

OSTEOPATHIE BIJ DYSPAREUNIE NA HYSTERECTOMIE, EEN CASESTUDIE



Auteur: Groot, Ilja de
Promotor: Hoste, Rik Osteopaat DO MRO
Osteopathie bij dyspareunie na hysterectomie, een casestudie



Casestudie voorgedragen ter verkrijging van de titel Diploma in de Osteopathie (D.O.)
van het Nederlands Academisch College voor Osteopathie

2018

VOORWOORD

Deze casestudie is geschreven ter afsluiting van mijn opleiding tot osteopaat en het behalen van het Diploma Osteopathie (D.O.). In het begin van het 'schrijf een thesis proces' wist ik niet goed hoe ik het aan moest pakken. Alles was nieuw: een onderwerp zoeken, literatuuronderzoek, wetenschappelijk schrijven, noem maar op. Het duurde even voordat ik daar de lol van in zag. Gelukkig is het me toch gelukt om plezier te krijgen in het proces. Hoe kan het ook anders. Ik mag me iedere dag verdiepen in materie die me mateloos interesseert. Boeken, artikelen, filmpjes, discussies over het menselijk lichaam, osteopathie, fantastisch!

Vanaf het begin van de opleiding was dat ook mijn drijfveer: mijn interesse in het menselijk lichaam en alles eromheen. Ik weet nog heel goed dat ik de eerste dag van de propedeuse in 2007 alleen maar heb zitten stralen. Gaaf! Dat ik dit mag leren. Osteopaat worden is echt een proces geweest dat niet altijd over rozen ging. Twijfel, diepe dalen en een burn-out kwamen op mijn pad. Ik ben het team van College Sutherland heel dankbaar voor alle wijze lessen en ook dat ze op de pauze knop gedrukt hebben toen ik dat zelf niet kon. Dank jullie wel, het heeft mij de ruimte gegeven om mezelf en mijn plezier in het vak terug te vinden.

Tijdens de opleiding heb ik de liefde van mijn leven ontmoet, ging samenwonen en we kregen samen een dochter. Arthur en Eline ik ben zo blij en intens dankbaar dat jullie in mijn leven gekomen zijn. I love you to the moon and back.

Ik maak van de gelegenheid gebruik om vele mensen te bedanken. Allereerst mijn ouders, Pap en Mam dank jullie wel voor je onvoorwaardelijke steun, liefde, luisterend oor en praktische hulp. Arthur en Eline voor de veilige basis en steun, de kusjes en filmpjes als mama weer moest "werken". Mijn jaargenoten en vrienden René en Miranda voor jullie steun, interessante discussies, boeken en ware vriendschap. Mijn studiegenoten van vele jaargangen, ik ben door jullie gastvrij onthaald, dank, ik heb veel van jullie geleerd. En Elianne voor de gedeelde schrijfsmart en het samen stoom afblazen. Mijn vrienden en familie die ik door de jaren heen veel te weinig heb gezien en geknuffeld. Alle patiënten tijdens de cotherapie, dank voor jullie vertrouwen. Mijn casuspatiënt in bijzonder, bedankt voor je vertrouwen, toestemming en medewerking, zonder jou was het niet gelukt. En Rik, dank je wel voor je scherpe blik, steun en goede raad.

Ik voel me nu sterker, helderder en geliefder dan ooit. Het was een lange kronkelige weg maar het einde van dit hoofdstuk is nu eindelijk in zicht ☺ Op naar een toekomst als osteopaat met nog vele interessante patiënten en nascholingen in het verschiet!

Ilja de Groot

Amersfoort, juni 2018

"It is a fact that osteopathy is an empirical form of medicine...To state that osteopathy is a science would be to ignore the craft of the practitioner and, more importantly, the concept that every patient is unique." (Barral, 1993c, p. 6)

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD.....	1
INHOUDSOPGAVE.....	2
INLEIDING	4
1. CASUS BESCHRIJVING	6
1.1. PERSONALIA	7
1.2. REGULIERE DIAGNOSE.....	7
1.3. VOORGESCHIEDENIS.....	7
1.3.1. FAMILIEGESCHIEDENIS.....	7
1.3.2. MEDICIJNGEBRUIK.....	8
1.4. EERSTE CONSULT 22 SEPTEMBER 2017.....	8
1.4.1. ANAMNESE.....	8
1.4.2. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK.....	9
1.4.3. ONDERZOEK.....	11
1.4.4. BEHANDELING.....	11
1.4.5. RESULTAAT.....	12
1.5. TWEEDE CONSULT 17 NOVEMBER 2017.....	12
1.5.1. ANAMNESE EN RESULTAAT VAN DE EERSTE BEHANDELING.....	12
1.5.2. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK.....	12
1.5.3. ONDERZOEK.....	12
1.5.4. BEHANDELING.....	13
1.5.5. RESULTAAT.....	13
1.6. DERDE CONSULT 26 JANUARI 2018.....	14
1.6.1. ANAMNESE EN RESULTAAT VAN DE TWEEDE BEHANDELING.....	14
1.6.2. ONDERZOEK.....	14
1.6.3. BEHANDELING.....	15
1.6.4. RESULTAAT.....	15
1.7. VIERDE CONSULT 24 FEBRUARI 2018.....	15
1.7.1. ANAMNESE EN RESULTAAT DERDE BEHANDELING.....	15
1.7.2. ONDERZOEK.....	15
1.7.3. BEHANDELING.....	16
1.7.4. RESULTAAT.....	16
1.8. VIJFDE CONSULT 7 APRIL 2018.....	17
1.8.1. ANAMNESE EN RESULTAAT VIERDE BEHANDELING.....	17
1.8.2. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK.....	17
1.8.3. ONDERZOEK.....	18
1.8.4. BEHANDELING.....	18
1.8.5. RESULTAAT.....	19
1.9. TELEFONISCH CONSULT 28 APRIL 2018.....	19
1.10. SAMENVATTING CONSULTEN.....	20
1.10.1. DYSFUNCTIEMECHANISMEN.....	20
1.10.2. KLACHTEN EN RESULTATEN.....	21
2. LITERATUURSTUDIE	23
2.1. DEFINITIE, DIAGNOSE EN BEHANDELMETHODES DYSPAREUNIE VOLGENS NHG-STANDAARD.....	24
2.2. BAARMOEDER ANATOMIE EN RESECTIE.....	25
2.2.1. ANATOMIE.....	25
2.2.2. EMBRYOLOGIE.....	26
2.2.3. HYSTERECTOMIE.....	26
2.2.4. HYSTERECTOMIE PROCEDURE.....	27
2.3. DYSPAREUNIE.....	29
2.4. DIEPE DYSPAREUNIE.....	30
2.5. OSTEOPATHISCHE LITERATUUR.....	31
2.6. DEFINITIE, DIAGNOSE EN BEHANDELMETHODES ISCHIALGIE.....	35
3. VERKLARINGSMODELLEN	38

3.1.	BIOMECHANISCHE RELATIE.....	38
3.1.1.	<i>FASCIALE KETEN</i>	39
3.1.2.	<i>LITTEKENS EN ADHESIES</i>	41
3.1.3.	<i>BLADEN VAN GLÉNARD</i>	42
3.1.4.	<i>SAMENVATTING BIOMECHANISCHE RELATIES</i>	43
3.2.	FYSIOLOGISCH VERKLARINGSMODEL.....	43
3.2.1.	<i>FYSIOLOGIE VAN DE LEVER</i>	43
3.2.2.	<i>FYSIOLOGIE VAN FASCIA</i>	44
3.2.3.	<i>FYSIOLOGIE VAN NEURONAALWEEFSEL EN PIJN</i>	46
3.3.	PSYCHOLOGISCH VERKLARINGSMODEL.....	47
3.3.1.	<i>PSYCHOLOGIE</i>	47
3.3.2.	<i>SAMENVATTING PSYCHOLOGIE</i>	49
3.4.	EMBRYOLOGISCH VERKLARINGSMODEL.....	49
3.4.1.	<i>LEVER</i>	49
3.4.2.	<i>LICHAAMSHOLTES EN CLOACA</i>	50
3.5.	INTEGRATIE VERKLARINGSMODELLEN	52
4.	CONCLUSIE	54
5.	LITERATUURLIJST	58
5.1.	WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR	58
5.2.	WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN	59
5.3.	OSTEOPATHISCHE LITERATUUR	60
5.4.	OSTEOPATHISCH WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN.....	61
5.5.	INTERNETBRONNEN	62
5.6.	SYLLABI.....	64
5.7.	GEBRUIKTE AFBEELDINGEN	65
6.	BIJLAGEN	66
6.1.	AKKOORD PROMOTOR	66
7.	SAMENVATTING NL EN EN.....	67
7.1.	SAMENVATTING.....	67
7.2.	ABSTRACT	68

INLEIDING

Deze casestudie beschrijft de volgende probleemstelling:

1 Hoofdvraag

Hoe kunnen wij het effect verklaren van een osteopathische behandelreeks op een patiënte met diepe dyspareunie ontstaan na hysterectomie?

2 Deelvragen

- a. Wat is in de recente reguliere geneeskunde bekend over dyspareunie?
- b. Wat is in de recente reguliere geneeskunde bekend over dyspareunie na hysterectomie?
- c. Wat is osteopathisch bekend over dyspareunie?
- d. Wat is osteopathisch bekend over dyspareunie na hysterectomie?
- e. Hoe kunnen we de mogelijke relaties verklaren tussen de diepe dyspareunie en de gevonden dysfuncties?
- f. Wat is het effect van een osteopathische behandelreeks op de dyspareunieklasten van een patiënte met diepe dyspareunie ontstaan na hysterectomie?
- g. Wat is het effect van een osteopathische behandelreeks op de ischialgie van een patiënte met diepe dyspareunie ontstaan na hysterectomie?

Om het onderwerp te kaderen hebben wij ervoor gekozen om ons buiten deelvraag 2g in de literatuurstudie te concentreren op de dyspareunie, vooral omdat ischialgie klachten al uitvoerig in eerdere theses besproken zijn.

We gebruiken de volgende methoden om de vraagstelling te beantwoorden:

1. Literatuurstudie.
2. De informatie uit een literatuurstudie met betrekking tot dyspareunie en hysterectomie op biomechanisch, fysiologisch, vasculair, embryologisch, neurologisch en psychologisch gebied koppelen we aan de bevindingen van de osteopathische diagnostiek en behandelingen bij een patiënte met dyspareunie na hysterectomie. Van hieruit stellen we verklaringsmodellen op om het effect van de osteopathische behandelreeks te kaderen.

In hoofdstuk 1 bespreken we de consulten en geven we antwoord op deelvragen 2f en 2g.

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de huidige kennis van dyspareunie na hysterectomie, tevens leggen we uit wat het verschil is tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie. Omdat de klachten van onze patiënte ontstaan zijn na

hysterectomie gaan we kort in op de aanleiding en procedure hiervoor. Hiermee trachten we een antwoord te geven op deelvraag 2a t/m d. Tot slot bespreken we kort ischialgie omdat dit ook een van de hoofdklachten van onze patiënte is.

In hoofdstuk 3 trachten we deelvraag 2e te beantwoorden door middel van verklaringsmodellen op het gebied van embryologie, fysiologie, neurologie, psychologie en biomechanica.

In hoofdstuk 4 geven we samenvattend antwoord op de hoofd- en deelvragen.

1. CASUS BESCHRIJVING

Deze casestudie beschrijft hoe het effect van een osteopathische behandelreeks verklaard kan worden bij een patiënte van 54, die sinds maart 2016 last heeft van diepe dyspareunie en ischialgie. De klachten zijn spontaan ontstaan in een stressvolle periode door reorganisatie op haar werk en ongeveer 5 jaar nadat zij een hysterectomie wegens buikpijn, urineverlies en myomen heeft ondergaan. De uterusextirpatie is via een laparoscopisch geassisteerde supravaginale hysterectomie uitgevoerd. Hierbij is de blaas geraakt en heeft de patiënt nog een week een katheter gehad om de blaas te ontlasten. Daarna is zij tot maart 2016 relatief klachtenvrij geweest.

De patiënt beschrijft een scherpe pijn bij penetratie “alsof er iets links naast de vagina in de weg zit”. Ook heeft zij bij een zeer volle blaas of te lang wachten met plassen pijn in de linkeronderbuik. Deze pijn trekt pas enkele uren na het ledigen van de blaas weer weg.

Voor de ischialgie klachten is de patiënt in 2016 onder behandeling geweest van zowel een fysiotherapeut als een osteopaat. Dit bracht enige verlichting maar de patiënt is niet klachtenvrij geweest. Het hindert haar vooral bij haar favoriete vrijetijdsbesteding: wandelen. Vooral als de vakanties langer duren (meer dan 3 dagen, 5 a 6 uur per dag lopen) krijgt ze meer neurologische verschijnselen. Ook lang zitten, verkeerde houding en lange autoritten provoceren de klachten.

De patiënt heeft wekelijks last van hoofdpijn waarvoor zij paracetamol en/of ibuprofen gebruikt. Een enkele keer heeft zij migraine waarvoor zij Sumatriptan gebruikt. Daarnaast gebruikt zij het supplement Feminosan voor de overgangsklachten zoals opvliegers.

In een periode van 7 maanden is de patiënt 5 maal osteopathisch behandeld. De dyspareunie is na 3 behandelingen volledig verholpen. In de loop van de behandelingen verminderen de ischialgie klachten langzaam om na 4 behandelingen grotendeels op te lossen.

Het bovenstaande roept de vraag op of er een verband kan zijn tussen de diepe dyspareunie, ischialgie en de hysterectomie van 7 jaar geleden en hoe het effect van een osteopathische behandeling op de klachten verklaard kan worden.

1.1. PERSONALIA

Patiënt: vrouw

Geboortedatum: 12-2-1964 (54 jaar)

Beroep: administratief medewerkster

1.2. REGULIERE DIAGNOSE

In 2016 heeft de patiënt de huisarts geconsulteerd vanwege pijn bij het vrijen. De huisarts heeft haar toen onderzocht en kon bij vaginaal toucher geen bijzonderheden vinden. Na deze consultatie is geen vervolgsconsult of doorverwijzing gedaan. In hetzelfde jaar heeft de patiënt de huisarts geconsulteerd vanwege de pijn in haar linker bil en been. Na lichamelijk onderzoek kwam de huisarts tot de conclusie dat haar klachten lijken op ischias maar dat het geen echte ischias is. Hij heeft haar verwezen naar de fysiotherapeut voor oefentherapie. Na enkele weken oefentherapie heeft de patiënt ook een osteopaat ingeschakeld. De gecombineerde behandeling bij de fysiotherapeut en osteopaat bracht wel enige verlichting van de klachten maar ze is nooit klachtenvrij geweest.

1.3. VOORGESCHIEDENIS

- Linkerknie: meerdere operaties op diverse leeftijden.
- Amandelen: geknipt in jeugd, precieze leeftijd onbekend bij de patiënt.
- Tandem: van jongs af aan tot heden diverse behandelingen ondergaan zoals: vullingen, kronen, trekken kies, zenuwbehandeling.
- Op haar 26^e: linker enkel gekneusd door een val van de fiets waarbij de trapper aan de binnenzijde de enkel geraakt heeft, sindsdien is de enkel altijd zwak gebleven.
- Op haar 32^e: overspannen geweest.
- Op haar 47^e: baarmoeder verwijderd in verband met problemen met het ophouden van de plas, buikpijn en vleesbomen.

1.3.1. FAMILIEGESCHIEDENIS

- Moeder: schildklierafwijking, genezen van borstkanker, doof en slechtziend.
- Vader: genezen van huidkanker, vroeger tbc, gordelroos.

1.3.2. MEDICIJNGEBRUIK

- Bij hoofdpijn: paracetamol, ibuprofen soms Sumatriptan.
- Supplementen voor overgangsklachten: Feminosan en magnesium.

1.4. EERSTE CONSULT 22 SEPTEMBER 2017

1.4.1. ANAMNESE

- In 2011 heeft de patiënt een hysterectomie ondergaan in verband met problemen met het ophouden van de plas, buikpijn en vleesbomen. Tijdens de 5 ½ uur durende kijkoperatie is haar blaas geraakt, hierdoor heeft zij 1 week een katheter gehad zodat de blaas kon helen. Tevens is bij onderzoek van de baarmoeder na verwijdering een versteende vleesboom gevonden.
- Sinds maart 2016 heeft de patiënt last van pijn bij het vrijen (dyspareunie). Ze beschrijft een scherpe pijn bij penetratie enkele centimeters in de vagina. “alsof er iets links naast de vagina in de weg zit”. Haar man kan dit ook voelen. De huisarts kon bij vaginaal toucher geen bijzonderheden vinden. De pijn trekt door in de linkeronderbuik naar linksboven. Bij een volle blaas krijgt ze ook deze pijn als ze niet snel genoeg gaat plassen. In dat geval verdwijnt de pijn soms pas na een nacht slapen in foetushouding.
- Sinds maart 2016 heeft de patiënt last van pijn aan de middenachterzijde van het linker bovenbeen en in de linker bil welke zij met name ervaart bij het zitten.
- In 2016 heeft de patiënt fysiotherapie gevolgd, na enkele weken aangevuld met behandeling door een osteopaat. Dit bracht wel verlichting voor de ischialgie, de dyspareunie is door deze behandelingen niet verbeterd.
- De patiënt heeft wekelijks last van hoofdpijn welke vanaf de rechterachterkant van haar hoofd naar boven het rechteroor trekt. Voor de hoofdpijn gebruikt zij paracetamol en ibuprofen afhankelijk van de ernst en wat zij voor handen heeft. Daarnaast gebruikt ze soms Sumatriptan als het verergert tot migraine.
- Soms heeft zij last van oorsuizen beiderzijds, de patiënt kan hier geen patroon in ontdekken.
- De patiënt heeft soms last van pijnlijke voeten, en bij het trap aflopen pijn in de linker hiel en enkel.
- Af en toe heeft de patiënt een pijnlijk proximaal interphalangeaal gewricht in de linker wijsvinger.

- De patiënt heeft last van opvliegers waarvoor zij het voedingssupplement Feminosan en magnesium gebruikt.
- Ze geeft aan dat ze rode wijn slecht kan verdragen, hier krijgt ze hoofdpijn van.

1.4.2. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK

Dyspareunie

- Postoperatieve adhesies
- Overgang
- Minder seksuele opwindning
- Angst voor pijn
- Bekkenbodemp Problemen
- Schimmelinfectie
- Lichen sclerosus
- Urineweginfectie

Ischialgie

- Aspecifieke lage rugpijn met uitstraling
- Lumbosacraal Radiculair syndroom
- Aandoeningen in en om het sacro-iliacale gewricht en de heup
- Plexuspathologie
- Tarsaletunnelsyndroom en compressieneuropathie van de nervus peroneus
- Maligniteit
- Wervelfractuur
- Spondylodiscitis/epiduraal abces
- Epiduraal hematoom
- Radiculitis
- Neurogene claudicatio intermittens
- Meralgia paraesthetica

Hoofdpijn

- Spanningshoofdpijn
- Migraine
- Clusterhoofdpijn
- Te vaak gebruik van hoofdpijnmiddelen
- Menstruatiecyclus
- Bijwerking van medicijnen
- Minder cafeïne
- Slecht geventileerde ruimte

- Slecht slapen
- Slecht zien
- Gebitsproblemen
- Verstopte neus, sinusitis, veel hoesten, verkoudheid, griep
- Hoge bloeddruk
- Verhoogde oogdruk
- Hersenvliesontsteking
- Beroerte

Opvliegers

- Menopauze
- Paniekaanval
- Geeneraliseerde angststoornis
- Te veel cafeïne
- Uitdroging
- Te hoog magnesiumgehalte in het bloed
- Sommige kanker (Carcinoïd, feochromocytoom)
- Morbus Graves
- Monosodium glutamaat (MSG)

Tinnitus

- Bijwerking van medicijnen: sommige antibiotica, lisdiuretica (furosemide), chemotherapie, antimalaria medicatie, NSAID's
- Verkoudheid
- Langdurige oorontsteking
- Ontsteking van de gehoorcellen
- Beschadiging door lawaai (ontploffing, discotheek)
- Een ongeval (bijvoorbeeld beschadiging van de schedel of gehoorbeentjes)
- Vernauwing van een bloedvat
- Overactieve hersencellen in het gehoorgebied
- Nog onbekend

Neurologische testen

Omwille van tijdgebrek door de leersituatie in de cotherapie zijn helaas geen neurologische testen uitgevoerd.

1.4.3. ONDERZOEK

1.4.3.1. Inspectie

Lichte scoliose met apex lumbaal rechts en thoracaal links. Rechterschouder staat 2 cm lager dan de linkerschouder.

Opvallend geplooidde huid in de lengterichting over de wervelkolom.

1.4.3.2. Pariëtaal

- Suboccipitaal rechts veel musculaire spanning
- Linker ilium: posterior rotatie dysfunctie
- Linker coxae: exorotatie dysfunctie
- Rechter coxae: endorotatie dysfunctie

1.4.3.3. Visceraal

- Lever: congestie en posterior gefixeerd
- Sigmoid: inspiratie dysfunctie
- Peritoneum pariëtale inferior(PPI): links dysfunctie

1.4.3.4. Craniaal

- Sutura sphenofrontalis dysfunctie
- Hypertensie van het tentorium cerebelli in transversale richting

1.4.3.5. Inhibitie

- De lever dirigeert het ilium en het cranium
- Het ilium dirigeert het cranium

1.4.4. BEHANDELING

In de eerste behandeling(en) konden wij bij ons onderzoek nog niet diep indringen in het abdomen omdat de patiënt hiervan zoveel pijn had dat we onze pogingen moesten staken. Zelfs bij een langzame en omzichtige benadering, en andere toegangspunten zoeken lukte dit niet. Door tijdgebrek in deze leersituatie is het mediastinum posterior niet getest en moesten wij het doen met de dysfuncties die we wel gevonden hebben. We hebben de lever als dirigerende dysfunctie behandeld met een leverpomp en mobilisatie. Tevens is door de tweede cotherapeut de suboccipitale musculaire spanning behandeld.

1.4.5. RESULTAAT

De mobiliteit van de lever is in zowel inspiratie- als expiratie-richting grotendeels hersteld, tevens is de congestie significant verminderd. De suboccipitale hypertonie is verminderd maar nog wel aanwezig.

1.5. TWEEDE CONSULT 17 NOVEMBER 2017

1.5.1. ANAMNESE EN RESULTAAT VAN DE EERSTE BEHANDELING

De patiënt heeft de eerste dagen na de behandeling behoorlijk last gehad van beginverergering van de klachten, ze "was er naar van". Vooral veel pijn in de linkerbil, deze voelde ook "dik" en een flinke migraine. De pijn in de bil, achterzijde bovenbeen, hoofdpijn en de dyspareunie zijn nu nog gelijk aan de situatie voor behandeling. De pijn in de hiel en enkel is wel weg.

In de afgelopen weken is de patiënt bij de huisarts geweest voor een check up: mevrouw vertelt dat uit bloedonderzoek is gebleken dat de waarden voor Hb, suiker, schildklier, nieren, lever en cholesterol goed zijn.

1.5.2. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK

Neurologische testen:

- Verhoogde sensibiliteit in het dermatoom links L3-L4 en S1.
- Motoriek: MRC-schaal 5: normale kracht bilateraal benen.
- Reflexen: symmetrische normale achillespeesreflex en kniepeesreflex, voetzoolreflex indifferent.

1.5.3. ONDERZOEK

1.5.3.1. Inspectie

Gelijk aan het eerste consult: Lichte scoliose met apex lumbaal rechts en thoracaal links. Rechterschouder staat 2 cm lager dan de linkerschouder.

Opvallend geplooidde huid in de lengterichting over de wervelkolom.

1.5.3.2. Pariëtaal

- L1: Flexie rotatie sidebending links dysfunctie.
- L2 tot L5: flexie dysfunctie.
- Hypertonie van de sacrotuberale ligamenten.

1.5.3.3. Visceraal

- Lever: expiratie dysfunctie en verminderde mobiliteit van het glijvlak met het diafragma abdominale.
- Diafragma abdominale: hypertonie.
- Omentum minus.
- Caecum: expiratie dysfunctie.
- Sigmoid: expiratie dysfunctie.
- Waaiertest: alle hoeken vermindert mobiel, de caecale hoek is hierin het minst mobiel.
- De glijvlakken van het intestinum met het colon ascendens en descendens zijn verminderd mobiel.
- PPI: rechts dysfunctie.

1.5.3.4. Craniaal

- Sidebending rotation links dysfunctie.

1.5.3.5. Inhibitie

- Het PPI dirigeert zowel de lever, het intestinum, L1 als het cranium.
- L1 dirigeert het cranium en de bovenste thorax apertura.
- Het intestinum dirigeert L1.

1.5.4. BEHANDELING

In deze behandeling kregen we meer informatie uit ons onderzoek van het abdomen omdat de patiënt minder pijn ervaart. Echter dieper indringen om de nieren te kunnen onderzoeken en posterior gedeelte van het abdomen is nog dusdanig pijnlijk dat we dit niet konden uitvoeren.

Wij zijn gestart met het behandelen van het PPI als dirigerende dysfunctie, en de thoracolumbale overgang met een Muscle Energy Techniek (MET).

Hierna is opnieuw getest en bleken de glijvlakken van de lever met het diafragma en van het intestinum met het PPP dirigerend op de mobiliteit van de thoracolumbale overgang. We hebben achtereenvolgens behandeld: het glijvlak van de lever met het diafragma abdominale en het glijvlak van het intestinum met het peritoneum pariëtale posterior. Uit vervolg testen bleek het diafragma abdominale nu dirigerend op de mobiliteit van de thoracolumbale overgang en de dysfunctie van L1. Het diafragma abdominale is behandeld met een gecombineerde koepel-pijler techniek.

1.5.5. RESULTAAT

- De mobiliteit van het PPI is verbeterd, maar nog niet geheel vrij.

- De mobiliteit van het intestinum is verbeterd.
- De mobiliteit van de lever is verbeterd richting inspiratie en het glijvlak met het diafragma is nu vrij.
- De mobiliteit van de thoracolumbale overgang is verbeterd.
- De sidebending rotation links dysfunctie van het cranium is veel minder prominent aanwezig.

1.6. DERDE CONSULT 26 JANUARI 2018

1.6.1. ANAMNESE EN RESULTAAT VAN DE TWEEDE BEHANDELING

De patiënt heeft geen pijn meer in de linker bil. Wel heeft ze nog last van een “irritant gevoel” aan de binnenachterzijde van het linker bovenbeen. Op de bank heeft zij meer last dan op een houten stoel.

Alleen na lang wandelen (meer dan 3 dagen 5 a 6 uur per dag) heeft zij nog pijn in de linkervoet. Als zij aan de voet voelt kan ze de pijn niet lokaliseren of “aanraken” de voet voelt dan “ok” aan. In de rechtervoet heeft ze geen pijn meer.

1.6.2. ONDERZOEK

1.6.2.1. Inspectie

De opvallend geplooidde huid in de lengterichting over de wervelkolom is veel minder prominent. De plooi is veel minder diep geworden: de huid ligt niet meer tegen elkaar aan en de plooi is hierdoor minder scherp afgelijnd.

1.6.2.2. Pariëtaal

- L3: flexie rotatie sidebending rechts dysfunctie.
- Veel spanning op het foramen obturatorium links.
- Referentietesten: Flexietest in stand: rechts positief.
Lateroflexietest: rechts positief.

1.6.2.3. Visceraal

- Rechternier: ptose graad 1 en gefixeerd.
- Waaiertest: de vesicale hoek is sterk verminderd mobiel.
- Fasciaal lumbaal veel spanning op het peritoneum pariëtale posterior.
- Sigmoid: inspiratie dysfunctie.
- PPI: rechts dysfunctie.

1.6.2.4. Craniaal

Geen dysfuncties.

1.6.2.5. Inhibitie

- Het intestinum dirigeert zowel L3, het sigmoïd als het glijvlak van het intestinum met colon descendens.
- De rechternier dirigeert het PPI.

1.6.3. BEHANDELING

In eerste instantie was er niet een overduidelijk dirigerende dysfunctie. In overleg met de begeleidende docent zijn we op zoek gegaan naar een connectie met het PPI en werden de dysfuncties en relaties duidelijker en kregen we meer informatie uit de inhibitietesten. We hebben de vesicale hoek van het intestinum, de rechternier en ureter en het PPP behandeld.

1.6.4. RESULTAAT

Door tijdgebrek aan het eind van deze behandeling zijn alleen de referentietesten herhaald. Zowel de flexietest in stand als de lateroflexietest zijn na de behandeling negatief terwijl ze tijdens het onderzoek bij aanvang nog positief testten.

1.7. VIERDE CONSULT 24 FEBRUARI 2018

1.7.1. ANAMNESE EN RESULTAAT DERDE BEHANDELING

De dyspareunie is weg, ze heeft niet meer het gevoel alsof “er iets zit”. De pijn in de linkeronderbuik bij lang ophouden van de plas ervaart zij nog wel.

De pijn in het linkerbovenbeen blijft. Van de linkerbil heeft de patiënt enkele keren last gehad, het voelt dan alsof het gloeit in het midden van de bil. Van de pijn in de linkervoet heeft de patiënt veel minder last als in december, evenals de pijnlijke voeten. Zij ervaart vooral nog last bij heuvel af lopen. De hoofdpijn heeft zij alleen afgelopen week nog 1 dag gehad. Zij kan de hoofdpijn nu de baas met paracetamol, Sumatriptan heeft zij niet meer nodig gehad.

1.7.2. ONDERZOEK

1.7.2.1. Inspectie

De scoliose is veel minder prominent dan bij de eerste behandeling.

1.7.2.2. Pariëtaal

- OAA links rotatie dysfunctie.
- C2 en C3 flexie sidebending rotation links dysfunctie.
- Sacrum links dysfunctie.

1.7.2.3. Visceraal

- Maag: inspiratie dysfunctie.
- Rechternier: ptose graad 1.
- Sigmoid expiratie dysfunctie.
- Waaiertest: alle hoeken verminderd mobiel, de renale en sigmoïdale hoeken zijn hierin het minst mobiel.
- De glijvlakken van het intestinum met colon ascendens en descendens zijn verminderd mobiel.
- PPI fasciale spanning die naar links, posterior en caudaal beweegt.

1.7.2.4. Craniaal

- Verminderde kracht en amplitudo van de cranial rythmic impuls.

1.7.2.5. Inhibitie

- Het PPI dirigeert zowel de rechternier, het intestinum als het sigmoid.
- De rechternier dirigeert zowel C2, C3, de maag als het sigmoid.
- Het intestinum dirigeert C2 en C3.

1.7.3. BEHANDELING

We hebben onderzocht of de fasciale spanning op het PPI een voorkeursrichting heeft. Deze bleek duidelijk naar links, posterior en caudaal te gaan. Vervolgens hebben wij de tijd genomen om de PPI dysfunctie met een indirecte techniek te behandelen. Hierna is opnieuw getest en hebben wij besloten om een begin te maken met het vrijmaken van de glijvlakken vanaf het PPI met het intestinum, sigmoid, colon descendens en colon ascendens.

1.7.4. RESULTAAT

Bij het natesten is het PPI vrij. Het intestinum, de rechternier en cervicale wervelkolom zijn duidelijk mobieler maar niet geheel vrij.

1.8. VIJFDE CONSULT 7 APRIL 2018

1.8.1. ANAMNESE EN RESULTAAT VIERDE BEHANDELING

In de afgelopen anderhalve maand heeft de patiënt duidelijk verbetering van haar klachten bemerkt. Van de pijn in het linker bovenbeen heeft ze soms dagen achtereen geen of weinig last gehad. De dyspareunie is weg gebleven en de linkerbil is nu ook pijnvrij.

Ze heeft nog 1 keer hoofdpijn gehad, deze bleef beperkt tot een dag en kon ze met paracetamol de baas. Het ontlastingspatroon is in de loop van de behandelingen gewijzigd van zachte en of waterige ontlasting naar een vastere worst, nog wel altijd onregelmatig in frequentie. Van de buikpijn bij te lang ophouden van de plas weten we niet of deze veranderd is. De patiënt heeft zich aangeleerd om te zorgen dat ze altijd op tijd naar het toilet kan. De linkerknie blijft opspelen bij langdurige zwaardere belasting zoals tijdens een wandelvakantie.

De patiënt is gestopt met het voedingssupplement tegen opvliegers (Feminosan) omdat ze wil kijken hoe het nu is. Ze heeft wel enkele opvliegers gehad maar heeft een manier gevonden om er mee om te gaan. Ze loopt dan op de koele plavuizen met haar blote voeten.

De afgelopen twee weken heeft de patiënt als zij op blote voeten loopt last van een pijnlijke rechtervoet. En begin deze week heeft zij voor het eerst weer extra rek- en strekoefeningen uitgevoerd waarna zij de volgende dag gelijk weer last had van pijn aan de middenachterkant van haar linkerbeen. Het was zo pijnlijk dat zij niet goed kon zitten. Met gebruik van een kussentje onder haar linker bovenbeen ging het iets beter.

1.8.2. DIFFERENTIAAL DIAGNOSTIEK

Neurologische testen:

- Verhoogde sensibiliteit in het dermatoom rechts L2 en S1.
- Motoriek: MRC-schaal 5: normale kracht bilateraal benen.
- Reflexen: symmetrische normale achillespeesreflex en kniepeesreflex, voetzoolreflex indifferent.
- Slump test: links positief.
- Straight leg raising test: beiderzijds negatief.
- Proef van Lasègue: beiderzijds negatief.

1.8.3. ONDERZOEK

1.8.3.1. Inspectie

De scoliose is nauwelijks nog waarneembaar.

1.8.3.2. Pariëtaal

- T12: extensie rotatie sidebending rechts dysfunctie.
- Sacrum: links rechts dysfunctie.
- Fibula: rechts superior dysfunctie.

1.8.3.3. Visceraal

- Caecum: inspiratie dysfunctie.
- Iliocaecale valvule (ICV): hypertonie.
- Sigmoid: inspiratie dysfunctie.
- PPI: links caudaal posterior dysfunctie.
- Waaieretest: renale, sigmoïdale en caecale hoeken zijn verminderd mobiel.

1.8.3.4. Craniaal

- Sidebending rotation links dysfunctie.

1.8.3.5. Inhibitie

- Het PPI dirigeert zowel het caecum, ICV, T12, het sigmoid als het cranium.
- Het sigmoid dirigeert T12 en het cranium.
- Het intestinum dirigeert het PPI en T12.
- Het ICV dirigeert het PPI.

1.8.4. BEHANDELING

We hebben overlegd met de begeleidende docent. De uitslagen van de neurologische testen zijn veranderd en verminderd maar niet volledig genormaliseerd. De patiënt test op dit moment niet positief voor een vermoeden van ischialgie. Echter de hyperalgesie (verhoogde gevoeligheid voor pijn) in de dermatomen L2 en S1 rechts en de positieve slump test links geven aan dat er waarschijnlijk nog wel sprake is van prikkeling van de zenuwwortels in rust en bij rek op de dura mater. Dit verklaart samen met de langdurige klachten wellicht waarom zij door het doen van rek en strekoefeningen de klachten weer uitlokt.

We hebben het PPI als meest dirigerende dysfunctie behandeld. Hierna zijn de glijvlakken van het intestinum met het sigmoïd en colon descendens behandeld. Vervolgens is opnieuw getest en bleek een lift van het abdominale pakket het grootste effect te hebben. We hebben de behandeling afgesloten met een grand manoeuvre abdominale om de trofiek in het behandelde gebied te verbeteren.

1.8.5. RESULTAAT

- Het PPI is vrij.
- De ICV dysfunctie is weg.
- De sidebending rotation dysfunctie is weg
- De kracht en amplitudo van het CRI zijn verbeterd.
- Het sacrum is mobieler in rechts rechts richting.
- De mobiliteit van T12 is verbeterd echter niet geheel vrij.

De slumptest hebben wij niet herhaald, achteraf gezien hadden we dit beter wel kunnen doen. Bij deze patiënt was het een significante test om objectief verbetering of afwezig blijven van verbetering te registreren.

1.9. TELEFONISCH CONSULT 28 APRIL 2018

Wij hebben de patiënt gebeld om haar te vragen hoe het nu met haar is. Over het algemeen gaat het goed. Hieronder volgt een opsomming van de stand van zaken.

- Dyspareunie: is weg gebleven.
- Hoofdpijn: heeft ze eenmaal gehad maar was verklaarbaar door stress in de dagen er aan voorafgaand.
- Pijn na lang ophouden van de plas: is weg, ook geen probleem meer als ze langer wacht met toiletbezoek.
- Ontlasting: nu soms tot 4 dagen geen ontlasting, dan heeft ze ook meer last van haar linkerbeen.
- Ischialgie klachten:
 - Linker bil: bij opstaan in de ochtend heeft ze een pijnlijk plekje in de bil, dit trekt weg als ze even op is.
 - Linkerbeen: soms nog pijn als ze op de bank zit, vaak ook niet
 - Enkel: geen last meer van.
 - Voeten: de pijn in de voeten is weg.

1.10. SAMENVATTING CONSULTEN

1.10.1. DYSFUNCTIEMECHANISMEN

In de eerste twee behandelingen hebben we vooral voorwaardenscheppend gewerkt. Met elke behandeling krijgen we steeds meer en dieper toegang tot het abdomen van onze patiënt. Nadat we de lever dysfunctie, het diafragma abdominale en de glijvlakken in de bovenbuik behandeld hebben, vermindert het aantal dysfuncties en komt de relatie met het PPI duidelijker naar voren. Na deze behandeling verminderen de pijnklachten van de linkerbil. Het lijkt erop dat de dysfunctie van het PPI en de uterusextirpatie die hieraan ten grondslag kan liggen de rode draad en primaire aanleiding van vrijwel alle dysfuncties en klachten kunnen zijn.

Als we in de derde behandeling de relatie van de vesicale hoek van het intestinum, de rechternier en ureter en het PPP met het PPI behandeld hebben ervaart de patiënt in de weken daarna een significante verbetering van haar klachten. Deze behandeling was voor ons bijzonder omdat de dysfunctionele relaties pas echt duidelijk werden nadat wij ze specifiek ten opzichte van de regio PPI getest hebben. We hebben de relatie en mobiliteit van de rechter ureter in en met de regio PPI behandeld. Daarna was het mobiliseren van de rechternier ook weer mogelijk. Ditzelfde hebben wij met de vesicale hoek van het intestinum gedaan. Na de deze behandeling is de dyspareunie volledig verholpen. De patiënt heeft enkele malen een gloeiende pijn midden in de linker bil gehad en de pijn in het linker bovenbeen blijft aanwezig. De pijn in de voeten is veel minder, alleen heuvel af heeft de patiënt nog last. De hoofdpijnklachten zijn sterk verbeterd, de patiënt heeft na de behandeling een maal hoofdpijn gehad waar zij maar een dag paracetamol voor geslikt heeft, de andere weken was zij hoofdpijn vrij.

In de vierde behandeling concentreren we ons op de fasciale voorkeursrichting van het PPI naar links, posterior en caudaal en maken we daarna een begin met het vrijmaken van de glijvlakken in deze regio. Hierna is de patiënt klachtenvrij op de linkerbil en heet ze 5 weken lang geen of weinig last van haar linkerbovenbeen. Bij extra belasting door rek en strekoefeningen keren de pijnklachten terug waardoor de patiënt niet kan zitten. Ze heeft maar 1 keer hoofdpijn gehad waarvoor ze op 1 dag paracetamol geslikt heeft.

In de vijfde behandeling heeft het PPI toch nog steeds fasciaal een voorkeursrichting naar links, posterior en caudaal maar veel minder sterk dan in de vierde behandeling. Deze behandelen we opnieuw en bevrijden daarna de glijvlakken in de regio waarna we afsluiten met een grand manoeuvre abdominale om de lymfatische afvoer te verbeteren.

De pariëtale dysfuncties aan wervelkolom en bekken wisselen steeds en lijken daarom compensatoir.

1.10.2. KLACHTEN EN RESULTATEN

- De diepe dyspareunie blijft qua klachten gelijk tot zij na de derde behandeling geheel verdwijnt. Zij is in de vervolgbehandelingen ook weggebleven.
- De andere hoofdklacht ischialgie verandert in de loop van de behandelingen. Na 3 behandelingen zijn de pijnklachten veranderd in een “soms gloeiend gevoel” in de linkerbil, in een “irritant” gevoel aan de binnenachterzijde van het linkerbovenbeen en verminderen de pijnklachten in de linkervoet significant en komen deze laatste bovendien alleen nog voor na lang wandelen (meer dan 3 dagen 5 a 6 uur per dag). Na 4 behandelingen is ze klachtenvrij op de linkerbil, en heeft ze 5 weken lang weinig of geen last gehad van haar linkerbovenbeen. Alleen bij extra belasting met rek en strekoefeningen komen de klachten aan haar linkerbovenbeen terug in de vorm van pijn en daardoor niet kunnen zitten. Na de vijfde behandeling heeft ze bij opstaan in de ochtend een pijnlijk plekje in de bil, dit trekt weg als ze even op is. Soms nog pijn in haar linkerbeen als ze op de bank zit, vaak ook niet. Geen last meer van haar enkel en voeten.
- Van de pijnklachten in de linkeronderbuik bij te lang ophouden van de plas weten we na vier behandelingen niet of deze veranderd zijn. De patiënt heeft zich aangeleerd om te zorgen dat ze altijd op tijd naar het toilet kan. In ons telefonische consult na de vijfde behandeling vertelt mevrouw dat deze klachten volledig verholpen zijn. Ze kan desgewenst haar plas enkele uren ophouden na de eerste aandrang zonder dat ze hier heftige pijn van heeft, ook daarna heeft ze geen pijnklachten meer.
- De hoofdpijn is na drie consulten sterk verminderd in frequentie, hevigheid en duur. Eerst had de patiënt wekelijks hoofdpijn van enkele dagen waarin zij met enige regelmaat van paracetamol en/of ibuprofen moest overschakelen naar Sumatriptan omdat de hoofdpijn toch overging in een migraine.
In zowel het vierde, vijfde als laatste telefonische consult (na respectievelijk vier, zes en drie weken) geeft de patiënt aan dat ze nog maar een keer hoofdpijn gehad heeft, deze maar een dag duurt en zij dan voldoende heeft aan een paracetamol als pijnbestrijding.
- Het ontlastingspatroon is in de loop van de behandelingen gewijzigd van zachte en of waterige ontlasting naar een vastere worst, nog wel altijd onregelmatig in frequentie. Na de vijfde behandeling meldt mevrouw dat ze nu soms vier dagen achter elkaar geen ontlasting heeft. Dan heeft ze ook meer last van haar linker bil en been.
- De patiënt heeft na de start van de behandelingen geen last meer gehad van tinnitus. Het is heel goed mogelijk dat dit een bijwerking van

ibuprofen is geweest. We hebben de patiënt ingelicht over oorsuizen als mogelijke bijwerking van ibuprofen (al is deze zeldzaam)(Zorginstituut Nederland (ZIN), 2018a).

- De verhoogde sensibiliteit in het dermatoom S1 is nog steeds aanwezig. De verhoogde sensibiliteit in de dermatomen L3-L4 is genormaliseerd. In het dermatoom L2 is nu sprake van verhoogde sensibiliteit.

2. LITERATUURSTUDIE

In het vorige hoofdstuk hebben we het klachtenpatroon van de patiënt besproken. In dit onderdeel vindt u onze literatuurstudie naar dyspareunie. We starten met de algemene definitie, diagnose en behandelmethodes van dyspareunie volgens de NHG-standaard. Dan gaan we verder in op de anatomie van de baarmoeder en de procedure van hysterectomie. Vervolgens behandelen we de relevante en recente reguliere en osteopathische literatuur over diepe dyspareunie. En leggen we uit wat het verschil is tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie en waarom dit in het geval van onze patiënte belangrijk is.

Omdat de ischialgie klachten van de patiënt wel degelijk een rol spelen in deze casestudie vinden wij dat we dit niet geheel buiten beschouwing kunnen laten. Daarom gaan we aan het eind van de literatuurstudie kort in op de definitie, diagnose en behandelmethodes van ischialgie.

Het blijkt in de internationale wetenschappelijke literatuur gebruikelijk om de Engelse term hysterectomy te gebruiken voor het verwijderen van de baarmoeder in plaats van het in het Nederlandse taalgebied gebruikelijke uterusextirpatie. In onze literatuurstudie hebben wij gebruik gemaakt van de volgende Engelse zoektermen: dyspareunia, hysterectomy, post-hysterectomy, uterus en Osteopathic Manual Treatment (OMT). De zoekwoorden zijn individueel en gecombineerd door de toevoeging AND gebruikt. Er is gezocht in zowel de online databases zoals <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> en <http://www.osteopathicresearch.com/> als handmatig in de bibliotheek van College Sutherland Amsterdam.

2.1. DEFINITIE, DIAGNOSE EN BEHANDELMETHODES DYS-PAREUNIE VOLGENS NHG-STANDAARD

Definitie

Dyspareunie is het ervaren van pijnlijke coïtus. Oppervlakkige dyspareunie is pijn bij het naar binnen gaan van de penis in of rond het vestibulum of de introïtus vaginae, diepe dyspareunie is pijn achter in de vagina of onderbuik bij doorstoten van de penis. (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015a)

Diagnose, oorzaken, behandelmethoden

De diagnose dyspareunie wordt door de huisarts gesteld na een uitgebreide anamnese waarin gevraagd wordt naar: hoe, hoelang, sinds wanneer, waar, in welke omstandigheden, ernst van de klachten en hinder, zin, opwinding, orgasme, mogelijkheid van coïtus, wat gaat wel goed, seksuele voorkeur, angst voor coïtus/pijn/soa/zwangerschap, belemmerende gedachten, negatieve ervaringen, seksuele klachten van de partner, relatieproblemen, voorgeschiedenis, comorbiditeit, fertiliteitsproblemen, gebruik van medicatie en cardiovasculaire risicofactoren. Verder wordt gevraagd naar moment van pijn (tijdens/na coïtus). Ook pijn buiten seks (tampon, vinger) of alleen in specifieke situaties? Wat doet de patiënt bij pijn (doorgaan of stoppen, andere manier)? Lokalisatie (vulva, introïtus, diep vaginaal, onderbuik). Mictie/defecatieklachten, incontinentie. (Andere) vaginale klachten (jeuk, fluor, prolaps, littekens). Bij klachten van oppervlakkige vulvaire of vaginale pijn tijdens of na seksuele activiteit vindt inspectie van vulva en soms vagina, en bekkenbodemonderzoek plaats om lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. Bij diepe dyspareunie is er een indicatie voor volledig gynaecologisch onderzoek (inclusief speculumonderzoek en vaginaal toucher), waarbij vooral gelet wordt op aanwijzingen voor lichamelijke oorzaken, zoals endometriose en uterus myomatosus. Aanvullend onderzoek bij seksuele problemen is doorgaans niet geïndiceerd. Bij dyspareunie wordt alleen op indicatie fluordiagnostiek en/of urine- of bloedonderzoek gedaan, zoals bij fluor- of mictieklachten, of vermoeden van een soa. In specifieke gevallen verwijst de huisarts ook naar een seksuoloog, bekkenbodempfysiotherapeut, gespecialiseerde GGZ of gynaecoloog. Bij een minderheid van de vrouwen met oppervlakkige dyspareunie wordt een oorzaak gevonden, zoals een infectie, dermatose, atrofie, een litteken, of anatomische afwijkingen. Bij de overige vrouwen met dyspareunie is er geen specifieke lichamelijke oorzaak. Als geen specifieke lichamelijke oorzaak wordt gevonden, is er sprake van oppervlakkige dyspareunie door penetratie bij onvoldoende opwinding, lubricatie en ontspanning. Als de pijn langer bestaat dan 3 maanden is er sprake van provoked vestibulodynie (PVD). Bij diepe dyspareunie wordt de vrouw verwezen naar een gynaecoloog voor behandeling

van de oorzaak zoals endometriose, uterus myomatosus, prolaps en tumoren. Uit vragenlijstonderzoek blijkt dat 5% (=ongeveer 847000 in 2015) van de vrouwelijke bevolking last heeft van dyspareunie. Het aantal vrouwen dat zich met dyspareunie bij de huisarts meldt is laag, slechts 0.3 per 1000 patiënten (dit is minder dan 1 patiënt per jaar voor een normpraktijk). (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015a)

2.2. BAARMOEDER ANATOMIE EN RESECTIE

We zullen hier beperkt ingaan op de algemene anatomie van de baarmoeder. Omdat ze een centrale rol speelt in de resectie en eventuele gevolgen daarvan nemen wij hier enkele aspecten door om daarna in te gaan op de overwegingen en procedure voor hysterectomie. Hierbij richten wij ons wederom om het onderwerp te kaderen vooral op de door onze patiënte ondergane procedure: de laparoscopisch geassisteerde supravaginale hysterectomie.

2.2.1. ANATOMIE

De uterus is een geheel door peritoneum bedekt peervormig orgaan met een roze kleur en een elastische samenstelling. Zij bestaat uit een corpus, fundus, cornu, isthmus en cervix. De fundus is superior abdominaal palpabel. Aan de cornu beiderzijds ontspringen de tuba uterina, ligamentum teres en ligamentum ovarium proprium (ligament van Glado). Het ligamentum teres loopt door het canalis inguinalis naar de labia majora en de pubis en houdt de uterus in anteversie. Het ligamentum ovarium proprium loopt naar het ovarium. Het ligamentum latum is de voortzetting van het peritoneum pariëtale en bestaat uit twee delen: het superiore gedeelte (mesometrium) welk de mesosalpinx, het ligamentum teres en het mesovarium bedekt en het inferior gedeelte (parametrium) welk dikker is en solidair met de bekkenwand en de isthmus. Het ligamentum cardinale (ligamentum transversum cervicis) loopt tussen de cervix uteri en de bekkenwand. Het ligamentum suspensorium ovarium tenslotte is een peritoneale plooï vanaf de bekkenwand naar het ovarium en bevat de vasa ovarica.

De peritoneale holte rust met zijn inhoud op het geheel van de bekkenorganen. Het peritoneum bedekt de uterus geheel en vormt anterior de excavatio vesico-uterina en posterior de excavatio recto-uterina (cavum van Douglas), lateraal gaat het peritoneum over in het ligamentum latum.

Door de inwerkende krachten uit het abdomen rust de uterus meestal iets naar rechts.

Vascularisatie: Arterieel: Aorta abdominalis, A. iliaca communis, A. iliaca interna, A. uterina welke zich splitst in de R. tubarius, de R. ovaricus en Rr. Vaginales.

Veneus: plexus venosus vaginalis, V. uterina en plexus venosus uterinus. Plexus venosus uterinus, V. uterina, V. iliaca interna, V. iliaca communis, V. cava inferior. Innervatie: De uterus ontvangt sympathische takken van de nervi splanchnici major en minor en de nervus splanchnicus imus via het ganglion mesentericum superius, plexus mesentericus superior, plexus mesentericus inferior, plexus hypogastricus superior en de plexus hypogastricus inferior. Ter hoogte van de plexus hypogastricus komt daar nog een sympathische tak van de nervi splanchnici lumbales en een parasymphatische tak van de nervi splanchnici pelvici (S2-4) bij alvorens over te gaan in de plexus uterovaginalis.

Lymfe: drainage posterior in de nodi lymphatici lumbales en anterior in de nodi lymphatici inguinalis.

2.2.2. EMBRYOLOGIE

De embryologische ontwikkeling van de vrouwelijke genitalia gebeurt als volgt: inwendig ontwikkelen zich uit de oornierplooï de geslachtscellen in de ovariumschors, uit de oorniergangen van Müller (ductus paramesonephricus) de tubae uterina en de uterus, uit de kiemklierband het ligamentum ovarium proprium. De oorniergangen van Müller vormen een plooi in het bekken: het ligamentum latum, dat met de uterus het bekken verdeelt in een excavatio recto-uterina en een excavatio vesico-uterina. De uterus (gangen van Müller) sluit aan op de sinus urogenitalis en hier ontstaat een uitstulping: de bulbus sinuvaginalis. Zowel de bulbus als het cervixgedeelte van de uterus groeien snel waardoor respectievelijk de vagina en fornices vaginae ontstaan. De vagina heeft hierdoor een dubbele oorsprong: het bovenste 1/3 komt van de uterus (mesoderm) en het onderste 2/3 van de sinus urogenitalis (entoderm).

2.2.3. HYSTERECTOMIE

Een uterusextirpatie of hysterectomie is de chirurgische verwijdering van de baarmoeder. In Nederland werd in 2006 jaarlijks ongeveer 15000 keer een uterusextirpatie uitgevoerd. (Everdingen et al., 2006) Volgens de NVOG werd in Nederland in 2012 ongeveer 3500 keer per jaar een laparoscopische hysterectomie uitgevoerd. (Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2017)

Men schat dat een kwart tot een derde van de uterusextirpaties wordt uitgevoerd vanwege abnormaal uterinen bloedverlies. De overige redenen kunnen zijn een uterus myomatosus, adenomyosis uteri (menggezwel van klierepitheel en glad spierweefsel), endometriosis externa, premaligne afwijkingen van de cervix of van het endometrium en ontstekingen. Indien menorrhagie (overmatig bloedverlies) de hoofdklacht is wordt alvorens wordt overgegaan tot het

verwijderen van de uterus getracht eerst een alternatieve behandeling uit te voeren zoals het hysteroscopisch verwijderen van een intracavitare poliep, een submucosus myoom of van het gehele endometrium. Over het algemeen lost een operatie de dyspareunie niet op als er geen aanwijzing is voor een lichamelijke oorzaak. Een uterusextirpatie kan langs abdominale weg (via laparotomie of laparoscopie) worden uitgevoerd of vaginaal. De keuze van benadering hangt af van de grootte van de uterus en de vaginale toegang, maar ook van de voorkeur van de gynaecoloog en de patiënt. Men kan ervoor kiezen om de cervix uteri te behouden, echter wetenschappelijk bewijs van de meerwaarde hiervan ontbreekt. Men spreekt dan van een supravaginale uterusamputatie en van een laparoscopische supracervicale hysterectomie. In geval van een operabele maligniteit van de cervix, de uterus of de ovaria zal altijd een totale hysterectomie (uterus inclusief tubae en adnexae) worden uitgevoerd (Heineman et al, 2012).

2.2.4. HYSTERECTOMIE PROCEDURE

De ingreep bestaat uit de volgende stappen: onderbinden en klieven van de verbindingen tussen de adnexa en de uterus, het vrij prepareren van de blaas van de cervix, het onderbinden en klieven van het parametrale weefsel waarin de arteria uterina loopt, met grote zorg voor de dichtbijgelegen ureter, en ten slotte het klieven van de verbinding tussen de portio en de vagina, gevolgd door verzorging van het vaginale snijvlak. Veelal wordt de volgende techniek toegepast: de uterus wordt bij de tubahoeken met klemmen gevat en uit het kleine bekken gelicht. De ligamenta rotunda worden onderbonden en gekliefd, waarna vervolgens beiderzijds de tuba en het ligamentum ovarium proprium eveneens worden onderbonden en gekliefd. De tuba behoudt men om de bloedvoorziening van het ovarium niet te verstorten. Vervolgens wordt het blaasperitoneum gekliefd op de plaats waar het losmazige bindweefsel met de uterus is verbonden (septum supravaginale). De blaas wordt dan vrij geprepareerd zodat de cervix in zicht komt. Vervolgens wordt het parametrale weefsel onderbonden en gekliefd. De klemmen worden altijd zeer dicht bij de uterus geplaatst om te voorkomen dat de ureter wordt beschadigd (Zie figuur 1: Ureterverloop (Heineman et al. 2012, p. 952)). Om dergelijke complicaties en ook beschadiging van de blaas te voorkomen kan de cervix worden verwijderd binnen een fascie met een manchet, volgens de endofasciale methode van Richardson. De vagina kan nu worden bereikt, waarbij soms de ligamenta sacro-uterina afzonderlijk worden onderbonden en gekliefd. In het verleden was het gebruikelijk om het peritoneum te sluiten zodanig dat alle stompen overdekt werden. Bij een laparoscopisch geassisteerde supravaginale uterus amputatie wordt het corpus uteri door klieving ter hoogte van de isthmus verwijderd. Het

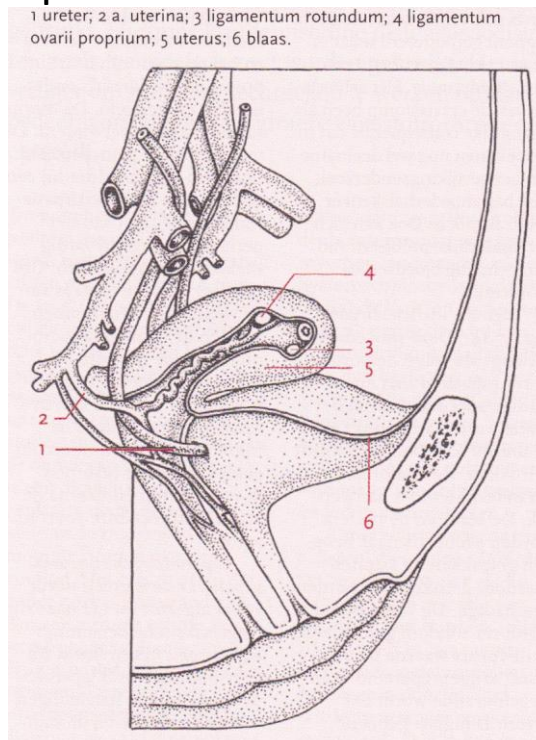
voordeel van deze benadering is dat er minder kans bestaat op beschadiging van ureters, blaas of rectum. Het nadeel van het achterlaten van de cervixstomp is dat deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker wel noodzakelijk blijft. Tevens kan onregelmatig bloedverlies blijven bestaan. Korte termijn complicaties van een uterusextirpatie zijn infecties, bloedingen en letsels aan naburige organen. Heineman et al (2012) en Versijde-De Callafon & Dijkstra (2016) melden dat bij de laparoscopisch geassisteerde supravaginale uterus amputatie het ligamentum latum wordt doorgenomen tot aan de ligamenta sacro-uterina. Voor het afronden van de operatie worden de bloedingen gestelpt en daarna de buikholte goed gespoeld. Een nieuwe ontwikkeling is het eventueel als laatste stap voor het sluiten in de buik brengen en achterlaten van HyaloBarrier Gel®. Dit is een anti-adhesief product met een hoge viscositeit waardoor het zich goed hecht aan het weefseloppervlak en de buikwand. De gel houdt de omliggende weefsels tijdens de herstelperiode gescheiden en gaat zo het ontstaan van adhesies tegen. De gel blijft minimaal een week in situ en wordt daarna volledig geresorbeerd.

Lange termijn complicaties van een uterusextirpatie worden weinig benoemd. Versijde-De Callafon & Dijkstra (2016) noemen veranderde seksuele beleving specifiek als lange termijn complicatie. Heineman et al (2012) hebben het alleen over het belang van het vooraf managen van de verwachtingen van de patiënte over het resultaat van de ingreep. Beiden benoemen wel de overgangsklachten die ontstaan na een totaal extirpatie waarbij ook de adnexa verwijderd zijn. Vierhout & Lammes (2005) noemen nog de recto- of vesicovaginale fistels die kunnen ontstaan en een grotere kans op een postoperatieve depressieve reactie dan bij andere operatieve ingrepen.

De recente medisch wetenschappelijke literatuur over hysterectomie wijkt niet significant af van de feiten en meningen zoals deze door het NHG en de door ons geraadpleegde boeken gepresenteerd worden. De onderzoeken richten zich vooral op de voor en nadelen van verschillende operatietechnieken (Barbic et al., 2018; Tonolini, 2018). De uitkomsten hiervan veranderen het operatiegebied, de doorgenomen structuren en gevolgen hiervan niet of nauwelijks. Of ze richten zich op hysterectomie voor maligne aandoeningen en daarvan is in onze casus geen sprake. Onze mening is daarom dat deze voor onze thesis niet relevant zijn. Ook worden wel onderzoeken naar langetermijneffecten van de hysterectomie op bijvoorbeeld het ontstaan van pijnsyndromen gedaan (Sng, et al., 2018). Helaas blijft het bij deze onderzoeken bij inventarisaties en worden geen nieuwe behandelwijzen onderzocht. Ook wijken de gevonden uitkomsten niet of nauwelijks af van de door ons geraadpleegde literatuur. Hierdoor zijn ze voor deze casestudie niet relevant. Een interessante ontwikkeling is wel dat men nu soms adhesies tracht te voorkomen door het inbrengen van HyaloBarrier Gel®. Hier is in de periode na het verschijnen van de door ons gebruikte boeken geen

nieuwe literatuur over gepubliceerd. Voor deze casus is dit niet relevant omdat het bij onze patiënte niet van toepassing is.

Figuur 1: Ureterverloop



Noot: Ureterverloop. De ureter loopt dicht bij de cervix onder de a. uterina.
Herdrukt van Heineman et al. (2012). *Obstetrie en gynaecologie - de voortplanting van de mens* (zevende ed.) p. 952. Houten: Springer Media B.V.

2.3. DYSPAREUNIE

Dyspareunie betekent letterlijk pijn tijdens geslachtsgemeenschap en is eigenlijk een symptoom dat zonder verder onderzoek niets zegt over de oorzaak van de klacht. Klinisch maakt men onderscheid tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie. Bij pijn in of rondom de vulva bij het naar binnen gaan van de penis spreekt men van oppervlakkige dyspareunie. Bij pijn dieper in de vagina of in de onderbuik bij doorstoten van de penis spreekt men van diepe dyspareunie.

Vaginisme of beter een vaginistische reactie is een vorm van oppervlakkige dyspareunie waarbij de spieren van de bekkenbodemp samentrekken zodra de vrouw geslachtsgemeenschap tracht te hebben. Ook een vinger, tampon of speculum inbrengen is vaak moeilijk tot onmogelijk.

Bij oudere vrouwen spelen naast de menopauze ook biospsychosociale factoren een rol in het ontstaan van dyspareunie. De menopauze beïnvloedt het ontstaan

van dyspareunie doordat de vaginale atrofie en de benodigde langere opwinding/stimulatie voor lubricatie hen kwetsbaarder maakt voor bij deze levensfase passende seksuele problematiek. Ook prolaps klachten en incontinentie komen bij deze groep vrouwen vaker voor en hebben een negatieve invloed op de zin in seks en benodigde opwinding. Behandeling kan mede bestaan uit voorlichting en het aanmeten van een steunpessarium welke een gunstige invloed kan hebben op de atrofie en incontinentie.

De door ons geraadpleegde recente artikelen over dyspareunie wijken niet significant af van de door ons geraadpleegde boeken in onderzoek en behandeling van de diverse oorzaken van dyspareunie. Wel is duidelijk dat in het laatste decennium meer aandacht en ruimte is voor de biopsychosociale factoren die kunnen bijdragen aan dyspareunie, en ook hoe deze met respect voor de patiënt opgelost kunnen worden. In eerste instantie dienen gevonden oorzaken behandeld te worden. De huisarts verwijst zo nodig naar een bekkenbodempysiotherapeut, seksuoloog, gespecialiseerde GGZ of gynaecoloog. Daarnaast zijn er studies bekend over het positieve effect van dieetaanpassingen, osteopathie, acupunctuur en TENS, alsook vitamine suppletie, vooral vitamine D lijkt veelbelovend.

(Vierhout & Lammes, 2005; Heineman et al., 2012; Eekhof, Jonkers, & Knuisting-Neven, 2016; Leusink, 2016; Folkeringa-de Wijs, 2016; Versijde-De Callafon & Dijkstra, 2016; Buggio et al, 2017)

2.4. DIEPE DYSPAREUNIE

Naast de in paragraaf 2.1 genoemde mogelijke oorzaken van dyspareunie zoals (provoked) vulvodynie, onvoldoende opwinding en of lubricatie, infecties, endometriose en verzakking spreken sommige bronnen ook van bekkenpijnsyndroom als mogelijke oorzaak van dyspareunie. Bij bekkenpijnsyndroom kan men vaak geen duidelijke verklaring vinden voor de dyspareunie. De uterus, het parametrium en de ligamenten daarin zijn drukpijnlijk, bij eventuele laparoscopie ziet men veneuze stuwning in het parametrium en ligamentum latum en een vlekkerige verkleuring van de uterus die past bij een onregelmatige doorbloeding. Vaak gaat het samen met een hyperreactiviteit van de bekkenbodemspieren. Vierhout & Lammes (2005) maken duidelijk dat bekkenpijnsyndroom ook bekend staat onder andere termen die afhankelijk zijn van wat degene die diagnosticeert belangrijk vindt. Zo worden parametropathie, pelvopathie, chronische bekkencongestie, buikwandneuralgie allen gebruikt voor klachten en symptomen die nu onder de term bekkenpijnsyndroom bekend staan

In één van de weinige onderzoeken waarin specifiek onderzoek is gedaan naar dyspareunie na hysterectomie van Siedhoff et al. (2014) komen de auteurs tot de conclusie dat in 2,3% van de vrouwen die een hysterectomie ondergaat nieuwe diepe dyspareunie ontstaat maar dat de werkelijke incidentie onbekend blijft. Zouden we dit over de cijfers van 2006 leggen dan zijn dat ongeveer 350 vrouwen per jaar! Vooraf bestaande pijnsyndromen kunnen een negatieve invloed op het ontstaan van nieuwe dyspareunie na hysterectomie hebben. Vaak is pijn bij het vrijen ook een van de redenen om de operatie uit te voeren, in dat geval is het goed om vooraf door te vragen, stellen de auteurs omdat een vicieuze cirkel van pijn bij vrijen, verminderde opwinding en verergerende diepe dyspareunie zeer goed mogelijk is. De wijze waarop de operatie wordt uitgevoerd heeft invloed op het ontstaan van nieuwe dyspareunie. Patiënten waarbij een vaginale hysterectomie wordt uitgevoerd hebben twee keer zo vaak last van de novo diepe dyspareunie, dit zou te maken hebben met de operatief verkorte vagina bij deze techniek. Bij de vaginale operatie komen ook meer klachten voor door adhesies van een ovarium. Hiervoor is soms het verwijderen van de adhesie of het vastzetten dan wel verwijderen van het ovarium noodzakelijk. In milde gevallen is adhesiolysis soms niet effectiever dan placebo operaties. Omdat de innervatie van de vagina complex is met input vanuit de spinale zenuwen van S2-S4, de nervi splanchnici pelvici, de plexus hypogastricus inferior en de plexus uterovaginalis beschrijven zij ook de mogelijkheid van referred pain als oorzaak van rugpijn en pijn aan de abdominale wand. Als pijn management mogelijkheid dragen zij een tampon met lidocaïne gel hoog in het vaginale gewelf aan. Deze dient in de avond ongeveer twee uur gedragen te worden, daarna verwijderen om irritatie te voorkomen. Aanvullende maatregelen tegen de pijn kunnen zijn: fysiotherapie, vibratietherapie en een alternatieve houding tijdens de coïtus om zo de diepte van penetratie beter te reguleren. Een laparoscopische resectie van de vaginale apex zien zij alleen als individuele mogelijkheid bij het falen van alle andere opties.

2.5. OSTEOPATHISCHE LITERATUUR

Dyspareunie is een symptoom met zeer diverse oorzaken. We hebben verschillende osteopathische studies gevonden die meestal gericht zijn op een van die oorzaken en waarbij dyspareunie als symptoom is meegenomen. In de door ons geraadpleegde osteopathische boeken komt dyspareunie niet aan bod als een uitgediept onderwerp. Wel wordt de mogelijkheid van het ontstaan van dyspareunie bij de dysfunctie van enkele organen aangestipt (Barral, 1993a; Barral, 1993b; Barral, 1993c; Hebgen, 2011; Helsmoortel et al., 2010; Paoletti, 2006).

In het onderzoek van Jacobs-Rosier & Waanders (2002) is het effect onderzocht van een reductietechniek op een eerste- en tweedegraads uterus prolaps. Deze bleek een duidelijke vermindering van de verzakkingsgraad en klachten te bewerkstelligen. Hierbij was dyspareunie een van de parameters welke met 3,43 (vooruitgang 3 = 40 tot 60%, 5= 80 tot 100% vooruitgang) significant verbeterde in de experimentele groep. Tevens zijn de rugklachten van de experimentele groep met 3,88 verbeterd ten opzichte van de controlegroep. De controlegroep had idealiter tussen 20 en 25 personen geteld, echter hebben zij maatregelen getroffen om vertekening tussen de experimentele en controle groep te beperken. Met een experimentele groep van 35 en een controle groep van 18 is dit een statistisch significant onderzoek van een techniek uit het scala van technieken dat de osteopaat ter beschikking staat. Jacobs-Rosier & Waanders (2002, P35) citeren een onderzoek van Menzies en Ellis: "Operaties hebben bijna altijd adhesies tot gevolg.. in het kleine bekken kunnen ze infertiliteit, dyspareunie en lage rug- en bekkenpijn veroorzaken...bij patiënten die een abdominale operatie hebben ondergaan heeft 93% adhesies, tegenover 10,4% bij patiënten die niet zijn geopereerd. Er wordt verondersteld dat adhesies bekkenpijn veroorzaken doordat ze een trek geven aan organen en fascia wat een tractie op de zenuwen veroorzaakt." Ondanks dat onze patiënte geen uterus prolaps heeft geeft het onderzoek wel een mogelijke invloed van een OMT-techniek op dyspareunie aan.

De pilotstudy van Band & Hoffmann (2004) onderzocht het effect van osteopathie op 28 patiënten met dyspareunie via een black box methode met wachtlijstdesign. Hierbij verminderde pijnscore op een Visual Analog Scale (VAS) van de dyspareunie gemiddeld van 71% naar 34%. Daarnaast boekten zij ook vooruitgang op onderdelen als menstratieklachten, hoofd, rug en buikpijn. Vanwege de mogelijke invloed van de menstruatiecyclus en om eventuele zwangerschappen uit te sluiten hebben zij ervoor gekozen om de patiënten steeds in de eerste week van de cyclus tweemaal te behandelen. Zij concluderen dat osteopathie vanwege de positieve effecten op patiënten met dyspareunie een waardige behandelmogelijkheid is. Positief vinden we dat ze geen vooraf vastgestelde behandelingen hebben gegeven maar een volledige osteopathische behandeling uitgaande van de bevindingen bij de patiënt. Wij vinden wel dat 8 behandelingen binnen 14 weken wat kort ruimte laten voor het zelfhelend vermogen van het lichaam en vragen ons af of dit de onderzoeksresultaten beïnvloed heeft. Daarnaast betreft het een pilotstudy waar ondanks de positieve resultaten nog een vervolg op mag komen voordat de conclusie zo stellig getrokken mag worden. Desondanks vinden wij dit een goed opgezet onderzoek waarvan de resultaten naar meer smaken.

Wij vonden een tweetal Spaanse pilotstudy's: van Triay Salamanca (2010) welke handelt over het effect van Osteopathic Manual Treatment (OMT) bij diepe dyspareunie en van Barber Mercadal (2013) welke het effect onderzoekt van osteopathische behandeling bij vrouwen met postpartum dyspareunie. Hoewel beide onderzoeken niet volledig gelijk zijn qua onderwerp en patiëntengroep zijn ze qua opzet vrijwel identiek en kunnen we ze toch samen bespreken. Daar waar ze verschillen geven we dat aan. Beiden hadden een onderzoeks- en controle groep van 7 patiënten (totaal ieder 14). De onderzoeks- en controlegroepen bestonden uit vrouwen waar bij eerder onderzoek door een gynaecoloog de diagnose dyspareunie is gesteld. Bij Triay Salamanca (2010) deden alleen patiënten mee waarbij diepe dyspareunie was vastgesteld. Patiënten met gastro-intestinale pathologieën, urogenitale of psychische aandoeningen werden uitgesloten van het onderzoek. Beiden hebben ervoor gekozen om te onderzoeken en behandelen volgens een vast protocol. Hierbij werden vijf tot zeven regio's, die zij als belangrijk voor het evenwicht in het kleine bekken aangemerkt hebben, onderzocht en behandeld met OMT. Beiden rapporteren resultaten van in de onderzoeksgroepen die flink beter uitvallen dan in de controlegroepen. Het onderzoek van Barber Mercadal (2013) is iets verder uitgebreid met een uitgebreide vragenlijst de "Female Sexual Function Scale". Helaas is het onderzoeken en behandelen volgens een vast protocol geen osteopathie zoals wij dat hier in Nederland beoefenen omdat het in onze ogen voorbijgaat aan het osteopathische principes. Ook zijn de onderzoeken te klein om een statisch significant resultaat te kunnen leveren. Hooguit kunnen deze twee onderzoeken een aanwijzing geven voor een mogelijk positief effect van OMT-technieken bij dyspareunie. Om echt iets te kunnen zeggen over het effect van osteopathie en OMT bij dyspareunie is meer onderzoek nodig op een grotere groep patiënten in een opzet die recht doet aan de osteopathische principes zoals een black box methode.

Darai, et al. (2015) hebben in 2014 in een pilotstudy onderzocht wat het effect is van OMT op twintig vrouwen met diep infiltrerende endometriose met colorectale infiltratie. Ze behalen een significante verbetering in fysieke en mentale kwaliteit van leven van 60% in "intention to treat" wat veel beter is dan het verwachte placebo-effect. Zelf dragen ze al de geringe randomisatie en korte periode aan als mogelijk subjectieve factoren alsook het feit dat ze enkel patiënten in een zeer gevorderd stadium van de ziekte hebben behandeld. Daarbij willen wij nog toevoegen dat ze helaas volgens een vast protocol hebben onderzocht en behandeld. Wat, hoe gefundeerd hun keuzes ook, volgens ons geen echte osteopathie is. Helaas zijn de resultaten op de dyspareunie van deze groep patiënten niet inbegrepen in ons exemplaar van de studie. Hierdoor blijkt deze voor onze casus minder relevant. Desondanks geeft dit onderzoek wel een

aanwijzing van de mogelijke effectiviteit van OMT handgrepen op de klachten van patiënten met diep infiltrerende endometriose.

Sillem et al. (2016) behandelden 28 vrouwen met hypertonie van de bekkenbodem met een behandelrequentie van eens per week. In totaal maakten 22 patiënten de behandelreeks af waarvan 17 patiënten een verbetering van de klachten rapporteerden. Naast de bezwaren van een beperkte behandelgroep en protocollair onderzoek en behandeling vinden wij dat ze de behandelresultaten beter op een andere manier hadden kunnen onderzoeken. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van de "Female Sexual Function Questionnaire" voor en na behandeling voor meer en meer gespecificeerde data. Tevens hebben zij geen wachttijd ingelast. Wij vinden vooral de subjectieve verzameling van behandelresultaten in dit onderzoek kwalijk omdat daarmee eigenlijk het positieve behandelresultaat tenietgedaan wordt. Wij achten deze thesis daarom niet relevant voor onze casus.

De thesis van Lackner (2017) behandelt als onderwerp niet specifiek de dyspareunie of hysterectomie maar het al dan niet behandelbaar zijn van postoperatieve adhesies door Osteopathic Manual Treatment (OMT) en kan in het kader van deze thesis daarom toch interessant zijn. Het betreft een uitgebreide gedegen literatuurstudie op wondheling en het ontstaan van adhesies, onderzoeken naar het effect van Osteopathic Manual Treatment aangevuld met empirische gegevens uit een interview. Ook zij bevestigt de mogelijkheid van het ontstaan van postoperatieve dyspareunie door adhesies in het kleine bekken. Lackner concludeert dat OMT in staat is invloed uit te oefenen op het ontstaan van en al bestaande abdominale adhesies. Tevens concludeert zij dat viscerale en fasciale technieken zoals myofasciale release en fasciale unwinding een positief effect hebben op systemische en lokale factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van adhesies. Myofasciale release en fasciale unwinding technieken verhogen de glijdcapaciteit van fasciale weefsels, wat het ontstaan van potentiële adhesies tegen gaat. Door een gebrek aan osteopathische literatuur heeft zij haar vermoedens gestaafd door middel van een interview met een praktiserend osteopaat voor empirische bevindingen. Hoewel de thesis van Lackner (2017) een hoopgevende verzameling van positieve onderzoeksresultaten voor het behandelen van adhesies door middel van Osteopathic Manual Treatment bevat is het jammer dat zij weinig osteopathische studies heeft gevonden. Hierdoor is de waarde van haar thesis beperkt. Verder praktisch onderzoek op patiënten met adhesies is noodzakelijk. Ondanks deze kanttekeningen kan OMT een waardevol middel zijn in de behandeling van patiënten met adhesies.

2.6. DEFINITIE, DIAGNOSE EN BEHANDELMETHODES ISCHIALGIE

Om het onderwerp te kaderen maakt ischialgie geen onderdeel uit van de deelvragen en literatuurstudie van deze casestudie. Omdat het klachtenpatroon echter wel onderdeel is van het dysfunctiemechanisme van onze patiënte stippen we hier toch kort wat onderdelen aan.

Definitie: Uitstralende pijn in het verloop van de nervus ischiadicus.

Diagnose en behandelmethoden: Ischialgie is een symptoom dat veroorzaakt kan worden door wortelcompressie, maar ook door een letsel van de nervus ischiadicus in het perifere verloop van de zenuw. Ook coxartrose of neurogene claudicatio intermittens kunnen gelijksoortige klachten veroorzaken soms straalt dan de pijn uit in het been, maar dit staat minder op de voorgrond dan de rugpijn en heeft niet het karakter van radiculaire pijn. Men spreekt dan van aspecifieke lage rugpijn met uitstraling. Tegenwoordig wordt de term Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) gebruikt voor ischialgie. De definitie van LRS is uitstralende pijn in één bil of been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen), die suggestief is voor een prikkeling van één (soms twee) specifieke lumbosacrale zenuwwortel(s). Jaarlijks ziet een huisarts 12 nieuwe gevallen van LRS op de 100 patiënten en 36 op de 100 patiënten nieuwe gevallen van lagerugpijn met uitstraling. In veel gevallen veroorzaakt een discushernia geen klinische verschijnselen. Zelfs indien de discushernia aanleiding geeft tot compressie en/of tractie van de op dat niveau uittredende zenuwwortel leidt dit niet altijd tot symptomen. Meer zeldzame oorzaken van wortelcompressie zijn onder andere een foraminale stenose, spondylolisthesis, wervelfractuur, wervelmetastase, epiduraal abces of hematoom. Ook een ontsteking van een zenuwwortel (radiculitis) kan tot een LRS leiden. Er zijn aanwijzingen dat een grote lichaamslengte, zwaar lichamelijke werk (vooral indien dit gecombineerd wordt met frequent vooroverbuigen en draaien van de wervelkolom), mentale stress, langdurig roken en frequent langdurig autorijden (> 2 uur/dag, meer dagen per week) risicofactoren zijn voor het ontstaan van een LRS. Daarnaast speelt genetische aanleg waarschijnlijk een rol.

In een meer ernstig beloop kan er sprake zijn van een cauda-equinasyndroom. Symptomen passend bij een cauda-equinasyndroom zijn (uni- of bilaterale) motorische of sensibele uitval (rijbroekanesthesie) al dan niet in combinatie met hevige radiculaire pijn, urineretentie, incontinentie voor urine en/of feces, verminderd passagegevoel van feces en/of erectiele disfunctie als gevolg van

compressie van verschillende sacrale zenuwwortels. In een enkel geval zijn pijnklachten afwezig bij een cauda-equinasyndroom, wat op ernstige zenuwschade kan wijzen. Soms is er sprake van een lumbale wervelkanaalstenose kenmerkend is dan de uitstralende pijn (vaak volgens een dermatomaal patroon) in één of beide benen, soms gepaard gaande met een sensibiliteitsstoornis en/of parese, die optreedt bij staan of lopen en weer verdwijnt bij zitten of vooroverbuigen (neurogene claudicatio intermittens). De klachten treden niet op bij fietsen. De klachten ontstaan over het algemeen geleidelijk.

LRS heeft in de meerderheid van de gevallen een gunstig beloop, bij driekwart van de patiënten met een discushernia treedt binnen 3 maanden spontaan herstel op. De diagnose wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. De huisarts is daarbij alert op aanwijzingen voor een ernstig beloop (zoals het cauda-equinasyndroom) en de waarschijnlijkheid van andere ernstige oorzaken. Hiermee houdt hij vooral rekening bij atypische klachten of een langdurig of progressief verloop.

In geval van een ernstig beloop of ernstige oorzaak verwijst de huisarts door naar een neuroloog. Anders volgt een afwachtend beleid voor 8 tot 12 weken op spontaan herstel, gecombineerd met een activerende benadering met pijnmedicatie en eventueel begeleiding van een fysiotherapeut. Duurt het herstel langer dan 12 weken dan kan dit beleid worden voortgezet of een operatie worden voorgesteld. Het herstel op korte termijn is iets sneller met dan zonder een operatie. Na een jaar is er geen verschil tussen het herstel met of zonder operatie (Nederlands huisartsen genootschap, 2015b; Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008)

Ook acupunctuur, oefentherapie (Cesar, Mensendieck), fysiotherapie en massage zijn behandelmogelijkheden.

Osteopathische behandelmethoden

Lage rugklachten en/of ischialgie zijn al uitgebreid beschreven en onderzocht in osteopathische literatuur. Alleen al een zoekopdracht op Osteopathic Research Web (ORW)(<http://www.osteopathicresearch.com>) in april 2018 met de parameters "low back pain" OR "sciatica" AND "OMT" en een periode tussen 2010 en 2018 geeft 27 theses en onderzoeken op dit gebied. Indien je geen beperking op de periode invoert levert dezelfde zoekopdracht 138 theses en onderzoeken. Omdat ischialgie geen onderdeel uitmaakt van de hoofdvraag van deze casestudie verwijzen wij graag naar de recente werken van bijvoorbeeld Olver, 2012; Pessemier, 2013; Serres, 2013; Robertson, 2014; Moya Sanchez et al., 2015; Garcia Ramiro et al., 2015; Olivas Perez et al., 2015; Fontan Arbeizar, 2015; Garcia, 2015 en Peres Riquelme et al., 2016.

En dit is nog buiten de theses en onderzoeken die in de bibliotheek van College Sutherland Amsterdam te vinden zijn (deze zijn niet vertegenwoordigd op ORW). Hier zijn op het moment van raadplegen (januari 2018) nog eens 15 theses en 1 onderzoek te vinden over lage rugpijn met of zonder uitstraling en het effect van een osteopathische interventie. (Jacobsz-Rosier et Waanders, 2002; Ter Laak, 2003; Verheul, 2004; Landa, 2005; De Jong, 2008; Kalter, 2008; Kok, 2009; De Block, 2010; Dudink-Vermaas, 2010; Gerlag, 2010; Pallat, 2010; Smeenk, 2010; Theunissen, 2010; Tijssen, 2010 en Van de Veen, 2011). Over het algemeen kan worden gesteld dat osteopathie het welbevinden van de patiënt bevordert.

3. VERKLARINGSMODELLEN

In dit hoofdstuk bespreken we de verschillende verklaringmodellen voor diepe dyspareunie en de relatie met de osteopathische diagnostiek en behandeling. Tevens zullen er verbanden worden gezocht voor diepe dyspareunie en hysterectomie. Hierbij zal gekeken worden naar dirigerende dysfuncties. Deze dysfuncties zijn:

- Lever
- Diafragma abdominale
- Rechternier
- Rechter ureter
- Sigmoid
- PPI
- Intestinum

We formuleren de verklaringmodellen op basis van de gegevens uit de consulten en de theoretische kennis van zowel de reguliere als osteopathische behandeling op het vlak van biomechanica, embryologie, neurologie, fysiologie en psychologie. Omdat het onderwerp zo verweven is bespreken we het neurologische onderdeel bij het fysiologische verklaringmodel.

3.1. BIOMECHANISCHE RELATIE

De fascia vervullen verschillende rollen in het lichaam. Zo onderhouden ze de structurele integriteit, ondersteunen ze verschillende structuren, beschermen ze de fysieke en fysiologische integriteit, werken ze als schokbrekers, ondersteunen ze de hemodynamica (met name veneus en lymfatisch), verdedigen ze tegen pathogenen en infecties, spelen ze een cruciale rol in het communicatie en uitwisselingsproces en hebben ze een biochemische rol. Alle fasciale kettingen zijn met elkaar in harmonie en lopen zonder onderbreking in elkaar over. Hooguit vinden ze een ankerpunt op het bot om zo efficiënt te kunnen werken. Ze dragen krachten over, coördineren en harmoniseren bewegingen en dempen potentieel bedreigende impulsen of schokken op het lichaam (Paoletti, 2006). In het osteopathisch onderzoek in deze casestudie hebben we verschillende dirigerende dysfuncties gevonden. De dirigerende dysfuncties bevinden zich in of rond het abdomen wat ons doet vermoeden dat er een mogelijke fasciale relatie bestaat. In het volgende onderdeel bespreken we de gevonden fasciale keten om daarna kort in te gaan op de bladen van Glénard en littekenweefsel.

3.1.1. FASCIALE KETEN

“Mild pressure exerted on a fascia should not cause pain. However, if it is damaged, its sensitivity can be markedly enhanced and it can become frankly painful” (Paoletti, 2006, p. 227).

Bij nadere beschouwing van onze patiënte valt op dat alle dirigerende dysfuncties zich in of grenzend aan het peritoneum bevinden. Uit het verloop van de behandelingen lijkt de gevonden keten te lopen van de stomp van de portio of de littekens links en rechts ter hoogte het ligamentum latum en daardoor het peritoneum pariëtale inferior via het PPP naar het intestinum, sigmoïd, diafragma en lever. Gezien de reactie van de patiënt lijkt het aannemelijk dat vrijwel het gehele peritoneum betrokken is. Ook de klachten van de patiënt “pijn bij penetratie en het gevoel dat er dan “iets” zit links naast de vagina” kunnen verklaard worden aan de hand van deze verbindingen.

De cervix is anterior verbonden met de blaas via het peritoneum viscerale en via de vagina en de plica vagino-vescicalis (fascia van Halban) posterior met de plica rectouterina. Lateraal is ze beiderzijds verbonden met de ligamenta pubo-vesico-utero-recto-sacrale (PVURS) en daarmee met de pubis en het sacrum. Tussen de ligamenta PVURS lopen transversaal de prevesicale fascie, de plica vagino-vescicalis, de plica rectouterina en de retrorectale fascie. (Figuur 2: Fascia van het bekken (Paoletti,2006 p.62)) Via het sacrum bestaat een verbinding met het pia mater van het ruggenmerg en het cerebrum, welke weer een verbinding hebben met de gevonden dysfuncties.

De eierstokken en de eileiders zijn (in dit geval) verbonden met de cervix via het restant van het ligamentum latum via het peritoneum pariëtale inferior anterior en posterior van de cervix. De tubae hebben een verbinding met de appendix en het sigmoïd via het ligamentum tuba-colicum.

De cervix heeft een relatie met de rechter ureter via het peritoneum en het restant van het ligamentum latum met de fascia iliaca en uiteraard via de ureter met de rechter nier en daarmee met de wervels van T12 tot en met L3.

In dit geval vanwege het chirurgisch verwijderen van de baarmoeder van onze patiënte loopt er een litteken aan de rechterzijde waar de uterus aan het ligamentum latum verbonden was. Hier vlak onder loopt de rechter ureter. Zo dicht bij dat alle gevonden literatuur het gevaar van letsel aan de ureter bij hysterectomie expliciet noemen.

(Vierhout & Lammes, 2005; Heineman et al., 2012; Versijde-De Callafon & Dijkstra, 2016)

De ureter verloopt direct naast de isthmus van de uterus en de cervix (Zie figuur 1: Ureterverloop (Heineman et al., 2012, p. 952)).

De rechter fascia perirenalis is craniaal verbonden met het diafragma abdominale en caudaal met de fascia van de musculus iliaca en musculus psoas.

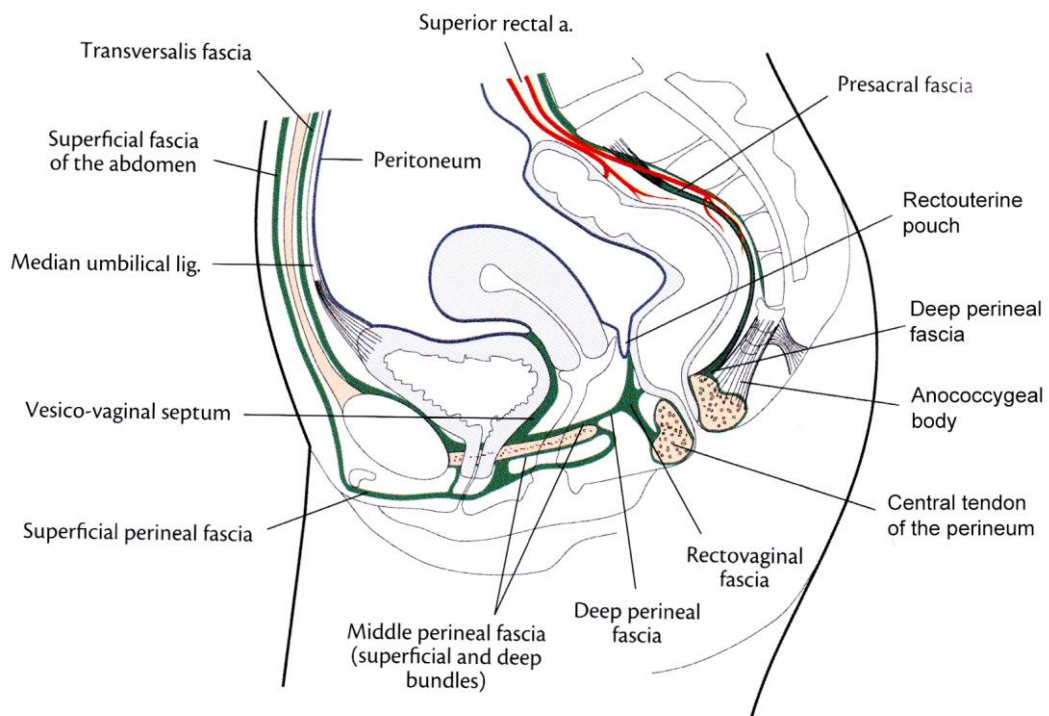
Het peritoneum pariëtale posterior heeft een relatie met de fascia perirenalis anterior (van Gerota) en gaat over in het peritoneum viscerale van de lever, welke ook een glijvlak verbinding heeft met het peritoneum pariëtale anterior en posterior. Ook via het ligamentum triangulaire heeft de rechter nier een verbinding met de lever. Ook rechtstreeks via het peritoneum pariëtale anterior en posterior heeft de cervix een verbinding met de lever en het diafragma abdominale. De lever heeft een directe verbinding met het diafragma abdominale via de area nuda en het ligamentum coronarium.

Via het peritoneum pariëtale posterior is er een verbinding met het intestinum, tevens hebben de lussen van het intestinum een glijvlak verbinding met het kleine bekken en dus het operatiegebied van onze patiënte.

Via het peritoneum pariëtale posterior en de primaire radix van het sigmoïd die loopt over de musculus piriformis, de plexus sacralis en het sacrum een daarmee verbinding met de nervus ischiadicus.

(Barral, 1993c; Paoletti, 2006; Schünke, Schulte, & Schumacher, 2006; Helsmoortel et al., 2010; Hebgen, 2011)

Figuur 2: Fascia van het bekken



Noot: Fasciae of the Pelvis (Female).

Herdrukt van Paoletti (2006). *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction & Treatment* p.62. Seattle: Eastland Press, Inc.

3.1.2. LITTEKENS EN ADHESIES

In normale wondheling is sprake van weefsel remodelering met granulatie en proliferatie van elastische en verbindende vezels. Het ultieme doel van dit proces is om zoveel mogelijk van de originele structuur van het weefsel te regenereren. Indien dit niet lukt ontstaan littekens. Littekens kunnen verregaande consequenties hebben voor de mobiliteit en functionaliteit van weefsels. Een litteken in het abdomen verstoort de mobiliteit van omliggende organen waardoor zij onder spanning en constante irritatie ontstaat. Hierdoor verliest het orgaan zijn mobiliteit en raakt gefixeerd. Normale fysiologische functie is afhankelijk van de fasciale mobiliteit waardoor het mobiliteitsverlies leidt tot dysfunctie en op de lange termijn tot ziekte. Het is bekend dat uitdroging van de vliezen tijdens operaties aanleiding kan zijn tot adhesies/verstoring van het bindweefsel. Daarnaast zijn littekens naar aanleiding van een operatie op zichzelf ook al potentiële bronnen van irritatie/dysfunctie.

Zowel Barral (1993c), als Hebgen (2011) noemen mogelijke adhesies of fixaties en/of operatief ingrijpen in een gebied als reden voor osteopathische behandeling. Ook Lackner (2017) onderschrijft in haar thesis het nut van osteopathisch ingrijpen bij adhesies. Haar thesis betreft echter een literatuurstudie en de enige recente osteopathische invalshoek is empirisch bewijs uit interviews met 1 osteopaat.

Iedere incisie in het peritoneum is een potentiële verstoring. In het verleden werden bij abdominale chirurgie de fascia gehecht, echter hier is men van teruggekomen omdat dit veel eerder aanleiding gaf tot het vormen van disfunctionele littekens en de vorming van bindweefselbruggen of adhesies. (Barral, 1993b; Paoletti, 2006; Hebgen, 2011; Heineman et al, 2012)

“When a scar becomes a problem, it should be treated without fail because it can represent a primary restriction... the goal is not to eliminate the adhesions... but to regenerate some degree of elasticity, as this is the potential of all tissues. As a result, the adverse effect of the scar on the organ will be eliminated or significantly attenuated, which will help to preserve its function” (Paoletti, 2006, p. 293).

Barral (1993c) beschrijft de wederzijdse afhankelijkheid van het diafragma, peritoneum en de organen van het kleine bekken. Zowel Barber Mercadal (2013) als Triay Salamanca (2010) benadrukken in hun onderzoek het belang van de mobiliteit van de thoracolumbale overgang voor de doorstroming van alle vloeistoffen wat ook een effect heeft op het kleine bekken.

Volgens Helmoortel et al. (2010) veroorzaakt de normale rustige ademhaling in gezonde mensen geen ruimtelijke mobiliteit van de intraperitoneale organen, maar eerder een gelijkmatige compressie en decompressie van alle kanten. Zij

beargumenteren de mogelijkheid dat het afwezig zijn van ruimtelijke verplaatsing in een ontspannen patiënt geen dysfunctie is maar juist een mogelijkheid tot compenseren door beweging, en dat wanneer een orgaan zijn normale vorm en positie verliest het effect van de normale ademhaling in compressie/decompressie niet meer optimaal is. Zo zou het lichaam zijn ademhalingspatroon aanpassen in diepte en richting zodat het verlies in stimulatie gecompenseerd wordt.

In onze casus zijn in ieder geval de littekens aan de cervix, de blaas het ligamentum latum en de buikwand (van gaatje voor de laparoscoop) aanwezig omdat daar de incisies gemaakt zijn. Daarnaast kan eventueel het peritoneum een of meerdere verstoringsgebieden of adhesies overgehouden hebben aan de hysterectomie. Pas in de loop van de behandelingen krijgen we dieper toegang tot het abdomen en vinden we meerdere verstoorde glijvlakken binnen de peritoneale holte. Na behandeling in de derde sessie van de rechter ureter en van de vesicale hoek van het intestinum met het ligamentum latum of het PPI is de dyspareunie volledig verholpen. De klachten van ischialgie verbeteren pas na behandeling van de duidelijke fasciale voorkeur naar links posterior en caudaal van het PPI en de glijvlakken met het sigmoïd en de vesicale hoek.

3.1.3. BLADEN VAN GLÉNARD

We hebben een verminderde mobiliteit gevonden van de lever, het intestinum en het sigmoïd. Via de viscerale bladen van Glénard is er een relatie van de lever met het sigmoïd. De bladen van Glénard hebben een mechanische functie om de lever van onderaf te ondersteunen. De drukregeling in de lussen van het sigmoïd en het intestinum levert een grote bijdrage aan het dragen van het gewicht van de lever. Wanneer het sigmoïd en/of het intestinum verminderd mobiel is, kan het zijn functie met betrekking tot het drukmechanisme niet optimaal uitvoeren, dit is van invloed op de ondersteuning van de lever. Het derde blad van Glénard ligt in het linker hypogastrium en bevat het mesosigmoïd. Deze meso bestaat uit twee radices en is niet verkleefd aan het PPP, hierdoor heeft het sigmoïd een mobiele structuur. Eén van die radices loopt vanaf de arteria mesenterica inferior tot aan de mediale rand van de linker musculus psoas en volgt daarna de laterale rand van de arteria iliaca communis en externa.

Het mesosigmoïd verloopt vanaf de aorta bifurcatie tot aan S3 en dan verder tot in de fascia van de musculus iliacus en bevat de vasculaire en neurogene structuren van het sigmoïd. Hij heeft naar posterior een zeer nauwe relatie met het sacrum. Via de aponeurose ontstaan er verbindingen met de musculus piriformis en de plexus lumbosacralis en daarmee ook met de nervus ischiadicus die hieruit ontspringt. Tevens bestaat een relatie met de (voormalige) uterus en

de ovariën en tubae. (Schünke, Schulte, & Schumacher, 2007; Helsmoortel et al., 2010; Hebgen, 2011) Na behandeling van het PPI en de glijvlakken met het sigmoïd en het intestinum in de vierde en vijfde behandeling verminderen de ischialgie klachten.

3.1.4. SAMENVATTING BIOMECHANISCHE RELATIES

De bovengenoemde verbindingen laten zien dat er een relatie bestaat/kan bestaan tussen de dirigerende dysfuncties en de klachten van dyspareunie en ischialgie.

In de eerste behandelingen konden wij bij ons onderzoek nog niet diep indringen in het abdomen omdat de patiënt zoveel pijn had dat we onze pogingen moesten staken. Zelfs bij langzame en omzichtige benadering of een ander toegangspunt zoeken. Dit doet ons vermoeden dat vrijwel het gehele peritoneum in dysfunctie was.

In de loop van de behandelingen kregen we langzaam dieper toegang en bleken de glijvlakken van het peritoneum pariëtale en viscerale van het abdomen niet vrij. Wellicht geïnduceerd door uitdroging van de vliezen tijdens de uitzonderlijk lange operatie waarbij stikstof in het abdomen geblazen is en door de invloed van het littekenweefsel van de hysterectomie.

3.2. FYSIOLOGISCH VERKLARINGSMODEL

3.2.1. FYSIOLOGIE VAN DE LEVER

De lever speelt een grote rol in vele fysiologische processen. Zoals lipolyse, lipogenese, glycogenese en glycogenolyse, gluconeogenese, stofwisseling van hormonen, synthese van plasmaproteïnen en stollingsfactoren, aminozuur en ammoniakstofwisseling, detoxificatie (zoals alcohol en medicijnen), depotfunctie voor bijvoorbeeld glycogeen en vitaminen (A, B12), secretie van galzouten, vasculaire functie, De lever heeft een grote reservecapaciteit en dus zullen matige beschadigingen nauwelijks gevolgen hebben. Volgens Hebgen (2011) heeft de lever de neiging om op diverse pathogene stressoren te reageren met zwelling. Volgens hem leidt dit in de meeste gevallen niet tot een vergroting van de lever maar wel een palpabele gespannen weerstand net onder de ribbenboog. Daarbij is de lever dan duidelijk gevoeliger voor druk dan een gezonde lever. Als een patiënt regelmatig medicijnen (bijvoorbeeld paracetamol) nodig heeft dan kan dit alleen al voldoende zijn om een dysfunctie of zelfs structurele schade te veroorzaken. In mensen die van nature moeite hebben om alcohol af te breken of door bijkomende stress op de lever door ziekte of medicatie kan zelfs een dagelijkse geaccepteerde hoeveelheid alcohol schade veroorzaken. Osteopathisch gezien kan volgens hem een van de gevolgen hiervan ischialgie zijn die zich vooral aan de linkerzijde uit door microblokkade in

de venae lumbales ascendens en het azygosysteem doordat de zwelling het terugvloeien van bloed in de vena porta veroorzaakt. De slechte doorstroming in de lever kan zo leiden tot congestie van deze klepeloze plexus, en irritatie van de zenuwwortels, het ruggenmerg of het ligamentum longitudinale posterior tot gevolg hebben. Tevens kan het op den duur de homeostase van het celmetabolisme beïnvloeden wanneer het ontgiftingsproces van de lever onvoldoende functioneert. Dit kan van invloed zijn op de kwaliteit van het bindweefsel en op de lokale metabole processen met eventueel radicaire prikkeling tot gevolg.

Barral (1993b) maakt onderscheid in linker en rechter ischialgieën waarbij de linker ischialgieën het eerder beschreven fenomeen van microblokkades van Hebgen grotendeels onderschrijft. Volgens Barral veroorzaakt de portale hypertensie een aanzienlijke collaterale veneuze circulatie en ook een inflammatie en congestie van de sacrale regio met gelijke gevolgen aan die welke Hebgen beschrijft.

Factoren die de mobiliteit en hemodynamica van de lever mede verstoren zijn volgens Barral een zenuwzinking, een zittend leven of de houding tijdens het werk.

Onze patiënte heeft meerdere belastende factoren voor de lever in haar anamnese zoals wekelijks hoofdpijn waarvoor zijn paracetamol en/of ibuprofen of indien nodig Sumatriptan gebruikt. Ook is zij overgevoelig voor rode wijn, hier krijgt ze hoofdpijn van. Na behandeling van de lever in het eerste consult heeft zij niet meer wekelijks last gehad van hoofdpijn en / of migraine.

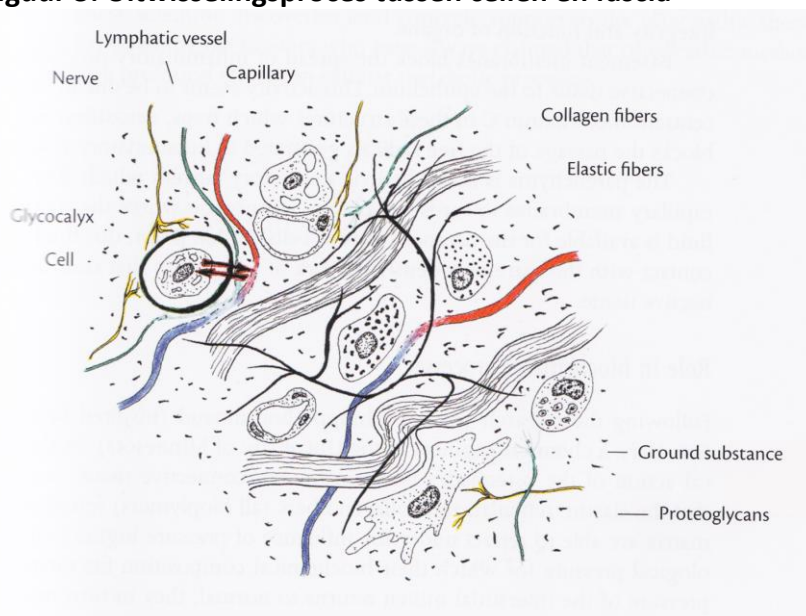
3.2.2. FYSIOLOGIE VAN FASCIA

Bindweefsel ontstaat uit het mesoderm en omvat de volgende weefsels: bot, spieren, bloed en bloedvaten en fascia (Latijn) of fascie. Zoals bekend bepalen vooral de eigenschappen van de extracellulaire matrix de vorm en functie van bindweefsel. Fascia is een continue, multidimensioneel web van bindweefsel dat iedere cel en structuur van het lichaam omgeeft en scheidt. Het zorgt voor steun, structuur en beweging en is op alle niveaus (van cellen tot organen en orgaansystemen) opgebouwd uit een elastocollageen complex. Het elastocollageen complex bestaat uit de vezelproteïnen elastine en collageen, cellen (fibroblasten, adipocyten, macrofagen, mestcellen en plasmacellen (witte bloedcellen)) en grondsubstantie ofwel matrix. Het eiwit elastine is de spil van dit complex en biedt elasticiteit, flexibiliteit en schok absorbering en het eiwit collageen bepaalt de stevigheid, plooibaarheid en richting van de fascia op basis van het type collageen. Tevens beschermt collageen tegen over strekking of uitrekking. De matrix is een colloïdale oplossing van verschillende mucopolysacchariden (ofwel glycosaminoglycanen (GAG) zoals chondroïtinesulfaat, heparansulfaat en hyaluronzuur) die soms gebonden zijn

aan eiwitten (proteoglycanen). Ze binden cellen met vezels, vezels onderling en/of watermoleculen onderling. De niet-collagene proteïnen helpen hierbij, het zijn verbinding- en netvormende proteïnen. De matrix is de basis voor uitwisseling van stoffen, immuniteit, glijd mogelijkheden, schokabsorbering en het weerstaan van compressiekrachten. (Figuur 3: Uitwisselingsproces tussen cellen en fascia (Paoletti,2006 p.159)) Tevens vormt het een moleculaire zeef waarvan de grootte van de poriën afhankelijk is van de concentratie proteoglycanen in dat bindweefselcompartiment. Door de overwegend negatieve lading van de proteoglycanen is de matrix te allen tijde zowel isosmotisch als isotoon.

Vele verschillende factoren kunnen het bindweefsel prikkelen. Een prikkel die sterk genoeg is of lang genoeg aanhoudt kan structurele veranderingen veroorzaken. Deze structurele veranderingen blijven in eerste instantie lokaal door de isolerende werking van de sereuse membranen, de septa en de fascia. Doordat symptomen van irritatie in eerste instantie uit blijven duurt het relatief lang voordat verstoringen in het bindweefsel opgemerkt worden. Hierdoor kunnen de weefsels relatief lang abnormale signalen doorgeven en de regulerende systemen op cellulair, weefsel, endocrien en neuronaal niveau misleiden. Veranderingen in de regulerende systemen verspreiden zich langzaam waardoor een facilitatie ontstaat. Uiteindelijk is dan vaak elke extra prikkel op dit gefaciliteerde systeem voldoende om een ongepaste en overdreven reactie uit te lokken. (Junqueira & Carneiro, 2007; Paoletti, 2006)

Figuur 3: Uitwisselingsproces tussen cellen en fascia



Noot: Exchange Processes Between Cells and Fasciae.

Herdruckt van Paoletti (2006). *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction & Treatment* p.159. Seattle: Eastland Press, Inc.

3.2.3. FYSIOLOGIE VAN NEURONAALWEEFSEL EN PIJN

Enkele gebundelde axonen en/of dendrieten noemt men een nervus of zenuw. Een zenuw is van buiten naar binnen opgebouwd uit een neurolemma, epineurium, perineurium, endoneurium, vasae nervosae (arteriën en venen), axonen en dendrieten. Het neurolemma en epineurium zijn in continuïteit met het dura mater en omhullen de zenuw tot op het perifere niveau waar de zenuwbundel vertakt in fijne uitlopers die vrij in de bindweefselmatrix of interstitiële ruimte liggen. De vasa nervosa zijn de zeer fijne bloedvaten die de fysiologie van de neuronen te verzorgen.

Waarschijnlijk is de veneuze circulatie van groter belang in het ontstaan van problemen dan de arteriële circulatie. De groep III (of C vezels) is verantwoordelijk voor de pijngeleiding (vegetatief) en is het minst gevoelig voor mechanische compressie of tractie, echter ze zijn het meest gevoelig voor biochemische of chemische irritatie. Depolariserende stoffen geven irritatie op de vrije uiteinden van de C vezels welke dan nociceptische prikkels afvuren. Dit zijn onder andere: Kalium en Calcium ionen, bradykinine, Prostaglandines (PG)(type E en F), serotonine, histamine, etcetera. Om een nociceptische prikkel af te vuren moet de concentratie van een of meer van de polariserende stoffen in voldoende mate aanwezig zijn om de prikkel drempel te bereiken. Een concentratie is het aantal opgeloste deeltjes gedeeld door de hoeveelheid oplosmiddel. Een concentratie stijgt bij het stijgen van het aantal opgeloste deeltjes (toename aanvoer of onvoldoende afvoer) of de afname van de hoeveelheid oplosmiddel (door verlies van oplosmiddel zonder verlies van opgeloste deeltjes of verhinderde toevoer van oplosmiddel)

De afvoer is afhankelijk van het veneuze en lymfatische systeem, en van de mogelijkheden van de vloeistof om opgenomen te worden vanuit het interstitieel of matricieel milieu. Indien er sprake is van massieve celdestructie komen zeer hoge concentraties aan hydrofiele proteïnen in het interstitieel of matricieel milieu. De endotheelcellen contraheren dan door serotonine waardoor er diapedese (uittreden van bloedcellen uit de bloedvaten) kan optreden.

Bradykinine, PG E & F serotonine (vasculaire factoren) induceren een stase en weefseloedeem. Vanaf dit stadium activeert de gestegen weefselspanning extra de stase en inflammatie. De PG's en bradykinine verlagen daarnaast ook de prikkel drempel van de C vezels.

De reactiecapaciteit van de vasculaire weg is rechtstreeks afhankelijk van zijn sympathische tonus. Daarnaast is de stroomafwaartse doorstroming een belangrijke factor voor de venolymfatische afvoer. Sommige regio's zijn minder of niet gevasculariseerd (epitheel); andere regio's hebben weinig of geen collaterale vasculaire opvangmogelijkheden (zoals de nieren en het centrale zenuwstelsel). Ook de mechanische toestand van het bindweefsel is van invloed.

De veneuze stase en de directe stijging in concentratie van endotoxines en eventuele vasculaire of weefsel factoren die ze meebrengt is veel toxischer voor zenuwweefsel dan een eventuele relatieve hypoxie zonder stase. Daarom is de veneuze afvloeicapaciteit een dirigerende factor voor het al dan niet ontstaan van inflammatoire condities en pijn. Wanneer een goede veneuze en / of lymfatische drainage ontstaat waardoor de vasculaire en weefselfactoren weggespoeld worden noemt men dit het "wash out" fenomeen dit inhibeert de pijn en inflammatie direct.

Een goede veneuze of lymfatische drainage kan men bewerkstelligen door middel van bijvoorbeeld een leverpomp op een lever in congestie, venolymfatische technieken of andere osteopathische technieken op een orgaan in dysfunctie.

3.3. PSYCHOLOGISCH VERKLARINGSMODEL

3.3.1. PSYCHOLOGIE

Joeri Calsius zegt in een interview met De Osteopaat: "De emotionele blauwdruk van een patiënt wordt opgeslagen in het myofasciale weefsel, dat een soort spierpantser vormt op basis van vroege hechtingsprocessen en ingrijpende gebeurtenissen... Diepere myofasciale weefsels, die bijvoorbeeld verbonden zijn met functies zoals ademen, slikken, kauwen, verteren en seksualiteit, slaan dit soort ervaringen onbewust, voortlig en vooral lijfelijk op... Neurowetenschapper Antonio Damasio stelt dan ook dat er op breinniveau geen onderscheid bestaat tussen lichaam, buik en emoties. Wanneer je als osteopaat aan iemands buik werkt, werk je dus ook aan het fundament van heel wat emotionele processen" (Rozendaal, 2018, p. 12). Paoletti (2006) zegt in zijn boek "The Fascia" dat, naast meer bekende factoren, ook emotionele stress een fysieke reactie kan oproepen en zelfs kan leiden tot 'lesionele ketens'. "Many different factors can trigger a damaging chain reaction, including trauma (e.g., a sprain, a fall directly onto the coccyx, or a direct blow on an area of soft tissue), scars, infection, inflammation, and emotional stress"(Paoletti, 2006, p. 199).

In onze patiënte hebben we enkele mogelijke psychologische relaties gevonden. Onze patiënte heeft in op haar tweeëndertigste een periode van overspannenheid doorgemaakt. Hier is zij door middel van gesprekken met een psycholoog, rust en gedoseerde activiteit bovenop gekomen. Op haar zevenenveertigste is haar baarmoeder verwijderd, een evenement dat zij zelf heeft ervaren als het zwaarste in haar leven. Hieraan voorafgaand onderging zij een periode van pijn, onzekerheid over de oorzaak, schaamte over het urineverlies en twijfel over het verwijderen van haar baarmoeder. Ondanks haar leeftijd op dat moment betekende dit voor haar een definitief afscheid van haar

kinderwens en vrouw zijn. Uiteindelijk kon zij niet anders dan kiezen voor het verwijderen van de baarmoeder omdat de pijn en incontinentieklachten door de vleesboom bleven verergeren. Tijdens de operatie, die langer duurde dan normaal, is haar blaas geraakt waardoor ook het lichamelijke herstel langer in beslag nam. Desondanks was ze wel blij met het pijnvrije resultaat van de ingreep. In de tussenliggende jaren voor de aanvang van haar huidige klachten heeft zij een en ander een plekje kunnen geven. Eind 2015 begon de spanning op haar werk op te bouwen met de aankondiging van een grote reorganisatie met personele consequenties. Gevolgd door een bedrijfsovername en bedrijfscultuur verandering van mensgericht naar een veel zakelijker en hardere insteek met minder oog voor het individu, die minder bij haar past. Ook in deze periode werd haar man ziek, bij haar schoonvader werd kanker geconstateerd en tot overmaat van ramp werd ook haar moeder ziek. Het duurde bijna een jaar voordat ze duidelijkheid had over de persoonlijke gevolgen van de reorganisatie. Gedurende deze gehele periode overheersten gevoelens van angst, verdriet, onmacht en onzekerheid. Vlak na het bericht van haar aanstaande ontslag begonnen in maart 2016 haar klachten van dyspareunie en ischialgie. Eind 2016 knapte haar man weer op, werd duidelijk dat haar schoonvader niet direct zou overlijden en vonden ze een plekje in een verpleeghuis voor haar moeder. De dyspareunie bleef onverminderd aanwezig. De ischialgie verbeterde iets met de behandeling van de fysiotherapeut en osteopaat maar verdween niet.

Bij onze eerste behandeling zagen wij een wat gespannen vermoeide dame van middelbare leeftijd die ook fysiek veel spanning met zich meedroeg. Op dat moment was zij nog werkloos. In de loop van de behandelingen ontspande zij en werd opgewekter, ook fysiek werd zij letterlijk toegankelijker. Bij de vierde behandeling konden wij al bij binnenkomst een verandering “zien dat er een last van haar af was gevallen”. De patiënte vertelde blij dat de dyspareunie verholpen was. Begin april is zij begonnen aan een nieuwe baan bij een bedrijf waar zij zich thuis voelt. De vijfde behandeling konden wij bij het ophalen van mevrouw zien dat zij soepeler en vlotter de trap op liep, tevens was zij veel meer ontspannen in de omgang. Tijdens ons laatste telefonische consult klonk zij energiek en vol voorpret over haar aanstaande vakantie. Niet alle opgemerkte veranderingen in het gedrag en (wel)zijn van onze patiënt kunnen we kwantificeren omdat deze als een ‘gevoel’ over het contact in ons geheugen zitten. Wij hebben dit ‘gevoel’ overgehouden aan opgemerkte microaanwijzingen en protosymbolen in het contact met onze patiënte. Omdat wij deze microaanwijzingen en protosymbolen nu niet meer onder woorden kunnen brengen geeft dat aan dat wij ons als aanstaand professional nog verder mogen bekwamen op het gebied van de vier klinische competenties: Mindfulness, emotioneel zelfmanagement, vertrouwen en klinische wijsheid. (Paoletti, 2006; SWOO, 2016; Rozendaal, 2018)

3.3.2. SAMENVATTING PSYCHOLOGIE

Bovenstaande mogelijke psychologische relaties kunnen bij onze patiënte een rol spelen/gespeeld hebben in het ontstaan van haar klachten. Feit is dat haar huidige hoofdklachten ontstaan zijn in een emotioneel stressvolle periode van haar leven. Zij onderging een lange periode van stress en onzekerheid tijdens een grote reorganisatie op haar werk. Hierin speelden meerdere factoren van financiële (baan) zekerheid, onzekerheid over de toekomst en een gevoel van onderwaardering een grote rol. Daarnaast waren ook in haar privéleven meerdere stressoren zoals de ziekte van haar moeder, schoonvader en echtgenoot. Hierdoor verloor zij haar veilige basis zowel thuis, in haar directe omgeving als op haar werk. Het is wellicht niet toevallig dat haar huidige klachten in deze periode begonnen.

3.4. EMBRYOLOGISCH VERKLARINGSMODEL

3.4.1. LEVER

In de derde week ontstaat de lever als uitstulping van het entodermale epitheel van de voordarm als een hepatisch divertikel en dringt het septum transversum binnen. Het septum transversum wordt onderdeel van het diafragma. De entodermale cellen worden de epitheelstrengen van hepatocyten. De cellen vanuit het septum transversum (mesoderm) vormen de bloedcellen, Kupffercellen en het bindweefsel van de lever. Wanneer de levercellen het gehele septum transversum doordrongen hebben veranderd het septum aan de buitenzijde van de lever in visceraal peritoneum behalve craniaal (area nuda). Het mesogastrium anterior differentieert aan de voorzijde van de lever in het ligamentum falciforme en aan de achterzijde van de lever ontwikkelt het omentum minus.

Bij de draaiing van de maag en de migratie van de lever naar rechts, wordt omentum minus van saggitaal naar frontaal georiënteerd. Aan de achterzijde blijft een opening tussen de grote en de kleine zak van het peritoneum: het foramen van Winslow.

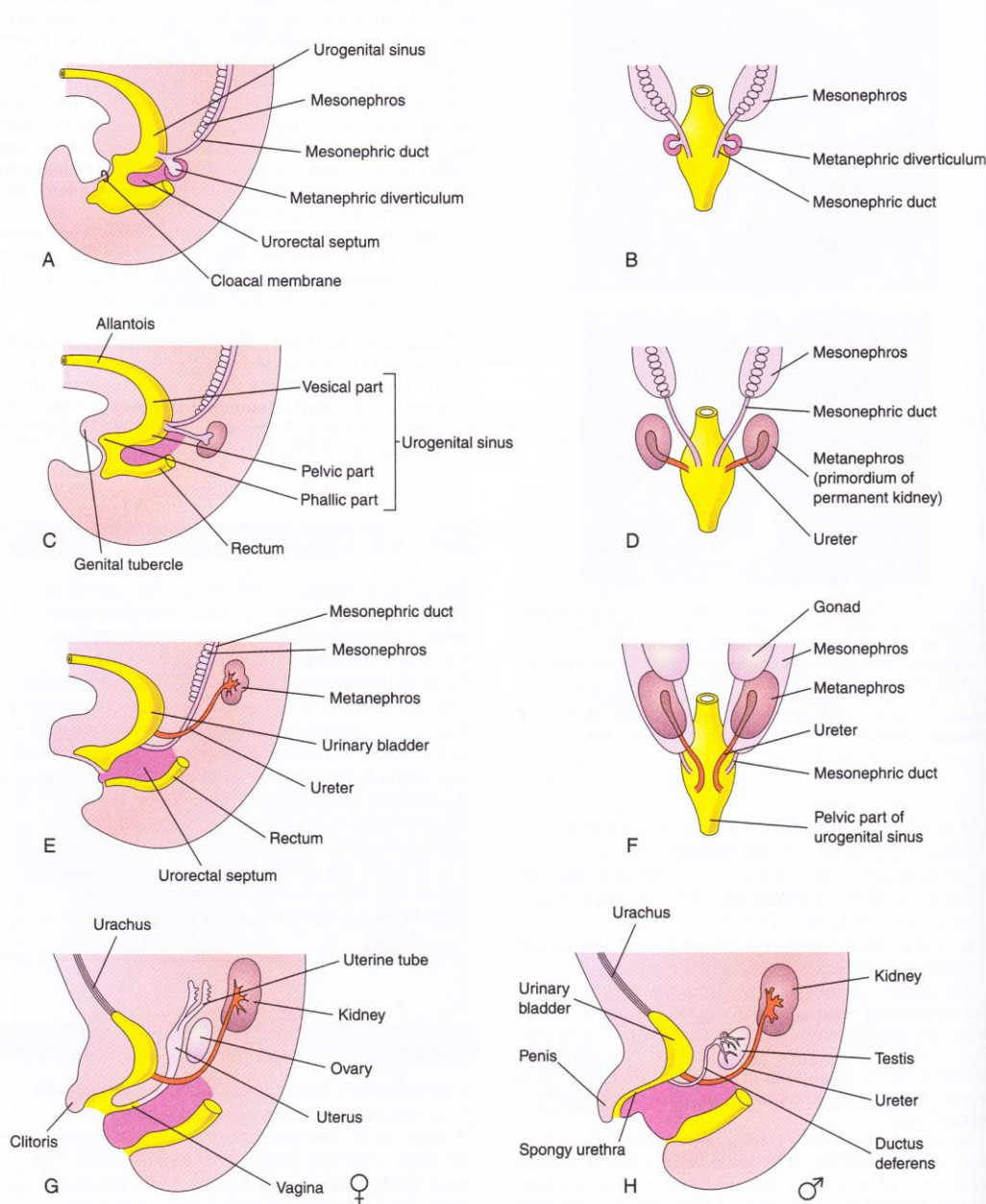
In de vijfde week zijn er drie primaire venen: Vv. Vitellinae (dooierzak naar sinus venosus), Vv. Umbilicalis (placenta naar sinus venosus), Vv. Cardinales (embryo naar sinus venosus). De sinus venosus heeft een linker en rechter hoorn. De leverstrengen (entoderm) vermengen zich met het netwerk van de venae vitellinae en de venae umbilicalis, hierdoor ontstaat een netwerk van leversinusoiden. De aanvoer voor de lever wordt verzorgd door een Li. en Re. V. Vitellina en een Li. en Re. V. umbilicalis. De afvoer verloopt via de sinus venosus.

De linker hoorn van de sinus venosus regresseert (~coronair vaten) en de linker V. vitellina verdwijnt (einde 3e maand). Al het bloed van het abdomen verloopt nu via de rechter V. Vitellina. Het superior gedeelte hiervan vormt het terminale gedeelte van de vena cava inferior (VCI). Het inferior gedeelte vormt de vena porta. Er blijft een anastomose bestaan die direct draineert in de VCI. Zuurstofrijk bloed van V. Umbilicalis naar het rechter atrium (ductus venosus). Gedurende de 2e maand verdwijnt de rechter V. Umbilicalis. De linker V. Umbilicalis (alle bloed van placenta) verliest contact met de linker hoorn van de sinus venosus en anastomeert met de ductus venosus. Na de geboorte verdwijnen de Li. V. Umbilicalis (wordt het ligamentum teres hepatis) en de ductus venosus (ligamentum venosum). (Paoletti, 2006; Sadler, 2006; Moore, 2008)

3.4.2. LICHAAMSHOLTES EN CLOACA

Aan het einde van de derde week differentiëren de intra embryonale mesodermcellen zich in paraxiaal, intermediair mesoderm en de laterale plaat. Aan weerszijden van het embryo, splitst deze plaat zich in twee lagen: Somatopleura en splanchnopleura. Deze twee aflijnende weefsels vormen de intra embryonale ruimte. Aanvankelijk zijn de linker en de rechter zijde van de intro-embryonale ruimte in open verbinding met de extra-embryonale ruimte, maar deze verbinding verdwijnt als de vrucht zich in de lengte en de breedte gaat krommen. Zodoende vormt zich een grote intra embryonale ruimte, die zich uitstrekt van de thorax tot pelvis. De toekomstige intra peritoneale ruimte. Het somatopleura (pariëtale mesoderm) is in contact met het ectoderm en draagt bij tot de ontwikkeling van de lichaamswanden, de extremiteiten en het diafragma. Het vormt tevens de sereuze vliezen die de lichaamsholten begrenzen. Het splanchnopleura (visceraal mesoderm) is in continuïteit met het mesoderm van de wand van de dooierzak, en ontwikkeld zich tot het viscerale peritoneum, het myocard en de gladde musculatuur.

Figuur 4: Ingroeien septum urorectale



Noot: Diagrams showing division of the cloaca into the urogenital sinus and rectum; absorption of the mesonephric ducts; development of the urinary bladder, urethra, and urachus, and changes in the location of the ureters. A, Lateral view of the caudal half of a 5-week embryo. B, D, and F, Dorsal views. C, E, G, and H, Lateral views. The stages shown in G and H are reached by the 12th week.

Herdrukt van Moore, K. (2008). *The developing human, clinically oriented embryology* (8th ed.) p.258. Philadelphia: Saunders Elsevier.

De primitieve darm ontwikkelt zich in de vierde week als de kop, staart en laterale vouwen het dorsale deel van de navelstreng opnemen in het embryo. Het caudale deel is afgesloten met de membrana cloacalis. Tussen de derde en zevende week ontwikkelt de primitieve einddarm zich tot het latere laatste 1/3 deel van het colon, het colon sigmoïdeus, het rectum en het superiore deel van het anale kanaal alsook het epitheel van de urineblaas en het grootste deel van de urethra. Alle einddarm derivaten ontvangen hun voeding via de arteria mesenterica inferior. Het terminale verwijfde onderdeel van de einddarm, de cloaca, heeft contact met de membrana cloacalis. Dit membraan bestaat uit ectoderm van het proctodeum en endoderm afkomstig van de cloaca. Ventraal van de cloaca bevindt zich een vingerachtig divertikel, de allantois. De cloaca wordt verdeeld in een dorsaal en ventraal deel door het septum urorectale (een wig van mesenchym) dat zich ontwikkelt in de hoek tussen het allantois en de einddarm. Terwijl het septum naar het membrana cloacalis groeit, ontwikkelt het vorkachtige uitsteeksels die instulpingen vormen in de laterale wanden van de cloaca welke uiteindelijk in het midden fuseren. Zo ontstaan de compartimenten: dorsaal het rectum en craniale deel van het anale kanaal en ventraal de sinus urogenitalis. (Figuur 4: Ingroeien septum urorectale (Moore, 2008 p.258)) In de zevende week is het septum urorectale gefuseerd met het membrana cloacalis welke het verdeelt in een dorsale anale membraan en een groter ventrale membraan urogenitale. (Paoletti, 2006; Sadler, 2006; Moore, 2008) Deze ontwikkeling verklaart wellicht de soms nauwe relatie tussen dysfuncties in het urogenitale gebied en die van het sigmoïd.

3.5. INTEGRATIE VERKLARINGSMODELLEN

In onze patiënte zien wij een zeer duidelijke verbinding die lijkt uit te gaan van het peritoneum naar bijna alle primaire dysfuncties die wij in de loop van onze behandelingen gevonden hebben, wat zijn oorsprong zou kunnen hebben in de operatie en daaropvolgende littekens. Ook kunnen we via de verbinding van het peritoneum via de cervix met de plica vagino-vescicalis, de plica rectouterina en de ligamenta pubo-vesico-utero-recto-sacrale verklaren dat als er spanning op het peritoneum staat vanuit de dysfunctie van de rechter nier en het intestinum dit doorwerkt tot in de genoemde ligamenten. Hierdoor is het mogelijk dat deze zo beïnvloed worden dat deze als het ware strakgetrokken worden tegen de zijwand van de vagina en zo “het gevoel alsof er iets zit links naast de vagina” veroorzaakt.

Onze patiënte heeft bij aanvang wekelijks hoofdpijn en neemt dan een of meerdere hoofdpijnmedicijnen (paracetamol, ibuprofen, Sumatriptan), een hypothese van een fysiologische invloed op de congestie en het mobiliteitsverlies

van de lever is een mogelijkheid. Via de congestie van de lever, de relatie met de bladen van Glénard en het sigmoïd kunnen we wellicht een mechanische en chemische prikkeling van de linker plexus lumbosacralis met een effect op de nervus ischiadicus verklaren. Tevens is hierdoor een circulatoire invloed op de ischialgie een mogelijkheid.

De dyspareunie en ischialgie klachten van onze patiënt zijn ontstaan in een voor haar zeer stressvolle periode en zij heeft een zittend beroep. Wat heel goed met bovenstaande heeft kunnen samenspelen tot de uiteindelijke aanzet van haar klachten in 2016.

4. CONCLUSIE

Deze casestudie heeft zich gericht op het verklaren van het resultaat van een osteopathische behandelreeks bij een patiënte met dyspareunie en ischialgie na hysterectomie. Om tot verheldering van dit vraagstuk te komen is een hoofdvraag en een aantal deelvragen geformuleerd. Allereerst beantwoorden we de deelvragen, waarna we de hoofdvraag bespreken.

2a: Wat is in de recente reguliere geneeskunde bekend over dyspareunie?

In de reguliere geneeskunde wordt een onderscheid gemaakt naar de plaats waar de patiënt de pijn voelt en de aanleiding van de dyspareunie. Zo kent men de oppervlakkige en diepe dyspareunie en benigne en maligne oorzaken. De diagnose wordt gesteld na een uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek bij de huisarts. Bij oppervlakkige dyspareunie is voorlichting soms voldoende, eventueel aangevuld met behandeling door de huisarts of een bekkenbodembiofysiotherapeut of een seksuoloog. Bij diepe dyspareunie is er aanleiding tot een volledig gynaecologisch onderzoek waarbij men vooral let op aanwijzingen voor lichamelijke oorzaken (zoals uterus myomatosis of endometriose). Meestal volgt dan een verwijzing naar de gynaecoloog voor behandeling van de oorzaak. Bij een vermoeden van maligne oorzaken volgt altijd een doorverwijzing naar de gynaecoloog.

2b: Wat is in de recente reguliere geneeskunde bekend over dyspareunie na hysterectomie?

In de recente reguliere geneeskunde is bekend dat na hysterectomie in ongeveer 2,3% van de gevallen een nieuwe dyspareunie ontstaat maar dat de werkelijke incidentie onbekend blijft. Soms is er een behandelbare oorzaak voor de dyspareunie, soms ook niet. Behandelbare oorzaken zijn blaasontstekingen, niet eerder onderkende of nieuwe verzakkingklachten, endocriene factoren zoals vaginale droogheid door de menopauze, adhesies van een of beide ovaria, postoperatieve adhesies. Soms is een heroperatie geïndiceerd soms ook kan aanpassing van de positie tijdens de samenleving voldoende zijn.

2c: Wat is osteopathisch bekend over dyspareunie?

In de door ons geraadpleegde osteopathische literatuur is weinig bekend over dyspareunie, het wordt alleen als symptoom genoemd verder wordt er weinig over gezegd. De zeven onderzoeken die wij hebben gevonden zijn methodologisch zwak vanwege een geringe randomisatie, subjectiviteit van de metingen en te kleine groepen. Wel geeft het overwegend positieve resultaat van de onderzoeken een indicatie dat osteopathie een positieve bijdrage kan

leveren aan patiënten met dyspareunie. Het zijn mooie aanleidingen tot nader onderzoek op grotere groepen patiënten.

2d: Wat is osteopathisch bekend over dyspareunie na hysterectomie?

Over dyspareunie na hysterectomie is geen osteopathische studie bekend. Wel hebben we een thesis gevonden die handelt over het effect van osteopathische behandeling bij postoperatieve adhesies. Hoewel dit een literatuurstudie betreft die is aangevuld met een interview met een praktiserend osteopaat lijken de conclusies toch toepasbaar op deze casus.

2e: Hoe kunnen we de mogelijke relaties verklaren tussen de diepe dyspareunie en de gevonden dysfuncties?

Biomechanisch

Normale fysiologische functie is afhankelijk van de fasciale mobiliteit waardoor mobiliteitsverlies leidt tot dysfunctie en op de lange termijn tot ziekte. Het is bekend dat uitdroging van de vliezen tijdens operaties aanleiding kan zijn tot adhesies/verstoring van het bindweefsel. Daarnaast zijn littekens naar aanleiding van een operatie op zichzelf ook al potentiële bronnen van irritatie/dysfunctie. Bij onze patiënte is duidelijk sprake van littekens in de fascia en zijn alle dirigerende dysfuncties gelegen in of aan het peritoneum.

Embryologie

Tussen de derde en zevende week ontwikkelt de primitieve einddarm zich tot het latere laatste 1/3 deel van het colon, het colon sigmoïdeus, het rectum en het superiore deel van het anale kanaal alsook het epitheel van de urineblaas en het grootste deel van de urethra. Terwijl het septum urorectale naar het membrana cloacalis groeit, ontwikkelt het vorkachtige uitsteeksels die instulpingen vormen in de laterale wanden van de cloaca welke uiteindelijk in het midden fuseren. Deze ontwikkeling verklaart wellicht de soms nauwe relatie tussen dysfuncties in het urogenitale gebied en die van het sigmoïd. Bij de patiënt had het PPI in deze regio fasciaal een voorkeursrichting naar links, posterior en caudaal, behandeling hiervan had effect op de consistentie van de ontlasting en op de ischialgieklachten.

Fysiologie

De lever heeft de neiging om op diverse pathogene stressoren te reageren met zwelling. Deze zwelling kan congestie in het azygosstelsel en de venae lumbales ascendens veroorzaken wat een irritatie van de zenuwwortels, het ruggenmerg of het ligamentum longitudinale posterior tot gevolg kan hebben. Alsook een invloed op de kwaliteit van het bindweefsel en de lokale metabole processen.

Structurele veranderingen in het bindweefsel als reactie op een prikkel blijven in eerste instantie lokaal door de isolerende werking van de sereuse membranen, de septa en de fascia. Hierdoor ontstaat een facilitatie doordat de weefsels relatief lang abnormale signalen kunnen doorgeven en de regulerende systemen op cellulair, weefsel, endocrien en neuronaal niveau misleiden. Uiteindelijk is dan vaak elke extra prikkel op dit gefaciliteerde systeem voldoende om een ongepaste en overdreven reactie uit te lokken.

Tevens is veneuze afvloei capaciteit een dirigerende factor voor het al dan niet ontstaan van inflammatoire condities en pijn.

De klachten van dyspareunie en ischialgie van de patiënt kwamen pas enkele jaren na de hysterectomie tot uiting. Pas na behandeling van de dirigerende dysfuncties in relatie tot het PPI was de dyspareunie verholpen. Na behandeling van het PPI in de volgende consulten verbeteren ook duidelijk de ischialgieklachten en de pijn na het ophouden van de urine. Dat sprake was van facilitatie in de regio PPI lijkt aannemelijk omdat een relatief lichte prikkel van aandrang die niet opgevolgd wordt normaal gesproken niet leidt tot hevige buikpijn.

Psychologie

De diepere myofasciale weefsels slaan ingrijpende gebeurtenissen lijfelijk op. De patiënt had ten tijde van het ontstaan van haar klachten te maken met diverse psychologische stressoren die zich stapelden. Het is heel goed mogelijk dat deze een rol hebben gespeeld in de uiteindelijke uiting van haar klachten.

2f: Wat is het effect van een osteopathische behandelreeks op een patiënte met dyspareunie ontstaan na hysterectomie?

Uit de consulten is gebleken dat een osteopathische behandelreeks bij dit klachtenpatroon van toegevoegde waarde kan zijn. De dyspareunie is na 3 behandelingen volledig verholpen. Ook de buikpijn die zij ervoer na het lang ophouden van haar plas is volledig verholpen. Daarnaast zijn haar klachten van ischialgie en wekelijkse klachten van hoofdpijn sterk verbeterd.

2g: Wat is het effect van een osteopathische behandelreeks op de ischialgie van een patiënte met dyspareunie ontstaan na hysterectomie?

Uit de consulten is gebleken dat een osteopathische behandelreeks bij dit klachtenpatroon van toegevoegde waarde kan zijn. De ischialgie is na 5 behandelingen significant verminderd. Bij aanvang had zij pijn in de linker bil en achterzijde bovenbeen, pijnlijke voeten en enkel die verergert bij lang zitten en langere belasting. Na 5 behandelingen heeft zij alleen nog een pijnlijk plekje in de

linkerbil na het slapen welke verdwijnt bij beweging en heel af en toe nog pijn in haar bovenbeen, dit laatste lijkt nu gekoppeld aan haar defaecatiepatroon.

Na het beantwoorden van de deelvragen kunnen we nu de hoofdvraag bespreken.

1 Hoofdvraag: Hoe kunnen wij het effect verklaren van een osteopathische behandelreeks op een patiënte met diepe dyspareunie ontstaan na hysterectomie?

Het onderzoek heeft een groot aantal dysfuncties opgeleverd die terug te voeren lijken te zijn op de verwijdering van de baarmoeder en de verstoring van het fasciaal systeem die dit met zich meebracht. Na de derde behandeling zijn de dyspareunielachten opgelost. De relaties die in deze casestudie werden beschreven kunnen een verklaring geven voor de mogelijke werkingsmechanismen die hieraan ten grondslag liggen. We hebben relaties beschreven op het gebied van biomechanica, embryologie, neurologie, fysiologie en psychologie.

Een van de uitgangspunten van de osteopathie is dat het lichaam als biologische eenheid functioneert. Het fasciaal systeem is als bindweefsel structuur verweven door het hele lichaam. Het bindweefsel vormt het aangrijpingspunt voor diagnostiek en behandeling. Bij onze patiënte zien wij een zeer duidelijke verbinding die lijkt uit te gaan van het peritoneum naar bijna alle primaire dysfuncties die wij in de loop van onze behandelingen gevonden hebben. Wat zijn oorsprong zou kunnen hebben in de operatie en daaropvolgende littekens.

Omdat deze studie slechts een casus beschrijft zou het interessant zijn om grootschaliger onderzoek te doen naar osteopathie en het effect op (diepe) dyspareunie. Zo kan onderzocht worden of de resultaten uit deze casestudie ook van toepassing zijn op een grotere groep patiënten. Toekomstige onderzoekers kunnen ook overwegen om het onderwerp breder te trekken en te onderzoeken wat het effect is van osteopathie bij post-operatieve adhesies. Daarbij is het belangrijk dat de voorwaarden voor gedegen wetenschappelijk onderzoek zoals bijvoorbeeld de groep grootte en randomisering in acht worden genomen zodat het onderzoek ook daadwerkelijk een statistische impact kan hebben.

5. LITERATUURLIJST

5.1. WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR

- de Jong, T., de Vries, H., & Grundmeijer, H. (2011). *Diagnostiek van alledaagse klachten, bouwstenen voor rationeel probleemoplossen* (derde herziene druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Everdingen, J. v., Eerenbeemt, A. v., Klazinga, N., & Pols, J. (2006). *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* (elfde, herziene en uitgebreide druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Heineman, M., Evers, J., Massuger, L., & Steegers, E. (2012). *Obstetrie en gynaecologie - de voortplanting van de mens* (zevende druk ed.). (z. druk, Vert.) Houten: Springer Media B.V.
- Kuks, J., & Snoek, J. (2008). *Klinische Neurologie* (zestiende herziene druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Moore, K. (2008). *The developing human, clinically oriented embryology* (8th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Pischinger, A. (2007). *The Extracellular Matrix an Ground Regulation, Basis for a Holistic Biological Medicine*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Sadler, T. (2006). *Langman's Medical Embryology* (10th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schünke, M., Schulte, E., & Schumacher, U. (2006). *Anatomische atlas Prometheus (Vol. Hals en inwendige organen)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schünke, M., Schulte, E., & Schumacher, U. (2007). *Anatomische atlas Prometheus (Vol. Algemene anatomie en bewegingsapparaat)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Van Ess, H. (2010). *De Google Code: Stop met zoeken. Begin met vinden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.
- Versijde-De Callafon, N., & Dijkstra, M. (2016). *Gynaecologische chirurgie* (vierde druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vierhout, M., & Lammes, F. (2005). *Quintessens -Praktische gynaecologie* (achtste druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zonneveld, B. (2005). *Vaardigheden in de geneeskunde: Het neurologisch onderzoek*. Maastricht: Mediview B.V.

5.2. WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN

Barbic, M., Telenta, K., Noventa, M., & Blaganje, M. (2018, maart). Ureteral injuries during different types of hysterectomy: A 7-year series at a single university center. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

Billfeldt, N., Borgfeldt, C., Lindkvist, H., Stjern Dahl, J., & Ankardal, M. (2018, januari). A Swedish population-based evaluation of benign hysterectomy, comparing minimally invasive and abdominal surgery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 222, 113-118.

Buggio, L., Giusy, B., Facchin, F., Frattaruolo, M., Aimi, G., & Berlanda, N. (2017). Self-management and psychological-sexological interventions in patients with endometriosis: strategies, outcomes, and integration into clinical care. *International Journal of Women's Health*, 2017 (9), 281-293.

Danielsson, I., Sjöberg, I., Stenlund, H., & Wikman, M. (2003). Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women, results from a population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(2), 113-8.

Driel, M. v. (1995). Dyspareunie (klinische les). *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 1995 (139), 1425-7.

Eekhof, J., Jonkers, S., & Knuisting-Neven, A. (2016). Dyspareunie bij oudere vrouwen. *Huisarts en Wetenschap*, 2016 (1), 28-29.

Folkeringa-de Wijs, M. (2016). Dyspareunie bij oudere vrouwen (2). *Huisarts en Wetenschap*, 2016 (4), 186-187.

Kim, S., Jin, C., Hwang, I., Park, J., Shin, J., Kim, D., . . . Yang, Y. (2018, maart). Postoperative outcomes of natural orifice transluminal endoscopic surgery-assisted vaginal hysterectomy and conventional laparoscopic-

assisted vaginal hysterectomy: a comparative study. *Obstetrics and Gynecology Science*, 61, 261-266.

Lagro-Jansen, T., & Robertson, C. (2015). Dyspareunie bij jonge vrouwen. *Huisarts en Wetenschap*, 2015 (11), 612.

Latthe, P., M., L., L., S., M., G., & K.S., K. (2006, juli). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 6.

Leusink, P. (2016). Dyspareunie bij oudere vrouwen (1). *Huisarts en Wetenschap*, 2016 (4), 186.

Seo, E., Lee, S., Chon, S., Jung, S., Cho, Y., & Lim, S. (2018, mei). Influence of previous abdominal surgery on clinical outcomes of patients undergoing total laparoscopic hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology Science*, 61(3), 379-385.

Siedhoff, M., Carey, E., Findley, A., Hobbs, K., Moulder, J., & Steege, J. (2014). Post-hysterectomy Dyspareunia. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 9.

Steege, J., & Zolnoun, D. (2009, mei). Evaluation and Treatment of Dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 1124-36.

Sng, B. L., Ching, Y. Y., Han, N.-L. R., Ithnin, F. B., Sultana, R., Assam, P. N., & Sia, A. T. (2018, maart 27). Incidence and association factors for the development of chronic post-hysterectomy pain at 4- and 6-month follow-up: a prospective cohort study. *Journal of Pain Research*.

Tonolini, M. (2018). Multidetector CT of expected findings and complications after hysterectomy. *Insights into Imaging Journal*.

5.3. OSTEOPATHISCHE LITERATUUR

Barral, J. (1993a). *Handboek voor osteopathie: Viscerale manipulaties I*. Gent: Osteo 2000.

Barral, J. (1993b). *Handboek voor osteopathie: Viscerale manipulaties II*. Gent: Osteo 2000.

Barral, J. (1993c). *Urogenital Manipulation*. Seattle, Washington: Eastland Press, Incorporated.

Hebgen, E. (2011). *Visceral Manipulation in Osteopathy*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Helsmoortel, J., Hirth, T., & Wühl, P. (2010). *Visceral Osteopathie, The Peritoneal Organs*. Seattle: Eastland Press, Inc.

Paoletti, S. (2006). *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction & Treatment*. Seattle: Eastland Press, Inc.

Sandler, S. (2012). *Osteopathy and obstetrics*. Kent: Anshan Ltd.

5.4. OSTEOPATHISCH WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELEN

Band, I., & Hoffmann, A. (2004, mei). *Pilotstudie: Kann eine osteopathische Behandlung die Dyspareunie beeinflussen? (thesis osteopathy)* München, Deutschland.

Barber Mercadal, C. (2013). *Impact of an osteopathic treatment in women suffering from post partum dyspareunia. (pilot study osteopathy)*

Darai, C., Olivier Deboute, O., Zacharopoulou, C., Laas, E., Canlorbe, G., Belghiti, J., et al. (2015). *Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement: results of a pilot study*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2015 (188), 70-73.

Jacobs-Rosier, H., & Waanders, S. (2002). *Reductietechniek op een 1e of 2e graads uterusprolaps en lage rugklachten. (thesis osteopathy)* Amsterdam.

Lackner, I. (2017). *The pathophysiology of postoperative peritoneal adhesions- Osteopathy as a treatment option? (Master's thesis osteopathy, Danube University Krems)*.

Rozendaal, S. (2018, mei). *Interview met osteopaat en psycholoog Joerie Calsius: Hoe hebben we lichaam en geest ooit kunnen scheiden? De Osteopaat Magazine*, 19(1), 12-14.

Sillem, M., Juhasz-Böss, I., Klausmeier, I., Mechsner, S., Siedentopf, F., & Solomayer, E. (2016). *Osteopathy for endometriosis and chronic pelvic pain - a pilot study*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76 (9), 960-963.

SWOO. (2016). *Richtlijn Intieme Zones versie 1.0*. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Osteopathie.

Tettambel, M. (2005). *An osteopathic approach to treating women with chronic pelvic pain*. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 2005 (Vol. 105), S20-S22.

Triay Salamanca, S. (2010). *El Tratamiento Manual Osteopático disminuye el dolor en las mujeres que sufren dispareunia profunda. (thesis osteopathy)*

5.5. INTERNETBRONNEN

CBS_Statline. (2018, 04 13). *bevolking en bevolkingsontwikkeling; per maand, kwartaal en jaar*. Opgeroepen op 04 2018, van Statline: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37943ned/table?ts=1523622659752>

Chen, A. (2018, april). *De lever in de traditionele chinese geneeskunde*. Opgedaald van Acupunctuur Rotterdam: <https://acupunctuurrotterdam.nu/lever-traditionele-chinese-geneeskunde/>

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2015a, januari). *nhg-standaard-seksuele-klachten-eerste-herziening*. Opgeroepen op april 05, 2018, van Nederlands huisartsen genootschap: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-seksuele-klachten-eerste-herziening>

Nederlands huisartsen genootschap. (2015b, januari). *NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom*. Opgeroepen op maart 13, 2018, van Nederlands Huisartsen Genootschap: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-lumbosacraal-radiculair-syndroom-lrs>

Nederlandse Vereniging Voor Neurochirurgie. (2014, mei). *rugpijn*. Opgeroepen op april 24, 2018, van <http://www.nvvn.org/patienteninfo>:

<http://www.nvvn.org/patienteninfo/wervelkolom-en-ruggenmerg/rugpijn/>

Nederlandse Vereniging voor Neurologie. (2008, maart 01). *lumbosacraal_radiculair_syndroom_-_startpagina.html*. (F. M. Specialisten, Producent) Opgeroepen op april 24, 2018, van richtlijndatabase.nl:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lumbosacraal_radiculair_syndroom/lumbosacraal_radiculair_syndroom_-_startpagina.html

Nederlandse Vereniging voor Neurologie. (2018, april 24). *nvn-richtlijnen*. Opgeroepen op april, 2018, van www.neurologie.nl: <https://www.neurologie.nl/publiek/beroepsinformatie/richtlijnen/nvn-richtlijnen>

Nederlandse vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. (2017, december). *laparoscopische hysterectomie voor benigne indicaties*. Opgeroepen op april 2018, van <http://www.nvog-documenten.nl/>: <http://www.nvog-documenten.nl/>

Svastha Ayurveda. (2018, april). the ayurvedic body clock organs and dosha alignment with time. Opgehaald van svasthaayurveda.com: <https://svasthaayurveda.com/the-ayurvedic-body-clock-organs-and-dosha-alignment-with-time/>

Wentzel, A. (2018, april). vijf-elementen. Opgeroepen op april 2018, van [Itjing.nl](http://www.itjing.nl): <http://www.itjing.nl/achtergrondinformatie/taoisme/vijf-elementen/>

Zorg Instituut Nederland (ZIN). (2018c, april 24). *preparaatteksten: paracetamol*. Opgeroepen op april 29, 2018, van Farmacotherapeutisch Kompas: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/p/paracetamol>

Zorginstituut Nederland (ZIN). (2018a, maart 1). *preparaatteksten: ibuprofen*. Opgeroepen op april 2018, van Farmacotherapeutisch Kompas: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/i/ibuprofen>

Zorginstituut Nederland (ZIN). (2018b, maart 1). *preparaatteksten: Sumatriptan*. Opgeroepen op april 2018, van Farmacotherapeutisch Kompas: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>

5.6. SYLLABI

- Hoste, R.(2015) *Thorax: Diafragma thoraco-abdominalis*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Hoogland, P.(2005) *Neurologie: Motoriek*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Hoogland, P. Girardin, M.(2005) *Neurologie: Neuron*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Hoogland, P.(2005) *Neurologie: Sensoriek*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Hoogland, P.(2005) *Neurologie: Vegetatief zenuwstelsel*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Jong, T. de(2014) *Neurologie: Anatomie van het centrale zenuwstelsel*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Kolenberg, J.E.(2007) *Fysiologie: Histologie bindweefsel*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Kolenberg, J.E.; Girardin, M.(2014) *Fysiologie: Histologie neuronaal weefsel*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Muts, R.K.(2005) *Embryologie: Peritoneum*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Muts, R.K.(2005) *Embryologie: Urogenitaal*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Muts, R.K.(2014) *Visceraal: Colon*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Muts, R.K.(2011) *Visceraal: Concept*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland
- Muts, R.K.(2011) *Visceraal: Hepar*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

Muts, R.K.(2011) *Visceraal: Intestinum*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

Muts, R.K.(2010) *Visceraal: Pelvis minor (vrouw)*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

Muts, R.K.(2011) *Visceraal: Ren*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

Muts, R.K.(2010) *Visceraal: Vesico urinaria*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

Muts, R.K.; Volkers A.(2017) *Visceraal praktijk: Diagnostiek en therapie concept t/m colon*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

Muts, R.K.(2010) *Visceraal: Pelvis minor (vrouw)*. Syllabus College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland Amsterdam, Nederland

5.7. GEBRUIKTE AFBEELDINGEN

Titelplaat: Bewerkt van “*New Kind of Science*” door Alphachanneling (z.j.), geraadpleegd op <http://www.alphachanneling.com/product/new-kind-of-science-18x24-large-print>

Figuur 1: Heineman, M., Evers, J., Massuger, L., & Steegers, E. (2012). *Obstetrie en gynaecologie - de voortplanting van de mens* (zevende druk ed.). Houten: Springer Media B.V.

Figuur 2 & 3: Paoletti, S. (2006). *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction & Treatment*. Seattle: Eastland Press, Inc.

Figuur 4: Moore, K. (2008). *The developing human, clinically oriented embryology* (8th ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.

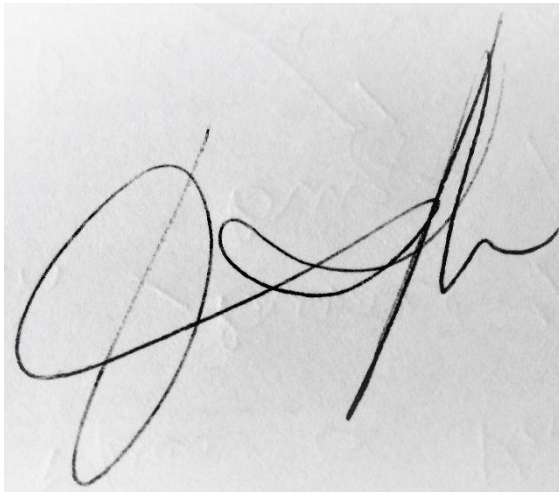
6. BIJLAGEN

6.1. AKKOORD PROMOTOR

Brugge, 30 mei 2018

Ondergetekende is als promotor van **Ilja de Groot** op de hoogte van de opzet, de structuur en de inhoud van de case studie, 'Osteopathie bij dyspareunie na hysterectomie, een casestudie', die ter beoordeling aan het NACO wordt aangeboden ter afsluiting van de opleiding Osteopathie en het behalen van de titel DO.

Rik Hoste DO

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is highly stylized and cursive, starting with a large loop on the left and ending with a sharp, upward-pointing stroke on the right.

7. SAMENVATTING NL EN EN

7.1. SAMENVATTING

Aanleiding

Thesis voorgedragen ter verkrijging van de titel Diploma in de Osteopathie (D.O.) van het Nederlands Academisch College voor Osteopathie. Deze casestudie beschrijft het effect van een osteopathische behandelreeks bij een patiënte van 54, die sinds maart 2016 last heeft van diepe dyspareunie en ischialgie. De klachten zijn spontaan ontstaan ongeveer 5 jaar nadat zij een hysterectomie heeft ondergaan. De patiënt beschrijft een scherpe pijn bij penetratie “alsof er iets links naast de vagina in de weg zit”. Ook heeft zij pijn in de linkeronderbuik. Voor de ischialgie klachten is de patiënt in 2016 onder behandeling geweest van zowel een fysiotherapeut als een osteopaat. Dit bracht enige verlichting maar de patiënt is niet klachtenvrij geweest. Daarnaast heeft onze patiënt wekelijks last van hoofdpijn en/of migraine waarvoor zij medicijnen gebruikt.

Methode

Om in deze casestudie tot een verklaring te komen van de relatie tussen de gevonden dysfuncties, de klachten en de behandeling, is gezocht naar verklaringsmodellen op het gebied van de biomechanica, fysiologie, psychologie en embryologie. In een periode van 7 maanden werd de patiënt 5 maal osteopathisch behandeld. Uit de onderzoeken is gebleken dat alle gevonden dirigerende dysfuncties zich in het peritoneum bevinden. Na behandeling van de dirigerende dysfuncties van de lever, het diafragma abdominale en de glijvlakken konden we langzaam dieper in het abdomen indringen. De dyspareunie is volledig opgelost na behandeling van de ureter en de vesicale hoek. De ischialgie klachten zijn na vijf behandelingen gereduceerd tot alleen ‘s ochtends een pijnlijke plek in de linkerbil.

Conclusies

Naar aanleiding van het resultaat van de behandelingen kan de volgende conclusie getrokken worden: de osteopathische consulten hebben een toegevoegde waarde gehad voor het welbevinden van de patiënt in deze casus. De primaire hoofdklacht van dyspareunie is volledig opgelost evenals de buikpijn na het lang ophouden van de urine. De tweede hoofdklacht ischialgie is sterk verminderd aanwezig. Onze patiënt meldt dat de hoofdpijnen minder heftig zijn geworden en nog maar eens per vier a zes weken voorkomen.

Sleutelwoorden

Dyspareunie, osteopathie, OMT, hysterectomie, adhesie, ischialgie

7.2. ABSTRACT

Background

This thesis was written to obtain the title of Diploma of Osteopathy (D.O.) from the Netherlands Academic College for Osteopathy. This case study describes the effects of osteopathic (manual) treatment on a 54 y.o. patient suffering from deep dyspareunia and sciatica since March 2016. The complaints manifested about 5 years after hysterectomy. The patient describes a sharp pain on penetration "as if something is in the way on the left side of the vagina". She also suffers from pain in the left inguinal region. In 2016 the patient has been treated for the sciatica by a physical therapist as well as an osteopath. This brought some relief but did not resolve the complaint. Our patient also suffers from weekly headaches and/or migraines for which she takes medicines.

Methods

To come to an understanding of the possible relations between dysfunctions we found, the complaints and treatment we prepared possible explanatory models in the fields of biomechanics, physiology, psychology and embryology. The patient received 5 treatments in a period of 7 months. Our tests showed that almost all relevant dysfunctions were to be found inside the peritoneum. After treating the dysfunctions of the liver, abdominal aperture as well as the sliding surfaces in the area we were able to gain deeper access into the abdomen. The dyspareunia completely disappeared after treatment of the left ureter and the vesical corner of the intestine. After the fifth treatment all that is left of the sciatica is a morning complaint of a painful left buttock.

Results

In view of the results of our treatments we can conclude that an osteopathic manual treatment can be beneficial on a patient with deep dyspareunia and sciatica. The primary complaint of deep dyspareunia was resolved in three treatment sessions. The secondary complaint of sciatica was significantly reduced. Our patient also reports that the headaches and / or migraines have mellowed to normal headaches at four to six week intervals.

Keywords

Dyspareunia, osteopathic manual treatment, OMT, hysterectomy, adhesions, sciatica.