaak. Bij lichamelijk onderzoek van ziekte van Crohn-patiënten kan een voelbare weerstand (meestal) in de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijn diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen, 2009 <a href="https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/IBD-volwassenen_definitief_juni_2009.pdf">https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/IBD-volwassenen_definitief_juni_2009.pdf</a></li> </ul>

	veranderd defecatiepatroon, symptomen van anemie (vermoeidheid)	Besteed aandacht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• onbegrepen ijzergebreksanemie</li> </ul>	rechter onderbuik aanwezig zijn. Bij inspectie van de anus en rectaal toucher zijn afwijkingen zoals anale verdikkingen (tags), fistels, fissura ani of een peri-anaal abces aanwijzingen voor de ziekte van Crohn. Aanwezigheid van met IBD geassocieerde extra-intestinale manifestaties (arthritis, erythema nodosum, orale aften en oogafwijkingen) kunnen de verdenking op IBD versterken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Document_volledig_Handleiding_met_literatuur_def.pdf">https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Document_volledig_Handleiding_met_literatuur_def.pdf</a> Gedeeltelijke herziening en aanvulling; 2015</li> </ul>
Ischemie	Postprandiale buikpijn, gewichtsverlies, aversie voor voeding. Atypische symptomen zijn obstipatie, diarree, misselijkheid, braken, abdominale discomfort	Vraag naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiovasculaire voorgeschiedenis</li> <li>• Vullingsstatus</li> <li>• recente cardiale event</li> <li>• hypovolemie (bloeding) incl. operatieve ingrepen.</li> <li>• Roken</li> <li>• Leeftijd</li> <li>• Protrombogene risicofactoren waaronder trombofilie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestaties van atherosclerose.</li> <li>• Souffle over abdomen bij auscultatie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Management of the Diseases of Mesenteric Arteries and Veins</li> <li>• Clinical Practice Guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS)</li> <li>• <a href="https://www.ejves.com/article/S1078-5884(17)30058-8/fulltext">https://www.ejves.com/article/S1078-5884(17)30058-8/fulltext</a></li> </ul>
Lactose-intolerantie (primaire of secundaire)	Kenmerkende klachten zijn buikkrampen, diarree en flatulentie na inname van melk.	Vraag naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buikkrampen</li> <li>• diarree</li> <li>• flatulentie in relatie tot inname van melk.</li> </ul>	Geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid, 2010 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Myoom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menstruatiestoornissen (dysmenorroe, hypermenorroe)</li> </ul>	Vraag naar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menstruatiecyclus</li> <li>• Mictie en defecatiepatroon</li> </ul>	<i>Uit NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies, 2014 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mechanische klachten bij een grote uterus myomatosus (frequenter mictie, obstipatie)</li> <li>• Zwaar gevoel in de onderbuik</li> <li>•</li> </ul>	<p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fertiliteitsproblematiek/kinderwens</li> </ul> <p>Belangrijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Myomen zijn over het algemeen symptomarm. Geven vaak klachten bij een grotere diameter. Klachten zijn weliswaar beschreven bij diameter vanaf 2 cm.</li> <li>•Kunnen een ernstige toename van klachten geven bij ischaemie van het myoom. Dit is zelflimiterend.</li> </ul>	<p>Bimanueel vaginaal toucher: palpatie van de uterus en adnexen (grootte, pijnlijkheid). Soms is er palperend een zwelling in de onderbuik te voelen die bij opdrukken van de uterus meebeweegt.</p> <p>De betrouwbaarheid van een vaginaal toucher voor het uitsluiten van myomen is overigens beperkt.</p>	
Nierstenen	Eenzijdige krampende pijn van wisselende intensiteit, die gepaard gaat met bewegingsdrang en vaak met misselijkheid en braken. Vaak erythrocyturie, soms macroscopische hematurie. Distale ureterstenen kunnen mictieklachten veroorzaken.	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Pijn: aard, acuut begin, bewegingsdrang, lokalisatie en uitstraling.</li> <li>•Misselijkheid en braken.</li> <li>•Bloed in de urine.</li> <li>•Eerdere urinesteeaanval.</li> <li>•Familiair voorkomen van urinestenen.</li> <li>•Aangeboren afwijkingen (bijvoorbeeld mononier).</li> <li>•Nierfunctiestoornis.</li> <li>•Mictieklachten en koorts als uiting van een mogelijke infectie.</li> </ul>	Buikonderzoek: druk- of slagpijn in de nierloge (kan passen bij een urinesteen), tekenen van peritoneale prikkeling (past niet bij een ongecompliceerd urinesteenlijden).	<ul style="list-style-type: none"> <li>•NHG-Standaard Urinesteenlijden, 2019 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>
Obstipatie	Er is sprake van obstipatie bij ten	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aanvang en duur van de klachten.</li> </ul>	Onderzoek het abdomen, inspecteer de (peri)anale regio,	<ul style="list-style-type: none"> <li>•NHG-Standaard Obstipatie, 2010 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>

	<p>minste twee symptomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• defecatiefrequentie <math>\leq 2</math> per week;</li> <li>• hard persen tijdens defecatie;</li> <li>• harde en/of keutelige defecatie;</li> <li>• gevoel van incomplete defecatie;</li> <li>• gevoel van anorectale obstructie/blokkade;</li> <li>• digitale handelingen noodzakelijk om ontlasting te verwijderen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defecatiepatroon en recente veranderingen hierin; incomplete defecatie; aanwijzingen voor prikkelbare darmsyndroom).</li> <li>• Voeding (voldoende vocht- en vezelinname;).</li> <li>• Oorzakelijke factoren en gevolgen (slow colon transit, bekkenbodemdysfunctie)</li> </ul>	<p>rectaal toucher pathologie anus en rectum, fecale impactie.</p> <p>Bekkenbodempunctie (kracht en coördinatie, drukpijn): bekkenbodem aan- en ontspannen op verzoek, ontspannen bij persen en aanspannen bij hoesten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijn Rectum prolaps, NVVH 2017 <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/rectumprolaps/conservatieve_behandeling_bij_rectumprolaps.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/rectumprolaps/conservatieve_behandeling_bij_rectumprolaps.html</a></li> </ul>
Parasitaire gastro-enteritis	<p><i>Giardia lamblia</i> (<i>giardiasis</i>): Klachten kunnen variëren van asymptomatisch dragerschap tot langerdurende klachten van diarree, gepaard gaande met veel gasvorming,</p>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buikpijn en/of diarree klachten die langer dan 10 dagen bestaan.</li> </ul> <p>Besteed aandacht aan: Mogelijk verband met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recent verblijf in de (sub)tropen</li> <li>• genuttigd voedsel of drinken</li> <li>• andere personen met acute diarree in de omgeving.</li> </ul>	Geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Acute diarree, 2014 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> </ul>

	<p>misselijkheid, buikkrampen en vette stinkende ontlasting.</p> <p><i>Dientamoeba fragilis</i>: de pathogeniciteit staat ter discussie.</p> <p><i>Blastocystis</i> spp. komen vaak voor in de algemene populatie en zijn niet bewezen pathogeen.</p>			
<p>Prikkelbare Darm Syndroom (PDS) (Irritable bowel syndroom, IBS)</p>	<p>Stel de diagnose PDS aan de hand van de Rome criteria na het redelijkerwijs uitsluiten van andere aandoeningen</p>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• buikpijn</li> <li>• ongemakkelijk gevoel in de buik</li> <li>• verandering in ontlastingspatroon</li> <li>• obstipatie</li> <li>• diarree</li> <li>• slijm bij de ontlasting</li> <li>• winderigheid</li> <li>• toe- of afname van klachten na eten of na ontlasting</li> <li>• misselijkheid</li> <li>• dyspepsie</li> <li>• voedingspatroon</li> <li>• frequentie en intensiteit van lichaamsbeweging.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecteer, ausculteer en palpeer de buik.</li> <li>• Verricht rectaal toucher en/of vaginaal toucher bij aanwezigheid van kenmerken die een somatische aandoening waarschijnlijker maken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Prikkelbare darmsyndroom, 2012 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>• <a href="https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/11-19uit-kpds_Multidisciplinaire_richtlijn_PDS_def.pdf">https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/11-19uit-kpds_Multidisciplinaire_richtlijn_PDS_def.pdf</a></li> </ul>

		<p>Inventariseer of er sprake is van kenmerken die een somatische aandoening (inflammatoire darmziekte, coeliakie, maligniteit) waarschijnlijker maken dan PDS als oorzaak van de klachten.</p> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frequent spreekuurbezoek</li> <li>• recente ingrijpende gebeurtenis of periode van grote spanning</li> <li>• somatische en psychiatrische comorbiditeit</li> <li>• heftige darminfectie in het verleden</li> <li>• voorgeschiedenis met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)</li> <li>• PDS in de familie</li> <li>• ziekte- of vermijdingsgedrag</li> <li>• angst voor bepaalde aandoeningen</li> <li>• gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven</li> <li>• werk en hobby's</li> <li>• reacties uit de omgeving.</li> </ul>		
Pelvic Inflammatory Disease (PID)	Bij pijn in de onderbuik en één van de volgende symptomen dient men de diagnose PID te overwegen:	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duur, beloop en lokalisatie van de pijn.</li> <li>• Koorts.</li> <li>• Tussentijds bloedverlies of contactbloedingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichaamstemperatuur.</li> <li>• Palpatie abdomen: drukpijn loslaatpijn, défense musculaire en lokalisatie hiervan.</li> <li>• Speculumonderzoek: purulente afscheiding uit de cervix.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard PID, 2005 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</li> <li>• Richtlijn Pelvic Inflammatory Disease (NVOG, 2011) <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pelvic_inflammatory_disease/pid_diagnostiek.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pelvic_inflammatory_disease/pid_diagnostiek.html</a> (2011)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>•abnormale fluor</li> <li>•koorts (T &gt; 38°C)</li> <li>•diepe dyspareunie</li> <li>•slinger/opdrukpijn van de cervix bij vaginaal toucher</li> <li>•gevoelige adnexa bij vaginaal toucher</li> <li>•intermenstrueel vaginaal bloedverlies en contactbloedingen ten gevolge van cervicitis/endometritis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Recente (&lt;1 maand) IUD-insertie, curettage of partus.</li> <li>•Eerdere PID in de voorgeschiedenis.</li> </ul> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•het risico op soa: onbeschermd seksueel contact met wisselende partners (of partner met wisselende contacten), nieuwe partner, partner met urethritis-klachten of een bewezen soa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vaginaal toucher: opdrukpijn, slingerpijn, pijnlijke of gezwollen adnexe.</li> <li>•PCR afname op Chlamydia/Gonorroe</li> <li>•Lab: L, CRP</li> </ul>	
Somatisch symptoomstoornis (SSS)	<p>Indien chronisch somatische klachten zoals buikpijn structureel onverklaard blijven en als functioneel worden beschouwd overweeg ook een somatisch symptoomstoornis (SSS). Hierbij is er over een periode van meestal meer dan een half jaar sprake van persisterende klachten die gepaard gaan met</p>	<p>Klachten kunnen geïsoleerd blijven (vooral chronische pijn) of multipel optreden en de gastro-intestinale, de cardio-pulmonale, de huid of de urogenitale tractus betreffen.</p> <p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•abdominale pijn</li> <li>•nausea</li> <li>•vomitus</li> <li>•een opgeblazen gevoel</li> <li>•slechte smaak</li> <li>•incontinentie.</li> </ul> <p>Besteed aandacht aan</p>	<p>Bij het psychiatrisch onderzoek verdienen de somatische of vegetatieve angst-equivalenten zoals in de anamnese beschreven aandacht, door patiënt echter beleefd zonder evidente paniek (zie ook angststoornissen). Realiteitstoetsing, vragen over hallucinaties (tactiel) en waanvorming zijn nodig bij het vermoeden op een somatoforme waan (deze komt lager prevalent voor dan SSS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen – Trimbo-instituut: <a href="https://assets-sites.trimbo.nl/docs/4d8a2a6a-5738-473c-b304-d0cae5a97ee7.pdf">https://assets-sites.trimbo.nl/docs/4d8a2a6a-5738-473c-b304-d0cae5a97ee7.pdf</a></li> <li>•NHG-Standaard SOLK, 2013 (www.nhg.org)</li> </ul>

	gedachten over de ernst van de klacht en over handelingen die een groot gedeelte van patiënten tijd en energie vergen. Dit gaat gepaard met angst of zorgen over gezondheid of symptomen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Thoracale pijn en ademhalingsklachten (hyperventilatie): deze kunnen optreden evenals frequente plasklachten of genitale pijn.</li> <li>•pijn op de extremiteiten (spieren, gewrichten, huid) alsmede in nek en lage rug. Op de huid worden vaak tintelingen waargenomen (mond, handen, onderarmen).</li> </ul>		
Symptomatisch galsteenlijden	Symptomatische cholecystolithiasis wordt traditioneel gekenmerkt door een biliare koliek. De definitie van een biliare koliek wordt bepaald aan de hand van de criteria zoals deze in de Rome iconensus werden geformuleerd: (continue) pijn, veelal gelokaliseerd midden of rechtsboven in de buik, tenminste 30 minuten aanhoudend.	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•BMI</li> <li>•Leeftijd</li> <li>•Snelle gewichtsreductie.</li> <li>•Geslacht (de prevalentie is hoger bij vrouwen)</li> </ul>	Lichamelijk onderzoek: onderzoek van de buik (rechter bovenbuik, Murphy sign).	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Richtlijn Galsteenlijden, NVVH 2016: <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/galsteenlijden/asymptomatische_galstenen.html">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/galsteenlijden/asymptomatische_galstenen.html</a> (2016)</li> </ul>



	<p>Slechts drie symptomen kennen een zeer beperkte significante relatie met de aanwezigheid van galblaasstenen: biliaire koliek, uitstralende pijn rechtsom naar de rug en een positieve reactie op eenvoudige analgetica.</p> <p>Het uitsluitend gebruiken van de Rome criteria ter diagnostiek van symptomatische cholecystolithiasis geeft onvoldoende houvast.</p> <p>Aanvullende diagnostiek naast het klinisch beeld is geïndiceerd.</p>			
<p>Ulcus pepticum/refluxklachten</p>	<p>Het blijkt niet mogelijk om op basis van klachten of patiëntkenmerken de onderliggende</p>	<p>Vraag naar: Aard van de klachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zuurbranden, regurgitatie en pijn boven in de buik (invloed van voedsel);</li> </ul>	<p>Het lichamelijk onderzoek is er vooral op gericht om andere abdominale pathologie uit te sluiten: inspectie, auscultatie, percussie en palpatie van de buik.</p>	<p>•NHG-Standaard Maagklachten, 2013 (<a href="http://www.nhg.org">www.nhg.org</a>)</p>

	<p>oorzaak (refluxklachten of ulcus pepticum) betrouwbaar te onderscheiden en het effect van verschillende beleidsopties verschilt niet tussen beide soorten klachten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• opgeblazen gevoel, snelle verzadiging, misselijkheid, braken.</li> </ul> <p>Ernst, duur en beloop van de klachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incidenteel of continu;</li> <li>• mate van verstoring van de dagelijkse activiteiten of de nachtrust;</li> <li>• relatie met arbeidsomstandigheden (intra-abdominale drukverhoging door bijvoorbeeld tillen, persen of bukken).</li> </ul> <p>Defecatiepatroon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verandering van consistentie of frequentie;</li> <li>• vermindering van klachten na defecatie.</li> </ul>	<p>Rectaal toucher: bij het vermoeden van melena.</p> <p>Let verder op aanwijzingen voor anemie.</p>	
Urinerweginfecties	Bacteriurie met klinische verschijnselen.	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mictieklachten, zoals pijnlijke of branderige mictie, toegenomen mictiefrequentie, loze aandrang, hematurie.</li> </ul>	<p>Vrouwen met 3 of meer urinerweginfecties per jaar: inspectie genitale regio, vaginaal toucher.</p> <p>Mannen: inspectie en palpatie genitale regio, buikonderzoek (urineretentie).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NHG-Standaard Urinerweginfecties, 2013</li> </ul>
Vergroot adnex: -Hydrosalpinx;	Vaak geen klachten. Eventueel	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oorzaken cyclisch karakter van hydrosalpinx (endometriose,</li> </ul>	Geen specifiek onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijn het vergrote ovarium, NVOG 2013: <a href="https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het_vergrote_ovarium/het_vergrote_ovarium_-">https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het_vergrote_ovarium/het_vergrote_ovarium_-</a></li> </ul>

<p>-Benigne/ borderline/maligne ovariumafwijking</p>	<p>recidiverend buikpijn in de onderbuik. Evt. abnormaal waterig vaginaal vochtverlies.</p> <p>In het begin: geen en vaak symptoomarm. Vage buikpijn Buikomvangtoename Rugpijn Mictie-&amp;/of defecatieklachten. Klachten zijn afhankelijk van de groeisnelheid en grootte. Dysmenorroe, diepe dyspareunie,</p>	<p>doorgemaakte pelvic inflammatory disease (PID), eerdere operatie in he kleine bekken, doorgemaakteappendicitis).</p> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•fertiliteitsproblematiek</li> </ul> <p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• langzaam groeiende zwellingen/tumoren zijn in het begin vrij symptoomarm. Daarna toename van buikomvang (strakke kleding) en aspecifieke buikklachten</li> </ul> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een mogelijke complicatie, een torsie, waarbij plotselinge toename van buikpijn. De kans is verhoogd bij diameter tussen 3-7 cm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•RIP in het kleine bekken.</li> <li>•Palpabele massa in de bovenbuik.</li> <li>•Ascites en/of pleuravocht.</li> <li>•Een (toegenomen) prolaps van uterus en/of vagina ten gevolge van een RIP.</li> <li>•Een vergrote supraclaviculaire lymfklier</li> <li>•Specifiek voor endometriose: vaginaal en/of rectaal onderzoek, speculum onderzoek met speciaal aandacht voor fornix posterior.</li> <li>•Vaginaal toucher: vergrootte adnex</li> </ul>	<p>_startpagina.html (2013) momenteel in herziening (10-02-2020)</p>
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

## Literatuur

- De Richtlijnen genoemd in de tabellen 1.1 en 1.2 zijn niet herhaald in deze literatuurlijst.
- De Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Rutgers. Department of Health Western Australia. Diagnostic Imaging Pathways - 01 September 2014. <http://www.imagingpathways.health.wa.gov.au/index.php/imaging-pathways/gastrointestinal/gastrointestinal/chronic-abdominal-pain>. Geraadpleegd april 2019.
- Epocrates Medical Information editors (2019, 26 april). Geraadpleegd van <https://online.epocrates.com/u/2921767/Evaluation+of+chronic+abdominal+pain+in+adults>
- Ford, A.C., Lacy, B.E., Tally, N.J. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *New England Journal of Medicine* 376, 2566-78.
- Janssens, K. A., Zijlema W. L., Joustra M. L., Rosmalen J. G. (2015). Mood and anxiety disorders in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and irritable bowel syndrome: results from the LifeLines cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 77(4):449–57.
- Kruimel, J., Leue, C., Winkens, B., Marcus, D., Schoon, S., Dellink, R., et al. (2015). Integrated medical-psychiatric outpatient care in functional gastrointestinal disorders improves outcome: a pilot study. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 27(6):721–7.
- Leue, C., Driessen, G., Strik, J. J., Drukker, M., Stokbrügger, R. W., Kuijpers, P.M., et al. (2010). Managing complex patients on a Medical Psychiatric Unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay and psychiatric intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3):295–302.
- Richtlijn Acute buikpijn bij volwassenen, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2013; Geraadpleegd van [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute\\_buikpijn\\_bij\\_volwassenen/acute\\_buikpijn\\_bij\\_volwassenen\\_-\\_korte\\_beschrijving.html#verantwoording](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/acute_buikpijn_bij_volwassenen/acute_buikpijn_bij_volwassenen_-_korte_beschrijving.html#verantwoording)
- Sandler, R. S., Stewart, W. F., Liberman, J. N., Ricci, J. A., & Zorich, N. L. (2000). Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the united states. *Digestive diseases and sciences*, 45(6), 1166-1171.
- Törnblom, H., & Drossman, D. A. (2016). Centrally targeted pharmacotherapy for chronic abdominal pain: understanding and management. In *Gastrointestinal Pharmacology* (pp. 417-440). Springer, Cham.
- Wallander, M. A., Johansson, S., Ruigómez, A., & Garcia Rodriguez, L. A. (2007). Unspecified abdominal pain in primary care: the role of gastrointestinal morbidity. *International journal of clinical practice*, 61(10), 1663-1670.

## Bijlagen bij module 1

### Geldigheid en Onderhoud

Module	Regi houder(s)	Jaar van autorisatie	Eerstvolgende beoordeling actualiteit module	Frequentie van beoordeling op actualiteit	Wie houdt er toezicht op actualiteit	Relevante factoren voor wijzigingen in aanbeveling
Chronische buikpijn: een integrale benadering	NVVH	2020	2021	jaarlijks	NVVH; richtlijnwerkgroep blijft in stand	De richtlijnen in de laatste kolom van tabellen 1 en 2: checken of deze nog up to date zijn

---

### Verslag Invitational conference richtlijnenproject Algemene Chirurgie

**Datum** : 06 november 2018

**Locatie** : Domus Medica, Mercatorlaan 1200, Utrecht

---

#### 1. Opening en doel

Dhr. Erik Heineman (NVvH, voorzitter werkgroep) opent de invitational conference. *In dit verslag wordt niet in detail ingegaan op de ondersteunende powerpointpresentatie.*

#### 2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

##### Aanwezigen:

dhr. Erik Heineman, NVvH en voorzitter werkgroep, dhr. Michiel van Zeeland, NVvH en vice-voorzitter, mw. Christine Deurman, Eno zorgverzekeringen; mw. Iris Wichers, huisarts; mw. I Folkersma IGJ en neurochirurg; dhr. Hans Harbers, IGJ Team ziekenhuizen en anesthesioloog; dhr. Edwin Heeregrave, Zorginstituut Nederland, programma Zinnige Zorg; mw. Ineke Caubo, Zorginstituut Nederland, programme Zinnige zorg; mw. Hanneke Buter, intensivist namens NVIC; dhr. Marcel van de Pol chirurg en intensivist namens NVIC; mw. Marianne Stuifbergen, Stichting ACNES; mw. Lilian Wang, Stichting ACNES; mw. Elisabeth van Schaik, Nierpatiëntenvereniging; mw. Karen Prantl, coördinator kwaliteit en onderzoek Nierpatiëntenvereniging.

Adviseurs Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (KIMS): mw. Julitta Boschman, mw. Marlies Verhoeff, mw. Stefanie Hofstede.

#### 3. Toelichting proces richtlijnontwikkeling

Doel van de middag is het verzamelen van input van verschillende partijen om 1) helder te krijgen welke algemeen chirurgische onderwerpen in dit richtlijnen project aan bod moeten komen en 2) welke knelpunten er vervolgens geadresseerd dienen te worden.

Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Mede op basis van de resultaten van de Invitational conference zal de werkgroep bepalen welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zullen multidisciplinaire, kleine richtlijnen worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijnen waarin de patiënt centraal staat.

#### 4. Toelichting richtlijnproject

Mw. Folkersma geeft aan dat ze de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie mist bij de genodigden, zij doen ook kleine ingrepen zoals CTS of perifere myelomen. Dhr. Heineman antwoordt dat de NVvN ook zal worden betrokken bij het project indien deze aandoeningen worden geprioriteerd.

**5. Toelichting proces van deze invitational conference**

Er zullen 2 onderwerpen plenair in 15 minuten en daarna 8 onderwerpen in twee parallelesessies besproken worden. Per onderwerp is er 15 minuten de tijd. Mocht er onvoldoende tijd zijn, dan kunnen knelpunten ook schriftelijk worden aangedragen op het invulformulier.

**6. Knelpunteninventarisatie.**

Zie bijlage voor de besproken knelpunten per onderwerp.

Algemene knelpunten: Werkgroep moet mogelijk iets zeggen over wat “bevoegd en bekwaam” betekent voor de uitvoering van de algemeen chirurgische ingrepen. IGJ (mw. Folkersma) vindt dit ook erg belangrijk. Dhr. Heineman geeft aan dat de richtlijn dient te beschrijven wat de beste zorg is en hoe deze uitgevoerd dient te worden. Conform het beleid van de NVvH is er in de richtlijn geen plaats voor bijvoorbeeld volumenormenten.

**7. Korte algemene terugkoppeling: knelpunt(en) van de 8 overige richtlijnonderwerpen**

De eerste indruk is dat er een paar onderwerpen duidelijk prioriteit hebben (Chronische buikpijnklachten, ACNES, chirurgische huidinfecties, bijtverwondingen, chronische handafwijkingen. Van andere onderwerpen is het nog onduidelijk.

**8. Afsluiting en rondvraag**

De notulen van deze Invitational worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor het project is beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen de overwegingen voor prioritering en het raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de kerngroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

**9. Sluiting**

Iedereen bedankt voor de komst en actieve participatie.

## Bijlage 2 Prioritering

### Chronische buikpijnklachten (niet-functionele chronische buikpijnklachten):

#### Prioriteit van dit onderwerp: 1 (Need to know)

Algemene opmerkingen:

- Vraag: de eerdere afbakening 'niet-functionele chronische buikpijnklachten' lijkt onlogisch. Gaat het om de functionele buikpijnklachten in plaats van de niet-functionele buikpijnklachten? Gaat het om functionele maagklachten? Wat zouden deze patiënten op een chirurgisch spreekuur doen? Reactie dhr. Van Zeeland: Chirurgen krijgen veel patiënten doorverwezen met buikpijnklachten en sluiten alle somatische oorzaken uit. Het kan om hevige buikpijnklachten gaan.
- Vraag: kan de werkgroep aansluiten bij de definities van buikpijnklachten van de MDL-artsen? Verwachting is tevens dat zij belangrijke input kunnen leveren.
- In de afbakening moet helder worden of het om volwassenen of kinderen gaat.
- In dit onderwerp zou ACNES geïntegreerd moeten worden.

Knelpunt	Prioriteit/ toelichting
Chirurgisch knelpunt: het uitsluiten van pathologie. Wat doe je aan diagnostiek en wanneer hou je op?	Hoge prioriteit. Bij onverklaarde klachten is er een enorme last voor patiënten.
Patiënten worden veelvuldig doorverwezen en terugverwezen. Hoe kan dit worden voorkomen?	ZN: bij buikpijnklachten worden er verschillende verklaringen /oorzaken aangedragen die patiënten heel verschillend interpreteren. Kan er vanuit een klachtgerichte aanpak worden gedacht?



## Bijlage 3 Oriënterende search

### Zoekverantwoording

Database	Zoektermen
Medline (OVID) Richtlijnen 2010 – december 2018	<p>1 exp Abdominal Pain/ and (chronic or recurrent).ti,ab,kw. (3787)</p> <p>2 ((chronic or recurrent) adj3 (abdominal or abdomen) adj2 (pain* or ache or discomfort)).ti,ab,kw. (4328)</p> <p>3 1 or 2 (6326)</p> <p>4 exp "Sensitivity and Specificity"/ or (Sensitiv* or Specific*).ti,ab. or (predict* or ROC-curve or receiver-operator*).ti,ab. or (likelihood or LR*).ti,ab. or exp Diagnostic Errors/ or (inter-observer or intra-observer or interobserver or intraobserver or validity or kappa or reliability).ti,ab. or reproducibility.ti,ab. or (test adj2 (re-test or retest)).ti,ab. or "Reproducibility of Results"/ or accuracy.ti,ab. or Diagnosis, Differential/ or Validation Studies.pt. (5955452)</p> <p>5 3 and 4 (1927)</p> <p>6 limit 5 to (english language and yr="2010 -Current") (702)</p> <p>7 limit 6 to (guideline or practice guideline) (3)</p> <p>8 guideline*.ti. (68888)</p> <p>9 6 and 8 (2)</p> <p>10 7 or 9 <b>(3) = Richtlijnen</b></p> <p>= 3 (3 uniek)</p>
Medline (OVID) Systematische reviews (Cochrane) 2010 – december 2018	<p>1 exp Abdominal Pain/ and (chronic or recurrent).ti,ab,kw. (3787)</p> <p>2 ((chronic or recurrent) adj3 (abdominal or abdomen) adj2 (pain* or ache or discomfort)).ti,ab,kw. (4328)</p> <p>3 1 or 2 (6326)</p> <p>4 exp "Sensitivity and Specificity"/ or (Sensitiv* or Specific*).ti,ab. or (predict* or ROC-curve or receiver-operator*).ti,ab. or (likelihood or LR*).ti,ab. or exp Diagnostic Errors/ or (inter-observer or intra-observer or interobserver or intraobserver or validity or kappa or reliability).ti,ab. or reproducibility.ti,ab. or (test adj2 (re-test or retest)).ti,ab. or "Reproducibility of Results"/ or accuracy.ti,ab. or Diagnosis, Differential/ or Validation Studies.pt. (5955452)</p> <p>5 3 and 4 (1927)</p> <p>6 limit 5 to (english language and yr="2010 -Current") (702)</p> <p>7 (meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (meta adj analy\$).tw. or ((systematic* or literature) adj2 review\$1).tw. or (systematic adj overview\$1).tw. or exp "Review Literature as Topic"/ or cochrane.ab. or cochrane.jw. or embase.ab. or medline.ab. or (psychlit or psyclit).ab. or (cinahl or cinhal).ab. or cancerlit.ab. or ((selection criteria or data extraction).ab. and "review"/)) not (Comment/ or Editorial/ or Letter/ or (animals/ not humans/)) (376718)</p> <p>8 6 and 7 <b>(46) = Systematic Reviews</b></p> <p>9 cochrane.jw. (14030)</p> <p>10 8 and 9 <b>(5) = Cochrane reviews</b></p> <p>= 46 (46 uniek) Systematic Reviews waarvan = 5 (5 uniek) Cochrane reviews</p>

## Bijlage 4 Kennislacunes

### Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de module 'Chronische buikpijn: integrale benadering' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat er nog kennislacunes bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

Module Chronische buikpijn: integrale benadering:

- Wat is de prevalentie en incidentie van chronische buikpijn in de huisartspraktijk?
- Welk aanvullend onderzoek dient te worden verricht door de huisarts?
- Welke patiënten met chronische buikpijn dienen te worden verwezen naar de 2e lijn?
- Welke patiënten met chronische buikpijn bezoeken de 2<sup>e</sup> lijn of spoedeisende hulp of huisartsenpost?
- Welk aanvullend onderzoek dient te worden verricht in de 2e lijn?
- Welke diagnoses worden gesteld bij deze groep patiënten in de loop van de tijd en hoe lang duurt dit vanaf het moment van eerste presentatie en start klachten?

## Bijlage 5 Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
ACNES	Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome
CPPS	Chronic pelvic pain syndrom
IBS	Irritable bowel syndrom – Prikkelbare darmsyndroom
IBD	Irritable bowel disease – Inflammatoire darmziekten
PDS	Prikkelbare darm syndroom
PID	Pelvic Inflammatory Disease
SSS	Somatisch symptoomstoornis

Afkortingen van wetenschappelijke verenigingen zijn te vinden op:

<https://www.demedischspecialist.nl/federatie/leden-0>