



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Chronische bekkenpijn

Inhoudsopgave

Chronische bekkenpijn	1
Inhoudsopgave	2
Startpagina - Chronische bekkenpijn	3
Consultatie verzoek huisarts of verloskundige bij chronische bekkenpijn	6
Diagnostiek bij chronische bekkenpijn	14
Algemene anamnese bij chronische bekkenpijn	15
Psychosociale en seksuologische anamnese bij chronische bekkenpijn	18
Vragenlijsten bij chronische bekkenpijn	24
Lichamelijk onderzoek bij chronische bekkenpijn	26
Aanvullend onderzoek bij chronische bekkenpijn	28
Bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn	31
Predictie behandeling bij chronische bekkenpijn	46
Medicamenteuze behandeling bij chronische bekkenpijn	55
Pijnblokkades bij chronische bekkenpijn	72
Neuromodulatie bij chronische bekkenpijn	89
Psychologische behandeling bij chronische bekkenpijn	101
Botuline toxine injecties bij chronische bekkenpijn	109
Pijneducatie bij chronische bekkenpijn	122
Evaluatie bij chronische bekkenpijn	127
Organisatie van zorg bij chronische bekkenpijn	130
Taakverdeling bij chronische bekkenpijn	136

Startpagina - Chronische bekkenpijn

Waar gaat deze richtlijn over?

Deze richtlijn gaat over chronische bekkenpijn: pijn die gevoeld wordt in structuren die verbonden zijn met het bekken. De richtlijn gaat over bekkenpijn die langer dan 6 maanden continue of herhaaldelijk gevoeld wordt. We hebben in deze richtlijn de termijn van 6 maanden aangehouden maar we beseffen ons dat hier discussie over bestaat. In deze richtlijn maken we duidelijk dat we toewerken naar een zorgmodel waarbij in een vroeg stadium een inschatting wordt gemaakt van het risico op het ontstaan van chronische bekkenpijn. Elke bekkenpijn begint als acute pijn en dat is de klacht waarmee patiënten de huisarts bezoeken. Deze richtlijn besteedt mede hierom ook aandacht aan de rol van de huisarts bij het begin van de klachten. Als er geen sprake is van een pijnverklarende aandoening zal worden gekeken of er een hoog risico bestaat op de ontwikkeling van chronische pijn. In dat geval wordt snel een bekkenpijnteam in consult gevraagd om de pijn als ziekte te behandelen. Dit betekent voor de praktijk dat er in alle gevallen door de huisarts besloten kan worden om binnen 3 maanden na het ontstaan van de pijn al andere hulpverleners te consulteren en daarbij denken we met name aan de geregistreerde bekkenfysiotherapeut en de gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS[1].

De richtlijn is ingedeeld in 12 modules:

1. Consultatieverzoek vanuit de eerste lijn
2. Diagnostiek
 - a. Diagnostiek: algemene anamnese
 - b. Diagnostiek: psychosociale en seksuologische anamnese
 - c. Diagnostiek: vragenlijsten
 - d. Diagnostiek: lichamelijk onderzoek
 - e. Diagnostiek: aanvullend onderzoek
3. Bekkenfysiotherapie
4. Predictie behandeling
5. Medicamenteuze behandeling
6. Pijnblokkades
7. Neuromodulatie
8. Psychologische behandeling
9. Botulinetoxine injecties
10. Pijneducatie
11. Randvoorwaarden
 - a. Organisatie van zorg (flowchart)
 - b. Taakverdeling

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bedoeld voor alle hulpverleners die tijdens hun werk betrokken zijn bij de zorg voor mensen met chronische bekkenpijn, zowel somatisch als psychologisch. In de dagelijkse praktijk zal de specifieke achtergrond van de hulpverlener vaak bepaald worden door de lokale situatie, met name de beschikbaarheid van de diverse

soorten hulpverleners. Om die reden geven we hier geen opsomming van die soorten hulpverleners. We vinden het van belang dat op lokaal niveau duidelijk is wie welke zorg verleent en wie welke verantwoordelijkheid draagt in het proces van hulpverlening. Deze richtlijn is ook bedoeld voor iedereen die betrokken is bij het organiseren van de zorg voor mensen met chronische bekkenpijn zowel in de eerste- als in de tweede lijn.

Deze richtlijn wil richting geven aan de (vernieuwing van de) zorg voor patiënten met chronische bekkenpijn.

Voor patiënten

Chronische bekkenpijn is pijn die gevoeld wordt in de onderbuik en het bekken(bodem)gebied en langer dan 6 maanden bestaat of steeds terugkomt. Deze pijn gaat vaak samen met klachten rondom plassen, ontlasting, menstruatie en seksualiteit. De pijn heeft meestal invloed op het eigen welbevinden en op de contacten met anderen, zowel thuis als op het werk.

We weten niet hoeveel mensen deze pijn hebben. We weten wel dat in Nederland ongeveer 1 op de 5 mensen (19%) een vorm van chronische pijn heeft. We weten ook steeds meer over het feit dat ons brein een grote rol speelt bij chronische pijn. En we hebben ook veel geleerd over de rol van de bekkenbodem bij deze pijn.

In deze richtlijn hebben we deze nieuwe kennis vertaald in adviezen aan hulpverleners. Deze richtlijn helpt huisartsen, medisch specialisten, bekkenfysiotherapeuten en psychologen/seksuologen om de beste zorg te geven aan mensen met chronische bekkenpijn.

Meer informatie over chronische bekkenpijn is te vinden op Thuisarts: *(link naar informatie volgt nog)*

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire commissie met vertegenwoordigers vanuit de NVU, NVOG, NVA, NHG, NVMDL, NVFB, NIP/NVVS/LVMP, V&VN en patiëntenorganisatie St. Bekkenbodem4All. De NVvH, KNOV en patiëntenorganisatie ICP waren als klankbordgroepleden betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Toepassen

Flowchart

De flowchart helpt om te bepalen wat u op welk moment in het proces kunt doen om de zorg te optimaliseren en te vernieuwen. De flowchart schetst hoe de optimale organisatie van zorg er uit zou kunnen zien. Op goede gronden kan van deze flowchart worden afgeweken.

Webinar

Meeting Recording:

<https://demedischspecialist->

[nl.zoom.us/rec/share/jVbWVG8aBVYHVp3Pt0GEaQWjydEi3yfdLNCr9WdyTx3a993LkLsO2g_b_EH4LQRs6.Zz_0](https://demedischspecialist-nl.zoom.us/rec/share/jVbWVG8aBVYHVp3Pt0GEaQWjydEi3yfdLNCr9WdyTx3a993LkLsO2g_b_EH4LQRs6.Zz_0)

[1] Voor de omschrijving van de term seksuoloog nvvs verwijzen we naar pagina 7 van het rapport "Onderzoek naar de meerwaarde van de NVVS-professional" . https://www.nvvs.info/images/FINAL_ER200546_Rapportage_Onderzoek_meerwaarde_NVVS-professionals_definitief_1.pdf

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Consultatie verzoek huisarts of verloskundige bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wanneer moet voor een patiënt met bekkenpijn een consult bij een medisch specialist worden aangevraagd?

Aanbeveling

Aanbeveling-1

Voor de huisarts:

Wacht bij voorkeur niet langer dan 3 maanden na het begin van de klachten om voor patiënten met bekkenpijn een consult aan te vragen bij een medisch specialist. Bepaal de keuze van specialist op basis van de meest op de voorgrond staande lichamelijke of psychische klachten.

Vraag voor patiënten met bekkenpijn vanuit de eerste lijn in een vroeg stadium een consult aan bij een geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor zowel diagnostiek als behandeling als er verdenking is op myofasciale dysfunctie of als er meerdere orgaansystemen in het bekken zijn betrokken.

Aanbeveling-2

Voor de verloskundige:

Breng het optreden van symptomen van bekkengordelpijn of lage rugpijn in de zwangerschap of postpartum in kaart door anamnese, lichamelijk onderzoek en pijnprovocatietesten.

Overleg met de huisarts of de geregistreerde bekkenfysiotherapeut als adviezen over houding en beweging of werkomstandigheden onvoldoende effect hebben op bekkengordelpijn of lage rugpijn in de zwangerschap of postpartum.

Overleg met de gynaecoloog over aanhoudende pijn door perineumlaesies of na sectio caesarea, omdat dit kan leiden tot chronische bekkenpijn.

Aanbeveling-3

Vraag voor patiënten met een vermoeden op een hoog risico op het ontwikkelen van chronische pijn een consult aan bij een multidisciplinair bekkenpijnteam (zie de module [Organisatie van zorg](#)).

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Er werd geen literatuuranalyse uitgevoerd voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag. De overwegingen en aanbevelingen zijn geschreven op basis van expert opinion en wetenschappelijke literatuur.

Schets van de huidige situatie in de zorg.

Aan het begin van deze module een schets van de huidige situatie zoals die door de leden van de commissie is beschreven.

Zorg door de huisarts of verloskundige

Patiënten met bekkenpijn worden in eerste instantie gezien door de huisarts of verloskundige. De huisarts kijkt eerst naar alarmsignalen (rode en gele vlaggen) en als die er zijn wordt er gehandeld naar bevinden. Vervolgens wordt gekeken naar een bekende aandoening die de pijn kan verklaren. Als die aandoening er is dan zal de huisarts die behandelen. Als deze behandeling geen effect heeft zal de huisarts een andere, op deze aandoening gerichte, behandeling starten of overwegen om een medisch specialist te consulteren. Bij een consultatie wordt dan meestal gekozen voor een orgaanspecialist in het ziekenhuis. Hierbij is de eerder vastgestelde aandoening leidend in de keuze van het specialisme.

De verloskundige geeft bij pijnklachten adviezen over ADL, houdingscorrectie en andere aan de zwangerschap-gerelateerde zaken of vraagt zo nodig een consult bij een geregistreerd bekkenfysiotherapeut. Indien dit onvoldoende effect heeft wordt overlegd met de huisarts en zo nodig wordt een andere hulpverlener geconsulteerd.

Zorg door de specialist

Een consult bij een orgaanspecialist levert een beperkte benadering op. De specialist kijkt naar 'zijn' orgaan(systeem) en bepaalt, met behulp van meer of minder diagnostiek, of er een pijn-verklarende aandoening kan worden vastgesteld. Als die er is volgt behandeling, heeft die behandeling geen effect of is er geen aandoening vastgesteld dan wordt patiënt naar een andere orgaanspecialist binnen het ziekenhuis verwezen (seriële diagnostiek) of volgt terug verwijzing naar de huisarts, die overweegt om een andere orgaanspecialist te consulteren of een second opinion elders te laten plaatsvinden. Op die manier ontstaat vaak een carrousel van specialisten die diagnostiek doen, eventueel kortdurend behandelen en dan terugsturen naar huisarts. Een dergelijke carrousel, levert voor de patiënt vertraging en ergernis op. De pijn blijft langer aanwezig, elke bezoek aan een specialist levert hoop op verbetering op en telkens als die verbetering uitblijft of er geen afwijkingen worden gevonden is dat een tegenvaller die de pijn kan verergeren. De kans dat deze benadering leidt tot chronische bekkenpijn is groot.

Schets van de gewenste situatie

Hieronder volgt een schets van de optimale situatie voor patiënten met bekkenpijn, volgens de commissie. We beginnen hierbij met een inschatting van het risico op het ontwikkelen van chronische pijn en geven daarna aandacht aan de mogelijkheden van preventie vanuit de huisarts, verloskundige en bekkenfysiotherapeut.

1. Risico-inschatting

Het inschatten van het risico op het ontwikkelen van chronische (bekken)pijn is een hulp bij het plannen van het zorgtraject.

1.1. Algemeen

In de literatuur zijn de volgende kenmerken van de klacht en van de patiënt bekend die een hoog risico op het ontstaan van chronische bekkenpijn kunnen geven.

Klacht:

- Pijn die onvoldoende reageert op behandeling van de orgaandiagnose.
- Pijn in samenhang met klachten over de functie van meer dan 1 orgaansysteem.
- Pijn met directe gevolgen voor het sociale leven (werk, relatie, gezin).

Patiënt:

- Meerdere episodes met pijn in voorgeschiedenis.
- Andere chronische pijn diagnoses (fibromyalgie, hoofdpijn, dysmenorroe).
- Aanwezigheid van somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (tinnitus, prikkelbare darmsyndroom (PDS)).
- Meer dan 2 andere lichamelijke klachten of aandoeningen.
- Stemmingsstoornissen.
- Catastroferende of ontkenkende coping strategie.
- Verwachting dat de klachten chronisch zullen zijn.

In de zorg voor patiënten met lage rugklachten is deze risico inschatting verder uitgewerkt in een vragenlijst die patiënten invullen en waarvan de score het risico aangeeft. (Edwards, 2016).

1.2. Tijdens zwangerschap en postpartum.

Zwangerschap gerelateerde pijn in de bekkengordel en lage rug (PGP/LBP) kan in 10% van de gevallen leiden tot chronische bekkenpijn. Voorspellend voor chronische klachten zijn een voorgeschiedenis van bekkengordelpijn of lage rugpijn voor de huidige zwangerschap en positieve bewegings- en pijnprovocatietests. Niet voorspellend zijn de maternale leeftijd, de mate van pijn, kwaliteit van leven, zware werkomstandigheden, verminderd functioneren en ziekteverzuim (Elden, 2016).

2. Preventie en de rol van de huisarts

In deze richtlijn leggen we nadruk op het voorkómen dat bekkenpijn zich ontwikkelt tot chronische bekkenpijn. Een aantal zaken kunnen hierbij helpend zijn.

2.1. Inschatten risico

Patiënten met een laag risico kunnen in de eerste lijn worden begeleid, de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts - geestelijke gezondheidszorg) kan, samen met de huisarts de patiënt zelfmanagement aanleren en daarmee de mogelijkheid bieden om zelf de regie in handen te krijgen. Dit is voor de huisarts een bekende strategie voor chronische aandoeningen, zoals diabetes, COPD en lage-rug-klachten. Als de huisarts voor een laag-risicopatiënt een medisch specialist wil consulteren dan bij voorkeur een orgaanspecialist die ook de, naast de pijn, aanwezige klachten over de functie van een orgaansysteem kan behandelen. De huisarts wordt geadviseerd om voor de hoog-risicopatiënt een consult aan te vragen bij een team of een polikliniek waar aandacht is voor zowel de klachten over de functie van een orgaansysteem, de pijn, als de impact van de pijn op het geheel functioneren. Meer concrete adviezen staan in de module Organisatie van zorg.

2.2. Vroeg consulteren

In een vroeg stadium een consult vragen bij hulpverleners met een brede kijk op pijnklachten kan voorkomen dat de patiënt de specialisten carrousel ingaat en er veel tijd en geld verloren gaat. Een multidisciplinair team van

medisch specialisten, geregistreerde bekkenfysiotherapeuten en psychologen is het meest aangewezen. In de module Organisatie van zorg wordt deze teamzorg verder beschreven.

Onder een 'vroeg stadium' verstaan we: wacht bij voorkeur niet langer dan 3 maanden na het begin van de klachten om voor patiënten met bekkenpijn een consult aan te vragen bij een medisch specialist. Het lijkt zinvol om goed aan patiënten uit te leggen dat snelle consultatie de kans op herstel groter maakt. Praten over chronisch worden van de pijn heeft een negatieve connotatie en dat is voor een patiënt met pijn een risicofactor op toename van de klachten en daarmee op afname van de kans op succes van behandeling. Uitspraken als "het wellicht chronisch kunnen worden van pijn" worden derhalve afgeraden.

Als bijlage van het implementatieplan van deze module is een template verwijfsbrief toegevoegd die gebruikt kan worden voor het verwijzen van patiënten met chronische bekkenpijn).

3. Preventie en de rol van de verloskundige

Naar schatting heeft zo'n 60% van alle vrouwen tijdens de zwangerschap last van bekkengordelpijn (pelvic girdle pain, PGP) of lage rugpijn (low back pain, LBP), waarvan 20% aanzienlijke pijn rapporteert (Mens, 2012). Postpartum is de prevalentie van bekkenpijn 48%, gemeten tot zes weken na de bevalling. Tussen de zes en twaalf weken daalt dit percentage naar 43% (KNOV, 2018).

Bekkenklachten kunnen pre-existent zijn (arthritis, reuma, trauma) of tijdens zwangerschap of kraamtijd ontstaan. De pijn is gelokaliseerd in het gebied rondom het sacro-iliacale gewricht tot aan de bilnaad en kan uitstralen naar de achterkant van het dijbeen of samengaan met pijn in de symfyse. Staan, lopen en zitten worden bemoeilijkt (Verstraete, 2013; Vleeming, 2008).

Ernstige bekkenklachten kunnen leiden tot onjuist medicijngebruik, fysieke overbelasting en psychische stress (Mackenzie, 2018). Het is ook een veel voorkomende oorzaak van ziekteverzuim in de zwangerschap (Stafne, 2019).

Een ruptuur of episiotomie kan ook langdurig klachten geven in de zin van dyspareunie, bekkenbodemplachten en perineale pijn (Chou, 2009; East, 2012).

Wanneer een vrouw postpartum langer dan drie maanden pijnklachten van het bekken heeft, wordt gesproken van chronische bekkenpijn (RCOG, 2012). Het spontane herstel van bekkengordelklachten na de bevalling zou vooral in de eerste twaalf weken na de bevalling optreden. In de periode tussen twaalf weken en een jaar na de bevalling is het herstel minimaal (Robinson, 2014). De NVFB heeft een tijdslijn voor het herstel van de bekkenbodem opgesteld voor vrouwen die net bevallen zijn (NVFB, 2018).

De wijze waarop de verloskundige zwangerschap, bevalling en kraambed begeleidt, kan langdurige bekken- en perineumpijn voorkomen.

Belangrijke factoren hierbij zijn:

- correcte uitvoering van het vaginaal toucher;
- de baringshouding: is gericht op het maximaliseren van de weeënkracht en de bekkenwijdte en het

- minimaliseren van het perineumletsel;
- de wijze waarop het kind wordt ontwikkeld, dat wil zeggen: de manoeuvres die worden toegepast bij de geboorte en de wijze van aanpakken;
- het geven van voorlichting over ADL.

Het tijdig signaleren van bekken- en perineumklachten, gebeurt via anamnese en lichamelijk onderzoek (KNOV, 2018, NICE, 2014). Als pijnprovocatietesten gebruikt men de Active Straight Leg Raise om pijn in het SI-gewricht op te sporen en het staan op één been om pijn in de symfyse te diagnosticeren. Bij andere klachten dan bekkengordelpijn zijn een vaginaal toucher of palpatie soms aangewezen. De verloskundige overlegt met de huisarts of gynaecoloog als er rondom de partus of bij de nacontrole klachten in het bekkengebied aanwezig zijn die niet tot het domein van de verloskundige behoren. Daarna kan de huisarts of gynaecoloog besluiten om een andere hulpverlener te consulteren.

Een jaar postpartum ervaart 6 tot 30% van alle vrouwen nog pijn aan de perineum (Schytt, 2007; Williams, 2007). Deze pijnklachten zijn gerelateerd aan de pariteit en aan de wijze van bevallen. In Nederland hebben primiparae meer pijnklachten dan multiparae. Vrouwen met een spontane vaginale bevalling ervaren de minste klachten: 1% heeft na zes maanden nog pijn aan de perineum en na een kunstverlossing is dit 15%. Pijn tijdens dagelijkse activiteiten komt minder voor na een vaginale bevalling (10%) dan na een sectio caesarea (22%) (KNOV, 2018).

Het inschatten van het risico en de preventie van bekkenpijn behoren tot de standaardzorg van de verloskundige. Behandeling gebeurt niet in de verloskundepraktijk, behalve advies voor houding, oefeningen, beweging. Bij een hoog risico zal in een vroeg stadium met de huisarts of geregistreerde bekkenfysiotherapeut worden overlegd over vervolgbeleid.

Vanwege de rol van de verloskundige in de preventie van chronische bekkenpijn zouden verloskundige opleidingen meer aandacht mogen besteden aan deze preventie. Beleid zou beter in kaart kunnen worden gebracht en er zou gewerkt moeten worden aan (na)scholing. Samenwerking met andere disciplines is een belangrijk aandachtspunt bij dit onderwerp.

4. Preventie en de rol van de bekkenfysiotherapeut

Het aandeel van patiënten met chronische bekkenpijn waarbij myofasciale dysfuncties een rol spelen varieert in de literatuur van matig tot hoog. Chronische bekkenpijn wordt vaak gezien in samenhang met urologische, gynaecologische, seksuologische en colorectale dysfuncties. Als er in meerdere orgaansystemen in het bekkengebied dysfuncties aanwezig zijn, is de kans groot dat er ook sprake is van een bekkenbodempysiotherapie (Engeler, 2018). In het geval van verdenking op myofasciale dysfunctie bij chronische bekkenpijn of als er klachten zijn in meerdere orgaansystemen, is een vroegtijdig consult bij een geregistreerd bekkenfysiotherapeut aan te bevelen voor zowel diagnostiek als behandeling. Dit kan tijd besparen en het zorgtraject efficiënter maken met sneller hulp voor de patiënt.

Bekkenfysiotherapie omvat een holistische aanpak met gebruikmaking van educatie, bewustwording en functieverbetering van de bekkenbodempysiotherapie en de gehele bekkenregio inclusief de bekkenorgaansystemen.

Er is aandacht voor relaxatie, coördinatie, ademhaling en houding en neuromusculaire re-educatie. Er is ook aandacht voor mictie, defecatie, menstruatie en seksuele gezondheid. De bekkenfysiotherapeut maakt gebruik van biofeedback/EMG, elektrostimulatie, mobilisatie- en rektechnieken, triggerpoint behandeling, percutane zenuwstimulatie (PTNS) en TENS (KNGF Beroepsprofiel, 2014). Uit recente literatuur blijkt dat bekkenfysiotherapie een belangrijke rol kan spelen in het verbeteren van de symptomen van chronische bekkenpijn (Berghmans, 2018; Cheong, 2014; Engeler, 2018; Jarrell, 2005; Murina, 2018; Pazin, 2016; Rees, 2015; Tantawy, 2018). Daarnaast kan bekkenfysiotherapie ook een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn en daarmee in de preventie van chronische bekkenpijn.

Bekkenfysiotherapie is een laagdrempelige, kosteneffectieve behandelvorm, voor zover bekend zonder bijwerkingen of complicaties (Dumoulin, 2014). In een multidisciplinair team is een geregistreerd bekkenfysiotherapeut van toegevoegde waarde mede door de holistische aanpak die aangrijpt op meerdere factoren die een rol kunnen spelen bij chronische bekkenpijn, zoals bijvoorbeeld bewegingsangst en zelfmanagement (Engeler, 2018; Faghani, 2018).

Indien er sprake is van myofasciale dysfunctie bij chronische bekkenpijn kan een consult worden aangevraagd bij een geregistreerd bekkenfysiotherapeut. In het kader van de directe toegankelijkheid van de bekkenfysiotherapie (DTF), kan de geregistreerde bekkenfysiotherapeut ook rechtstreeks te maken krijgen met patiënten met deze indicatie, zonder dat zij bij huisarts of specialist zijn geweest. In dit geval en op basis van het bekkenfysiotherapeutisch onderzoek en risico-inschatting zal de bekkenfysiotherapeut overleggen met de huisarts over het vervolgtraject en eventuele consulten bij disciplines in de bekkenzorgketen die kunnen helpen bij preventie of behandeling van chronische bekkenpijn.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Aanbeveling-1

Om te voorkomen dat de patiënt een ronde door het zorglandschap gaat maken, wordt aangeraden om op korte termijn een consult te regelen bij een orgaanspecialist, passend bij de klachten over de functie van dat orgaan.

Aanbeveling-2

Op basis van de literatuur over bekkengordelpijn, lage rugpijn en perineumlaesies tijdens de zwangerschap of postpartum kan worden geadviseerd bij symptomen van bekkenpijn en die de vrouw belemmeren in haar dagelijks functioneren snel te verwijzen naar geregistreerde bekkenfysiotherapeut, huisarts of gynaecoloog.

Aanbeveling-3

Op basis van bestaande kennis uit de literatuur bij andere pijnklachten (met name lage rugklachten) kan worden geadviseerd om een inschatting te maken van het risico op het chronisch worden van de pijn. Om te voorkomen dat de pijn chronisch wordt en daardoor veel moeilijker te behandelen, wordt de patiënt met een hoog risico verwezen voor multidisciplinaire diagnostiek en multimodale behandeling.

Onderbouwing

Achtergrond

Patiënten met bekkenpijn worden in de eerste lijn vaak behandeld op basis van een bekende aandoening die de pijnklachten kan verklaren. Als dit onvoldoende effect heeft wordt een consult gevraagd bij de betreffende orgaanspecialist. In deze module wordt aandacht besteed aan factoren die kunnen helpen om patiënten met bekkenpijn in een vroeg stadium op de juiste plek in de zorg te krijgen. De module besteedt aandacht aan deze factoren en aan het verschil tussen orgaanspecialist en bekkenpijnteam hierin.

In het eerste consult zal de huisarts kijken of er rode of gele vlaggen aanwezig zijn. Deze vlaggen vragen om snelle diagnostiek en behandeling.

- Rode vlaggen: lichamelijke afwijkingen. Bekende rode vlaggen zijn symptomen die wijzen op maligniteit, op ernstige ontstekingen en op psychiatrische aandoeningen zoals een depressie, angststoornis of somatisch pijnsyndroom.
- Gele vlaggen: psychosociale factoren. Bekende gele vlaggen zijn dreiging in de veiligheid van het systeem waarbinnen patiënt leeft (gezin) en dreiging van verlies van sociale positie (baan, relatie).

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet goed laat beantwoorden door middel van een literatuursamenvatting.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J*. 2018 May;29(5):631-638.

Cheong YC, Smotra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 5;(3):CD008797.

Chou D, Abalos E, Gyte Gillian ML, Gülmezoglu AM. Drugs for perineal pain in the early postpartum period: generic protocol. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD007734.pub2.

Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 14;(5):CD005654.

East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery* 2012;28(1):93-7.

Edwards RR, Dworkin RH, Turk DC, Angst MS, Dionne R, Freeman R, Hansson P, Haroutounian S, Arendt-Nielsen L, Attal N, Baron R, Brell J, Bujanover S, Burke LB, Carr D, Chappell AS, Cowan P, Etropolski M, Fillingim RB, Gewandter JS, Katz NP, Kopecky EA, Markman JD, Nomikos G, Porter L, Rappaport BA, Rice AS, Scavone JM, Scholz J, Simon LS, Smith SM, Tobias J, Tockarschewsky T, Veasley C, Versavel M, Wasan AD, Wen W, Yarnitsky D. Patient phenotyping in clinical trials of chronic pain treatments: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2016 Sep;157(9):1851-71.

Eliden H, Gutke A, Kjellby-Wendt G, Fagevik-Olsen M, Ostgaard H. Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016;17:276.

Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, De C Williams AC, Cottrell A,

- Goonewardene S. EAU guidelines on chronic pelvic pain. <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/2019>.
- Faghani N. Physiotherapy provides significant benefit for patients with chronic urologic pain. *Can Urol Assoc J*. 2018 Jun; 12(6 Suppl 3):S171-S174. Doi: 10.5489/cuaj.5328.
- Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, Lapensée L, Lea RH, Leyland NA, Martyn P, Shenassa H, Taenzer P, Abu-Rafea B; Chronic Pelvic Pain Working Group; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Sep;27(9):869-910.
- KNOV standaard prenatale verloskundige begeleiding, 2008 <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/531-3/prenatale-verloskundige-begeleiding/hoofdstuk/767/prenatale-verloskundige-begeleiding/>
- KNOV Multidisciplinaire richtlijn postnatale zorg, 2018. <https://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/877-2/multidisciplinaire-richtlijn-postnatale-zorg/hoofdstuk/1236/multidisciplinaire-richtlijn-postnatale-zorg/>
- Mackenzie J, Murray E, Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. *Midwifery* 2018;56:102-111.
- Mens JM, Huis in 't Veld YH, Pool-Goudzwaard A. Severity of signs and symptoms in lumbopelvic pain during pregnancy. *Man Ther*. 2012 Apr;17(2):175-9.
- Murina F, Felice R, Di Francesco S, Oneda S. Vaginal diazepam plus transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 Sep;228:148-153. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.06.026. Epub 2018 Jun 27.
- NICE guideline Intrapartum Care for healthy women and babies, 2014 (updated 2017) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#monitoring-during-labour>.
- NVFB. Tijdlĳn voor herstel van het bekken en de bekkenbodem na de bevalling (2018) <https://www.rondomzwanger.nl/wp-content/uploads/2018/01/folder-tijdlĳn-voor-herstel-bekken-en-bekkenbodem.pdf>
- NVOG Patiëntenfolder Bekkenpijn, Bekkeninstabiliteit en Zwangerschap Versie 1.0, 2001.
- Pazin C, de Souza Mitidieri AM, Silva AP, Gurian MB, Poli-Neto OB, Rosa-E-Silva JC. Treatment of bladder pain syndrome and interstitial cystitis: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2016 May;27(5):697-708.
- RCOG Green-top Guideline No. 41 The Initial Management of Chronic Pelvic Pain, 2012 <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg41/>.
- Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A; Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int*. 2015 Oct;116(4):509-25.
- Robinson HS, Vøllestad NK, Veierød MB. Clinical course of pelvic girdle pain postpartum -Impact of clinical findings in late pregnancy. *Manual Therapy* 2014;19:190-196.
- Schytt E, Waldenstrom U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *Journal of Women's Health* 2007;16(3):390-405.
- Stafne SN, Vøllestad NK, Mørkved S, Salvesen KA, Robinson HS. Impact of job adjustment, pain location and exercise on sick leave due to lumbopelvic pain in pregnancy: a longitudinal study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2019;37(2):218-226.
- Tantawy S, Kamel D, Abdelbasset W. Does transcutaneous electrical nerve stimulation reduce pain and improve quality of life in patients with idiopathic chronic orchialgia? A randomized controlled trial, *Journal of pain research*, 11 77-82, 2018.
- Verstraete EH, Vanderstraeten G, Parewijck W. Pelvic Girdle Pain during or after Pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. *Facts Views Vis Obgyn* 2013;5(1):33-43.
- Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal* 2008;17: 794-819. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>.
- Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(3):549-61.

Diagnostiek bij chronische bekkenpijn

Deze module is onderverdeeld in de volgende submodules:

- Algemene anamnese
- Psychosociale en seksuologische anamnese
- Vragenlijsten
- Lichamelijk onderzoek
- Aanvullend onderzoek

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Algemene anamnese bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Welke aandachtspunten zijn van belang bij het afnemen van een algemene anamnese bij patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Besteed in de anamnese bij patiënten met chronische bekkenpijn aandacht aan:

- de pijn (aard/ernst/locatie);
- bijkomende klachten over de functie van een orgaansysteem
- de aanwezigheid van pijn verklarende bekende aandoeningen en rode vlaggen.
- de cognities met betrekking tot pijn: eigen ideeën, wat vindt de omgeving van de pijn, emoties en gedragingen.
- het gebruik van medicijnen die effect hebben op de functie van de bekkenorganen.

Overwegingen

Bij patiënten die zich bij de huisarts melden met pijn in de onderbuik of het bekken zal de anamnese zich bij een eerste bezoek richten op de klacht: soort pijn, heftigheid en locatie. Daarnaast zal er vooral gekeken worden of er rode vlaggen zijn: zaken die geen uitstel verdragen en direct aandacht nodig hebben (module Consultatieverzoek huisarts of verloskundige). Vervolgens zal de huisarts vragen naar bijkomende symptomen: mictie-, defecatie-, menstruatie- en seksuele klachten. De huisarts zal ook kijken of er medicijnen worden gebruikt die effect hebben op de functie van de bekkenorganen.

Op basis van deze gegevens zal de huisarts lichamelijk- en zo nodig aanvullend onderzoek doen. Dan volgt behandeling.

Als de patiënt ondanks behandeling pijn blijft houden dan is het aan te bevelen om de anamnese uit te breiden. Hierbij komen de volgende zaken dan aan de orde:

Biomedisch

- andere pijnklachten of aandoeningen die met pijn gepaard gaan;
- eerdere pijnklachten of operaties in het bekken.

Psychosociaal

- de manier waarop patiënt omgaat met de pijn: coping mechanismen, eigen ideeën over de pijn;
- de gevolgen van de pijn voor het welbevinden en de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL);
- de gevolgen van de pijn voor de seksuele gezondheid en de partnerrelatie;
- de gevolgen van de pijn voor het sociale leven: vrienden, vrije tijd en werk.

De zogenaamde 'basis-anamnese' wordt dus uitgebreid met een seksuologische en psychologische anamnese.

De motivatie voor de bovengenoemd aanvullingen zijn:

Biomedisch

Het is bekend uit de algemene literatuur over chronische pijn dat het hebben van chronische pijn (al of niet verklaard) een nieuwe pijnklacht versterkt en dat de kans groter is dat deze nieuwe pijn ook langer blijft bestaan (Butler, 2017). Het brein speelt hier waarschijnlijk een belangrijke rol. Dit zal sneller alert zijn als er nieuwe pijnklachten ontstaan en deze voorrang geven boven andere symptomen.

Vanuit het verschijnsel neuroplasticiteit, wat betekent dat het zenuwstelsel verandert op basis van bestaande chronische pijn, weten we dat er ook een herinnering aanwezig is aan eerdere pijn in een bepaald gebied. Signalen vanuit het bekken worden hierdoor sneller herkend en als pijn aangemerkt door het zenuwstelsel. Operaties geven per definitie nociceptieve signalen die door het brein (deels) in pijn worden omgezet. Hierdoor wordt ook het geheugen opgebouwd (Fleming, 2016).

Psychosociaal

Het verrichten van diagnostiek op het gebied van het psychisch, seksueel en relationeel functioneren van de patiënt kan helderheid geven over hoe de patiënt omgaat met de klachten. Het resultaat van deze diagnostiek geeft ook antwoord op de vraag of er sprake is van psychologische comorbiditeit. Het is van belang deze vast te leggen met een DSM classificatie, zoals angststoornis, depressie, seksuele disfunctie of somatische symptoomstoornis. Deze aanvulling kan helpen om goede voorlichting te geven over de rol van het brein en over de invloed van de psychologische, seksuologische en relationele aspecten op het ervaren van pijn. Daarnaast kan worden gesproken over de omgekeerde relatie: de invloed van pijn op de psychosociale aspecten. Om de vraag naar de kans op psychologische comorbiditeit te beantwoorden is het advies om aan elke patiënt een consult bij een gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS aan te bieden.

Onderbouwing

Achtergrond

In deze module zal worden ingegaan op welke aandachtspunten van belang zijn bij het afnemen van een anamnese bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet laat beantwoorden op basis van een literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

- Butler, David S., G. Lorimer Moseley. Begrijp de pijn. (vertaling Bart van Buchem) Uitgever: Noigroup Publications, 2017.
- Fleming, A., Vollebregt, J. Pijn en het brein. Uitgever: Bert Bakker, 2016.

Psychosociale en seksuologische anamnese bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de meerwaarde van een psychosociale en seksuologische anamnese in het diagnostisch proces bij patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Neem een psychosociale en seksuologische anamnese naast de standaardanamnese af bij iedere patiënt met chronische bekkenpijn.

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Er werden geen studies opgenomen in de literatuuranalyse. Wegens het gebrek aan literatuur is de overall bewijskracht gegradeerd als zeer laag. Er is hier sprake van een kennislacune.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat patiënten die de neiging hebben tot catastroferen, een niet-steunende partner hebben, comorbide psychiatrische problematiek en/of seksueel misbruik in de voorgeschiedenis hebben meer/intensere pijn ervaren dan patiënten zonder deze kenmerken. Er is vaak sprake van een veelheid van non-specifieke klachten, dientengevolge komen patiënten bij diverse medisch specialisten voor dezelfde klacht (Zorgstandaard Chronische pijn, 2017). Semigestructureerde diagnostische protocollen kunnen patiënt en de arts helpen om de fysieke, psychosociale en seksuologische aspecten aan de klacht te onderscheiden (Fink, 2018; Riegel, 2014; Paras, 2019). Patiënten met chronische bekkenpijn kunnen wanhopig raken over de klachten en daardoor meerdere behandelaren bezoeken om te kijken of ze ergens houvast en perspectief kunnen vinden. Daarnaast kunnen ze ook gebruik maken van complementaire en (al dan niet bewezen effectieve) aanvullende behandelingen. Er kunnen problemen op werk ontstaan (tot aan baanverlies), partnerrelatie- en gezinsproblemen, bijvoorbeeld door langdurig niet kunnen voldoen aan de 'gewone' alledaagse huishoudelijk taken. Het seksueel functioneren kan door bijvoorbeeld angst voor aanraking en vermijding van het gesensitiseerde gebied stil komen liggen, met spanningen in de partnerrelatie tot gevolg. Patiënten kunnen het zicht kwijtraken op oorzaak en gevolg van de klachten, en stressfactoren centreren zich rondom het hebben van de pijn. Aandacht voor deze comorbide factoren helpt voor de differentiaaldiagnose en het opstellen van een behandelplan.

Patiënten geven aan dat er tijdens hun ziekteproces vaak door hulpverleners onvoldoende aandacht is voor de psychosociale effecten van de aandoening terwijl die wel een grote impact kan hebben op het alledaags leven, relatie en seksualiteit (Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019). Psychosociale en seksuele problematiek kan oorzakelijk, luxerend en klachtenonderhoudend zijn bij pijn (Carty, 2019; Hansen, 2005; Wróbel, 2015).

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Veel patiënten hebben zelf het idee dat hun klachten naast een fysieke ook een psychosociale kant hebben, zoals stress (Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen, Trimbo Instituut, 2011). Patiënten willen zich begrepen voelen en emotionele ondersteuning ervaren van de hulpverleners in het diagnostische en behandelproces. Uit onderzoek blijkt overtuigend dat mensen met seksuele klachten niet gauw zelf deze klachten aankaarten, maar verwachten dat hun hulpverlener erover begint. Bij sommige patiënten is het deelnemen aan een intakegesprek over de samenhang tussen de fysieke en psychosociale en seksuele klachten, gevolgd door psychoeducatie over deze relaties al verhelderend en het kan een positieve invloed betekenen op de ervaren last (Carty, 2019). Sommige patiënten, met name zij die blijven zoeken naar een uitsluitend medische oplossing voor het probleem, zullen mogelijk in eerste instantie niet direct profijt hebben van een dergelijk consult. Een ervaren hulpverlener heeft geleerd om adequaat om te gaan met de weerstand van de patiënt, en zal op patiëntniveau uitleg kunnen geven.

Kosten (middelenbeslag)

Het is bekend dat patiënten met zowel lichamelijke als psychosociale klachten een lagere kwaliteit van leven ervaren, hogere zorgkosten genereren en minder therapietrouw zijn (Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019). Daarom is het ook bij deze groep van belang om in te zetten op goede samenwerking en shared decision making. Met adequate differentiatie tussen de medische en de psychosociale problematiek kan mogelijk overbodig medisch-specialistische handelen verminderd worden (Schuitemaker, 2018). Psychosociale en seksuologische zorg is verhoudingsgewijs goedkoop als men het vergelijkt met medisch-specialistische zorg. De kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij somatische ziekte geeft aan dat er bewijs lijkt te zijn dat het zorgkosten bespaart (Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019; er wordt daarbij onder andere verwezen naar Andlin-Sobocki, 2005; Coley, 2009; Hochlehnert, 2011; Myers, 2012).

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Er zijn geen relevante bezwaren van overige relevante stakeholders bekend.

Haalbaarheid en implementatie

Het nut van protocollair werken met betrekking tot diagnostiek bij somatische aandoeningen is algemeen aanvaard, inclusief bij psychosociale en seksuele problematiek (Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019). Een multidisciplinaire aanpak van chronische bekkenpijn vraagt om een aanpak waarbij niet "naar elkaar verwezen" wordt, maar om daadwerkelijk integratief medisch en psychologisch/ seksuologisch te denken en te handelen. Geen seriële maar gelijktijdige diagnostiek (en interventies) teneinde de diverse aspecten van het functioneren van de patiënt adequaat in kaart te brengen (Lamvu, 2018). Hoewel de uitvoering organisatorisch realiseerbaar is, laat de kwaliteit van zorg hierbij te wensen over. De manier waarop de huidige DBC-systematiek is ingericht is daar mede debet aan. De besparing bij adequate psychosociale en seksuologische begeleiding is immers slecht zichtbaar te maken. Alle bij chronische bekkenpijn betrokken professionele disciplines onderkennen de noodzaak van multidisciplinaire teams. Er zijn aanwijzingen te veronderstellen dat integratieve zorg zelfredzaamheid bevordert en ervaren pijn vermindert (Adachi, 2019; Lamvu, 2018).

Om deze reden wordt aanbevolen om vroegtijdig een consult aan te vragen bij een multidisciplinair bekkenpijnteam. Voor een definitie van het multidisciplinaire team verwijzen wij u naar de module Organisatie

van zorg. Mogelijke barrières voor implementatie zijn dat er op dit moment onvoldoende seksuologen en in somatiek gespecialiseerde psychologen zijn, dat er lange wachtlijsten voor psychologische hulp zijn en dat seksuologische zorg en aanpassingsproblematiek (bijvoorbeeld bij ziekte) op dit moment niet vergoede zorg betreft wanneer dit buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Wanneer er sprake is van een somatische symptoomstoornis dan is financiering vanuit de basis GGZ wel mogelijk.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Er werden geen studies gevonden in de literatuuranalyse voor het beantwoorden van de vraag. Gezien de ernst en de impact van psychische en/of seksuele problemen lijkt het uitvoeren van een psychosociale en seksuologische anamnese, naast de standaardanamnese van toegevoegde waarde voor de patiënt met chronische bekkenpijn. Door geprotocolleerd werken, bijvoorbeeld met behulp van (semi-)gestructureerde vragenlijsten, komen alle aspecten van chronische bekkenpijn aan bod tijdens de anamnese: lichamelijk, psychosociaal en seksueel welbevinden. Door samen te werken in een multidisciplinair team wordt voor patiënt en behandelaars efficiënter gewerkt en tijd bespaard. Voor een definitie van het multidisciplinaire team verwijzen wij u naar de module Organisatie van zorg.

Onderbouwing

Achtergrond

In de huidige situatie is het onduidelijk of zorgverleners die werken met patiënten met chronische bekkenpijn vanuit een biopsychosociaal model werken (zie de bijlage Achtergrondinformatie). Het is bekend dat van de patiënten met een chronische aandoening (anders dan chronische bekkenpijn) 1 op de 3 patiënten psychosociale problemen ervaart en 1 op de 6 klinisch relevante angst en depressieve klachten. Ook lijkt het suïciderisico voor patiënten met chronische pijn verhoogd. De prevalentie van zelfmoordpogingen onder patiënten met chronisch pijn varieert in de literatuur van 5 tot 14% en 20% van de patiënten heeft wel eens gedacht aan zelfmoord (Tang, 2006). Patiënten met chronische aandoeningen geven aan dat er onvoldoende aandacht voor psychosociale problemen is geweest tijdens en na het ziekteproces. Uit onderzoek blijkt dat onvoldoende aandacht hiervoor tot problemen leidt. Aan te nemen valt dat dit ook voor chronische bekkenpijn patiënten geldt. Psychosociale zorg verbetert patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid (Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019). In deze module wordt daarom gekeken naar wat de meerwaarde van een psychosociale en seksuologische anamnese in het diagnostisch proces bij patiënten met chronische bekkenpijn kan zijn.

Conclusies

GRADE	Vanwege het ontbreken van studies waarin een psychosociale en/of seksuologische anamnese in combinatie met standaard anamnese werd vergeleken met alleen een standaard anamnese is het onbekend wat het effect is hiervan op de volgende uitkomstmaten: sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde, verandering van diagnose ten opzichte van werkdiagnose na alleen standaard anamnese, pijnintensiteit, patiënttevredenheid, kwaliteit van leven, effect (uitkomst) op behandeling en patiënttevredenheid en psychische klachten.
--------------	---

Samenvatting literatuur

Er werden geen onderzoeken opgenomen in de literatuuranalyse. Hierdoor kon er geen GRADE-beoordeling worden uitgevoerd.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de meerwaarde van een psychosociale en seksuologische anamnese in het diagnostisch proces bij patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn ≥ 6 maanden);

I: standaard anamnese + psychosociale en/of seksuologische anamnese;

C: standaard anamnese;

O: Level 1: sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde;

Level 2: verandering van diagnose ten opzichte van werkdiagnose na alleen standaard anamnese, pijnintensiteit, patiënttevredenheid, kwaliteit van leven;

Level 3: effect (uitkomst) op behandeling en patiënttevredenheid;

Level 4: psychische klachten, zoals depressie, paniekaanvallen, angst.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte sensitiviteit en specificiteit voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaten; en de positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde, verandering van diagnose ten opzichte van werkdiagnose na alleen standaard anamnese, pijnintensiteit, patiënttevredenheid, kwaliteit van leven, effect (uitkomst) op behandeling en patiënttevredenheid, psychische klachten, zoals depressie, paniekaanvallen, angst zijn voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de database Medline (via OVID) is op 27 juli 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar de toegevoegde waarde van een psychosociale- en/of seksuologische anamnese vergeleken met alleen een standaard anamnese. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 153 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie betrof een vergelijkend onderzoek waarin psychosociale en/of seksuologische anamnese + standaard anamnese werd vergeleken met alleen een standaard anamnese. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 46 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 46 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 0 studies definitief geselecteerd.

Resultaten

Er zijn geen onderzoeken opgenomen in de literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Adachi T, Nakae A, Maruo T, Shi K, Maeda L, Saitoh Y, Shibata M, Sasaki J. The Relationships Between Pain-Catastrophizing Subcomponents and Multiple Pain-Related Outcomes in Japanese Outpatients with Chronic Pain: A Cross-Sectional Study. *Pain Pract.* 2019 Jan;19(1):27-36.

Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. *Eur J Neurol.* 2005; 12 Suppl 1: 39-44.

Carty JN, Ziadni MS, Holmes HJ, Tomakowsky J, Peters K, Schubiner H, Lumley MA. The Effects of a Life Stress Emotional Awareness and Expression Interview for Women with Chronic Urogenital Pain: A Randomized Controlled Trial. *Pain Med.* 2018 Sep 24.

Coley KC, Saul MI, Seybert AL. Economic burden of not recognizing panic disorder in the emergency department. *J Emerg Med.* 2009; 36(1): 3-7.

Fink W, Kamenski G, Konitzer M. Diagnostic protocols-A consultation tool still to be discovered. *J Eval Clin Pract.* 2018;24(1):293-300.

Hansen A, Jensen DV, Larsen EC, Wilken-Jensen C, Kaae BE, Frølich S, Thomsen HS, Hansen TM. Postpartum pelvic pain--the "pelvic joint syndrome": a follow-up study with special reference to diagnostic methods. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Feb;84(2):170-6.

Hochlehnert A, Niehoff D, Wild B, et al. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. *J Psychosom Res.* 2011; 70(2): 135-9.

Lamvu G, Alappattu M, Witzeman K, Bishop M, Robinson M, Rapkin A. Patterns in Vulvodynia Treatments and 6-Month Outcomes for Women Enrolled in the National Vulvodynia Registry-An Exploratory Prospective Study. *J Sex Med.* 2018;15(5):705-715. doi:10.1016/j.jsxm.2018.03.003.

Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019.

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/documents/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte/files/Kwaliteitsstandaard-Psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte.pdf>.

Myers V, Gerber Y, Benyamini Y, et al. Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures--a longitudinal study. *J Psychosom Res.* 2012; 72(1): 5-10.

Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, Elamin MB, Seime RJ, Prokop LJ, Zirakzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009 Aug 5;302(5):550-61.

Riegel B, Bruenahl CA, Ahyai S, Bingel U, Fisch M, Löwe B. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *J Psychosom Res.* 2014 Nov;77(5):333-50.

Schuitmaker G, Busch A, Bakker T, Felix P. Directe verwijzing naar medische psychologie loont. *Med Contact.* 2018; Oct; 43: 20-3.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.*

2006 May;36(5):575-86.

Trimbos Instituut. 'Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen' (2011). <https://www.ggzrichtlijnen.nl/solk-en-somatoforme-stoornissen> (bezocht op: 2-10-2019).

Wróbel, B., Nowosielski, K., Sadowska, P., & Sadowski, K. (2015). Psychological Factors in Sexual Pain: Fear-Avoidance Model in Chronic Pelvic Pain Syndrome Therapy. *int J Gynecol Clin Pract* 2015, 2: 108.

Zorgstandaard Chronische pijn (versie 28-03-2017). https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf

Vragenlijsten bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van vragenlijsten bij de diagnostiek van chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Gebruik bij patiënten met chronische bekkenpijn relevante vragenlijsten en dagboeken:

- ter voorbereiding van een consult;
- voor diagnostiek;
- om de effectiviteit van de behandeling te monitoren;
- om de keuze voor adequate therapievorm te bepalen.

Gebruik hiervoor relevante vragenlijsten en dagboeken die gaan over:

- pijn;
- kwaliteit van leven;
- functies van de bekkenorganen;
- psychologische functies;
- seksuologische functies;
- sociale functies.

Overwegingen

Het gebruik van vragenlijsten kent een paar voordelen. De vragenlijsten kunnen door de patiënt zelf, thuis worden ingevuld en worden meegenomen of opgestuurd naar de huisarts en specialist. Vragenlijsten hebben verder als voordeel dat het mogelijk wordt om scores toe te kennen aan de antwoorden en zo de verschillende aspecten van de chronische bekkenpijn te kunnen kwalificeren en kwantificeren. Bij patiënten met chronische bekkenpijn helpt een vragenlijst ook om de pijn en de symptomen apart te bevragen en te beoordelen. De resultaten kunnen helpen om richting te geven aan het beleid, zowel diagnostisch als therapeutisch.

Het lastige van vragenlijsten is dat er zeer veel zijn ontwikkeld elk met hun eigen achtergrond en doel. Veel lijsten zijn ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en lenen zich niet altijd voor de dagelijkse praktijk.

Vragenlijsten kunnen worden onderverdeeld in:

1. Algemene pijnvragenlijsten.
2. Kwaliteit van leven vragenlijst.
3. Symptoomvragenlijsten (orgaanspecifiek of bekkengericht).
4. Psychologische vragenlijsten.
5. Seksuologische vragenlijsten.
6. Maatschappelijke/ sociale vragenlijsten.

Voorbeelden (alleen vragenlijsten die in het Nederlands beschikbaar zijn):

1. McQill Pain Questionnaire, Numeric Pain Rating Scale (NPRS).
2. SF 36, Nottingham Health Profile, RAND 36, Pain Disability Index.
3. Vragenlijst Werkgroep Bekkenbodemp (NVOG) voor vrouwen, PelFIs voor mannen of vrouwen.
4. Pain Catastrophising scale, Central Sensitisation Inventory, Beck Depression Inventory, LEC (Life Events Checklist), PCL-5 (PTSD Checklist DSM-50, TSQ (Trauma Screening Questionnaire), IPQ-K (Ziekteperceptievragenlijst) en de Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ).
5. Vragenlijst voor het signaleren van Seksuele Dysfuncties (VSD), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), Female Sexual Function Index (FSFI).
6. IPQ-K (Ziekteperceptievragenlijst) en de Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ).

Naast vragenlijsten zijn ook dagboeken een bruikbaar instrument om inzicht in de symptomen te krijgen. Voorbeelden zijn: Plasdagboek, Ontlasting dagboek, Pijndagboek.

Vragenlijsten worden inmiddels ook gebruikt om, als patiënt en hulpverlener samen, keuzes te maken als het gaat om diagnostiek en therapie. In de verschillende keuzehulpen wordt hiervan gebruik gemaakt. De antwoorden van de patiënt op gestandaardiseerde vragenlijsten worden door de hulpverlener met de patiënt besproken. Hierdoor komen alle relevante aspecten aan bod tijdens het gesprek.

Onderbouwing

Achtergrond

In deze module zal worden ingegaan op welke eigenschappen van een vragenlijst van belang zijn bij de keuze voor een bepaalde vragenlijst ten behoeve van de diagnostiek bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet laat beantwoorden op basis van een literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Lichamelijk onderzoek bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van het lichamelijk onderzoek ten behoeve van de diagnostiek bij chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Verricht bij elke patiënt met chronische bekkenpijn een lichamelijk onderzoek met als doel het opsporen van pijn verklarende bekende aandoeningen en rode vlaggen.

Bespreek vooraf met de patiënt de inhoud van het onderzoek en overleg daarbij of inwendig onderzoek mogelijk is en gedaan kan worden. Geef patiënten de regie tijdens het onderzoek.

Verwijs bij verdenking op myofasciale dysfunctie of als er meerdere orgaansystemen betrokken zijn naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor een diagnostisch consult.

Overwegingen

Bij iedere patiënt die zich voor het eerst meldt met bekkenpijn zal lichamelijk onderzoek worden verricht. De huisarts doet een kort oriënterend onderzoek van buik en bekken, inclusief de geslachtsorganen. De uitgebreidheid zal hier worden bepaald door de eventueel aanwezige rode vlaggen en het vermoeden van bekende aandoeningen die de pijn kunnen verklaren. Belangrijk is dat de huisarts onderzoek doet van het lichaamsdeel of -gebied waar de patiënt de pijn voelt. In de eerste fase is het onderzoek gericht op aandoeningen die de pijn zouden kunnen verklaren.

Bij bekkenpijn zal specifiek de overweging worden gemaakt of er een inwendig onderzoek wordt verricht: rectaal en vaginaal toucher en speculumonderzoek. Hierbij geldt ook dat de anamnese van de symptomen en de aangegeven pijnlocatie leidend zijn.

Voorafgaand aan het onderzoek wordt aan patiënt verteld welk onderzoek en met welk doel het lichamelijk/inwendig onderzoek zal worden verricht (Stichting Bekkenbodem4All, 2016). Het is hierbij goed om te vragen naar eerdere ervaringen met een lichamelijk- en in het bijzonder inwendig onderzoek. Als er eerdere slechte ervaringen zijn dan verdient het aanbeveling om te overwegen of het veilig is dat dit onderzoek verschoven kan worden naar een later moment. Deze overweging wordt met patiënt besproken en dan volgt de beslissing. Het is goed om te bedenken dat inwendig onderzoek bij pijn vaak een dubbele impact heeft: het inwendig onderzoek zelf en het feit dat het pijn doet. Geef aan patiënten aan dat ze zelf de regie houden tijdens het onderzoek en dus de mogelijkheid hebben om stop te zeggen en het onderzoek te onderbreken of te beëindigen, of het onderzoek in het geheel niet te laten plaatsvinden.

Als er verdenking is op myofasciale dysfunctie of als er meerdere orgaansystemen in het bekken zijn betrokken zou de huisarts de patiënt kunnen verwijzen naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor aanvullend lichamelijk onderzoek naar de myofasciale aspecten (zie de module [Bekkenfysiotherapie](#)).

Basaal lichamelijk onderzoek:

- Inspectie en palpatie van de buik.
- Inspectie en palpatie van de genitalia externa.

Aanvullend lichamelijk onderzoek:

- Inwendig onderzoek met palpatie genitalia interna en prostaat.
- Speculumonderzoek.

Onderbouwing

Achtergrond

In deze module zal worden ingegaan op de plaats van het lichamelijk onderzoek bij chronische bekkenpijn.

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet laat beantwoorden op basis van een literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Stichting Bekkenbodem 4All (2016) 'Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor de zorg bij bekkenbodemp Problemen, in het kader van het project 'Goud in Handen: ervaringskennis effectief inzetten'. <https://bekkenbodem4all.nl/wp-content/uploads/2016/12/bekkenbodem.pdf>.

Aanvullend onderzoek bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van aanvullend onderzoek ten behoeve van de diagnose bij chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Verricht aanvullend onderzoek om nadere informatie te krijgen over de aanwezigheid en aard van pijn verklarende bekende aandoeningen en rode vlaggen.

Verricht alleen invasief aanvullend onderzoek als:

- er een concrete vraag is die door het onderzoek met ja/nee of alternatief a/alternatief b kan worden beantwoord.
- het antwoord op deze vraag directe gevolgen heeft voor het behandelbeleid.

Overwegingen

Indien het lichamelijk onderzoek geen bekende aandoening oplevert die de pijn kan verklaren kan aanvullend onderzoek worden verricht. De huisarts zal zich hierbij richten op met name laboratoriumonderzoek, beeldvorming en dagboeken.

Laboratoriumonderzoek:

- Urineonderzoek, Multi stick en sediment en bij afwijking urinekweek.
- Preparaat en kweek vaginale afscheiding, SOA testen.
- Bloedbeeld als daar op basis van klinisch beeld aanleiding voor is.

Beeldvorming:

- Echografie van de onderbuik.

Dagboeken:

- Mictiedagboek.
- Ontlastingsdagboek.
- Pijndagboek.

Overig aanvullend onderzoek zal worden verricht door het team als patiënt hiernaar wordt verwezen. Voor het doen van aanvullend onderzoek dient een concrete vraagstelling te zijn die door het betreffende onderzoek kan worden beantwoord, bij voorkeur met ja/nee of alternatief a/alternatief b. Het antwoord op de vraag zal vervolgens leidend moeten zijn bij de keuze van de volgende stap in het beleid. Als aan deze twee voorwaarden niet kan worden voldaan verdient het aanbeveling de indicatie voor dit onderzoek te heroverwegen. Patiënten verwachten vaak dat een onderzoek iets oplevert waardoor de pijn minder wordt. Deze verwachtingen kunnen dan snel leiden tot teleurstelling als de vraag niet concreet is of niet beantwoord kan worden. Het managen van

deze verwachtingen is onderdeel van het aanvragen van aanvullend onderzoek. Daarnaast bevestigt het doen van aanvullend onderzoek het idee dat er iets mis is met het lichaam en dat die afwijking de pijn veroorzaakt. Dit versterkt de biomedische benadering van pijn.

Laboratoriumonderzoek:

- Gericht op specifieke vragen gebaseerd op anamnese en eventueel al verricht aanvullend onderzoek.

Beeldvorming:

- Gericht op specifieke vragen gebaseerd op anamnese en eventueel al verricht aanvullend onderzoek.
Voorbeelden (geen complete opsomming):
 - Endovaginale echografie bij verdenking afwijking genitalia interna.
 - Endoanale echografie bij verdenking op afwijkingen anale kanaal.

Endoscopie:

- Gericht op specifieke vragen gebaseerd op anamnese en eventueel al verricht aanvullend onderzoek.
Voorbeelden (geen complete opsomming):
 - Cystoscopie bij blaaspijn.
 - Rectoscopie bij anale pijn.

Functie diagnostiek:

- Gericht op specifieke vragen gebaseerd op anamnese en eventueel al verricht aanvullend onderzoek.
Voorbeelden (geen complete opsomming):
 - Flowmetrie en echografische residumeting
 - UroDynamisch Onderzoek: functie blaas, urethra en bekkenbodemp.
 - Anorectaal functie onderzoek: functie anorectum.

Onderbouwing

Achtergrond

In deze module zal worden ingegaan op de plaats van aanvullend onderzoek bij het stellen van de diagnose bij chronische bekkenpijn.

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet laat beantwoorden op basis van een literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van bekkenfysiotherapie bij de diagnostiek en de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Verwijs bij chronische bekkenpijn in een vroeg stadium naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut voor zowel diagnostiek als behandeling als er verdenking is op myofasciale dysfunctie of als er meerdere orgaansystemen in het bekken zijn betrokken.

Laat de keuze voor een specifieke bekkenfysiotherapeutische interventie afhangen van de resultaten van het bekkenfysiotherapeutisch onderzoek en het overleg met de patiënt over zijn/haar wensen. Dit onderzoek dient altijd uitgevoerd te worden door een geregistreerd bekkenfysiotherapeut.

Overweeg bekkenfysiotherapie in combinatie met graded activity bij vrouwen met chronische bekkenpijn en bewegingsangst.

Overweeg TENS bij mannen met chronische testiculaire pijn gedurende vier weken, vijf keer per week 30 minuten. Plaats hiervoor de elektrodes op de abdominale suprapubische regio.

Overweeg percutane n. tibialis stimulatie (P-PTNS) bij vrouwen met chronische bekkenpijn voor verbetering van de kwaliteit van leven.

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Deelvraag 1 - diagnostiek:

Er konden geen conclusies worden getrokken ten aanzien van de diagnostische accuratesse van bekkenfysiotherapeutisch onderzoek bij patiënten met chronische bekkenpijn. Er werden geen studies gevonden waarin dit werd bestudeerd. Dit betreft een kennislacune.

Hoewel er geen sterke conclusies getrokken konden worden ten aanzien van de diagnostische accuratesse van de bekkenfysiotherapie, zijn er aanwijzingen dat diagnostiek door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut bij patiënten met chronische bekkenpijn van meerwaarde is. In het geval van verdenking op myofasciale dysfunctie bij chronische bekkenpijn en als er klachten zijn in meerdere orgaansystemen is een vroegtijdige verwijzing naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut aan te bevelen voor zowel diagnostiek als behandeling.

Het aandeel van patiënten met chronische bekkenpijn waarbij myofasciale dysfuncties een rol kunnen spelen varieert in de literatuur van matig tot hoog (Engeler, 2018). Ook co-existeert chronische bekkenpijn vaak met

urologische, gynaecologische, seksuologische en colorectale dysfuncties (Engeler, 2018). Als er in meerdere orgaansystemen in het bekkengebied dysfuncties aanwezig zijn, is de kans groot dat er gelijktijdig sprake is van een bekkenbodempijndysfunctie (Engeler, 2018). De werkgroep is van mening dat een bekkenfysiotherapeutisch onderzoek mogelijk van toegevoegde waarde kan zijn in het vroegtijdig diagnosticeren van deze dysfuncties en aan de hand daarvan een adequaat behandelplan op te stellen. Een vaginaal of rectaal onderzoek door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut wordt uitgevoerd om de functie van de bekkenbodemspieren te beoordelen volgens het rapport van de International Continence Society (ICS). De vaginale palpatie heeft een matige indruk validiteit en voldoende intra-beoordelaar betrouwbaarheid om de bekkenbodempijndysfunctie te beoordelen (Slieker-ten Hove, 2009). Rectaal onderzoek is een goede manier om de bekkenbodempijndysfunctie bij mannen te testen (Wyndaele, 1996). Het diagnostisch onderzoek van de functie van de spieren van de bekkenbodempijndysfunctie door middel van inspectie en palpatie kan aangevuld worden met een EMG-meting (Voorham-van der Zalm, 2013).

Deelvraag 2- behandeling:

Op basis van de resultaten van de literatuuranalyse is er weinig vergelijkend onderzoek beschikbaar van voldoende hoge kwaliteit over de effectiviteit van bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn (alle conclusies waren GRADE laag - zeer laag). Voor een deel van de interventies die gebruikt worden bij bekkenfysiotherapie is literatuur gevonden met de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit. Uit de geïncludeerde studies blijkt dat het onduidelijk is of bekkenfysiotherapie met graded activity of door middel van manuele technieken en triggerpoint therapie een positief effect heeft op de pijnintensiteit bij vrouwen met chronische bekkenpijn. Percutane zenuwstimulatie lijkt geen effect te hebben op de pijnintensiteit van vrouwen met chronische bekkenpijn 6 maanden na de behandeling. Wel lijkt deze behandeling een gunstig effect te hebben op de kwaliteit van leven in het domein sociaal functioneren. Het is onduidelijk of er een verschil is in effect op de pijnintensiteit van massage van de m. levator ani, mobilisatie van de coccyx of rekken van de m. levator ani bij patiënten met coccygodynie op de lange termijn. TENS lijkt een positief effect te hebben op de pijnintensiteit bij mannen met idiopathische chronische testiculaire pijn twee maanden na de behandeling. Het is onzeker of dit ook een effect heeft op hun kwaliteit van leven (Tantawy, 2018).

Ten aanzien van andere interventies die onderdeel zijn van de bekkenfysiotherapie zoals educatie, bewustwording, relaxatie, coördinatie, functieverbetering van de bekkenbodemspieren, myofeedback en elektrostimulatie konden geen studies worden geselecteerd die voldeden aan de PICO en konden daardoor geen GRADE conclusies worden getrokken.

Vanwege de beperkte beschikbare studies die slechts delen van de bekkenfysiotherapie onderzoeken en de lage methodologische kwaliteit van de studies zijn er geen duidelijke conclusies te trekken over de effectiviteit van bekkenfysiotherapie op lange termijn op de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit bij patiënten met chronische bekkenpijn. Hetzelfde geldt voor de andere belangrijke uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en complicaties. Daarnaast beschrijven de geïncludeerde studies de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn die soms al meerdere jaren klachten hebben. Zoals beschreven in de richtlijn zou men idealiter patiënten met (acute) bekkenklachten het liefst binnen 6 weken na bezoek aan de huisarts naar de bekkenfysiotherapeut sturen, de resultaten uit de literatuuranalyse zijn daarom minder direct te extrapoleren naar deze groep.

Bekkenfysiotherapie omvat een holistische aanpak met gebruikmaking van educatie, bewustwording en functieverbetering van de bekkenbodemspieren en de gehele bekkenregio inclusief orgaansystemen. Er is aandacht voor relaxatie, coördinatie, ademhaling en houding, beweegpatroon en functieherstel, neuromusculaire re-educatie, mictie, defecatie, menstruatie en seksuologische problematiek. Daarbij wordt gebruik gemaakt van biofeedback/EMG, elektrostimulatie, mobilisatie- en rektechnieken, triggerpoint behandeling, percutane zenuwstimulatie (PTNS) en TENS (KNGF Beroepsprofiel, 2014). Uit recente literatuur zou blijken dat bekkenfysiotherapie een belangrijk rol kan spelen in het verbeteren van de symptomen bij chronische bekkenpijn (pijn, mictieklachten, seksuele dysfuncties en anorectale dysfuncties) (Rees, 2015; Berghmans, 2018; Jarrell, 2005; Cheong, 2014; Pazin, 2016; Engeler, 2018; Murina, 2018; Tantawy, 2018). Een meta-analyse van Anderson (2018) toont aan dat de combinatie van therapieën zoals bekkenbodemoefentherapie, biofeedback, en/of cognitieve gedragstherapie geassocieerd worden met een klinisch en statistisch significante vermindering van pijn, mictieklachten en kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn. Berghmans (2018) wijst ook op klinisch significante effecten van bekkenfysiotherapie bij patiënten met chronische bekkenpijn en seksuele dysfuncties. Ook bij chronische bekkenpijn en anorectale dysfuncties zou bekkenfysiotherapie een positieve rol kunnen spelen (Bharucha, 2016). Uit een recente review van Cottrell (2020) lijkt neuromodulatie zoals TENS en PTNS een positief effect te hebben op pijn en kwaliteit van leven bij mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn.

Ook deze resultaten moeten echter met voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met een laag tot zeer lage bewijskracht. De huidige literatuur toont een groot aantal methodologische problemen aan, variërend van kleine steekproefgrootte, inadequate analyse, interpretatie van resultaten en operationele definitie (Fuentes-Márquez, 2018).

Ondanks dat er weinig tot geen studies van hoge methodologische kwaliteit bekend zijn die de bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn bestudeerd hebben is de werkgroep van mening, op basis van de ervaringen uit het werkveld, dat bekkenfysiotherapie onderdeel dient te zijn binnen de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van chronische bekkenpijn (werkgroep richtlijn chronische bekkenpijn, Jarrell, 2005; Engeler, 2018; Berghmans, 2018). Het verdient aanbeveling om verder wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit op te zetten (RCT's) om de effectiviteit van bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn verder te onderbouwen.

Bekkenfysiotherapie is een laagdrempelige behandelvorm, voor zover bekend zonder bijwerkingen en/of complicaties (Dumoulin, 2014). In een multidisciplinair team kan een geregistreerd bekkenfysiotherapeut van toegevoegde waarde zijn mede door de holistische aanpak die aangrijpt op meerdere factoren die een rol kunnen spelen bij chronische bekkenpijn, zoals bijvoorbeeld bewegingsangst (graded activity) en zelfmanagement (Faghani, 2018; Engeler, 2018). Bewegen en weer leren voelen is een belangrijke vaardigheid die bij patiënten met chronische bekkenpijn weer aangeleerd moet worden en waar de bekkenfysiotherapeut een belangrijke rol in kan spelen.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Vroegtijdig identificeren van myofasciale dysfunctie en doorverwijzing naar de geregistreerd bekkenfysiotherapeut kan mogelijk tijdsbesparend en efficiënter zijn voor zowel het medische traject als voor de patiënt. Ondanks dat er in deze richtlijn geen studies geïnccludeerd konden worden met patiënttevredenheid als

uitkomstmaat, blijkt uit andere bronnen (CBS, 2019) dat de patiënt het contact met de (bekken)fysiotherapeut als prettig en laagdrempelig ervaart, meer dan bijvoorbeeld bij de huisarts of psycholoog.

De werkgroep is van mening dat het feit dat de patiënt actief bezig is in het herstelproces de verantwoordelijkheid en zelfmanagement vergroot, wat een positieve invloed kan hebben op de pijnbeleving en kwaliteit van leven (Faghani, 2018). Volgens Berghmans (2018) stimuleert bekkenfysiotherapie de self-empowerment van vrouwen en ondersteunt bekkenfysiotherapie het herstel van functie die ze mogelijk hebben verloren als gevolg van pijn en dysfunctie. Naast relevante uitkomsten zoals de kwaliteit van leven en het leren omgaan met de pijn, zijn ook de urologische, seksuologische en colorectale symptomen belangrijke uitkomsten voor de patiënt waar de bekkenfysiotherapie op van invloed kan zijn. Deze zijn niet meegenomen als uitkomstmaat in deze richtlijn.

Kosten (middelenbeslag)

Er is geen onderzoek bekend die de kosten voor de maatschappij en de impact op de samenleving heeft beschreven voor bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn. Van bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie is wel bekend wat de kosten en baten zijn (KNGF factsheet UI, 2018). Een diagnostisch consult kost ongeveer 40 euro en de kosten voor een behandeltraject bij de bekkenfysiotherapeut variëren van 205 tot 462 euro (afhankelijk van het benodigd aantal behandelingen) (KNGF factsheet UI, 2018). Bekkenfysiotherapie voor chronische bekkenpijn valt onder de aanvullende verzekering in plaats van onder de basisverzekering (dit in tegenstelling tot bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie), wat mogelijk een belemmerende factor kan zijn voor patiënten die niet aanvullend verzekerd zijn. Daarnaast zijn bekkenfysiotherapeutische trajecten voor chronische bekkenpijn vaak langduriger dan voor urine-incontinentie (UI) waardoor de kosten ook kunnen toenemen. Ook therapietrouw kan afnemen bij een langer behandeltraject. Het wordt vermoed dat vroegtijdige verwijzing naar de geregistreerd bekkenfysiotherapeut in het geval van myofasciale dysfunctie bij chronische bekkenpijn mogelijk ook kosten kan besparen door het voorkomen van verdere chroniciteit en het verminderen van risicofactoren en overige medische kosten (zoals verdere diagnostiek, dure interventies of medicatie). Er zijn tot op heden nog geen data uit kosten-effectiviteitsstudies bekend om dit te bevestigen.

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Er zijn geen bezwaren van overige relevante stakeholders bekend.

Haalbaarheid en implementatie

In het geval van co-existerende myofasciale dysfunctie bij chronische bekkenpijn kan een patiënt direct verwezen worden naar een geregistreerd bekkenfysiotherapeut. In het kader van de directe toegankelijkheid van de bekkenfysiotherapie, kan de geregistreerd bekkenfysiotherapeut ook rechtstreeks te maken krijgen met patiënten met deze indicatie, zonder dat zij verwezen zijn.

Geregistreerde bekkenfysiotherapeuten zijn fysiotherapeuten die een aanvullende gespecialiseerde opleiding hebben gevolgd in de diagnostiek en behandeling van klachten in het gehele gebied van buik, bekken en lage rug. In de opleiding tot bekkenfysiotherapeut wordt er voldoende aandacht gegeven aan chronische bekkenpijn (KNGF-beroepsprofiel, 2014). Daarnaast kunnen bekkenfysiotherapeuten competenties ten aanzien van CPP uitbreiden en updaten door extra bijscholing te volgen. Naast de competenties die een geregistreerd bekkenfysiotherapeut heeft in de diagnostiek en behandeling van myofasciale dysfuncties heeft een

geregistreerd bekkenfysiotherapeut geen aanvullend materiaal nodig om deze patiëntengroep te behandelen. Patiënten dienen bij het gebruik van myofeedback wel een persoonsgebonden probe aan te schaffen. Uit onderzoek van Zoorob (2017) blijken de belangrijkste barrières voor het volgen van een behandeltraject bij de bekkenfysiotherapeut vooral van financiële aard, in het geval dat de zorgverzekering de behandelingen niet vergoed. Daarnaast vinden patiënten in sommige gevallen de tijdinvestering te groot.

Bekkenfysiotherapie is veilig, relatief goedkoop en er zijn geen bijwerkingen en/of complicaties bekend of risico's aan verbonden (KNGF factsheet UI, 2018)

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Bekkenfysiotherapie is laagdrempelig, gaat uit van een holistische aanpak en is voor zover bekend zonder bijwerkingen en/of complicaties (Berghmans, 2018). Ondanks dat er weinig tot geen studies van hoge methodologische kwaliteit bekend zijn die de bekkenfysiotherapie bij chronische bekkenpijn bestudeerd hebben is de werkgroep van mening, op basis van de beschikbare evidence uit observationeel onderzoek, uit andere domeinen en uit de ervaringen uit het werkveld, dat bekkenfysiotherapie onderdeel dient te zijn binnen de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van chronische bekkenpijn (Jarrell, 2005; Engeler, 2018; Berghmans, 2018).

Onderbouwing

Achtergrond

Chronische bekkenpijn kan het gevolg zijn van, of leiden tot musculoskeletale en myofasciale problematiek (Hoffman, 2011). Chronische bekkenpijn gaat vaak gepaard met chronische bekkenbodemdysfunctie, waarbij fysieke bevindingen aanwezig zijn (Hartmann, 2014). Chronische bekkenpijn kan worden geassocieerd met overactiviteit en/of triggerpoints in de bekkenbodemspieren (Zoorob, 2017). Triggerpoints kunnen ook gelokaliseerd zijn in buik, dij, paraspinale spieren en zelfs in spieren die niet direct gerelateerd zijn aan het bekken (Engeler, 2018).

Ondanks de relatie tussen de bekkenbodemspieren en chronische bekkenpijn (Aredo, 2017; Berghmans, 2018) is de rol en toegevoegde waarde van diagnostiek en behandeling door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut bij patiënten met chronische bekkenpijn nog onbekend bij veel zorgverleners. In deze module wordt daarom beschreven wat de plaats van bekkenfysiotherapie is bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn. De bekkenfysiotherapeut heeft een bijzonder expertise op het gebied van de bekkenbodem in relatie tot de functie van de bekkenorganen. Daarom is dit de centrale fysiotherapeut in de zorg voor patiënten met bekkenpijn. Andere fysiotherapeuten zoals de psychosomatisch fysiotherapeut kunnen in samenwerking met de bekkenfysiotherapeut een rol spelen in deze zorg.

Conclusies

Deelvraag 1

- GRADE	Het is onbekend wat de diagnostische accuratesse is van bekkenfysiotherapeutisch onderzoek bij patiënten met chronische bekkenpijn. Er werden geen studies gevonden waarin dit werd bestudeerd.
-------------------	---

Deelvraag 2

Zeer laag GRADE	<p>Het is onzeker of bekkenfysiotherapie en graded activity een verbetering van pijn geeft drie maanden na de behandeling bij vrouwen met chronische bekkenpijn.</p> <p><i>Bronnen: (Ariza-Mateos, 2009)</i></p>
Zeer laag GRADE	<p>Het is onzeker of bekkenfysiotherapie door middel van combinatie van manuele technieken en triggerpoint therapie een verbetering van pijn geeft drie maanden na de behandeling bij vrouwen met chronische bekkenpijn.</p> <p><i>Bronnen: (Hawk, 2002)</i></p>
Laag GRADE	<p>Er lijkt geen verschil te zijn in de pijnintensiteit na bekkenfysiotherapie door middel van percutane zenuwstimulatie bij vrouwen met chronische bekkenpijn zes maanden na de behandeling, vergeleken met de controlegroep.</p> <p><i>Bronnen: (Istek, 2014)</i></p>
Zeer laag GRADE	<p>Het is onzeker of bekkenfysiotherapie door middel van massage van de m. levator ani, mobilisatie van de coccyx of rekken van de m. levator ani een verschillend effect hebben op de pijnintensiteit zes maanden na de behandeling bij patiënten met coccygodynie.</p> <p><i>Bronnen: (Maigne, 2001)</i></p>
Laag GRADE	<p>Bekkenfysiotherapie door middel van TENS lijkt de pijnintensiteit twee maanden na de behandeling bij mannen met idiopathische chronische testiculaire pijn te verminderen.</p> <p><i>Bronnen: (Tantawy, 2018)</i></p>
Laag GRADE	<p>Bekkenfysiotherapie door middel van percutane zenuwstimulatie lijkt een gunstig effect te hebben op kwaliteit van leven in het domein sociaal functioneren zes maanden na de behandeling bij vrouwen met chronische bekkenpijn.</p> <p>Bekkenfysiotherapie door middel van percutane zenuwstimulatie lijkt geen gunstig effect te hebben op kwaliteit van leven in de domeinen fysiek functioneren, fysieke rol, emotionele rol, energie/vermoeidheid, mentale gezondheid, pijn en algemene gezondheid.</p> <p><i>Bronnen: (Istek, 2014)</i></p>

<p>Zeer laag GRADE</p>	<p>Het is onzeker of bekkenfysiotherapie door middel van TENS een gunstig effect op de kwaliteit van leven heeft twee maanden na de behandeling bij mannen met idiopathische chronische testiculaire pijn.</p> <p><i>Bronnen: (Tantawy, 2018)</i></p>
<p>- GRADE</p>	<p>Het is onbekend wat het effect van bekkenfysiotherapie bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaat pijnintensiteit en kwaliteit van leven voor andere technieken dan bovengenoemde, zoals educatie, bewustwording, relaxatie, coördinatie, functieverbetering van de bekkenbodemspieren, myofeedback en elektrostimulatie. Er werden geen studies gevonden waarin deze interventies werden bestudeerd.</p> <p>Het is onbekend wat het effect van bekkenfysiotherapie bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties vanaf 3 maanden na de behandeling. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.</p>

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Deelvraag 1

Op basis van de literatuuranalyse werden geen studies gevonden voor het beantwoorden van deelvraag 1.

Deelvraag 2

De vijf geïncludeerde studies voor het beantwoorden van deelvraag 2 zijn allen RCT's.

Ariza Mateos (2009) vergeleek het toepassen van bekkenfysiotherapie (16 vrouwen, $40,7 \pm 11,7$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: $9,6 \pm 5,4$ jaar) en het toepassen van bekkenfysiotherapie gecombineerd met vermindering van bewegingsangst (*graded activity*) (16 vrouwen, $42,3 \pm 9,6$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: $9,1 \pm 7,8$ jaar) met een controlegroep die slechts informatie over chronische bekkenpijn ontving (17 vrouwen, $42,4 \pm 6,2$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: $7,3 \pm 5,4$ jaar). Alle patiënten hadden chronische, niet cyclische, bekkenpijn en last van bewegingsangst. De bekkenfysiotherapie omvatte een combinatie van technieken om de flexibiliteit te verbeteren, triggerpoint gerelateerde pijn af te laten nemen, spanning te reduceren en balans en stabiliteit te verbeteren. Elke behandeling bevatte bindweefsel mobilisatie, myofasciale triggerpoints behandeling, fricties, massage en rektechnieken. Bij de vermindering van bewegingsangst werden patiënten gegradeerd blootgesteld aan hun top vijf activiteiten waar zij het meeste angst voor hadden. De behandeling duurde zes weken.

Hawk (2002) vergeleek chiropractie in combinatie met *triggerpoint* therapie (20 vrouwen, $34,7 \pm 7,6$ jaar oud, duur pijn voorafgaand aan de studie: 10,5 jaar) met een placebotherapie (19 vrouwen, $33,7 \pm 7,6$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: 6,3 jaar). Alle patiënten hadden minimaal zes maanden chronische bekkenpijn.

Chiropractie hield in dat manuele kracht werd gebruikt om een dysfunctie te corrigeren. *Triggerpoint* therapie hield in dat manuele ischemische compressie werd uitgeoefend op spieren in regio's waar pijnlijk gecontraheerde spieren werden gepalpeerd. De behandeling duurde 6 weken.

Istek (2014) vergeleek percutane zenuwstimulatie (16 vrouwen, $38,8 \pm 5,4$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: $3,9 \pm 2,2$ jaar) met geen behandeling (17 vrouwen, $44,4 \pm 8,7$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: $4,0 \pm 2,3$ jaar). De percutane zenuwstimulatie werd twaalf weken één keer per week gegeven gedurende 30 minuten. Er werd een 34-gauge naald 1 cm posterior en 3 cm proximaal van de mediale malleolus gebruikt. De frequentie van het stimulatiesignaal was 20Hz (puls breedte 200 μ s en amplitude 0,5-10 mA). Alle patiënten hadden minimaal 6 maanden chronische bekkenpijn.

Maigne (2001) vergeleek 3 verschillende technieken met elkaar, namelijk massage van de m. levator ani (24 personen, $4,2 \pm 14,8$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: 10 (range 2 tot 40) maanden), versus mobilisatie van de coccyx (25 personen, $43,3 \pm 13,1$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: 24 maanden (range 2 tot 90) en rek van de m. levator ani (25 personen, $47,0 \pm 11,3$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: 11 maanden (range 2 tot 65)). In totaal was 13,5% van de patiënten man. Alle patiënten hadden chronische coccygodynie en werden gedurende 10 dagen behandeld.

Tantawy (2018) vergeleek een 4 weken durende behandeling van pijnstilling en transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS, 33 mannen, $26,6 \pm 2,6$, duur pijn voorafgaand aan de studie: $11,7 \pm 2,3$ maanden) met een behandeling waarbij alleen pijnstilling werd gegeven (33 mannen, $26,3 \pm 2,5$ jaar, duur pijn voorafgaand aan de studie: $11,1 \pm 1,6$ maanden). TENS werd gedurende vier weken vijf keer per week gegeven gedurende 30 minuten. Elektrodes werden geplaatst op de abdominale suprapubische regio. De frequentie van het stimulatiesignaal was 100Hz (puls breedte 100 μ s). De patiënten waren gediagnosticeerd met idiopathische chronische testriculaire pijn.

Resultaten

Deelvraag 1

Er werden geen onderzoeken opgenomen in de literatuuranalyse voor het beantwoorden van deelvraag 1.

Deelvraag 2

De resultaten van de studies zijn afzonderlijk beschreven. Het was niet mogelijk om de resultaten te poolen in een meta-analyse wegens heterogeniteit in de gerapporteerde patiëntpopulatie, type interventie en de vermelde uitkomstmaten. De resultaten worden per type interventie beschreven. In de meeste van de geïncludeerde studies (Ariza-Mateos, 2009; Istek, 2014; Tantawy, 2018) werden geen toetsen uitgevoerd waarbij het verschil in verandering tussen baseline en post-interventie tussen de groepen getoetst werd (dat wil zeggen het verschil post-interventie met correctie voor baseline. Omdat het RCT's betreft, kan ervan uitgegaan worden dat de groepen op baseline gelijk waren, en kunnen conclusies ook gebaseerd worden op verschillen in uitkomsten gemeten tijdens de follow-up. Eventuele uitzonderingen worden hieronder bij de beschrijving van de studies benoemd.

1. Pijnintensiteit

De uitkomstmaat pijnintensiteit werd in alle vijf de studies gemeten (Ariza Mateos, 2018; Hawk, 2002; Istek,

2014; Maigne, 2001; Tantawy, 2018). Ariza Mateos (2018) mat pijnintensiteit door middel van de Brief Pain Inventory op een numerieke schaal van 0 tot 10 (geen tot veel pijn). De andere vier studies (Hawk, 2002; Istek, 2014; Maigne, 2001; Tantawy, 2018) maakten gebruik van de visual analog scale (VAS), schaal 0 tot 10 (geen tot maximale pijn). Naast het meten van pijnintensiteit door middel van de VAS, mat Hawk (2002) pijn door middel van de Pain Disability Index (PDI). Dit is een zeven-item vragenlijst met een scoringsrange van 0 tot 70 (weinig tot veel) welke de perceptie van chronisch pijn gerelateerde handicap meet. Istek (2014) mat pijn aanvullend door middel van de McGill pain vragenlijst. Drie pijnscores werden afgeleid van de som van de intensiteits-rankingwaarde van gekozen woorden voor sensorische pijn, emotionele pijn en de totale beschrijving van pijn. Een hogere score staat voor meer pijn.

Bekkenfysiotherapie door middel van een combinatie van manuele technieken en graded activity bij vrouwen met chronische bekkenpijn

Ariza-Mateos (2009) rapporteerde dat zowel de groep die bekkenfysiotherapie met graded activity ter vermindering van bewegingsangst ontving als de groep die alleen bekkenfysiotherapie ontving drie maanden na afloop van de interventie een significante afname lieten zien in pijnintensiteit ten opzichte van de controlegroep, het gemiddeld verschil was respectievelijk -2,74 (95%BI -4,06 tot -1,42) en -1,92 (95%BI -2,98 tot -0,86). Voor het bepalen van de klinische relevantie aan de hand van 0,5 SD-verschil tussen de groepen wordt het gestandaardiseerde gemiddelde verschil gebruikt, dit betrof respectievelijk -1.39 SD en -1.19 SD. Bovenstaande vergelijkingen tussen interventie en controlegroep omvatten daarmee een klinisch relevant verschil. Het verschil tussen de beide interventiegroepen was overigens niet statistisch significant (gemiddeld verschil -0,82 (95%BI -1,94 tot 0,3)).

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit bij bekkenfysiotherapie d.m.v. een combinatie van manuele technieken en graded activiteit bij vrouwen met chronische bekkenpijn is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege inadequate blindering), extrapolatiebaarheid (bias ten gevolge van indirectheid) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'zeer laag'.

Bekkenfysiotherapie door middel van een combinatie van manuele technieken en triggerpoint therapie bij vrouwen met chronische bekkenpijn

Hawk (2002) rapporteerde pijn op basis van de VAS en PDI als mediaan (range) per locatie waar de therapie gegeven werd (zie evidencetabel). Op baseline was er een verschil in VAS-score te zien tussen de groepen (gecombineerd over alle locaties), maar het is niet duidelijk of dit verschil significant was. De resultaten met betrekking tot de veranderscores verschilden per locatie waar de chiropractie met *triggerpoint* therapie werd gegeven, waarna door de auteurs is besloten geen statistische analyse uit te voeren. Het is dan ook niet bekend of chiropractie in combinatie met *triggerpoint* therapie zorgt voor een afname van pijn in vergelijking met een groep die deze therapieën niet ontvangt.

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit bij bekkenfysiotherapie door middel van een combinatie van manuele technieken en triggerpoint therapie bij vrouwen met chronische bekkenpijn is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk

of bias vanwege inadequate blindering) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'zeer laag'.

Bekkenfysiotherapie door middel van percutane zenuwstimulatie bij vrouwen met chronische bekkenpijn

Istek (2014) rapporteerde de VAS en de sensorische pijn rating index (sPRI), emotionele pijn rating index (ePRI) en totale pijn rating index (tPRI) afgeleid van de McGill pijn. Op de zes maanden follow-up meting was er geen significant verschil tussen de groepen, (gemiddeld verschil VAS: -1,4 (95%BI -3,49 tot 0,69); sPRI: -2,6 (95%BI -7,24 tot 2,04); ePRI: -0,4 (95%BI -2,33 tot 1,53); tPRI: -3,1 (95%BI -9,61 tot 3,41). Deze verschillen waren niet gecorrigeerd voor de hogere VAS-score van de interventiegroep op baseline.

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit bij percutane zenuwstimulatie bij vrouwen met chronische bekkenpijn is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege inadequate blindering) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'laag'.

Bekkenfysiotherapie door middel van massage/mobilisatie/rek therapie bij patiënten met coccygodynie

Maigne (2001) zette de pijn score op basis van de VAS om naar een dichotome uitkomstmaat (geslaagde versus falen van therapie). Maigne (2001) beschreef de succespercentages van de verschillende therapieën (massage m. levator ani, mobilisatie coxyc en rek m. levator ani) zes maanden na afloop van de behandeling. Massage van de m. levator ani had een slagingspercentage van 29,2%, mobilisatie van de coxyc had een slagingspercentage van 16% en rek van de m. levator ani had een slagingspercentage van 32%. De verschillen tussen de groepen waren niet significant en er werd niet vergeleken met een controlegroep.

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit bij massage/mobilisatie/rek therapie bij patiënten met coccygodynie is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege inadequate blindering en treatment allocation en niet beschreven randomisatiemethode, twee niveaus) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'zeer laag'.

Bekkenfysiotherapie door middel van TENS bij mannen met idiopathische chronische testiculaire pijn.

Tantawy (2018) rapporteerde pijn op basis van de gemiddelde VAS-score. Na twee maanden follow-up was er een significant verschil in pijnscore tussen de groepen te zien in het voordeel van de interventiegroep (gemiddeld verschil -2,30 (95%BI -2,81 tot -1,79)). Het gemiddelde gestandaardiseerde verschil betrof -2,2 SD, wat betekent dat dit een klinisch relevant verschil was.

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit bij TENS bij mannen met idiopathische chronische testiculaire pijn is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke beschrijving van blindering, treatment allocation en randomisatiemethode) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'laag'.

2. Patiënttevredenheid

Er zijn geen studies geïncludeerd die patiënttevredenheid onderzochten.

Bewijskracht

De bewijskracht voor de uitkomstmaat patiënttevredenheid kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

3. Complicaties

Er zijn geen studies geïncludeerd die complicaties van de behandeling onderzochten.

Bewijskracht

De bewijskracht voor de uitkomstmaat complicaties kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

4. Kwaliteit van leven

Twee studies (Istek, 2014; Tantawy, 2018) rapporteerden over kwaliteit van leven. Istek (2014) mat kwaliteit van leven door middel van de SF-36 quality of life scale (vragenlijst), waarbij een hogere score duidt op een hogere kwaliteit van leven. Tantawy (2018) evalueerde kwaliteit van leven door de volgende vraag te stellen: Als u de rest van uw leven met uw symptomen zoals deze de afgelopen maand zich voordeden zou moeten leven, hoe zou u zich daarover voelen? Patiënten konden antwoorden door middel van een schaal van 1 tot 7 (1 = 'delighted', 7 = 'terrible').

Bekkenfysiotherapie door middel van percutane zenuwstimulatie bij vrouwen met chronische bekkenpijn

Istek (2014) rapporteerde de SF-36 quality of life scale in verschillende domeinen (zie evidencetabel voor resultaten per domein). Er werd geen verschil in kwaliteit van leven na 6 maanden tussen de interventie- en controlegroep gevonden voor de domeinen fysiek functioneren, fysieke rol, emotionele rol, energie/vermoeidheid, mentale gezondheid, pijn en algemene gezondheid. Voor het domein 'sociaal functioneren' werd een gemiddeld verschil gevonden van 17,4 (95%BI 1,32 tot 33,48). Het gestandaardiseerd gemiddeld verschil was 0,73 SD en daarmee betreft dit een klinisch relevant verschil. Alle analyses werden niet gecorrigeerd voor verschillen op baseline.

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat kwaliteit van leven met betrekking tot verschillende domeinen bij percutane zenuwstimulatie bij vrouwen met chronische bekkenpijn is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege inadequate blindering) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'laag'.

Bekkenfysiotherapie door middel van TENS bij mannen met idiopatische chronische testiculaire pijn.

Tantawy (2018) rapporteerde een verschil in kwaliteit van leven ten tijde van de twee maanden follow-up meting in het voordeel van de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep, terwijl er geen verschil op baseline was gevonden (voor resultaten zie evidencetabel). De gegevens werden zodanig gerapporteerd dat niet bepaald kon worden of het effect klinisch relevant was.

Bewijskracht

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijs. De bewijskracht voor de uitkomstmaat kwaliteit van leven bij TENS bij mannen met idiopathische chronische testiculaire pijn is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke beschrijving van blinding, treatment allocation en randomisatiemethode, één niveau) en imprecisie (het geringe aantal patiënten het niet mogelijk zijn om vast te stellen of er sprake was van een klinisch relevant effect, twee niveau's). Hiermee kwam de bewijskracht uit op een GRADE 'zeer laag'.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvragen:

Deelvraag 1

Wat is de diagnostische accuratesse van bekkenfysiotherapeutisch onderzoek vergeleken met standaard lichamelijk onderzoek bij patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn > 6 maanden);

I: bekkenfysiotherapeutisch onderzoek + standaard lichamelijk onderzoek;

C: standaard lichamelijk onderzoek;

O: Level 1: sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde et cetera.
Level 2: accurate diagnose, pijnintensiteit, patiënttevredenheid, kwaliteit van leven.

Deelvraag 2

Wat is de effectiviteit van bekkenfysiotherapie vergeleken met andere conservatieve en niet-conservatieve interventies voor de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn > 6 maanden);

I: behandeling door middel van bekkenfysiotherapie (waaronder educatie, bewustwording, functieverbetering van de bekkenbodemspieren, zoals relaxatie en coördinatie, biofeedback/electromyografie, elektrostimulatie, myofasciale triggerpoint behandeling, percutane zenuwstimulatie en TENS;

C: conservatieve- en niet-conservatieve interventies;

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven (na 3, 6 en/of 12 maanden na de interventie).

Relevante uitkomstmaten

Deelvraag 1

De werkgroep achtte de sensitiviteit en specificiteit voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaten; positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde, accurate diagnose, pijnintensiteit, patiënttevredenheid en kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

Deelvraag 2

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 standaarddeviatie (SD) voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

Deelvraag 1

In de database Medline (via OVID) is op 22 augustus 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerde trials en ander vergelijkend onderzoek over bekkenfysiotherapeutisch onderzoek en standaard lichamelijk onderzoek bij patiënten met chronische bekkenpijn. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 141 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) systematisch reviews, RCT's of observationeel vergelijkend onderzoek waarin bekkenfysiotherapeutisch onderzoek in aanvulling op standaard lichamelijk onderzoek werd vergeleken met een standaard lichamelijk onderzoek bij volwassenen met chronische bekkenpijn; 2) ten minste één van de volgende uitkomstmaten werd gerapporteerd sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde, negatief voorspellende waarde, accurate diagnose, pijnintensiteit, patiënttevredenheid en kwaliteit van leven.

Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 53 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 53 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 0 studies geïncludeerd.

Deelvraag 2

In de databases Medline (via OVID) en Cinahl (via Ebsco) is op 20 juni 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerde trials en ander vergelijkend onderzoek over bekkenfysiotherapie bij patiënten met chronische bekkenpijn. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 447 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematisch reviews en RCT's die bekkenfysiotherapie vergeleken met een andere behandeling of controlegroep bij volwassenen met chronische bekkenpijn en ten minste één van de volgende uitkomstmaten rapporteerden op meer dan 3 maanden na afronding van de interventie: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven.

Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 160 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 154 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording), en zes studies geïncludeerd (Ariza Mateos, 2018; Fuentes-Marquez, 2018; Istek, 2014; Klotz, 2019; Maigne, 2001; Tantawy, 2018) definitief geselecteerd. Onder de 6 geïncludeerde studies vallen twee systematische reviews (Fuentes-Marquez, 2018; Klotz, 2019), waarvan twee individuele studies uit de reviews ook voldeden aan de PICO (Hawk, 2002; Istek, 2014). (De studie van Istek (2014) was ook los van de

systematische review uit de literatuurselectie naar voren gekomen). De studies uit de systematische reviews zijn als losse studies opgenomen in de literatuuranalyse. In totaal werden er dus vijf onderzoeken geïncorporeerd (Ariza Mateos, 2018; Hawk, 2002; Istek, 2014; Maigne, 2001; Tantawy, 2018).

Resultaten

Deelvraag 1

Op basis van de literatuuranalyse werden geen studies gevonden voor het beantwoorden van deelvraag 1.

Deelvraag 2

Vijf onderzoeken zijn opgenomen in de literatuuranalyse. De belangrijkste studiekenmerken en resultaten zijn opgenomen in de evidencetabel. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk-of-biastabel.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Anderson RU, Wise D, Nathanson BH. Chronic prostatitis and/or chronic pelvic pain as a psychoneuromuscular disorder-a meta-analysis. *Urology*. 2018 Oct; 120:23-29. Doi: 10.1016/j.urology.2018.07.022. Epub 2018 Jul 27.
- Aredo JV, Heyrana KJ, Karp BI, Shah JP, Stratton P. Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin Reprod Med*. 2017 Jan;35(1):88-97. doi: 10.1055/s-0036-1597123. Epub 2017 Jan 3.
- Ariza Mateos MJ, Cabrera-Martos I, Ortiz-Rubio A, et al. Effects of a Patient-Centered Graded Exposure Intervention Added to Manual Therapy for Women With Chronic Pelvic Pain: A Randomized Controlled Trial, *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 100 (1) 9-16, 2019.
- Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and pelvic pain. *Mayo Clin Proc*. 2016 Oct;91(10):1471-1486. Doi: 10.1016/j.mayocp.2016.08.011.review.
- Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J*. 2018 May;29(5):631-638. doi: 10.1007/s00192-017-3536-8. Epub 2018 Jan 9.
- CBS – publicatie “Nederlanders tevreden over zorgverleners” (25-11-2019) https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/48/nederlanders-tevreden-over-zorgverleners?utm_medium=email.
- Cheong YC, Smotra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 5;(3):CD008797.
- Cottrell AM, Schneider MP, Goonewardene S, Yuan Y, Baranowski AP, Engeler DS, Borovicka J, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink BJ, de C Williams AC. Benefits and Harms of Electrical Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2020 May 15;6(3):559-571.
- Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 14;(5):CD005654.
- Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, De C Williams AC, Cottrell A, Goonewardene S. EAU guidelines on chronic pelvic pain. <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/2019>.
- Faghani N. Physiotherapy provides significant benefit for patients with chronic urologic pain. *Can Urol Assoc J*. 2018 Jun; 12(6 Suppl 3):S171-S174. Doi: 10.5489/cuaj.5328.
- Euentez-Marquez P, Cabrera-Martos I, Valenza M, Physiotherapy interventions for patients with chronic pelvic pain: A

systematic review of the literature, *Physiotherapy Theory & Practice*, 1-8, 2018

Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* Volume 28, Issue 7, October 2014, Pages 977-990.

Hawk C, Long C, Reiter R, et al, Issues in Planning a Placebo-Controlled Trial of Manual Methods: Results of a Pilot Study, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8(1) 22-32, 2002.

Hoffmann D. Understanding multisymptom presentations in chronic pelvic pain: the inter-relationships between the viscera and myofascial pelvic floor dysfunction. *Curr Pain Headache Rep.* 2011 Oct;15(5):343-6. doi: 10.1007/s11916-011-0215-1.

Istek A, Gungor ugurlucan F, Yasa C, et al, Randomized trial of long-term effects of percutaneous tibial nerve stimulation on chronic pelvic pain, *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 290(2) 291-298, 2014.

Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, Lapensée L, Lea RH, Leyland NA, Martyn P, Shenassa H, Taenzer P, Abu-Rafea B; Chronic Pelvic Pain Working Group; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005 Sep;27(9):869-910.

Klotz S, Schön M, Ketels G, et al, Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review, *Physiotherapy Theory & Practice*, 35(6) 516-532, 2019.

KNGF. Beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut. Aug 2014.

<https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen/beroepsprofiel-bekkenfysiotherapeut.pdf>

KNGF Factsheet Ul. Juni 2018. <https://nvfb.kngf.nl/actueel/nieuws/2018/06/factsheet-urine-incontinentie.html>.

Maigne J, Chatellier G, Comparison of three manual coccydynia treatments: a pilot study, *Spine*, 26(20) E479-83, 2001.

Murina F, Felice R, Di Francesco S, Oneda S Vaginal diazepam plus transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Sep;228:148-153. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.06.026. Epub 2018 Jun 27.

Pazin C, de Souza Mitidieri AM, Silva AP, Gurian MB, Poli-Neto OB, Rosa-E-Silva JC. Treatment of bladder pain syndrome and interstitial cystitis: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2016 May;27(5):697-708.

Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A; Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int.* 2015 Oct;116(4):509-25. doi: 10.1111/bju.13101. Epub 2015 Jun 16.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Slieker-ten Hove MCP, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout M.E. Face Validity and Reliability of the First Digital Assessment Scheme of Pelvic Floor Muscle Function Conform the New Standardized Terminology of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics.* 2009; 28:295-300.

Tantawy S, Kamel D, Abdelbasset W, Does transcutaneous electrical nerve stimulation reduce pain and improve quality of life in patients with idiopathic chronic orchialgia? A randomized controlled trial, *Journal of pain research*, 11 77-82, 2018.

Voorham-van der Zalm PJ, Lycklama À Nijeholt GAB, Elzevier HW, Putter H, Pelger RCM. "Diagnostic investigation of the pelvic floor": a helpful tool in the approach in patients with complaints of micturition, defecation, and/or sexual dysfunction. *J Seks Med.* 2008 Apr;5(4):864-871. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00725.x. Epub 2008 Jan 21.

Voorham-van der Zalm PJ, Voorham JC, van den Bos TW, Ouwerkerk TJ, Putter H, Wasser MN, Webb A, DeRuiter MC, Pelger RC. Reliability and differentiation of pelvic floor muscle electromyography measurements in healthy volunteers using a new device: the Multiple Array Probe Leiden (MAPLe). *Neurourol Urodyn.* 2013 Apr;32(4):341-8

Wyndaele, J.J., et al. Reproducibility of digital testing of the pelvic floor muscles in men. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996. 77: 1179.

Zoorob D, Higgins M, Swan K, Cummings J, Dominguez S, Carey E. Barriers to Pelvic Floor Physical Therapy Regarding Treatment of High-Tone Pelvic Floor Dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2017 Nov/Dec;23(6):444-448. doi: 10.1097/SPV.0000000000000401.

Predictie behandeling bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Welke patiënteigenschappen of factoren kunnen helpen om de patiënt te karakteriseren en op basis hiervan de meest effectieve behandeling te kiezen?

Aanbeveling

Bepaal van elke patiënt met chronische bekkenpijn het fenotype door de patiënt in kaart te brengen met aandacht voor de biomedische, psychische en sociale aspecten. Overweeg het gebruik van bestaande systemen, zoals UPOINTS.

Kies de behandeling die het meest past bij het fenotype van de patiënt.

Overwegingen

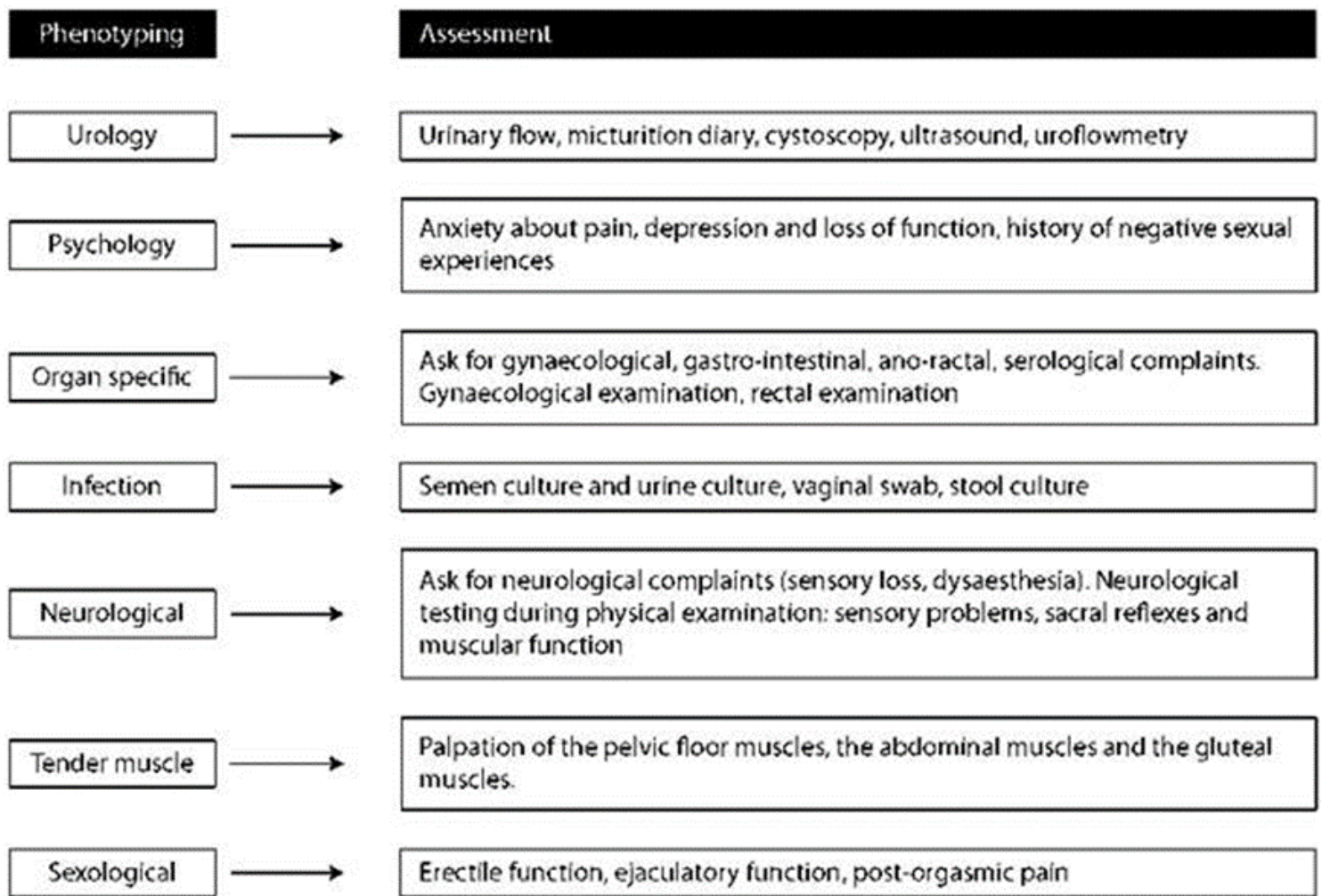
De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Het is onduidelijk wat prognostische factoren van een succesvolle behandeling, pijnverschil (op basis van VAS-schaal) en kwaliteit van leven zijn bij patiënten met chronische bekkenpijn. Er werden geen studies gevonden waarin prognostische factoren van deze uitkomsten in een gevalideerd model (minimaal intern gevalideerd multivariaat regressiemodel) werd beschreven. Hierdoor kon er geen GRADE-beoordeling worden uitgevoerd.

Bij gebrek aan handvatten uit de literatuuranalyse wil het panel het belang van fenotyperen benadrukken. Fenotyperen is een manier om de verschillende symptomen van de patiënt in kaart te brengen. Het fenotype is een zeer persoonlijk, uniek plaatje van de patiënt. Dit plaatje kan behulpzaam zijn in het kiezen van (een combinatie van) behandelvormen omdat het goed aansluit bij deze specifieke patiënt. Het UPOINTS-systeem zou hierbij behulpzaam kunnen zijn. Het geeft een goed zicht op de multidimensionale complexiteit van chronische bekkenpijn, zie Figuur 1 met een voorbeeld van het UPOINTS-systeem dat gebruikt kan worden om te fenotyperen.

Figuur 1 UPOINTS-systeem een voor fenotyperen patiënt met chronische bekkenpijn



Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Voor patiënten met chronische bekkenpijn is van belang (Stichting Bekkenbodem 4All, 2016):

- Duidelijkheid over de aan/afwezigheid van alarmerende zaken.
- Aandacht voor de lichamelijke klachten en erkenning van de pijn.
- Aandacht voor de psychosociale aspecten: verdriet, somberheid, werk, partnerrelatie en (onbewuste) overtuigingen, gedragingen en patronen
- In vroeg stadium doorverwijzen naar hulpverlener met ervaring in de behandeling van deze pijn (zie organisatie van zorg).
- Voorkomen van draaideur fenomeen: steeds weer verwijzing naar steeds andere hulpverlener.
- Duidelijke afspraken over wie begeleider/hoofdbehandelaar is.

Kosten (middelenbeslag)

Het is in de literatuur onduidelijk wat het effect op de kosten is wanneer er rekening gehouden zou worden met de genoemde aspecten bij het kiezen van de behandeling. Bij andere pijnklachten zijn er wel aanwijzingen dat het 'op maat' behandelen een verbetering van het effect oplevert. En een beter en sneller herstel zal de langere termijn zorgconsumptie verminderen. Daarnaast verwacht de richtlijncommissie dat er door de brede aandacht voor alle biopsychosociale aspecten minder collaterale- en gevolgschade zal optreden en dit zal de

zorgconsumptie ook weer doen dalen en daarmee op de langere termijn kostenbesparend zijn. Nader wetenschappelijk onderzoek naar de kosteneffectiviteit van deze zorg zal moeten plaatsvinden. We verwijzen ook naar de module [Organisatie van zorg](#).

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Er zijn geen bezwaren van overige relevante stakeholders bekend.

Haalbaarheid en implementatie

De haalbaarheid van fenotypering vraagt met name om een goede zorglogistiek. Vanuit het onderdeel 'organisatie van zorg' kunnen we zeggen dat het van belang is dat hulpverleners in een vroeg stadium aandacht hebben voor de brede benadering van de klacht (zie de module [Organisatie van zorg](#)). In alle gevallen zullen bekende aandoeningen moeten worden uitgesloten en waar nodig en mogelijk worden behandeld. Dit voorkomt gemiste diagnoses en het niet toepassen van behandelingen die de pijn kunnen wegnemen.

In het volgende stadium (als de pijn chronisch is geworden) zal er snel verwezen moeten worden naar een team met ervaring in chronische bekkenpijn. De werkgroep verwijst naar de [flowchart organisatie van zorg](#) die richting kan geven aan dit keuzeproces. Binnen de huidige zorg is zo'n aanpak goed mogelijk met name vanuit de eerste lijn zorg.

Belemmerende factoren zijn met name gebrek aan tijd bij de hulpverlener om deze keuzemogelijkheid te gebruiken en zorg te dragen voor een goede verwijzing. Het afwezig zijn van een team in de buurt kan ook belemmerend werken. Daarnaast kan een doorverwijzing naar een dergelijk team als 'overdadig' worden ervaren (zie de [flowchart organisatie van zorg](#)).

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Het aandacht besteden aan de diverse aspecten van de chronische bekkenpijn patiënt kan worden gezien als belangrijk vanuit het biopsychosociale model wat we in de zorg hanteren. In de literatuur is er geen bewijs om deze aanbeveling sterk te onderbouwen. Ondanks deze constatering acht de commissie het op basis van haar expert opinion wel van belang om hierover een aanbeveling te doen. De commissie is ervan overtuigd dat hier winst valt te behalen in de zorg voor deze groep patiënten.

Onderbouwing

Achtergrond

Pijn is een complexe klacht en wordt beïnvloed door biomedische (somatische), psychologische en sociale aspecten. Op basis van deze verschillende aspecten kan een patiënt met chronische bekkenpijn in kaart worden gebracht. Dit wordt fenotyperen genoemd en het meest bekende schema is UPOINTS (Figuur 1). De letters van dit acronym staan voor de verschillende gebieden waarop klachten gemeld worden: Urology, Psychology, Organ Specific, Infection, Neurologic, Tender muscle, Sexology (Krakhotkin, 2019; Shoskes, 2010). Indien de patientkarakteristieken op al deze gebieden worden ingevuld, ontstaat het unieke fenotype van deze patiënt. Fenotyperen is een manier om de verschillende symptomen van de patiënt in kaart te brengen. Het fenotype is een zeer persoonlijk, uniek plaatje van die patiënt. Dit plaatje kan behulpzaam zijn in het kiezen van (een combinatie van) behandelvormen omdat het goed aansluit bij deze specifieke patiënt.

Conclusies

- GRADE	Het is onduidelijk wat prognostische factoren van een succesvolle behandeling zijn bij patiënten met chronische bekkenpijn. <i>Bronnen: (Aguirre, 2019; Akiyama, 2015; Kuo, 2015).</i>
- GRADE	Het is onduidelijk wat prognostische factoren van herstel tijdens het natuurlijk beloop (geen interventie) van chronische bekkenpijn zijn. <i>Bronnen: (Weijnenborg, 2007)</i>
- GRADE	Er werden geen studies geïnccludeerd waarin prognostische factoren van de uitkomstmaten pijn verschil (op basis van VAS-schaal) en kwaliteit van leven werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

In totaal werden 4 studies geïnccludeerd waarin prognostische factoren voor een succesvolle (of falen van de) behandeling van chronische bekkenpijn werden bestudeerd. Dit betrof één RCT (Akiyama, 2015), één ongecontroleerde interventiestudie (Kuo, 2015) en twee observationele studies (Aguirre, 2019; Weijnenborg 2007). Omdat de prognostische modellen in deze studies niet intern (of anderszijds) gevalideerd waren, worden de resultaten hieronder alleen beschrijvend gepresenteerd.

Aguirre (2019) beschreef een retrospectieve cohortstudie bij patiënten met het myofasciale pijnsyndroom (minimale duur van de bekkenpijn was 3 maanden; gemiddelde niet gerapporteerd). Alle patiënten ontvingen vooraf uitleg over de rol van bekkenfysiotherapie bij het myofasciale pijnsyndroom en wat verwacht kon worden van de behandeling. In totaal werden 205 patiënten geïnccludeerd in de studie (vermoedelijk 100% vrouwen; gemiddelde leeftijd onbekend). Gemiddeld ondergingen de patiënten 4 behandelingen (range 0 tot 57); minimaal 6 behandelingen was gedefinieerd als optimaal. In een multivariaat regressiemodel (niet gevalideerd) werden leeftijd, pariteit, type zorgverzekering, afstand tot de kliniek, psychiatrische ziekten, lichamelijke mishandeling in de voorgeschiedenis en seksueel misbruik in de voorgeschiedenis bestudeerd als risicofactoren van niet bezoeken van de bekkenfysiotherapeut. Het ondergaan van minimaal 1 behandeling werd vergeleken met het bijwonen van geen enkele behandeling gedurende 2 jaar.

Akiyama (2015) beschreef een RCT waarin patiënten met therapieresistente interstitiële cystitis werden behandeld met botulinum toxine A 100 U injecties. Inclusiecriteria betrof patiënten met een minimale pijnscore van 4 op een VAS-schaal (0 tot 10), een minimale score van 6 op de O'Leary and Sant's symptoom- en probleemindex (OSSI/OSPI) en patiënten rapporteerden nog steeds klachten, ondanks minimaal één eerdere hydrodistensie en medicamenteuze behandeling. In totaal werden 34 patiënten geïnccludeerd: de interventiegroep kreeg meteen de behandeling (n=18; 4 mannen, 14 vrouwen; gemiddelde leeftijd 64,3 jaar (SD 13,2 jaar)), de controlegroep kreeg geen behandeling op baseline, maar kreeg één maand later dezelfde

behandeling (n=16; 4 mannen, 12 vrouwen; gemiddelde leeftijd 65,6 jaar (SD 14,5)). Tijdens de botoxinjectie werd hydrodistensie zo veel mogelijk vermeden. Gemiddelde duur van interstitiële cystitis was 6,2 jaar (SD 3,9) in de interventiegroep en 7,1 jaar (SD 4,9) in de controlegroep. In een multivariaat regressiemodel (niet gevalideerd) werden de volgende prognostische factoren bestudeerd: ≥ 3 eerdere hydrodistensies en een ziekte duur ≥ 6 jaar. Uitkomstmaat was een succesvolle behandeling, gedefinieerd als de zelf-gerapporteerde beoordeling van de behandeluitkomst: "beetje verbeterd", "verbeterd" of "sterk verbeterd" op een schaal van 0 tot 7, van "sterk verslechterd" tot "sterk verbeterd". Effect van de behandeling werd 1 maand na injectie gemeten.

Kuo (2015) beschreef een ongecontroleerde interventiestudie waarin patiënten met interstitiële cystitis en/of blaaspijnsyndroom werden behandeld met onabotulinum toxine A 100 U injecties. Inclusiecriteria betrof patiënten waarbij eerdere, conventionele behandeling niet succesvol was; gemiddelde duur van de klachten was onbekend. In totaal werden 101 patiënten geïnccludeerd (13 mannen, 88 vrouwen; gemiddelde leeftijd 48,5 jaar (SD 12)). Cytoscopische hydrodistensie werd direct na de botoxinjectie uitgevoerd voor 15 minuten met 80 cm water. In een multivariaat regressiemodel (niet gevalideerd) werden de volgende prognostische factoren bestudeerd: baseline O'Leary-Sant IC Symptoom Index (ICSI), baseline IC Probleem Index (ICPI), baseline functionele blaascapaciteit (FBC) (mL), baseline frequentie en baseline eerste aandrang om te plassen (FD) (mL). Uitkomstmaat was een succesvolle behandeling, gedefinieerd als zelf-gerapporteerde beoordeling van de behandeluitkomst 'verbeterd' en 'sterk verbeterd' op een schaal van 0 tot 7, van sterk verslechterd tot sterk verbeterd. Behandeluitkomst werd 3 en 6 maanden na baseline gemeten.

Weijnenborg (2007) beschreef een prospectieve observationele cohortstudie waarin het natuurlijk verloop van chronische bekkenpijn werd geanalyseerd bij vrouwelijke patiënten die tussen 1998 en 2002 werden verwezen naar het multidisciplinair team voor chronische bekkenpijn in het Leids Universitair Medisch Centrum. Alle vrouwen werden gezien door een gynaecoloog, diëtist, fysiotherapeut en maatschappelijk werker of psycholoog. Doel hiervan was om even veel aandacht te geven aan somatische, psychosociale, voedings- en fysiotherapeutische aspecten van chronische bekkenpijn. In 2003 werden alle vrouwen gevraagd om mee te doen aan een vervolgstudie waarin het Life Chart Interview werd gebruikt om te vragen naar chronische bekkenpijnklachten in de afgelopen jaren. In totaal waren 139 vrouwen verwezen tussen 1998 en 2002, waarvan 6 (4,3%) niet voldeden aan de selectiecriteria bij nader inzien en met 12 (8,6%) geen contact werd verkregen. Er werd geen verschillen in patiëntkenmerken geobserveerd tussen de geëxcludeerden en degenen die geschikt waren voor inclusie. In totaal wilden 72 vrouwen (60%) meewerken aan het interview, waarvan 3 geen baseline vragenlijst hadden ingevuld en 2 geen follow-up data beschikbaar hadden. Er werden geen belangrijke verschillen tussen geïnterviewden en weigeraars geobserveerd, behalve dat geïnterviewden vaker een gynaecologische ingreep in de voorgeschiedenis rapporteerden en vaker andere medisch specialisten hadden bezocht. Gemiddelde duur van de pijn 5,7 jaar (SD 6) (n=72). Door middel van multipele regressie werden de volgende prognostische factoren bestudeerd: zelf-gerapporteerde pijnintensiteit, pijnintensiteit tijdens follow-up, pijnkwaliteit, psychologische *distress*, pijn gerelateerde variabele (duur, medicatie), baseline demografische variabelen (leeftijd, samenwonend met partner, pariteit, opleidingsniveau, betaald werk, arbeidsongeschiktheidsuitkering), baseline klinische variabelen (verwijzing door specialist, gynaecologisch chirurgische ingreep, betrokkenheid andere medische specialisten, psychologische zorg, bekkenfysiotherapie,

alternatieve zorg (niet nader gedefinieerd) en seksueel misbruik in voorgeschiedenis. Uitkomstmaat was herstel, gedefinieerd als minder dan 3 maanden bekkenpijn gedurende 1 jaar. Kaplan Meier survivalcurve werd gebruikt voor het berekenen van de cumulatieve kans op herstel. Follow-up time was gemiddeld 3,4 jaar (SD 1,2).

Resultaten

Het was niet mogelijk de resultaten te poolen in een meta-analyse wegens heterogeniteit tussen de studies (geanalyseerde patiënten, duur van de klachten, behandeling, prognostische factoren, definitie van de uitkomst). De resultaten worden per studie alleen beschrijvend gepresenteerd.

1. Succesvolle behandeling

In totaal beschreven 4 studies prognostische factoren voor de uitkomstmaat succesvolle (of falen van de behandeling). De resultaten worden per studie alleen beschrijvend gepresenteerd.

Aguirre (2019) rapporteerde dat patiënten die een verbetering in pijnstatus rapporteerden ($n=83$; 66%) gemiddeld 6,9 (SD 5,4) keer de bekkenfysiotherapeut bezochten. Degenen ($n=36$; 29%) die een onveranderde pijnstatus rapporteerden hadden gemiddeld 3,1 (SD 4,5) keer de bekkenfysiotherapeut bezocht. Verder rapporteerden 6 patiënten (5%) een verslechtering van hun pijnstatus, zij bezochten gemiddeld 12,7 (SD 22,3) keer de bekkenfysiotherapeut. Uit de multivariate regressieanalyse bleek pariteit (het minimaal 1x bevallen zijn van een kind) (OR 0,75 (95%BI 0,62 tot 0,90)) en het hebben (gehad) van een psychiatrische aandoening (OR 0,44 (95%BI 0,21 tot 0,90)) geassocieerd was met het *niet* bezoeken van de bekkenfysiotherapeut, vergeleken met een of meerdere behandelingen door de bekkenfysiotherapeut. Leeftijd, type zorgverzekering, afstand tot de kliniek, lichamelijk en/of seksueel misbruik in de voorgeschiedenis waren niet geassocieerd met het niet bezoeken van de bekkenfysiotherapeut.

Akiyama (2015) rapporteerde een succesvolle behandeling 1 maand na de botoxinjectie bij 73,5% van de patiënten ($n=34$; combinatie van de interventie- en controlegroep in één cohort). Gemiddelde hield het effect 5,4 maanden aan (SD niet gerapporteerd). Uit de multivariate regressieanalyse bleek dat ≥ 3 eerdere hydrodistensies significant geassocieerd was met een succesvolle behandeling (93.3% versus 57.8%) (OR 10,35 (95%BI 1,44 tot 214,47)). Ziekte duur ≥ 6 jaar was niet geassocieerd met een succesvolle behandeling.

Kuo (2015) rapporteerde een succesvolle behandeling bij 45,5% van de deelnemers ($n=46$) en een gefaalde behandeling bij 55,5% ($n=55$). Uit de multivariate regressieanalyse bleek dat een ICSI-score ≥ 12 geassocieerd was met het falen van de behandeling (OR 0,77 (95%BI 0,60 tot 0,99); ROC 0,70; sensitiviteit: 69,1%; specificiteit: 60,9%). Een hoge ICSI-score betekent meer IC symptoom-gerelateerde klachten. Baseline IC Problem Index (ICPI), baseline functionele blaascapaciteit (FBC) (mL), baseline frequentie en baseline eerste aandrang om te plassen (FD) (mL) waren niet geassocieerd met een succesvolle behandeling.

Weijnenborg (2007) rapporteerde dat 18 vrouwen (25%) herstelden tijdens follow-up, waarvan 50% binnen 2 jaar en 75% binnen 3 jaar; 8 van 18 vrouwen rapporteerden volledig herstel (geen enkele pijn). Geen enkele vrouw rapporteerde een maligniteit of nieuwe lichamelijke aandoening die gerelateerd kon worden aan chronische bekkenpijn gedurende follow-up. Kaplan Meier survivalanalyse liet zien dat pijnintensiteit tijdens follow-up de enige predictor van herstel was. Er werden geen interventies gerapporteerd die de verbetering in de groep herstelde vrouwen kunnen verklaren. Zelf-gerapporteerde pijnintensiteit, pijnkwaliteit, psychologische *distress*,

pijn gerelateerde variabele zoals duur, medicatie, baseline demografische variabelen (leeftijd, samenwonend met partner, pariteit, opleidingsniveau, betaald werk, arbeidsongeschiktheidsuitkering), baseline klinische variabelen (verwijzing door specialist, gynaecologisch chirurgische ingreep, betrokkenheid andere medische specialisten, psychologische zorg, bekkenfysiotherapie, alternatieve zorg (niet nader gedefinieerd) en seksueel misbruik in voorgeschiedenis) waren allen niet geassocieerd met de uitkomst.

2. Pijnverschil

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin prognostische factoren van de uitkomstmaat pijnverschil (op basis van VAS-schaal) werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

3. Kwaliteit van leven

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin prognostische factoren van de uitkomstmaat kwaliteit van leven werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **succesvolle behandeling** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat de geïnccludeerde studies geen gevalideerd (minimaal intern gevalideerd) prognostisch model beschreven. De resultaten werden daarom alleen beschrijvend gepresenteerd en hierover kan geen GRADE-beoordeling plaatsvinden.

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **pijnverschil** en **kwaliteit van leven** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Welke factoren voorspellen een succesvolle behandeling (afname van pijn en een verbetering van QoL) binnen een jaar bij patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn ≥ 6 maanden);

I: aanwezigheid van voorspellende factoren van uitkomst, bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, gewicht, duur van de pijn, type pijn (nociceptief, neuropathisch, sensitiviteit) negatieve seksuele ervaringen, eerdere behandeling (medicamenteus, psychologie, bekkenfysiotherapie, operatie et cetera);

C: afwezigheid van voorspellende factoren;

O: succesvolle behandeling van chronische bekkenpijn na 1 jaar, pijn verschil (op basis van VAS-schaal), kwaliteit van leven.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (Elsevier) is op 29 augustus 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar voorspellende factoren van een succesvolle behandeling van chronische bekkenpijn. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 39 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie bevatte minimaal een multivariaat model dat intern gevalideerd was en waarin was gekeken naar voorspellende factoren van een succesvolle behandeling; 3) succesvolle (of falen van de) behandeling, pijnverschil of kwaliteit van leven. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 7 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 3 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 4 studies definitief geselecteerd.

Resultaten

In totaal werden 4 studies geïncludeerd waarin prognostische factoren voor een succesvolle (of falen van de) behandeling van chronische bekkenpijn werden bestudeerd (Aguirre, 2019; Akiyama, 2015; Kuo, 2015; Weijenborg 2007). Omdat de prognostische modellen in deze studies niet intern (of anderzijds) gevalideerd waren, worden de resultaten hieronder alleen beschrijvend gepresenteerd.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Aguirre F, Heft J, Yunker A. Factors Associated With Nonadherence to Pelvic Floor Physical Therapy Referral for the Treatment of Pelvic Pain in Women. Phys Ther. 2019 Jul 1;99(7):946-952.
- Akiyama Y, Nomiya A, Niimi A, Yamada Y, Fujimura T, Nakagawa T, Fukuhara H, Kume H, Igawa Y, Homma Y. Botulinum toxin type A injection for refractory interstitial cystitis: A randomized comparative study and predictors of treatment response. Int J Urol. 2015 Sep;22(9):835-41.
- Krakhotkin DV, Chernylovskiy VA, Bakurov EE, Sperl J. Evaluation of influence of the UPOINT-guided multimodal therapy in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome on dynamic values NIH-CPSI: a prospective, controlled, comparative study. Ther Adv Urol. 2019 Jun 26;11:1756287219857271.
- Kuo YC, Kuo HC. O'Leary-Sant Symptom Index Predicts the Treatment Outcome for OnabotulinumtoxinA Injections for Refractory Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Toxins (Basel). 2015 Jul 30;7(8):2860-71.
- Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.
- Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain

syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology*. 2010 Jun;75(6):1249-53.

Stichting Bekkenbodem 4All (2016) 'Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor de zorg bij bekkenbodemp Problemen, in het kader van het project 'Goud in Handen: ervaringskennis effectief inzetten'. <https://bekkenbodem4all.nl/wp-content/uploads/2016/12/bekkenbodem.pdf>.

Weijnenborg PT, Greeven A, Dekker FW, Peters AA, Ter Kuile MM. Clinical course of chronic pelvic pain in women. *Pain*. 2007 Nov;132 Suppl 1:S117-23.

Medicamenteuze behandeling bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van medicamenteuze behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Bespreek vooraf de mogelijke bijwerkingen van een medicamenteuze behandeling van chronische bekkenpijn met de patiënt, kom gezamenlijk tot een besluit en documenteer dit.

Overweeg om bij patiënten met blaaspijnsyndroom te starten met amitriptyline in een dosis van 25 mg voor de nacht indien er geen contra-indicatie is. Verhoog de dosis met 25 mg per 2 weken tot een maximale dosis van 100 mg per dag.

Overweeg bij mannen met chronische bekkenpijn en mictieklachten behandeling van de pijn met een alfablokker. Evalueer het effect van deze behandeling na 3 maanden.

Overweeg een behandeling met progesteron bij vrouwen met chronische bekkenpijn alleen in overleg met een ervaren gynaecoloog werkzaam in een expertisecentrum.

Overweeg binnen een multimodale behandeling door een bekkenpijnteam een behandeling met gabapentine bij mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn.

Behandel mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn niet met antibiotica.

Overwegingen

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Voor alle hieronder genoemde medicamenteuze behandelingen geldt dat, wanneer een dergelijke behandeling wordt overwogen, de mogelijke bijwerkingen vooraf met de patiënt moeten worden besproken. Kom vervolgens gezamenlijk tot een besluit en documenteer dit.

Alfablokkers

Op basis van de beschikbare literatuur lijkt een behandeling met alfablokkers bij mannen met chronisch bekkenpijn de pijnintensiteit enigszins te kunnen verminderen vergeleken met placebo. De pathofysiologische rationale achter het effect van alfablokkers is dat het de gladde spieren van de urethraprostatica ontspant en daarmee een reductie van klachten geeft bij aanwezigheid van LUTS (*lower urinary tract symptoms*). Er werden geen studies geïnccludeerd waarin het effect van alfablokkers bij vrouwen werd onderzocht.

De bewijskracht voor deze uitkomstmaat pijn is gegradeerd als 'laag', vanwege mogelijk risk of bias in de studies en imprecisie (overlap grens klinische besluitvorming). Voor de belangrijke uitkomstmaat kwaliteit van leven is het op basis van de literatuur onduidelijk wat het effect is van alfablokkers. Voor deze uitkomstmaat moest bij de GRADE-beoordeling een extra niveau worden afgetrokken vanwege inconsistentie in uitkomst

tussen studies. Het is onbekend wat het effect van alfablokkers is bij mannen met chronische bekkenpijn voor de belangrijke uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties, omdat deze uitkomstmaten niet gerapporteerd worden in de geïncludeerde studies.

De overall bewijskracht is gelijk aan de laagste gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit, dus is voor alfablokkers 'laag'.

Bij mannen met chronische bekkenpijn kan een alfablokker de pijn verlichten. Advies is het effect van de behandeling na 3 maanden te evalueren. Bij vrouwen is hier geen enkel bewijs voor.

Antibiotica

Op basis van de beschikbare literatuur is het onduidelijk wat het effect van een behandeling met antibiotica op de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit en de belangrijke uitkomstmaten complicaties, patiënttevredenheid en kwaliteit van leven is. De geïncludeerde studies lieten geen significant effect zien op pijnintensiteit en kwaliteit van leven. Het vertrouwen in de conclusie is echter gegradeerd met een GRADE 'zeer laag', vanwege mogelijke risk of bias in de studies, tegenstrijdige resultaten en imprecisie.

De overall bewijskracht is gelijk aan de laagste gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit, dus is voor antibiotica 'zeer laag'.

Concluderend lijkt antibiotica geen plaats te hebben in de behandeling van mannen met chronisch bekkenpijn. Voor vrouwen is dit niet onderzocht.

Progesteron

Op basis van de beschikbare literatuur lijkt een behandeling met progesteron de pijnintensiteit waarschijnlijk te kunnen verminderen vergeleken met placebo bij vrouwen met chronische bekkenpijn. Wel heeft een behandeling met progesteron waarschijnlijk nadelige effecten zoals gewichtstoename en een opgeblazen gevoel bij patiënten met chronische bekkenpijn. Andere bekende bijwerkingen van progesteron, zoals stemmingsklachten, werden niet beschreven in de geïncludeerde studies, maar staan wel vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas. De bewijskracht voor de uitkomstmaten pijnintensiteit en complicaties is gegradeerd als 'redelijk', vanwege mogelijk risk of bias in de studies. Het is onbekend wat het effect van progesteron is bij patiënten met chronische bekkenpijn voor de belangrijke uitkomstmaten patiënttevredenheid en kwaliteit van leven, omdat deze uitkomstmaten niet gerapporteerd worden in de geïncludeerde studies.

De overall bewijskracht is gelijk aan de laagste gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit, dus is voor progesteron 'redelijk'.

In de Nederlandse praktijk is weinig ervaring met behandeling met progesteron bij chronische bekkenpijn (wanneer endometriose is uitgesloten). Vanwege de nadelige effecten (zie ook het Farmacotherapeutisch Kompas) is het raadzaam, indien behandeling wordt overwogen, dit is samenspraak te doen met een gynaecoloog met expertise.

Amitriptyline

Op basis van de beschikbare literatuur lijkt een behandeling met amitriptyline de pijnintensiteit sterk te kunnen verminderen en de patiënttevredenheid te kunnen verbeteren bij patiënten met interstitiële cystitis, hierna: blaaspijnsyndroom. Daarnaast lijkt deze behandeling niet geassocieerd te zijn met ernstige complicaties, de meest gerapporteerde complicatie was een droge mond. De bewijskracht voor de uitkomstmaten pijnintensiteit, patiënttevredenheid en complicaties is gegradueerd als 'redelijk', vanwege mogelijk risk of bias in de studies. Het is onbekend wat het effect van amitriptyline is bij patiënten met chronische bekkenpijn voor de belangrijke uitkomstmaat kwaliteit van leven, omdat deze uitkomstmaat niet gerapporteerd werd in de geïnccludeerde studies.

De overall bewijskracht is gelijk aan de laagste gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit, dus is voor amitriptyline 'redelijk'.

Bekend is dat amitriptyline een gunstig effect kan hebben op neuropatische pijn, maar ook op de mictiefrequentie en slaappatroon (Fall, 2008). Het is van belang bij patiënten met blaaspijnsyndroom om met een lage dosis te starten (25 mg) en die langzaam op te hogen tot een maximale dosis van 100 mg voor de nacht. Vaak zullen de bijwerkingen de maximaal getolereerde dosis bepalen.

Gabapentine

Op basis van de beschikbare literatuur is het onduidelijk wat het effect van een behandeling met gabapentine op de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit is. Eén studie liet een statistisch significante verbetering in pijnscore zien na behandeling met gabapentine vergeleken met amitriptyline, en 1 studie liet een effect zien op 1 van de meegenomen vragenlijsten voor pijn (BPI), maar niet op de VAS-score. Het vertrouwen in de conclusie is gegradueerd met een GRADE 'zeer laag', vanwege mogelijke risk of bias in de studie en imprecisie.

De overall bewijskracht is gelijk aan de laagste gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit, dus is voor gabapentine 'zeer laag'.

Op basis van expert opinion en ervaring kan worden overwogen om, binnen een multimodale behandeling door een bekkenpijnteam en in samenspraak met de patiënt, waarbij de mogelijke bijwerkingen worden besproken, gabapentine te geven aan patiënten met chronische bekkenpijn.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

De medicamenteuze behandeling van pijn en pijn gerelateerde symptomen zoals LUTS heeft een belangrijke basis in de multimodale en multidisciplinaire behandeling van chronische bekkenpijn. De compliantie zal afhangen van effect en bijwerkingen. Een en ander is ook afhankelijk van de kwaliteit van counseling. Het is belangrijk de mogelijke bijwerkingen en complicaties van een medicamenteuze behandeling te bespreken met de patiënt.

Kosten (middelenbeslag)

Het is onbekend wat de kosteneffectiviteit van een medicamenteuze behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn is.

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie

Er zijn geen zaken ten aanzien van de aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie van de medicamenteuze behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn bekend.

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Op basis van de resultaten van de literatuuranalyse en expert opinion kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de specifieke medicamenteuze therapie te verlichting van de pijn bij chronische bekkenpijn.

Onderbouwing

Achtergrond

De diagnose 'chronische bekkenpijn' is een diagnose die gesteld wordt bij vrouwen en mannen die langdurig (langer dan 6 maanden) klachten hebben in de bekkenregio. Omdat het mechanisme achter de chronische bekkenpijn nociceptief of neuropathisch kan zijn, dan wel door centrale sensitatie kan optreden, is het waarschijnlijk dat er verschillende aangrijpingspunten zijn voor een medicamenteuze behandeling. Naast het achterliggende mechanisme van pijn zijn er vaak bijkomende symptomen die ook medicamenteus behandeld zouden kunnen worden en die een relatie hebben met de pijn. In deze module gaat het juist om de behandeling van deze bijkomende symptomen. Voor specifieke pijnbehandelingen verwijzen we naar betreffende richtlijnen. Medicamenteuze behandeling van chronische bekkenpijn kan binnen een multimodale behandeling van chronische bekkenpijn passen met vaak een vorm van combinatietherapie.

Conclusies

Alfablokkers

<p>Laag GRADE</p>	<p>Een behandeling met alfablokkers bij mannen met chronische bekkenpijn lijkt de pijnintensiteit enigszins te kunnen verminderen vergeleken met placebo.</p> <p><i>Bronnen: (Anothaisintawee, 2011)</i></p>
<p>Zeer laag GRADE</p>	<p>Het is onduidelijk wat het effect van alfablokkers op kwaliteit van leven bij patiënten met mannen met chronische bekkenpijn is.</p> <p><i>Bronnen: (Anothaisintawee, 2011)</i></p>
<p>- GRADE</p>	<p>Het is onbekend wat het effect van alfablokkers bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden vergeleken tussen patiënten die behandeling met alfablokkers ondergingen en een placebo/TCA/eenvoudige pijnstillers behandeling.</p>

Antibiotica

Zeer laag GRADE	<p>Het is onduidelijk wat het effect van antibiotica op pijnintensiteit bij patiënten met chronische bekkenpijn is.</p> <p><i>Bronnen: (Anothaisintawee, 2011)</i></p>
Zeer laag GRADE	<p>Het is onduidelijk wat het effect van antibiotica op kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn is.</p> <p><i>Bronnen: (Anothaisintawee, 2011)</i></p>
- GRADE	<p>Het is onbekend wat het effect van antibiotica bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden vergeleken tussen patiënten die behandeling met antibiotica ondergingen en een placebo/TCA/eenvoudige pijnstillers behandeling.</p>

Progesteron

Redelijk GRADE	<p>Een behandeling met progesteron vermindert waarschijnlijk de pijnintensiteit bij vrouwen met chronische bekkenpijn.</p> <p><i>Bronnen: (Cheong, 2014)</i></p>
Redelijk GRADE	<p>Een behandeling met progesteron heeft waarschijnlijk nadelige effecten zoals gewichtstoename en een opgeblazen gevoel bij vrouwen met chronische bekkenpijn.</p> <p><i>Bronnen: (Cheong, 2014)</i></p>
- GRADE	<p>Het is onbekend wat het effect van progesteron bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en kwaliteit van leven. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden vergeleken tussen patiënten die behandeling met progesteron ondergingen en een placebo/TCA/eenvoudige pijnstillers behandeling.</p>

Amitriptyline

Redelijk GRADE	<p>Een behandeling met amitriptyline leidt waarschijnlijk tot een sterke vermindering van de pijnintensiteit bij patiënten met interstitiële cystitis.</p> <p><i>Bronnen: (van Ophoven, 2004)</i></p>
Redelijk GRADE	<p>Een behandeling met amitriptyline leidt waarschijnlijk tot een sterke verbetering van de patiënttevredenheid bij patiënten met interstitiële cystitis.</p> <p><i>Bronnen: (van Ophoven, 2004)</i></p>

Redelijk GRADE	Een behandeling met amitriptyline leidt waarschijnlijk niet tot ernstige complicaties bij patiënten met interstitiële cystitis. Er werden geen complicaties gerapporteerd met een GRADE 3 of hoger op basis van de Common Toxicity Criteria. De meest gerapporteerde complicatie van een behandeling met amitriptyline was een droge mond.
- GRADE	Het is onbekend wat het effect van amitriptyline bij patiënten met interstitiële cystitis is op de uitkomstmaat kwaliteit van leven. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaat werd vergeleken tussen patiënten die behandeling met amitriptyline ondergingen.

Gabapentine

Zeer laag GRADE	Het is onduidelijk wat het effect van gabapentine op pijnintensiteit bij patiënten met chronische bekkenpijn is. <i>Bronnen: (Cheong, 2014; Lewis, 2015)</i>
Zeer laag GRADE	Het is onduidelijk wat het effect van gabapentine op complicaties bij patiënten met chronische bekkenpijn is. <i>Bronnen: (Lewis, 2015)</i>
- GRADE	Het is onbekend wat het effect van gabapentine bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en kwaliteit van leven. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden vergeleken tussen patiënten die behandeling met gabapentine ondergingen en een placebo/TCA/eenvoudige pijnstillers behandeling.

Overige medicatie

- GRADE	Het is onbekend wat het effect van SSRI, pregabaline, opiaten, opioïd receptor antagonisten (low dose naltrexone), s-ketamine of tapentadol bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.
--------------------	--

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Anothaisintawee (2011) verrichtte een systematische review met netwerk meta-analyse naar de effectiviteit van verschillende therapieën bij mannen met chronische bekkenpijn en vergeleek de uitkomsten van alfablokkers, antibiotica, anti-inflammatoire medicatie, andere actieve medicatie en placebo met elkaar. Op 16 november 2010 werd gezocht in Medline (vanaf 1949) en Embase (vanaf 1974) naar RCT's bij patiënten met chronische bekkenpijn waarbij een set van de volgende interventies met elkaar werden vergeleken: alfa-blokkers, antibiotica,

steroïde en niet-steroïde anti-inflammatoire medicatie, finasteride, glycosminoglycans, fytotherapie en placebo. Als uitkomsten werden onder andere pijn scores en kwaliteit van leven scores meegenomen. Twintig RCT's vergeleken 1 actieve behandeling met placebo, waarbij alpha-blockers werden onderzocht in 7 studies, waarvan 5 studies 1 of meerdere uitkomsten van interesse meenamen (Nickel, 2008; Tugcu, 2007; Cheah, 2003; Evliyaoglu, 2002; Gül, 2001) en antibiotica in 2 studies (Nickel, 2003; Zhou, 2008). Ook kon 1 studie worden meegenomen die alfablokkers plus antibiotica vergeleek met alfablokkers alleen, antibiotica alleen en placebo (Alexander, 2004). De overige studies onderzochten fytotherapie, en werden niet meegenomen in voorliggende literatuuranalyse. In de geïnccludeerde studies varieerde de behandelingsduur tussen 6 en 24 weken en de leeftijd tussen 29,1 en 56,1 jaar.

Cheong (2014) verrichte een systematische review en meta-analyse naar de effectiviteit en veiligheid van niet-chirurgische interventies voor vrouwen met chronische bekkenpijn. Studies met betrekking tot endometriose of primaire dysmenorroe werden uitgesloten. Op 5 februari 2014 werd gezocht in Medline, Embase, The Menstrual Disorders and Subfertility Group Specialised Register of Controlled Trials, CENTRAL, PsycINFO en CINAHL naar gepubliceerde en niet-gepubliceerde RCT's bij vrouwen met chronische bekkenpijn waarbij een medische interventie werd vergeleken met placebo, geen behandeling of een andere type interventie. Primaire uitkomstmaat was pijn. Secundaire uitkomsten waren psychologische uitkomsten, kwaliteit van leven, behoefte aan analgesie en adverse effects. In totaal werden 13 RCT's geïnccludeerd in de meta-analyse. Alleen de vergelijkingen die medicatieve behandelingen vergeleken met een placebo of eenvoudige pijnstillers waren relevant voor onze PICO en werden in de literatuuranalyse meegenomen. In totaal konden 3 studies worden geïnccludeerd: 1 studie (Sator-Katzenschlager, 2005) met 56 vrouwen die gabapentine met amitriptyline en beide vergeleek, en 2 studies (Farquhar, 1989; Walton, 1992) met in totaal 204 vrouwen met chronische bekkenpijn die medroxyprogesteron met placebo vergeleken.

Lewis (2015) verrichtte een pilot RCT naar de behandeling met gabapentine van vrouwen met chronische bekkenpijn. Deelnemers waren vrouwen tussen 18 en 50 jaar oud met chronische bekkenpijn gedurende ten minste 6 maanden met geassocieerde functionele beperkingen, zonder duidelijke bekkenpathologie bij laparoscopie en die effectieve anticonceptie gebruikten. In totaal werden 47 vrouwen gerandomiseerd, 22 naar de groep die 6 maanden dagelijks gabapentine ontving (300 mg dagelijks bij de start en verhoogd per 300 mg elke week totdat 50% reductie in pijn of een maximale dosis van 2700 mg werd bereikt) en 27 naar de groep die een placebo ontving. De gemiddelde leeftijd op baseline was 26,8 jaar (SD 7,7) in de interventiegroep en 27,1 jaar (SD 5,8) in de controlegroep. De follow-up tijd was 6 maanden. Pijnintensiteit werd gemeten door middel van de VAS-score (range 0 tot 10) en de Brief Pain Inventory (BPI) score (range 0 tot 10).

Giammusso (2016) verrichtte een enkel-geblindeerde RCT naar de effectiviteit van een behandeling met Palmitoylethanolamide (PEA) vergeleken met Serenoa Repens in combinatie met alfaliponzuur. Deelnemers waren mannen tussen de 22 en 61 jaar met chronische bekkenklachten van ten minste 6 maanden. Er werden 22 mannen gerandomiseerd naar de groep die 2 keer per dag 300 mg PEA met alfaliponzuur ontving en 22 mannen naar de groep die 1 keer per dag een capsule met 320 mg Serenoa Repens ontving. Pijn werd op baseline en na 12 weken gemeten als onderdeel van de NIH-CPSI-vragenlijst. Helaas werden geen kwantitatieve data gerapporteerd, waardoor de resultaten niet gebruikt konden worden in de literatuuranalyse.

Van Ophoven (2004) verrichte een prospectieve, dubbelblind, placebogecontroleerde studie naar de effectiviteit

van behandeling met amitriptyline vergeleken met een placebo bij patiënten met interstitiële cystitis. Alle patiënten waren eerder conservatief behandeld, wat in het meest gunstige geval alleen kortdurende symptomatische verlichting gaf. In totaal werden 50 patiënten gerandomiseerd, 25 patiënten (n=3 (12%) mannen; n=22 (88%) vrouwen) kregen de interventie en 25 patiënten (n=3 (12%) mannen; n=22 (88%) vrouwen) kregen een placebo. Patiënten werden 4 maanden behandeld met amitriptyline/placebo volgens een zelf-titratie protocol. Patiënten waren geïnstrueerd om 25 mg in te nemen rond bedtijd, wanneer ze na 1 week niet klachtenvrij waren mocht de dosis worden opgehoogd naar 50 mg. In week 3 en 4 mocht de dosis, indien nodig, worden opgehoogd naar 75 mg of 100 mg (maximale dosis). Wanneer patiënten tevreden waren met de mate van klachtverlichting werd geadviseerd de laagste effectieve dosis te handhaven en niet verder te verhogen. Gemiddelde duur van de klachten was 3,1 (SD 5,0) jaar in de interventie groep en 4,4 (SD 4,9) jaar in de controlegroep. In beide groepen viel 1 patiënt uit wegens adverse events, dit werd niet nader toegelicht. Amitriptyline werd door een farmaceutisch bedrijf verstrekt (Bayer Pharmaceuticals), het artikel vermeldt niet of er conflicts of interest zijn.

Resultaten

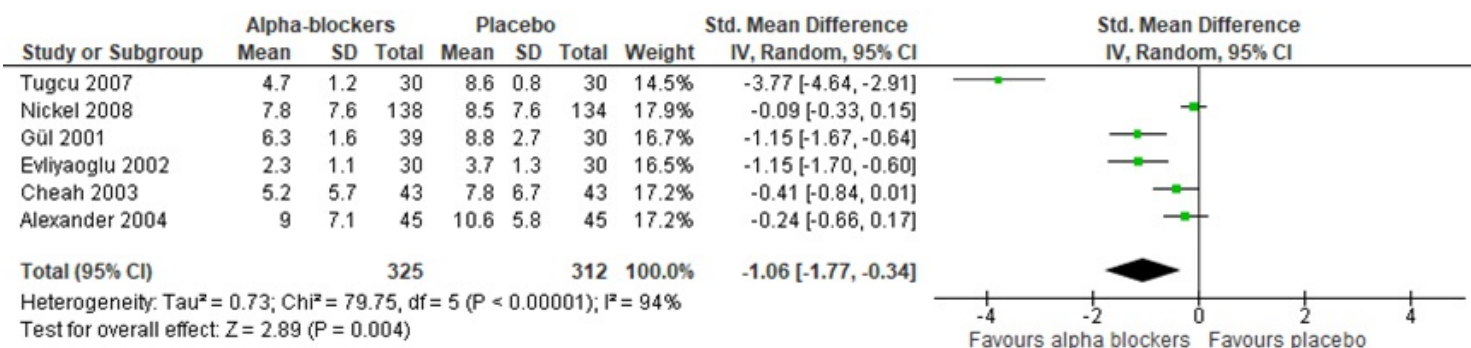
De effecten van de medicamenteuze behandeling bij chronische bekkenpijn worden voor de vier uitkomstmaten per medicijn beschreven. Er werden 5 typen medicijnen beschreven in de geïncludeerde studies: alfablokkers, antibiotica, progesteron, gabapentine en amitriptyline. Er werden geen studies geïncludeerd waarin andere type medicijnen uit de PICO waren bestudeerd: SSRI, pregabaline, opiaten, opioïd receptor antagonists (low dose naltrexone), s-ketamine of tapentadol

1. Pijnintensiteit

1.1. Alfablokkers

De uitkomstmaat pijn bij een interventie met alfablokkers werd beschreven in 6 geïncludeerde studies van de systematische review van Anothaisintawee (2011). Het gaat in al deze studies om mannen met chronische bekkenpijn. Pijn werd in 4 studies (Alexander, 2004; Cheah, 2003; Nickel, 2008; Tugcu, 2007) gemeten met de National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI, range 0 tot 43), in 1 studie (Gul, 2001) met de Prostatitis Symptom Score Index (PSSI, range 0 tot 12) en in 1 studie (Evliyaoglu, 2002) met een pijnvragenlijst. Figuur 1 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de pijnscores. De overall verbetering in pijnscore na behandeling met alfablokkers was -1,06 (95% BI -1,77 tot -0,34); $P=0.004$. Er was sprake van grote heterogeniteit tussen de studies ($I^2=94\%$). Wanneer de studies met onduidelijke toewijzing van behandeling (randomisering) worden verwijderd uit de meta-analyse (Tugcu, 2007; Gul, 2001) wordt de overall verbetering in pijnscore na behandeling met alfablokker kleiner (SMD -0,43; 95% BI -0,82 tot -0,03; $P=0,04$) en blijft de heterogeniteit groot ($I^2=76\%$).

Figuur 1 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen alfablokkers en placebo

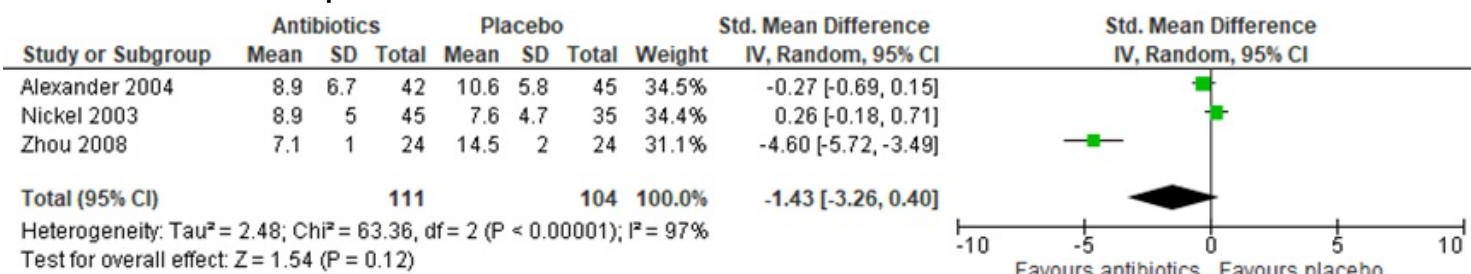


Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

1.2. Antibiotica

De uitkomstmaat pijn bij een interventie met antibiotica werd beschreven in 3 geïncludeerde studies (Alexander, 2004; Nickel, 2003; Zhou, 2008) van de systematische review van Anothaisintawee (2011). Dit betrof in alle studies mannen met chronisch bekkenpijn, waarbij pijn werd gemeten met de National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI, range 0 tot 43). Figuur 2 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de pijnscores. De overall verbetering in pijnscore na behandeling met antibiotica was -1,43 (95% BI -3,26 tot 0.40); P=0,12). Er was sprake van grote heterogeniteit tussen de studies (I²=97%).

Figuur 2 Forest plot uitkomstmaat 'pijntensiteit' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen antibiotica en placebo

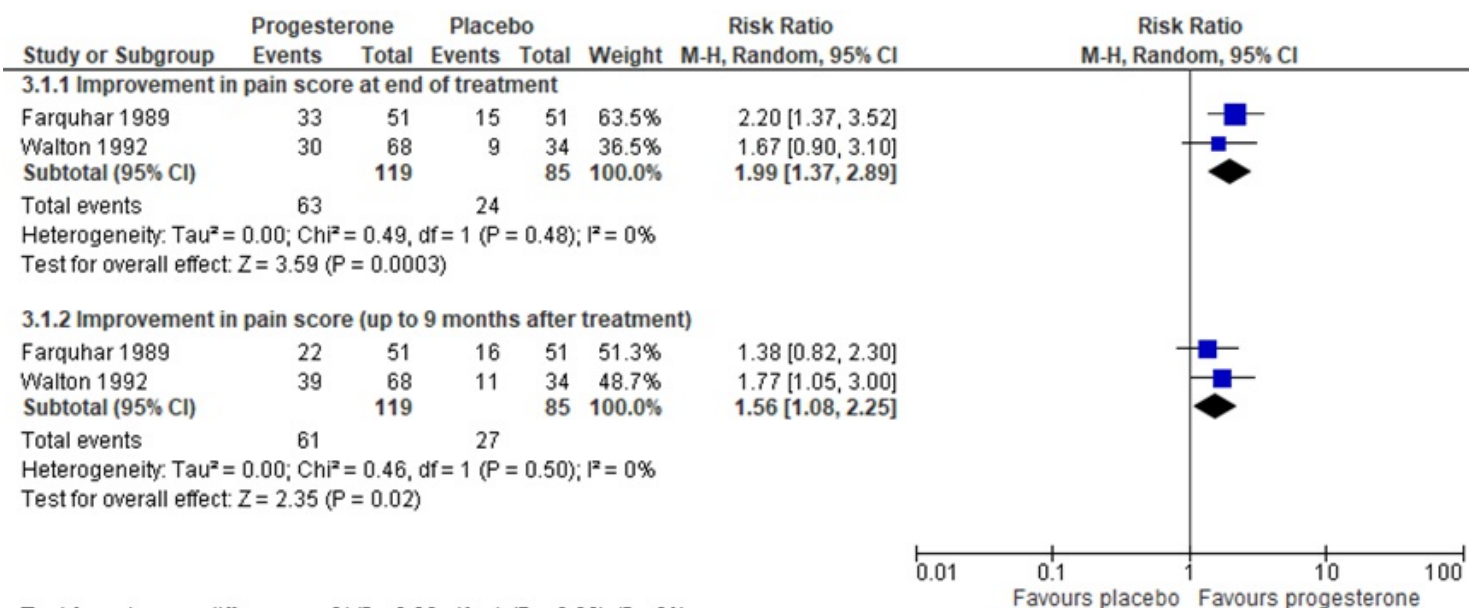


Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

1.3. Progesteron

De uitkomstmaat pijn bij een interventie met progesteron bij vrouwen met chronische bekkenpijn werd beschreven in 2 geïncludeerde studies van de systematische review van Cheong (2014). Pijn werd gemeten op basis van een VAS-schaal 0 tot 10 (geen tot maximale pijn). Pijntensiteit was gedefinieerd als een > 50% afname in VAS-pijn score aan het einde van de 4 maanden behandeling. Figuur 3 presenteert het gepoolde relatief risico in de pijnscores. Het relatief risico op een > 50% afname in pijn na behandeling met progesteron was 1,99 (95% BI 1,37 tot 2,89); P<0,001).

Figuur 3 Forest plot uitkomstmaat 'pijntensiteit' op basis van de risk ratio tussen progesteron en placebo (bron: Cheong, 2014)



Test for subgroup differences: Chi² = 0.83, df = 1 (P = 0.36), I² = 0%

Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

1.4. Amitriptyline

De uitkomstmaat pijn bij een interventie met amitriptyline versus placebo werd beschreven in 1 geïncludeerde studie met 48 patiënten met interstitiële cystitis (Van Ophoven, 2004). Pijn werd gemeten op basis van een VAS-schaal 0 tot 100 (geen tot maximale pijn). Pijnintensiteit was gedefinieerd als gemiddeld verschil in pijnscore tussen baseline en na 4 maanden behandeling. Het gemiddelde verschil in VAS-pijnscore na behandeling met amitriptyline vergeleken met placebo was -23,8 (95%BI -35,8 tot -11,80) in het voordeel van amitriptyline. Na vier maanden behandeling was de effectieve dosis als volg verdeeld in de groep: 25 mg (n=7 (29%)), 50 mg (n=9; (37.5%)), 75 mg (n=5 (21%)) en 100 mg (n=3 (12.5%)) in de interventiegroep.

1.5. Gabapentine

De uitkomstmaat pijn bij een interventie met gabapentine versus amitriptyline werd beschreven in 1 geïncludeerde studie met 40 vrouwen met chronische bekkenpijn (Sator-Katzenschlager, 2005) van de systematische review van Cheong (2014). Pijn werd gemeten op basis van een VAS-schaal 0 tot 10 (geen tot maximale pijn). Pijnintensiteit was gedefinieerd als VAS-pijnscore 24 maanden na behandeling. Het gewogen gemiddelde verschil in VAS-pijnscore na behandeling met gabapentine vergeleken met amitriptyline was -1,63 (95% BI -2,36 tot -0,91) in het voordeel van gabapentine (P<0,05).

Lewis (2015) rapporteerde 2 verschillende pijnmaten na 3 en 36 maanden bij vrouwen met chronische bekkenpijn, namelijk VAS-score en Brief Pain Inventory (BPI) score. Na 6 maanden was er geen verschil in de gemiddelde VAS-score tussen de gabapentine groep (gemiddeld 3,6; SD 2,4) en de placebogroep (gemiddeld 4,5; SD 2,3), met een gemiddeld verschil van 0,98 (95% BI -0,87 tot 2,83) tussen de groepen. Wel was een verschil in de gemiddelde BPI-score na 6 maanden tussen de gabapentine groep (gemiddeld 2,9; SD 2,0) en de placebogroep (gemiddeld 4,1; SD 2,4), met een gemiddeld verschil van 1,72 (95% BI 0,07 tot 3,36; P=0,04) tussen de groepen.

2. Patiënttevredenheid

2.1. Alfablokkers

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid bij behandeling met alfablokkers bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

2.2. Antibiotica

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid bij behandeling met antibiotica bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

2.3. Progesteron

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid bij behandeling met progesteron bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

2.4. Amitriptyline

De uitkomstmaat patiënttevredenheid bij een interventie met amitriptyline versus placebo werd beschreven in 1 geïnccludeerde studie met 48 patiënten met interstitiële cystitis (Van Ophoven, 2004).

Patiënten werden gevraagd om hun tevredenheid met de therapeutische uitkomst te beoordelen op een schaal van excellent-goed-matig-slecht (het Patient Global Assessment Form). Tabel 1 laat de resultaten zien van deze beoordeling. Een goede of excellente beoordeling werd door Van Ophoven (2004) als tevredenheid gezien.

In totaal werd de patiënttevredenheid door 15/24 patiënten in de interventiegroep (65%) beoordeeld als goed of excellent, vergeleken met 1/24 patiënten in de controlegroep (4%) (RR 15,00 (95%CI 2,15 tot 104,75)).

Tabel 1 Beoordeling patiënttevredenheid behandeling amitriptyline versus placebo bij interstitiële cystitis (Van Ophoven (2004))

Patient satisfaction	Amitriptyline (n %)	Placebo (n %)
<i>Poor</i>	3 (13%)	21 (88%)
<i>Fair</i>	6 (25%)	2 (8%)
<i>Good</i>	10 (42%)	1 (4%)
<i>Excellent</i>	5 (21%)	0

2.5. Gabapentine

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid bij behandeling met gabapentine bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

3. Complicaties

3.1. Alfablokkers

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat complicaties bij behandeling met alfablokkers bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

3.2. Antibiotica

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat complicaties bij behandeling met antibiotica bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

3.3. Progesteron

De uitkomstmaat complicaties bij een interventie met progesteron versus placebo werd beschreven in 2 geïnccludeerde studies van de systematische review van Cheong (2014). In beide studies betroffen dit vrouwen met chronische bekkenpijn. Farquhar (1989) rapporteerde een hoger risico op gewichtstoename en opgeblazen gevoel in de progesteron groep. Het relatief risico op gewichtstoename na behandeling met progesteron was 2,41 (95% BI 1,55 tot 3,75; $P < 0,0001$) vergeleken met placebo. Het relatief risico op een opgeblazen gevoel na behandeling met progesteron was 1,84 (95% BI 1,15 tot 2,96); $P = 0,01$ vergeleken met placebo.

Walton (1992) rapporteerde de uitkomstmaat andere medische events zoals verandering in kleur van het been en borstknobbels. Het relatief risico op andere medische events na behandeling met progesteron was 1,60 (95% BI 0,56 tot 4,56; $P = 0,38$) vergeleken met placebo.

3.4. Amitriptyline

De uitkomstmaat complicaties bij een interventie met amitriptyline versus placebo werd beschreven in 1 geïnccludeerde studie met 48 patiënten met interstitiële cystitis (Van Ophoven, 2004). In beide groepen was eerder al 1 patiënt uitgevallen wegens complicaties, dit werd niet nader toegelicht, onderstaande resultaten beschrijven deze patiënten niet.

Alle complicaties werden gerapporteerd en gegradeerd volgens de Common Toxicity Criteria op een schaal van 0 tot 5 (geen tot mortaliteit). Tabel 2 presenteert een overzicht van alle gerapporteerde complicaties. De resultaten werden niet geanalyseerd maar alleen beschrijvend gepresenteerd.

Van Ophoven (2004) rapporteerde geen adverse events van GRADE 3 of hoger. Een droge mond was de meest frequent gerapporteerde complicatie in de amitriptyline groep.

Tabel 2 Beoordeling adverse events behandeling amitriptyline versus placebo bij interstitiële cystitis (Van Ophoven (2004))

Adverse side effect	No. Grade 0, None (%)		No. Grade 1, Mild (%)		No. Grade 2, Moderate (%)	
	Amitriptyline	Placebo	Amitriptyline	Placebo	Amitriptyline	Placebo
Mouth dryness	5 (21%)	22 (92%)	19 (79%)	2 (8%)	-	-
Weight gain	9 (37%)	22 (92%)	10 (42%)	2 (8%)	5 (21%)	-
Sedation	15 (62.5%)	21 (87.5%)	9 (37.5%)	3 (12.5)	-	-
Constipation	13 (54%)	22 (92%)	8 (33.3%)	2 (8%)	3 (12.5%)	-
Nausea/vertigo	21 (87.5%)	21 (87.5%)	3 (12.5%)	3 (12.5%)	-	-
Blurred vision/diplopia	20 (83%)	24 (100%)	4 (17%)	-	-	-
Erectile dysfunction	23 (96%)	24 (100%)	1 (4%)	-	-	-

3.5. Gabapentine

Lewis (2015) rapporteerde adverse events in de 2 groepen vrouwen met chronische bekkenpijn. Er waren geen verschillen tussen de groepen met 17/22 (77%) adverse events in de gabapentine groep en 16/25 (64%) in de controlegroep. Dit komt neer op een relatief risico van 1,21 (95% BI 0,83 tot 1,75) ten gunste van de placebogroep. De meeste events waren mild (15 in elke groep). Er waren 2 serieuze adverse events, beiden in de interventiegroep, maar dit waren beiden exacerbaties van COPD vanwege hospitalisatie en werden niet in verband gebracht met de gabapentine.

Voor de andere medicamenteuze behandelingen (alfablokkers, antibiotica) werd de uitkomstmaat complicaties niet gerapporteerd in de geïncludeerde studies.

4. Kwaliteit van leven

4.1. Alfablokkers

De uitkomstmaat kwaliteit van leven bij een interventie met alfablokkers werd beschreven in 5 geïncludeerde studies van de systematische review van Anothaisintawee (2011). Kwaliteit van leven werd in 4 studies (Nickel, 2008; Tugcu, 2007; Alexander, 2004; Cheah, 2003) gemeten met de National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI, range 0 tot 43), en in 1 studie (Evliyaoglu, 2002) met Prostatitis Symptom Score Index (PSSI, range 0 tot 12). Figuur 4 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de kwaliteit van leven scores. De overall verbetering in kwaliteit van leven na behandeling met alfablokkers was -0,98 (95% BI -1,79 tot -0,18); $P=0.02$. Er was sprake van grote heterogeniteit tussen de studies ($I^2=94\%$).

Figuur 4 Forest plot uitkomstmaat 'Kwaliteit van leven' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen alfablokkers en placebo

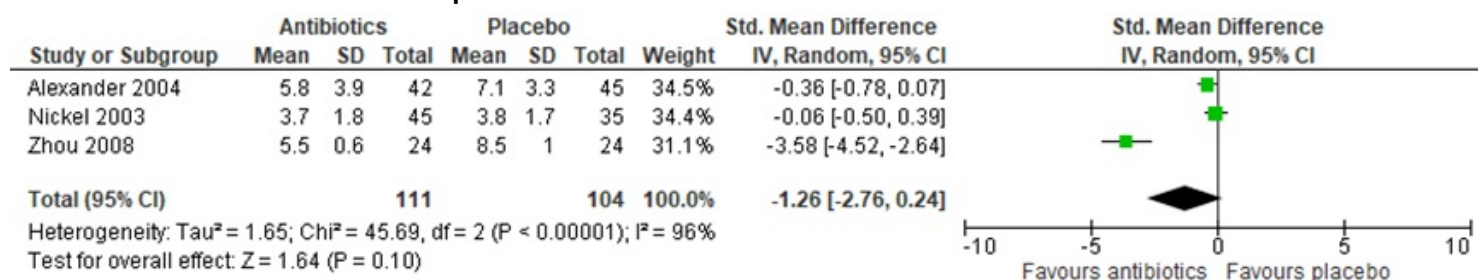


Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I^2 : statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

4.2. Antibiotica

De uitkomstmaat kwaliteit van leven bij een interventie met antibiotica werd beschreven in 3 geïncludeerde studies (Nickel, 2003; Alexander, 2004; Zhou, 2008) van de systematische review van Anothaisintawee (2011). Kwaliteit van leven werd in alle 3 de studies gemeten met de National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI, range 0 tot 43). Figuur 5 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de kwaliteit van leven scores. De overall verbetering in kwaliteit van leven na behandeling met antibiotica was -1,26 (95% BI -2,76 tot 0,24); $P=0.10$. Er was sprake van grote heterogeniteit tussen de studies ($I^2=96\%$).

Figuur 5 Forest plot uitkomstmaat 'Kwaliteit van leven' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen antibiotica en placebo



Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

4.3. Progesteron

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven bij behandeling met progesteron bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

4.4. Amitriptyline

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven bij behandeling met amitriptyline bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

4.5. Gabapentine

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven bij behandeling met gabapentine bij chronische bekkenpijn werd geanalyseerd.

Bewijskracht van de literatuur

Alfablokkers

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit** na behandeling met alfablokkers is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke toewijzing van interventie in 4 van de 6 studies) en het betrouwbaarheidsinterval van het gepoolde effect overlapt de grens van klinische relevantie (imprecisie).

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **patiënttevredenheid** en **complicaties** na behandeling met alfablokkers kon niet worden gegradueerd door middel van GRADE doordat er geen studies over alfablokkers werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **kwaliteit van leven** na behandeling met alfablokkers is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke toewijzing van interventie in 3 van de 5 studies); tegenstrijdige resultaten (inconsistentie) en het betrouwbaarheidsinterval van het gepoolde effect overlapt de grens van klinische relevantie (imprecisie).

Antibiotica

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit** na behandeling met antibiotica is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke toewijzing van interventie

in 2 van de 3 studies); tegenstrijdige resultaten (inconsistentie) en het betrouwbaarheidsinterval van het gepoolde effect overlapt de grens van klinische relevantie (imprecisie).

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **patiënttevredenheid** en **complicaties** na behandeling met antibiotica kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies over antibiotica werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **kwaliteit van leven** na behandeling met antibiotica is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke toewijzing van interventie in 2 van de 3 studies); tegenstrijdige resultaten (inconsistentie) en het betrouwbaarheidsinterval van het gepoolde effect overlapt de grens van klinische relevantie (imprecisie).

Progesteron

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit** en **complicaties** na behandeling met progesteron is met één niveau verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege selectieve uitval van patiënten in beide studies).

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **patiënttevredenheid** en **kwaliteit van leven** na behandeling met progesteron kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies over progesteron werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.

Amitriptyline

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **pijnintensiteit**, **patiënttevredenheid** en **complicaties** na behandeling met amitriptyline is met één niveau verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijkheid rondom uitval wegens adverse events/conflict of interest).

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **kwaliteit van leven** na behandeling met amitriptyline kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies over amitriptyline werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.

Gabapentine

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit** na behandeling met gabapentine is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege ontbreken blinding en incomplete uitkomsten vanwege uitval) en het geringe aantal patiënten (imprecisie).

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties** na behandeling met gabapentine is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege ontbreken blinding en incomplete uitkomsten vanwege uitval) en het geringe aantal patiënten (imprecisie).

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **patiënttevredenheid** en **kwaliteit van leven** na behandeling met gabapentine kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies over progesteron werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.

Overige medicatie

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies over SSRI, pregabaline, opiaten, opioïd receptor antagonisten (low dose naltrexone), s-ketamine of tapentadol werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze (farmacologische) behandeling van pijn ten opzichte van placebo, een ander farmacon, of een niet medicamenteuze behandeling.

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn ≥ 6 maanden?);

I: behandeling met SSRI, TCA, cannabinoids (onder andere PEA), gabapentine/pregabaline, of opiaten, opioïd receptor antagonists (Low dose naltrexone), s-ketamine, tapentadol;

C: placebo of een andere farmacologische compound zoals SSRI, TCA of opiaten, eenvoudige pijnstillers of een niet medicamenteuze behandeling;

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (Elsevier) is op 5 juli 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin werd gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze behandeling van chronische bekkenpijn. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 616 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie betrof een vergelijkend onderzoek waarin medicamenteuze behandeling werd vergeleken met een andere medicamenteuze, placebo of niet-medicamenteuze behandeling; 3) minimaal één van de volgende uitkomstmaten werd gerapporteerd: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 65 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 60 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 5 studies (2 systematische reviews; 3 RCT's) definitief geselecteerd.

Resultaten

Twee systematische reviews werden geïnccludeerd in de literatuuranalyse, één over alfablokkers en antibiotica (Anothaisintawee, 2011) en één over progesteron (Cheong, 2014). Ook werden 3 RCT's geïnccludeerd over gabapentine, Palmitoylethanolamide (PEA) en amitriptyline (Lewis, 2015; Giamusso, 2016; Van Ophoven, 2004). Er werden geen studies geïnccludeerd waarin andere type medicijnen uit de PICO waren bestudeerd: SSRI, pregabaline, opiaten, opioïd receptor antagonists (low dose naltrexone), s-ketamine of tapentadol. De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten zijn opgenomen in de evidencetabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk-of-biastabellen.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, Thammakraisorn S, Numthavaj P, McEvoy M, Thakkinstian A. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA*. 2011 Jan 5;305(1):78-86.

Cheong YC, Smotra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 5;(3):CD008797.

Fall M, Oberpenning F, Peecker R. Treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis 2008: can we make evidence-based decisions? *Eur Urol*. 2008 Jul;54(1):65-75.

Giamusso B, Di Mauro R, Bernardini R. The efficacy of an association of palmitoylethanolamide and alpha-lipoic acid in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized clinical trial. *Arch Ital Urol Androl*. 2017 Mar 31;89(1):17-21.

Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, Vincent K, Jack SA, Critchley HO, Porter MA, Cranley D, Wilson JA, Horne AW. Gabapentin for the Management of Chronic Pelvic Pain in Women (GaPP1): A Pilot Randomised Controlled Trial. *PLoS One*. 2016 Apr 12;11(4):e0153037. doi: 10.1371/journal.pone.0153037.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Pijnblokkades bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van invasieve behandeling door middel van blokkades door de anesthesioloog-pijnspecialist voor patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Aanbeveling-1

Overweeg een behandeling met impar blokkade bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of perineale pijn (inclusief coccygodynie).

Laat de keuze voor behandeling met impar blokkade door middel van pulsed of thermaal radiofrequency ablatie afhangen van de ervaring en voorkeur van de pijnspecialist en houd rekening met de voorkeur van de patiënt.

Aanbeveling-2

Overweeg een behandeling met wortelblokkade bij patiënten met chronische bekkenpijn alleen indien er sprake is van onbegrepen chronische bekkenpijn en andere behandelopties ineffectief zijn gebleken.

Aanbeveling-3

Overweeg een perifere zenuwblokkade als diagnostische blokkade bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Overweeg een n. pudendus blokkade (met of zonder pulsed radiofrequency) bij patiënten met pudendale neuralgie.

Overweeg een n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis blokkade met pulsed radiofrequency bij mannen met chronische testiculaire pijn.

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Plexusblokkade

Op basis van de literatuur lijkt het erop dat impar blokkades (plexusblokkades) de pijnintensiteit verminderen bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn, tenminste op 1 en 6 maanden post-interventie. De bewijskracht werd gegradeerd als 'laag', doordat dit berust op observationeel onderzoek. De bewijskracht voor het effect op de pijnintensiteit 12 maanden na behandeling is onduidelijk doordat het gepoolde effect de grens van klinische relevantie overlapt. Daarnaast lijkt plexusblokkade met conventionele radiofrequente thermocoagulatie effectiever in het verminderen van de pijnintensiteit en is dit geassocieerd met een hogere patiënttevredenheid dan *pulsed radiofrequency* ablatie. Het effect op complicaties of kwaliteit van leven is niet duidelijk. Er was onvoldoende informatie beschikbaar om een GRADE-beoordeling voor de uitkomstmaat complicaties uit te kunnen voeren.

De bewijskracht voor de effectiviteit van plexusblokkades bij patiënten met chronische bekkenpijn is als laag geclassificeerd, maar op basis van expert opinion, de lage invasiviteit en beperkte complicatie risico's van deze behandeling kan een impar blokkade (*pulsed radiofrequency of radiofrequency*) een goede behandeloptie zijn, welke laagdrempelig toe te passen is bij patiënten met chronische bekkenpijn en coccygodynie voor een bepaalde periode. Voor de effectiviteit van plexus hypogastricus blokkade bij patiënten met chronische bekkenpijn zijn er geen goede studies gevonden, derhalve kan hierover geen aanbeveling worden gedaan.

Wortelblokkade

Op basis van de literatuur is het onduidelijk wat het effect van wortelblokkades bij patiënten met chronische bekkenpijn is. Er zijn geen studies gevonden die het effect van een selectieve wortelblokkade behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn hebben onderzocht. Een proefblokkade wordt in de praktijk echter wel veelvuldig gebruikt bij chronisch pijn, zowel diagnostisch om de bron van de pijn te kunnen identificeren als therapeutisch. Het langdurige effect van een wortelblokkade is eveneens niet onderzocht. Op basis van deze overwegingen is besloten om een wortelblokkade in de praktijk wel te overwegen bij patiënten met onbegrepen chronische bekkenpijn bij wie andere behandelopties ineffectief zijn gebleken.

Perifere zenuwblokkade

In totaal werden 2 studies geïnccludeerd over de effectiviteit van perifere zenuwblokkade met/zonder *pulsed radiofrequency* ablatie bij patiënten met chronische bekkenpijn. Op basis van de literatuur lijkt het erop dat de pijnintensiteit na perifere zenuwblokkades met *pulsed radiofrequency* ablatie bij patiënten met pudendale neuralgie (n. pudendus) sterker verminderd, vergeleken met periferere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie. Daarnaast lijkt het er ook op dat de pijnintensiteit sterker verminderd bij patiënten met chronische testiculaire pijn na perifere zenuwblokkade met *pulsed radiofrequency* (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) vergeleken met een shambehandeling. De bewijskracht werd in beide gevallen geclassificeerd als 'laag', vanwege risk of bias en doordat het effect de grens van een klinisch relevant effect overlapt. Bij patiënten met pudendale neuralgie lijkt na interventie met of zonder *pulsed radiofrequency* ablatie (n. pudendus) geen verschil in het voorkomen van de complicaties hypertensie en duizeligheid te zijn. Deze uitkomst had een GRADE 'laag', vanwege risk of bias.

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin het effect van perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie werd vergeleken met geen behandeling of baseline score bij patiënten met chronische bekkenpijn. Op basis van de literatuuranalyse werd daarom geconcludeerd dat het onduidelijk is wat de effectiviteit van perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie is wanneer dit wordt vergeleken met geen behandeling of baseline score (GRADE 'zeer laag').

Op basis van expert opinion en de literatuur kan een zenuwblokkade (een *pulsed radiofrequency* van de n. pudendus, ilio-inguinalis, genitofemoralis) een goede pijnbehandeling zijn voor een bepaalde periode. Verder kan een perifere zenuwblokkade als een goed diagnosticum dienen bij het opsporen van de oorzaak van de pijn.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

De patiënt dient goed geïnformeerd te worden over de effectiviteit en de kans op complicaties van deze blokkades zodat een de patiënt de juiste behandeling op maat krijgt. Een blokkade is geen permanente of een curatieve optie, dus kans op de herhaling van de blokkade is groot.

Kosten (middelenbeslag)

Er zijn geen studies over de kosteneffectiviteit van deze blokkades.

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Het is onbekend of er bezwaren zijn van relevante stakeholders.

Haalbaarheid en implementatie

Er worden geen beperkingen zien ten aanzien van de haalbaarheid en implementatie van de aanbevelingen.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Aanbeveling-1

De bewijskracht van impar blokkade (Plexus blokkade) is gegradeerd met GRADE laag, echter gezien de lage invasiviteit en beperkte complicatie risico's van deze behandeling kan een impar blokkade een goede behandeloptie zijn, welke laagdrempelig toe te passen is bij chronische bekkenpijn. De pijnintensiteit bij patiënten met chronische perineale pijn lijkt 6 weken na ganglion impar blokkade met conventionele radiofrequente thermocoagulatie sterker te verminderen, vergeleken met *pulsed radiofrequency* ablatie.

Aanbeveling-2

Op basis van literatuur is er geen indicatie voor een wortelblokkade bij een chronische bekkenpijn. Ervaring uit de praktijk bij chronische pijnpatiënten ondersteunt alleen een behandeling door middel van wortelblokkade bij chronische bekkenpijn indien het om onbegrepen pijn gaat en andere behandelopties ineffectief zijn gebleken.

Aanbeveling-3

Op basis van de literatuur is het effect van een perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie vergeleken met geen behandeling of baseline bij patiënten met chronische bekkenpijn beoordeeld met een GRADE zeer laag. Er werd geen literatuur hierover geïnccludeerd.

Literatuur over de effectiviteit van n. pudendus blokkade met of zonder *pulsed radiofrequency* op de pijnintensiteit bij patiënten met pudendale neuralgie werd gegradeerd met een GRADE laag, vanwege risk of bias en doordat het effect de grens van een klinisch relevant effect overlapt.

Literatuur over de effectiviteit van perifere zenuwblokkade (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) met *pulsed radiofrequency* op de pijnintensiteit bij patiënten met chronische testiculaire pijn werd gegradeerd met een GRADE laag, vanwege risk of bias en doordat het effect de grens van een klinisch relevant effect overlapt.

Op basis van expert opinion en de literatuur kan een zenuwblokkade (een *pulsed radiofrequency* van de n. pudendus, ilio-inguinalis, genitofemoralis) een goede pijnbehandeling zijn voor een bepaalde periode. Verder kan een perifere zenuwblokkade als een goed diagnosticum dienen bij het opsporen van de oorzaak van de pijn.

Onderbouwing

Achtergrond

Er worden steeds meer patiënten met chronische bekkenpijn doorverwezen voor een zenuwblokkade. De blokkades kunnen bestaan uit selectieve sacrale wortelblokkades (bijvoorbeeld S1,S2), perifere zenuwblokkades (n. ilio-inguinalis, n. pudendus) en plexus blokkades (plexus hypogastricus, ganglion impar). Helaas zijn er nog geen duidelijke richtlijnen binnen de pijnbestrijding voor chronische bekkenpijn. Door middel van deze richtlijnen wordt er gekeken naar de effectiviteit van deze invasieve pijnbehandelingen.

Conclusies

1.1. Plexusblokkade (effectiviteit pre- versus post-baseline)

<p>Laag Grade</p>	<p>Patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn lijken een grotere kans te hebben op > 50% afname van de pijn na behandeling met ganglion impar blokkade (gemiddelde tijdsinterval onbekend), vergeleken met baseline.</p> <p><i>Bronnen: (Li, 2016)</i></p>
<p>Laag Grade</p>	<p>De pijnintensiteit bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn lijkt 1 maand na behandeling met ganglion impar blokkade te kunnen verminderen.</p> <p><i>Bronnen: (Li, 2016; Kircelli, 2019)</i></p>
<p>Laag Grade</p>	<p>De pijnintensiteit bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn lijkt 6 maanden na behandeling met ganglion impar blokkade te kunnen verminderen.</p> <p><i>Bronnen: (Li, 2016; Kircelli, 2019)</i></p>
<p>Zeer laag Grade</p>	<p>Het is onduidelijk wat de effectiviteit van ganglion impar blokkade bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn is 12 maanden na behandeling.</p> <p><i>Bronnen: (Li, 2016; Kircelli, 2019)</i></p>
<p>- Grade</p>	<p>Het is onbekend wat de effectiviteit van plexusblokkades op de patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn is 12 maanden na behandeling.</p>

1.2. Plexusblokkades (effectiviteit conventionele thermocoagulatie versus pulsed radiofrequency ablatie)

<p>Laag Grade</p>	<p>De pijnintensiteit bij patiënten met chronische perineale pijn lijkt 6 weken na ganglion impar blokkade met conventionele radiofrequente thermocoagulatie sterker te verminderen, vergeleken met <i>pulsed radiofrequency ablatie</i>.</p> <p><i>Bronnen: (Usmani, 2018)</i></p>
--------------------------	---

Laag Grade	De patiënttevredenheid bij patiënten met chronische perineale pijn lijkt 6 weken na ganglion impar blokkade met conventionele radiofrequente thermocoagulatie hoger te zijn, vergeleken met <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie. <i>Bronnen: (Usmani, 2018)</i>
-----------------------	---

- Grade	Het is onbekend wat de effectiviteit van conventionele thermocoagulatie versus <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie na ganglion impar blokkade is op de uitkomsten complicaties en kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn is.
--------------------	--

2. Wortelblokkade

- Grade	Het is onbekend wat de effectiviteit van wortelblokkades op de pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn is.
--------------------	--

3.1. Perifere zenuwblokkade (zonder *pulsed radiofrequency ablatie*)

- Grade	Het is onbekend wat de effectiviteit van perifere zenuwblokkade zonder <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie is op de pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn, wanneer dit werd vergeleken met geen behandeling of baseline.
--------------------	---

3.2. Perifere Zenuwblokkade (met *pulsed radiofrequency ablatie*)

Laag Grade	De pijnintensiteit bij patiënten met pudendale neuralgie lijkt 1 en 3 maanden na perifere zenuwblokkade met <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie (n. pudendus) sterker te verminderen, vergeleken met zenuwblokkade (n. pudendus) zonder <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie. <i>Bronnen: (Fang, 2018)</i>
-----------------------	--

Laag Grade	De pijnintensiteit bij mannen met chronische testiculaire pijn lijkt 3 maanden na perifere zenuwblokkade met <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) sterker te verminderen, vergeleken met <i>sham</i> behandeling. <i>Bronnen: (Hetta, 2018)</i>
-----------------------	--

Laag Grade	De complicaties hypertensie en duizeligheid lijken even vaak voor te komen na zenuwblokkade (n. pudendus) met of zonder <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie bij patiënten met pudendale neuralgie. <i>Bronnen: (Fang, 2018)</i>
-----------------------	---

- Grade	Het is onbekend welke complicatiescomplicatie voorkomen na zenuwblokkade (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) met <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie vergeleken met een <i>sham</i> behandeling.
-------------------	---

- Grade	Het is onbekend wat de effectiviteit van perifere zenuwblokkades met <i>pulsed radiofrequency</i> ablatie is op de patiënttevredenheid en kwaliteit van leven bij patiënten met pudendale neuralgie.
-------------------	--

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

De beschrijving van de geïncludeerde studies is gestratificeerd voor het type pijnblokkade.

1. Plexusblokkades

Li (2016) voerde een systematische review en meta-analyse uit naar de effectiviteit en veiligheid van ganglion impar blokkade bij patiënten met hardnekkige chronische bekkenpijn en/of perineale pijn. De search werd verricht in mei 2015 in de databases MEDLINE, Embase en het Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). In totaal werden 16 trials met 245 patiënten geïncludeerd: tien studies met patiënten met chronische perineale pijn (Abejon, 2007; Agarwal-Kozlowski, 2009; Hamaguchi, 2003; Johnston, 2012; Mastroluca, 2011; Ozyalcin, 1996; Plancarte-Sanchez, 2005; Park, 2015; Reig, 2005; Swofford, 1998), één studie met patiënten met chronische bekkenpijn (Malec-Milewska, 2014), twee studies met patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn (Ahmed, 2015; Anwer, 2011) en drie studies met chronische coccygodynie (Demircay, 2010; Gunduz, 2015; Sagir, 2011). Er werd niet gerapporteerd hoeveel mannen/vrouwen waren geïncludeerd of wat de duur van de pijn was. Follow-up varieerde van enkele dagen tot 2 jaar (gemiddelde niet gerapporteerd). Voor een uitgebreid overzicht van de studiedetails wordt verwezen naar de bijgevoegde evidencetabellen.

Kircelli (2019) beschreef een retrospectieve observationele studie waarin patiënten met coccygodynie werden behandeld met ganglion impar blokkade met radiofrequente thermocoagulatie (RFT). Inclusiecriteria betroffen patiënten met traumatische of niet-traumatische coccygodynie waarbij eerdere conservatieve behandeling niet werkte. Patiënten hadden > 6 maanden coccygodynie. In totaal werden 20 patiënten geïncludeerd bij wie *ganglion impar block* ten behoeve van de diagnose tenminste 80% tijdelijke pijnverlichting gaf. RFT (80°C, 120 seconden, 50-Hz cyclus/cycli) werd daarna uitgevoerd, vooraf verdoofd met 1 ml 2% lidocaïne. Gemiddelde leeftijd was 48,7 jaar (SD 14,3), n=11 (55%) waren mannen. Etiologie van coccygodynie was bij n=8 (40%) traumatisch en n=12 (60%) idiopathisch. Gemiddelde duur van de pijn was niet gerapporteerd. Effect van interventie werd gemeten op 1, 6 en 12 maanden post-baseline. Gemiddelde duur van follow-up was 17,3 maanden (SD 2,9).

Usmani (2018) beschreef een prospectieve, dubbelblind, gerandomiseerde studie waarin patiënten met chronische (niet-oncologische) perineale pijn werden behandeld met ganglion impar blokkade door middel van conventionele dan wel gepulseerde radiofrequente ablatie (CRF; PRF). Inclusiecriteria betroffen volwassen patiënten (15 tot 75 jaar) met minimaal 6 weken chronische perineale pijn, waarbij eerder conservatieve

behandeling niet werkzaam was. Ten behoeve van de diagnose werd een ganglion impar blokkade met 1,5 ml 0,25% bupivacaine uitgevoerd. Patiënten die 50% afname van pijn rapporteerden na 2 tot 6 uur werden geïnccludeerd in de studie. In totaal werden 70 patiënten geïnccludeerd, 35 deelnemers werden gerandomiseerd in de conventionele radiofrequente thermocoagulatie groep (80°C, 90 seconden, 1 cyclus), 35 deelnemers werden gerandomiseerd in de PRF-groep (42°C, 4 minuten, 2 cycli (1 cyclus was 120 seconden)). Beide groepen kregen vooraf een injectie met 1 mL 2% lidocaïne, dit omdat CRF een pijnlijke procedure is en om confounding te voorkomen kreeg de PRF-groep dit ook. Er was 1 (3%) patiënt in de CRF-groep *lost to follow-up* en 4 patiënten in de PRF-groep (11%), redenen hiervoor werd niet gerapporteerd. Gemiddelde leeftijd in CRF-groep was 39,3 (SD 14,3) jaar en 42,3 (SD 15,6) jaar in de PRF-groep. Gemiddelde duur van de klachten was 13,7 (SD 9,3) maanden in de CRF en 15,2 (SD 8,3) maanden in de PRF-groep. Patiënten verschilden op baseline niet. Het was onduidelijk hoeveel mannen en vrouwen er waren geïnccludeerd. Follow-up eindigde na 6 weken.

2. Wortelblokkades

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de effectiviteit wortelblokkades werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

3. Perifere Zenuwblokkades

3.1. Perifere zenuwblokkades (zonder pulsed radiofrequency ablatie).

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin werd gekeken naar de effectiviteit van perifere zenuwblokkades zonder *pulsed radiofrequency* ablatie, vergeleken met geen behandeling of baseline.

3.2. Perifere zenuwblokkades (met pulsed radiofrequency ablatie).

Er werden 2 studies over perifere zenuwblokkades geïnccludeerd waarin werd gekeken naar de effectiviteit van perifere zenuwblokkade met *pulsed radiofrequency* vergeleken met een behandeling zonder *pulsed radiofrequency* ablatie of een *sham*behandeling.

Fang (2018) beschreef een prospectieve, placebogecontroleerde RCT waarin patiënten met pudendale neuralgie werden behandeld met zenuwblokkade (n. pudendus) vergeleken met een zenuwblokkade (n. pudendus) met *pulsed radio frequency* (PRF). Inclusiecriteria betrof volwassen patiënten met gediagnosticeerde pudendale neuralgie. In totaal werden 80 patiënten geïnccludeerd, 40 deelnemers werden gerandomiseerd in de groep die zenuwblokkade van de pudendale zenuw kreeg met 5 ml anestheticum (compound liquid 20 ml bestaande uit: Neurotropin® 6 ml, 2% lidocaïne 5 ml, 0,75% ropivacaine 2 ml en 0.9% NaCl 7 ml) (groep 1); 40 deelnemers werden gerandomiseerd in de groep die PRF kreeg (42°C, 120 seconde puls modus, 2 cycli) gevolgd door dezelfde zenuwblokkade van de pudendale zenuw (groep 2). In groep 1 was 1 patiënt *lost to follow-up* (2,5%), in groep 2 waren 2 patiënten *lost to follow-up* (5%). Redenen hiervoor waren onduidelijk. Gemiddelde leeftijd was 45 jaar (SD 15,1) in groep 1 en gemiddeld 45,1 jaar (SD 12,6) in groep 2. Gemiddelde duur van de klachten was 7,4 (SD 3,9) maanden in groep 1, 6,4 (SD 3,8) maanden in groep 2. Patiënten verschilden niet op baseline, behalve in BMI: groep 1 had een hoger BMI dan groep 2 (25,4 (SD 3,9) versus 23,3 (SD 3)). Het was onduidelijk hoeveel mannen en vrouwen er waren geïnccludeerd. Follow-up eindigde na 3 maanden post-interventie.

Hetta (2018) beschreef een dubbelblinde, *sham* gecontroleerde RCT waarin patiënten met chronische scrotale pijn (orchialgie) werden behandeld met zenuwblokkade van de n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis met *pulsed*

radiofrequency ablatie (PRF) of een *sham* behandeling. Inclusiecriteria betrof volwassen mannen chronische post-chirurgische testiculaire pijn met minimaal 3 maanden pijnklachten. Om geïnccludeerd te worden moesten mannen > 50% pijnreductie op een VAS-schaal (0-10, geen - maximale pijn) gedurende 6 uur na behandeling van de *spermatic cord* met 2% lidocaïne 6 ml. In totaal werden 70 patiënten geïnccludeerd, 35 deelnemers werden gerandomiseerd in de groep die zenuwblokkade van de n.ilioinguinalis en n.genitofemoralis door middel van PRF (40 tot 60 Volt; 2 Hertz frequentie; 20 milliseconde in 1-seconde-cyclus; cyclus duur 120 seconden, 4 cycli in totaal; 42°C). De controlegroep (n=35) kreeg een *sham*behandeling, dit betrof dezelfde behandelingsprocedure maar dan zonder daadwerkelijke PRF. In beide groepen werden 5 deelnemers uitgesloten van analyse: in de interventiegroep waren 3 patiënten *lost to follow-up* (reden onbekend) en werden 2 geëxcludeerd wegens het overtreden van studieprotocol (niet nader toegelicht); in de controlegroep waren 2 patiënten *lost to follow-up* (reden onbekend) en werden 3 geëxcludeerd wegens het overtreden van studieprotocol (niet nader toegelicht). Gemiddelde leeftijd was 35,8 (SD 9,7) jaar in de interventiegroep, 37,7 (SD 10,4) jaar. Gemiddelde duur van de klachten werd niet gerapporteerd. Patiënten verschilden niet op baseline. Follow-up eindigde na 3 maanden post-interventie.

Resultaten

De resultaten uit de studies worden hieronder beschreven per uitkomstmaat, gestratificeerd voor het type pijnblokkade en vergelijking. Resultaten worden zo veel mogelijk gepoold in een meta-analyse.

1. Pijnintensiteit

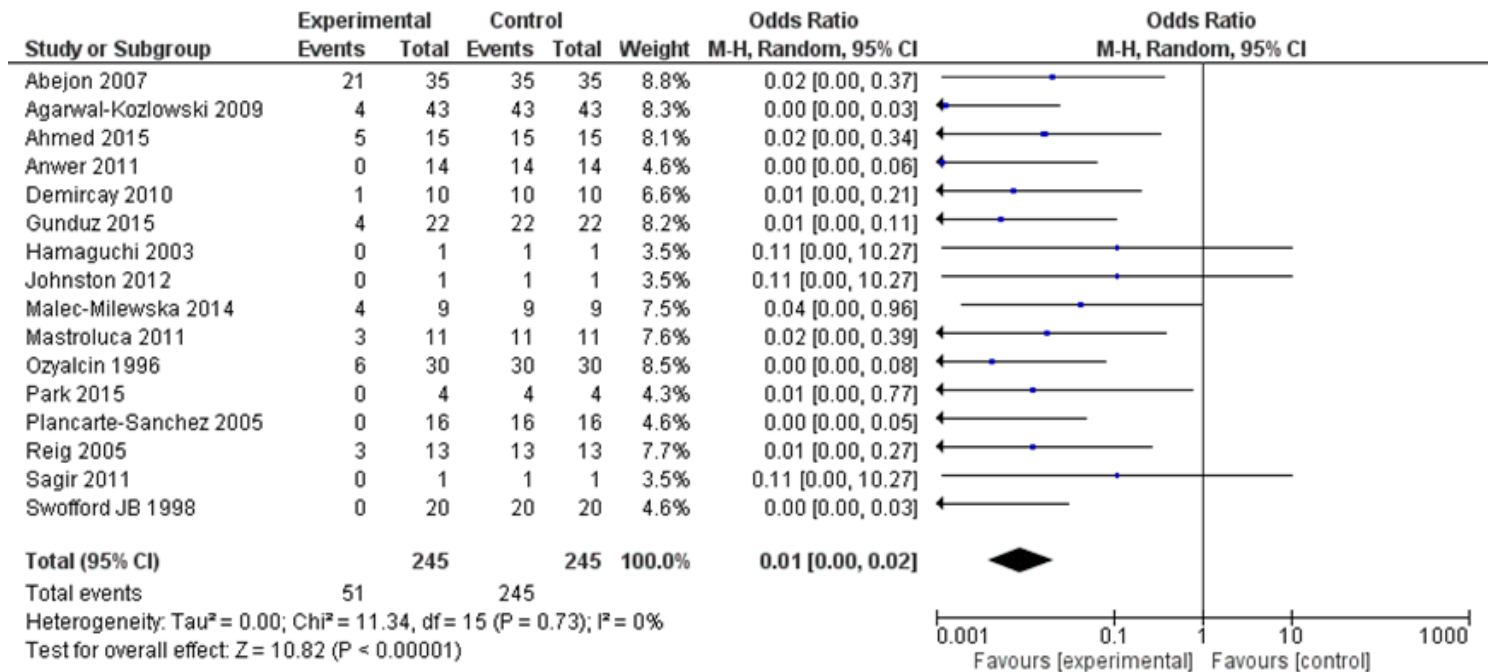
1.1. 1. Plexusblokkade (effectiviteit pre- versus post-baseline)

De uitkomstmaat pijnintensiteit na behandeling met plexusblokkade (ganglion impar blokkade) werd in 17 studies gerapporteerd (alle studies uit Li, 2016; Kircelli, 2018). De meta-analyse van Li (2016) rapporteerde deze uitkomstmaat op twee manieren: de odds op minder dan 50% verbetering in pijnscore post-baseline (exacte moment niet gerapporteerd) (Abejon, 2007; Agarwal-Koziowski, 2009; Ahmed, 2015; Anwar, 2011; Demircay, 2010; Gunduz, 2010; Hamaguchi, 2003; Johnston, 2012; Malec-Milewska, 2014; Mastroluca, 2011; Ozyalcin, 1996; Plancarte-Sanchez, 2005; Park, 2015; Reig, 2005; Swofford, 1998; Sagir, 2011). Daarnaast beschreven zeven studies het gemiddelde verschil in de pijnintensiteit tussen pre- en post-baseline: zes studies beschreven de uitkomstmaat 1 maand na post-baseline (Abejon, 2007; Ahmed, 2015; Demircay, 2010; Kircelli, 2019; Malec-Milewska, 2014), vier studies (ongeveer) 6 maanden post-baseline (4 maanden: Agarwal-Koziowski, 2009; 6 maanden: Gunduz, 2010; Kircelli, 2019; en gemiddeld 9 maanden: Demircay (2010)) en twee studies 12 maanden post-baseline (Abejon, 2007; Kircelli, 2019). Daarnaast rapporteerde Usmani (2018) het effect van conventionele versus gepulseerde radiofrequente na ganglion impar blokkade. In alle studies werd de gemiddelde pijnscore gerapporteerd op basis van een VAS-schaal van 0 tot 10, geen tot maximale pijn.

Figuur 1 presenteert de gepoolde odds ratio (OR) voor de odds op < 50% verbetering in pijnintensiteit post-baseline. Patiënten die behandeld werden met een ganglion impar blokkade hadden een lagere odds (OR 0,01 (95%BI 0,00 tot 0,02)) op < 50% pijnvermindering post-baseline.

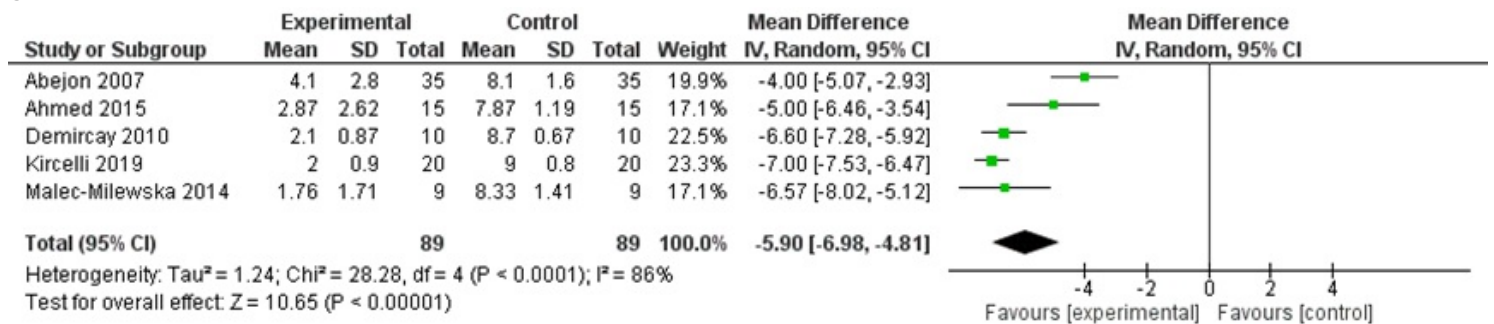
Figuur 2, 3 en 4 presenteren het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de pijnintensiteit tussen de pre- en post-baseline score respectievelijk 1, 6 en 12 maanden na plexusblokkade. De overall verbetering in pijnscore na plexusblokkade was -5,90 (95% BI -6,98 tot -4,81) na 1 maand, -6,58 (95%BI -7,09 tot -6,07) na 6 maanden en -5,47 (95%BI -8,51 tot -2,43) na 12 maanden, vergeleken met baseline.

Figuur 1 Forest plot uitkomstmaat '< 50% verbetering in pijnintensiteit post-baseline' op basis van het verschil tussen de pre- en post-baseline aantal events na plexusblokkade



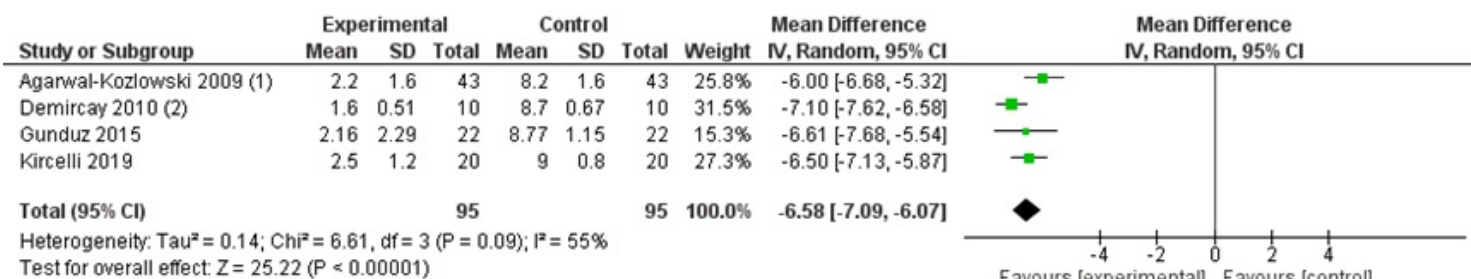
Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

Figuur 2 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit na 1 maand' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen de pre- en post-baseline score na plexusblokkade



Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

Figuur 3 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit na (ongeveer) 6 maanden' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen de pre- en post-baseline score na plexusblokkade



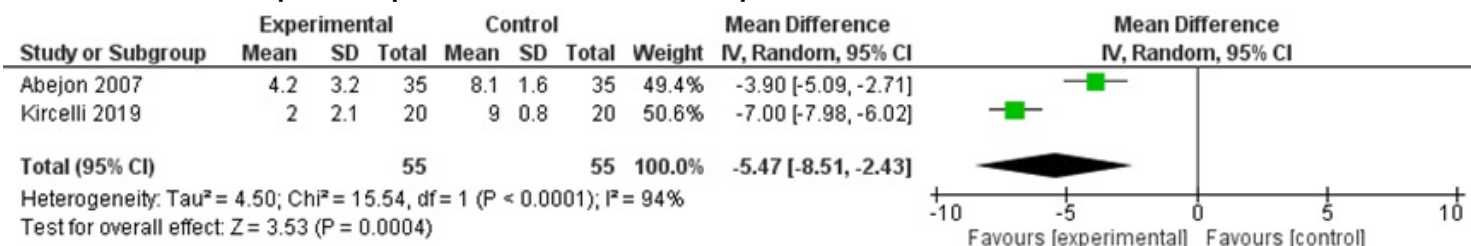
Footnotes

(1) 4 months

(2) mean 9.1 (SD 1.2) months

Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

Figuur 4 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit na 1 jaar' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen de pre- en post-baseline score na plexusblokkade



Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

1.1.2. Plexusblokkades (effectiviteit conventionele thermocoagulatie versus pulsed radiofrequency ablatie)

De uitkomstmaat pijnintensiteit na conventionele thermocoagulatie versus gepulseerde radiofrequente na ganglion impar blokkade werd door 1 studie gerapporteerd (Usmani, 2018). De gemiddelde pijnscore gerapporteerd op basis van een VAS-schaal van 0 tot 10, geen tot maximale pijn.

Usmani (2018) rapporteerde dat bij patiënten met chronische perineale pijn de pijnintensiteit 6 weken post-baseline lager was bij patiënten die met conventionele radiofrequente thermocoagulatie groep (80°C, 90 seconden, 1 cyclus) waren behandeld, vergeleken met de groep die met *pulsed* radiofrequente therapie (PRF) (42°C, 4 minuten, 2 cycli (1 cyclus was 120 seconden)) waren behandeld: gemiddelde pijnscore 6 weken post-baseline 1,96 (SD 1,4) versus 6,12 (SD 2,02) (P=0,0001).

1.2. Wortelblokkade

Er werden geen studies geïncludeerd waarin de uitkomstmaat pijnintensiteit na wortelblokkade werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

1.3.1. Perifere zenuwblokkade (zonder pulsed radiofrequency ablatie)

Er werden geen studies geïncludeerd waarin de uitkomstmaat pijnintensiteit na perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

1.3.2. Perifere zenuwblokkade (met pulsed radiofrequency ablatie)

Twee studies rapporteerden de uitkomstmaat pijnintensiteit na behandeling met zenuwblokkade met versus zonder *pulsed radiofrequency ablatie* (Fang, 2018; Hetta, 2018). Fang (2018) beschreef zenuwblokkade van de n. pudendus bij patiënten met pudendale neuralgie, Hetta (2018) beschreef zenuwblokkade van de n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis bij mannen met chronische testiculaire pijn. De gemiddelde pijnscore werd in beide studies gerapporteerd op basis van een VAS-schaal van 0 tot 10, geen tot maximale pijn.

Fang (2018) rapporteerde een verschil in post-baseline score tussen de groep die zenuwblokkade van de pudendale zenuw kreeg en de groep die deze zenuwblokkade met PRF kreeg. Op 1 maand post-baseline was de gemiddelde pijnscore 5,1 (SD 1,8) versus 3,3 (SD 1,9); $P=0,001$ (gemiddeld verschil tussen de groepen 1,8 (95%BI 0,99 tot 2,61)). Drie maanden post-baseline was de gemiddelde pijnscore 5,2 (SD 1,9) versus 3,9 (SD 2,1), het gemiddelde verschil tussen de groepen was 1,30 (95%BI 0,40 tot 2,20)). De resultaten werden niet voor baseline score gecorrigeerd (er werd geen verschil in baseline score geobserveerd tussen de groepen). Hetta (2018) rapporteerde een verschil in post-baseline score tussen de groep die zenuwblokkade van de n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis kreeg met PRF vergeleken met een *sham*behandeling. Op 3 maanden post-baseline was de gemiddelde pijnscore 2,40 (95%CI 1,92 tot 2,89) in de PRF-groep, vergeleken met 3,17 (95%BI 2,79 tot 3,56) in de *sham* groep ($P=0.001$). Gemiddeld verschil tussen de groepen is -0,77 (95BI -1,37 tot -0,17). De resultaten werden niet voor baseline score gecorrigeerd (er werd geen verschil in baseline score geobserveerd tussen de groepen).

2. Patiënttevredenheid

2.1.1. Plexusblokkade

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid na plexusblokkade werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

2.2. Wortelblokkade

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid na wortelblokkade werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

2.3. Perifere Zenuwblokkade

2.3.1. Perifere zenuwblokkade (zonder pulsed radiofrequency ablatie)

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid na perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency ablatie* werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

2.3.2. Perifere zenuwblokkade (met pulsed radiofrequency ablatie)

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid na perifere zenuwblokkade met *pulsed radiofrequency ablatie* werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

3. Complicaties

3.1. 1. Plexusblokkade (effectiviteit pre- versus. post-baseline)

De uitkomstmaat complicaties na plexusblokkades werd gerapporteerd door twee studies (Li, 2016; Kircelli, 2018). Alle complicaties werden beschrijvend gepresenteerd.

Li (2016) rapporteerde dat van alle 16 geïnccludeerde studies, alleen de studie van Ahmed (2015) beschreef tijdelijke paresthesie (n=5 (33%)) en injectiepijn (n=3 (20%)) na ganglion impar blokkade bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische perineale pijn.

Kircelli (2018) rapporteerde dat er geen enkele complicatie werd gerapporteerd bij ganglion impar blokkade met radiofrequente thermocoagulatie (RFT) bij patiënten met coccygodynie.

3.1.2. Plexusblokkades (effectiviteit conventionele thermocoagulatie versus pulsed radiofrequency ablatie)

De uitkomstmaat complicaties na conventionele versus gepulseerde radiofrequente ablatie na ganglion impar blokkade werd gerapporteerd door één studie (Usmani, 2018). Alle complicaties werden beschrijvend gepresenteerd.

Usmani (2018) rapporteerde een infectie bij de plek van injectie bij 3 van de 34 patiënten (9%) die behandeld werden met conventionele radiofrequente thermocoagulatie en bij 2 van de 31 patiënten (7%) die behandeld werden met *pulsed radiofrequency* ablatie na ganglion impar blokkade. Alle infecties werden succesvol behandelde met orale antibiotica.

3.2. Wortelblokkade

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat complicaties na wortelblokkade werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

3.2.1. Perifere zenuwblokkade (zonder pulsed radiofrequency ablatie).

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat complicaties na perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

3.3. 2. Perifere zenuwblokkade (met pulsed radiofrequency ablatie)

De uitkomstmaat complicaties na zenuwblokkade (n. pudendus) met versus zonder *pulsed radiofrequency* ablatie werd door Fang (2018) gerapporteerd.

Fang (2018) rapporteerde hypertensie bij 1 van de 39 patiënten (3%) in de groep die behandeld werd met zenuwblokkade van de pudendale zenuw vergeleken met 1 van de 38 patiënten (3%) die dezelfde zenuwblokkade met *pulsed radiofrequency* ablatie ($P=0,985$). Duizeligheid kwam bij 2 van de 39 (6%) patiënten voor na zenuwblokkade, vergeleken bij 1 van de 38 (3%) na zenuwblokkade van pudendale zenuw met *pulsed radiofrequency* ablatie ($P=0,547$). Er werden geen andere complicaties door patiënten gerapporteerd.

Het is onbekend welke complicatie voorkomen na zenuwblokkade (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) met *pulsed radiofrequency* ablatie vergeleken met een *sham*behandeling, dit werd niet door Hetta (2018) gerapporteerd.

4. Kwaliteit van leven

4.1. Plexusblokkade

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven na plexusblokkade werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

4.2. Wortelblokkade

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven na wortelblokkade werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

4.3. Perifere zenuwblokkade

4.3.1. Perifere zenuwblokkade (zonder pulsed radiofrequency ablatie)

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven na perifere zenuwblokkade zonder *pulsed radiofrequency* ablatie werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

4.3.2. Perifere zenuwblokkade (met pulsed radiofrequency ablatie)

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de uitkomstmaat kwaliteit van leven na perifere zenuwblokkade met *pulsed radiofrequency* ablatie werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Bewijskracht van de literatuur

1.1. Plexusblokkade (effectiviteit pre- versus post-baseline)

Observationeel vergelijkend onderzoek begint op een laag niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit gedefinieerd als < 50% vermindering post-interventie (tijdsinterval onbekend)** is niet verder verlaagd. Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

Observationeel vergelijkend onderzoek begint op een laag niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 1 maand na plexusblokkade vergeleken met baseline** is niet verder verlaagd. Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

Observationeel vergelijkend onderzoek begint op een laag niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 6 maanden na plexusblokkade vergeleken met baseline** is niet verder verlaagd. Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

Observationeel vergelijkend onderzoek begint op een laag niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 12 maanden na plexusblokkade vergeleken met baseline** is met één niveau verlaagd wegens imprecisie (het gepoolde effect overlapt met de grens van klinische relevantie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE zeer laag.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat de geïnccludeerde studies onvoldoende informatie rapporteerden.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **patiënttevredenheid en kwaliteit van leven** kon niet worden gegradeerd doordat er geen studies zijn geïnccludeerd waarin deze uitkomst werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met plexusblokkades.

1.2. Plexusblokkades (effectiviteit conventionele thermocoagulatie versus pulsed radiofrequency ablatie)

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 6 weken na plexusblokkade met conventionele versus pulsed radiofrequency ablatie** is met twee

niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke *loss to follow-up* en onduidelijke blinding (Usmani, 2018)). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **patiënttevredenheid 6 weken na plexusblokkade met conventionele thermocoagulatie versus pulsed radiofrequency ablatie** is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke *loss to follow-up* en onduidelijke blinding (Usmani, 2018)). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties en kwaliteit van leven** kon niet worden gegradeerd doordat er geen studies zijn geïnccludeerd waarin deze uitkomst werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met plexusblokkades met conventionele thermocoagulatie versus. pulsed radiofrequency ablatie.

2. Wortelblokkade

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven** konden niet worden gegradeerd doordat er geen studies zijn geïnccludeerd waarin deze uitkomsten werd bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met wortelblokkades.

3. Perifere zenuwblokkade

3.1. Perifere zenuwblokkade (zonder pulsed radiofrequency ablatie)

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven na perifere zenuwblokkade zonder pulsed radiofrequency ablatie** kon niet worden gegradeerd. Er konden geen studies worden geïnccludeerd waarin deze uitkomsten werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met perifere zenuwblokkades zonder *pulsed radiofrequency ablatie* vergeleken met geen behandeling of baseline score.

3.2. Perifere zenuwblokkade (met pulsed radiofrequency ablatie)

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 1 en 3 maanden na perifere zenuwblokkade (n. pudendus) met versus zonder pulsed radiofrequency ablatie** is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke *loss to follow-up* en onduidelijke blinding (Fang, 2018)) en imprecisie (het effect overlapt met de grens van klinische relevantie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 3 maanden na perifere zenuwblokkade (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) met pulsed radiofrequency ablatie versus shambehandeling** is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke *loss to follow-up* en exclusie wegens protocol schending (Hetta, 2018)) en imprecisie (het effect overlapt met de grens van klinische relevantie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties 1 en 3 maanden na perifere zenuwblokkade met versus zonder pulsed radiofrequency ablatie** is met

twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke *loss to follow-up* en onduidelijke blindering (Fang, 2018)). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties 3 maanden na perifere zenuwblokkade (n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis) met *pulsed radiofrequency* ablatie versus *sham*behandeling** kon niet worden gegradeerd doordat er geen studies zijn geïnccludeerd waarin deze uitkomsten werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met perifere zenuwblokkades met *pulsed radiofrequency* ablatie versus *sham*behandeling.

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **patiënttevredenheid en kwaliteit van leven** kon niet worden gegradeerd doordat er geen studies zijn geïnccludeerd waarin deze uitkomsten werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met perifere zenuwblokkades met *pulsed radiofrequency* ablatie vergeleken met behandeling zonder *pulsed radiofrequency* ablatie of vergeleken met een *sham*behandeling.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de effectiviteit (en veiligheid) van plexusblokkades, wortelblokkades of zenuwblokkades vergeleken met medicamenteuze behandeling, conservatieve behandeling, sham of placebo bij patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn > 6 maanden);

I: plexusblokkades, wortelblokkades of perifere zenuwblokkades*;

C: pijnblokkades, medicamenteuze behandeling, conservatieve behandeling, sham of placebo;

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven.

**Blokkades (thermisch radio frequency (RF), pulsed RF of chemisch) waren gedefinieerd als:*

- *Plexus blokkades: ganglion impar blokkade (ganglion of Walther of sacroccygeale ganglion), superior/inferior hypogastric plexus blokkade.*
- *Wortelblokkades: caudaal of selectieve sacrale wortels S1 tot en met S5.*
- *Perifere zenuwblokkades: n. ilioinguinalis, n. iliohypogastricus, n. genitofemoralis, n. pudendus.*

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (Elsevier) is op 5 juli 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van behandeling van chronische bekkenpijn door middel van plexus-, wortel- of zenuwblokkades. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 206 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn > 6 maanden); 2) studie betrof een RCT waarin plexus-, wortel- of zenuwblokkades werden vergeleken met een andere behandeling of placebo/sham-behandeling; 3) minimaal één van de volgende uitkomstmaten werd gerapporteerd: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 97 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst en referentielijsten werden nog 20 aanvullende studies gevonden. In totaal werden 117 studies fulltekst gecontroleerd. In totaal werden 111 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 6 studies geïnccludeerd in de literatuuranalyse.

Resultaten

Er werd één systematisch review en meta-analyse van observationeel onderzoek over de effectiviteit van plexusblokkades geïnccludeerd (Li, 2016). Dit review werd aangevuld met één recent gepubliceerde observationele studie over plexusblokkades uit de search (Kircelli, 2019). Daarnaast werd 1 RCT geïnccludeerd waarin verschillende manieren van behandeling met ganglion impar blokkade (Usmani, 2018) werd vergeleken. Verder werden 2 RCT's geïnccludeerd over perifere zenuwblokkades (Fang, 2018; Hetta, 2018). Er werden geen studies geïnccludeerd over wortelblokkades. Er werden geen studies geïnccludeerd waarin pijnblokkades werden vergeleken met een medicamenteuze behandeling of conservatieve behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn. Er werden geen studies geïnccludeerd waarin de effectiviteit van wortelblokkades werd bestudeerd.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Fang H, Zhang J, Yang Y, Ye L, Wang X. Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: a prospective, randomized controlled clinical trial. *J Pain Res.* 2018 Oct 16;11:2367-2374.
- Hetta DF, Mahran AM, Kamal EE. Pulsed Radiofrequency Treatment for Chronic Post-Surgical Orchialgia: A Double-Blind, Sham-Controlled, Randomized Trial: Three-Month Results. *Pain Physician.* 2018 Mar;21(2):199-205.
- Kircelli A, Demirçay E, Özel Ö, Çöven I, Işık S, Civelek E, Kabataş S. Radiofrequency Thermocoagulation of the Ganglion Impar for Coccydynia Management: Long-Term Effects. *Pain Pract.* 2019 Jan;19(1):9-15.
- Li, C. B., Fang, S. P., Chen, Y. L., Huang, Y., Yao, X. Y., Ge, X. Y.,... & Tian, F. B. (2016). The efficacy and safety of the ganglion impar block in chronic intractable pelvic and/or perineal pain: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Exp Med*, 9(8), 15746-15754.
- Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of

recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Usmani H, Dureja GP, Andleeb R, Tauheed N, Asif N. Conventional Radiofrequency Thermocoagulation versus Pulsed Radiofrequency Neuromodulation of Ganglion Impar in Chronic Perineal Pain of Nononcological Origin. Pain Med. 2018 Dec 1;19(12):2348-2356.

Neuromodulatie bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van neuromodulatie als behandeling voor patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Aanbeveling-1

Overweeg patiënten met chronische bekkenpijn in een vroege fase van behandeling percutane Posterior Tibial Nerve Stimulation (P-PTNS) aan te bieden.

Pas transcutane PTNS (T-PTNS) alleen toe ter ondersteuning van percutane PTNS (P-PTNS).

Pas andere vormen van neuromodulatie zoals perineale stimulatie en PTNS via een implantaat alleen toe in onderzoekverband.

Aanbeveling-2

Behandel patiënten met chronische bekkenpijn met sacrale neuromodulatie alleen indien alle andere therapieën ineffectief zijn gebleken en indien er tevens therapieresistente urge urine-incontinentie of fecale incontinentie is.

Verwijs patiënten die in aanmerking komen voor sacrale neuromodulatie naar een multidisciplinair expertisecentrum.

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Sacrale neuromodulatie

Op basis van de literatuur is het onduidelijk wat het effect van sacrale neuromodulatie op de cruciale uitkomstmaat 'pijnintensiteit' is bij patiënten met chronische bekkenpijn. De geïncludeerde studies lieten een klinisch relevant verschil in pijn zien na sacrale neuromodulatie, vergeleken met baseline scores. Het vertrouwen in deze conclusie is echter gegradeerd met een GRADE 'zeer laag', doordat er louter observationeel vergelijkend onderzoek was gevonden waarin pre- en post-baseline scores werden vergeleken (geen placebo-gecontroleerde studies). Het vóórkomen van complicaties bij sacrale neuromodulatie werd alleen beschrijvend gepresenteerd in deze studies, waardoor de bewijskracht niet kon worden gegradeerd door middel van GRADE. Er werden geen studies over sacrale neuromodulatie geïncludeerd waarin patiënttevredenheid en kwaliteit van leven na sacrale neuromodulatie werden bestudeerd.

Voor sacrale neuromodulatie is het van belang dat dit een operatieve interventie betreft waarin adequate blinding niet toe te passen is aangezien patiënten het voelen wanneer de neuromodulator aan of uit staat. Dit gebrek heeft een direct gevolg op de kwaliteit van het bewijs. Een voordeel van sacrale neuromodulatie is dat er een testfase kan worden geïncludeerd om effectiviteit in de individuele patiënt te evalueren voor het plaatsen

van een definitief implantaat. De meeste studies (12) uit de literatuuranalyse betreffen de retrograde techniek die ook in de klinische praktijk het meeste wordt toegepast. Voor de retrograde techniek betreft het in het overgrote merendeel patiënten die een unilaterale electrode hebben gekregen. Maar twee studies beschrijven de antegrade (caudale) techniek. Derhalve zal de aanbevelingen in deze richtlijn zich richten op de retrograde techniek met een unilaterale electrode.

Gezien er meer evidence is voor de toepassing van sacrale neuromodulatie voor de indicaties *urge* urine-incontinentie en fecale incontinentie in vergelijking met de indicatie chronische bekkenpijn (EAU-guideline Urinary Incontinence, 2019), valt sacrale neuromodulatie te overwegen bij patiënten die naast chronisch bekkenpijn, ook therapieresistente *urge* urine-incontinentie en/of fecale incontinentie hebben.

Vanwege de aanzienlijk kosten en het invasieve karakter van sacrale neuromodulatie, zal deze therapie pas geïndiceerd zijn bij patiënten bij wie conservatievere therapieën ineffectief zijn.

Perineale zenuwstimulatie

Er zijn geen studies gevonden over perineale zenuwstimulatie voor de behandeling van chronisch bekkenpijn. Er zijn op dit moment meerdere implantaten voor PTNS ontwikkeld die direct de tibiale zenuw kunnen stimuleren. Deze worden nu in meerdere klinische trials onderzocht. Het advies is daarom nu om andere vormen van neuromodulatie zoals perineale stimulatie en PTNS via een implantaat alleen in onderzoeksverband toe te passen.

PTNS

Op basis van de literatuur lijkt het erop dat bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische prostatitis de cruciale uitkomstmaat 'pijnintensiteit' een klinisch relevante afname laat zien, 3 maanden na behandeling met P-PTNS vergeleken met placebo of usual care. Op een VAS-schaal van 0 tot 10 werd gemiddeld een afname van 3,93 punten gerapporteerd (95%BI -6,22 tot -1,65). De bewijskracht voor deze uitkomstmaat is gegradueerd als 'laag', vanwege mogelijk risk of bias in de studies en imprecies (klein aantal deelnemers). Voor de belangrijke uitkomstmaat kwaliteit van leven werd ook een klinisch relevante verbetering gerapporteerd 3 maanden na behandeling met P-PTNS, een afname van 4,60 punten (95%BI -5,27 tot -3,93) op het QoL domein van de NIH-CPSI schaal. Het is onbekend wat het effect van P-PTNS bij patiënten met chronische bekkenpijn is voor de uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties. Vanwege laag risico op bijwerkingen en geen interactie met farmacologische therapie wordt het toch als een zinnige stap gezien om P-PTNS in een vroege fase aan te bieden.

In tegenstelling tot percutane PTNS (via naald), kan transcutane PTNS zelfstandig in de thuissituatie worden toegepast. Er zijn echter geen geschikte studies gevonden die de effectiviteit van T-PTNS evalueren voor de behandeling van chronische bekkenpijn. Gezien het vergelijkbaar werkingsmechanisme tussen P-PTNS en T-PTNS en de lage invasiviteit, complicatierisico's en praktische voordelen van T-PTNS, kan overwogen worden om op basis van expert opinion T-PTNS ter ondersteuning aan te bieden bij een P-PTNS-behandeling voor chronische bekkenpijn.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Goede informatie is noodzakelijk om patiënten in te lichten over behandeling met neuromodulatie, de

bijbehorende effectiviteit en complicatierisico's, aangezien er verschillen zijn in werking, invasiviteit en effectiviteit. Hierbij dient de patiënt te worden geïnformeerd over: 1) de verschillende typen neuromodulatie 2) de bijbehorende apparatuur die nodig is voor de therapie 3) bij sacrale neuromodulatie: operatieve procedure, complicatierisico's, de verwachte batterijduur en verwachte re-operaties. 4) bij P-PTNS: het aantal klinische bezoeken dat nodig zal zijn voor de therapie 5) Bij T-PTNS: dat de werking minder effectief is wanneer het niet in combinatie met P-PTNS wordt uitgevoerd.

Kosten (middelenbeslag)

Er is geen data bekend over kosteneffectiviteit voor verschillende neuromodulatie toepassingen voor de indicatie chronische bekkenpijn. Neuromodulatie is geen curatieve therapie en de kosten hangen sterk af van de techniek die wordt toegepast. P-PTNS is een relatief goedkope behandeling, echter dient deze wel in een klinische setting te worden toegepast door een getrainde zorgverlener. Sacrale zenuwstimulatie is een eenmalige kostbare ingreep. Echter dient ook technisch falen en batterijduur en derhalve re-operatie worden meegenomen in de kosten. Voor andere indicaties zoals *urge* urine-incontinentie wordt deels vanwege invasiviteit en deels vanwege hoge kosten sacrale neuromodulatie pas als *last resort* behandeling toegepast bij patiënten die refractair zijn voor andere therapieën. Deze argumenten zijn ook van toepassing voor sacrale neuromodulatie voor de behandeling van chronische bekkenpijn.

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Het is onbekend of er bezwaren zijn van relevante stakeholders.

Haalbaarheid en implementatie

Voor sacrale neuromodulatie voor chronische bekkenpijn geldt dat deze therapie alleen in een expertisecentrum met een multidisciplinaire setting dient te worden uitgevoerd met daarin een getrainde specialist die ervaren is in de operatieve ingreep en de afstelling van de apparatuur. Indien deze kennis niet voorradig is, wordt geadviseerd om te verwijzen naar een expertisecentrum. PTNS kan laagdrempelig klinisch worden aangeboden na adequate scholing.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Aanbeveling-1

Ondanks de lage bewijskracht, is er gezien de lage invasiviteit en beperkte complicatierisico's van P-PTNS een rationale om deze behandeling laagdrempelig toe te passen bij chronische bekkenpijn. Voor T-PTNS is er geen goed bewijs voor toepassing bij chronische bekkenpijn, echter gezien het vergelijkbare werkingsmechanisme met P-PTNS en de voordelen van toepassing van deze modaliteit in de klinische praktijk, kan het toch overwogen worden T-PTNS toe te passen als aanvulling op P-PTNS. Verder zijn er geen studies gevonden over perineale zenuwstimulatie voor de behandeling van chronisch bekkenpijn. Er zijn meerdere implantaten voor PTNS ontwikkeld die direct de tibiale zenuw kunnen stimuleren en de effectiviteit hiervan wordt nu in meerdere klinische trials onderzocht. Het advies is daarom nu om andere vormen van neuromodulatie zoals perineale stimulatie en PTNS via een implantaat alleen in onderzoeksverband toe te passen.

Aanbeveling-2

Sacrale neuromodulatie wordt bij patiënten met chronische bekkenpijn alleen aanbevolen indien alle andere therapieën ineffectief zijn gebleken. Gezien er meer evidence is voor de toepassing van sacrale neuromodulatie

voor de indicaties *urge* urine-incontinentie en fecale incontinentie in vergelijking met de indicatie chronische bekkenpijn, valt sacrale neuromodulatie te overwegen bij patiënten die naast chronisch bekkenpijn, ook therapieresistente *urge* urine-incontinentie en/of fecale incontinentie hebben.

Gezien de beperkt in Nederland aanwezige klinische expertise voor het toepassen van sacrale neuromodulatie is het sterk aanbevolen om dit in expertisecentra te laten uitvoeren.

Huidige bewijs laat zien dat veruit de meeste studies, conform de Nederlandse praktijk, bij sacrale neuromodulatie gebruik maken van de retrograde techniek met een unilaterale electrode. Daarbij wordt er standaard een evaluatiefase geïncorporeerd met een test electrode voordat het definitieve implantaat wordt ingebracht.

Onderbouwing

Achtergrond

Neuromodulatie wordt steeds frequenter klinisch toegepast voor zowel pijnbehandeling als voor dysfunctie van de lage urinewegen. In het bekkengebied wordt het ook op verschillende locaties toegepast en via verschillende modaliteiten en technieken die meer of minder invasief zijn. Chronische bekkenpijn gaat vaak gepaard met dysfunctie van de lage urinewegen en de darm. Aangezien neuromodulatie voor zowel pijn als blaas en darm dysfunctie wordt toegepast, hebben we voor deze richtlijn de uitgangsvraag beperkt tot het beoordelen van de effectiviteit van neuromodulatie behandelingen op het chronische bekkenpijn.

Conclusies

Sacrale neuromodulatie

<p>Zeer laag GRADE</p>	<p>Het is onduidelijk wat het effect van sacrale neuromodulatie op pijnintensiteit bij patiënten met chronische bekkenpijn is.</p> <p><i>Bronnen: (Aboseif, 2002; Chai, 2000; Chung, 2007; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Ghazwani, 2011; Guardo, 2016; Lavano, 2006; Maher, 2001; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011; Siegel, 2001; Sokal, 2015; Whitmore, 2003)</i></p>
<p>- GRADE</p>	<p>Het is onduidelijk wat het effect van sacrale neuromodulatie op complicaties bij patiënten met chronische bekkenpijn is doordat de resultaten alleen beschrijvend werden gepresenteerd.</p> <p><i>Bronnen: (Aboseif, 2002; Chai, 2000; Chung, 2007; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Ghazwani, 2011; Guardo, 2016; Lavano, 2006; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011; Siegel, 2001; Sokal, 2015; Whitmore, 2003)</i></p>

- GRADE	Het is onbekend wat het effect van sacrale neuromodulatie bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en kwaliteit van leven. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden vergeleken tussen patiënten die sacrale neuromodulatie ondergingen en een placebo/geen behandeling ondergingen.
--------------------	---

PTNS

Laag GRADE	Het lijkt erop dat bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische prostatitis de pijnintensiteit vermindert 3 maanden na behandeling met P-PTNS vergeleken met placebo of usual care. <i>Bronnen: (Gokyildiz, 2012; Kabay, 2009)</i>
-----------------------	---

Laag GRADE	Het lijkt erop dat bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of chronische prostatitis de kwaliteit van leven verbetert 3 maanden na behandeling met P-PTNS vergeleken met placebo of usual care. <i>Bronnen: (Gokyildiz, 2012; Kabay, 2009)</i>
-----------------------	--

- GRADE	Het is onbekend wat het effect van P-PTNS of T-PTNS bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden vergeleken tussen patiënten die PTNS en een placebo/geen behandeling ondergingen.
--------------------	--

Samenvatting literatuurBeschrijving studies

Mahran (2019) voerde een systematische review en meta-analyse uit naar de effecten van sacrale neuromodulatie bij patiënten met chronische bekkenpijn. De search werd verricht in september 2018 in de databases MEDLINE, Embase, Cochrane, Web of Science en Scopus. Er werden in totaal 14 studies geïnccludeerd, waarvan 10 prospectieve observationele studies (Aboseif, 2002; Chai, 2000; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Guardo, 2016; Lavano, 2006; Maher, 2001; Siegel, 2001; Sokal, 2015; Whitmore, 2003) en 4 retrospectieve observationele studies (Chung, 2007; Ghazwani, 2011; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011). Alle studies beschreven de resultaten voor en na afloop van sacrale neuromodulatie, het was onduidelijk of de metingen op hetzelfde moment plaatsvonden.

In totaal werden 403 patiënten beschreven die percutane zenuwevaluatie (PNE) en/of sacrale neuromodulatie stadium 1 ondergingen. De meeste patiënten waren vrouwen, slechts 7% was man (n=29). Ongeveer de helft van de patiënten kregen uiteindelijk een permanent implantaat (n=221, 54,8%). Interstitiële cystitis en blaaspijnsyndroom waren de meest gerapporteerde diagnoses (n=170, 42,2%). De duur van de pijnklachten werd niet gerapporteerd door Maher (2019). Mahran (2019) includeerde twee verschillende technieken van sacrale neuromodulatie: twaalf studies beschreven een retrograde benadering, waarbij uni- of bilateraal een elektrode door het sacrale foramen werd geïntroduceerd (Aboseif, 2002; Chai, 2000; Chung, 2007; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Ghazwani, 2011; Lavano, 2006; Maher, 2001; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011; Siegel,

2001; Whitmore, 2003); twee studies beschreven een antegrade (caudale) benadering, waarbij een electrode in het wervelkanaal werd geïntroduceerd via de sacrale hiatus en ter hoogte van sacrale wortels S4, S3 en S2 werd geïmplanteerd (Guardo, 2016; Sokal, 2015). De meeste studies beschreven unilaterale zenuwstimulatie (Aboseif, 2002; Chung, 2007; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Ghazwani, 2011; Guardo, 2016; Maher, 2001; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011; Siegel, 2001; Sokal, 2015; Whitmore, 2003); Lavano (2006) implanteerde naast n=3 unilaterale ook n=2 bilaterale implantaten; Chai (2000) rapporteerde deze gegevens niet. Het falen van permanente implantatie (SNM stadium II) varieerde tussen de studies, de meeste studies rapporteerde geen falen (Aboseif, 2002; Lavano, 2006; Maher, 2001; Ghazwani, 2011; Guardo, 2016; Marinkovi, 2011; Marellucci, 2012), twee studies < 10% van de gevallen (Comiter, 2003: n=1 (6%); Falletto, 2009: n= 1 (9%)), bij drie studies betrof dit 25-30% van de gevallen (Siegel, 2001: n=3 (30%); Chung, 2007: n=3 (25%); Sokal, 2015: n=3 (30%)). In twee studies werd dit niet gerapporteerd (Whitmore, 2003) of was het niet van toepassing (Chai, 2000). De gemiddelde duur van follow-up varieerde sterk tussen de studies van enkele maanden tot meerdere jaren, duur van follow-up in Chai (2000) en Maher (2001) was onbekend. Het exacte meetmoment post-baselin werd niet door Mahran (2019).

Tirlapur (2013) voerde een systematische review uit naar de effecten van zenuwstimulatie bij patiënten met chronische bekkenpijn en/of blaaspijnsyndroom. De search werd verricht in juli 2012 in de databases MEDLINE, Embase, Cochrane, Web of knowledge, LILACS en SIGLE. Er werden louter RCT's en prospectieve quasi-gerandomiseerde gecontroleerde studies geïnccludeerd. In totaal werden 3 RCT's geïnccludeerd waarin patiënten door middel van PTNS werden behandeld (Gokyildiz, 2012; Kabay, 2009; O'Reilly, 2004). De eerste twee studies bestudeerde P-PTNS, de studie van O'Reilly (2004) wordt in deze analyse buiten beschouwing gelaten omdat hier door middel van laser werd behandeld. Er zijn geen studies met transcutane techniek (T-PTNS) beschreven in deze studie. Fulltext publicaties van Gokyildiz (2012) en Kabay (2009) werden opgevraagd om data voor de literatuuranalyse te kunnen aanvullen.

Gokyildiz (2012) beschreef een wekelijkse behandeling door middel van P-PTNS van 30 minuten per keer, 12 weken lang bij 24 vrouwen met chronische bekkenpijn. De gemiddelde duur van de pijn was in de interventiegroep (n=13) 3,9 (SD 2,2) jaar en in de controlegroep (n=13) 3,95 (SD 2,3) jaar. In beide groepen viel één vrouw uit tijdens het onderzoek (redenen onbekend). Gokyildiz (2012) gebruikte een 34 gauge naald, 3 tot 4 centimeter boven de mediale malleolus van de posterieure tibiale zenuw. De naald was bevestigd aan een 9-V-stimulator met 0,5 tot 10 mA aanpasbare stroom. De controlegroep bestond uit een groep die gewone zorg kreeg, dit was niet nader gedefinieerd. Metingen vonden plaats op baseline en na afloop van 12 weken behandeling.

Kabay (2009) beschreef een wekelijkse behandeling door middel van P-PTNS van 30 minuten per keer, 12 weken lang bij 89 mannen met chronische bekkenpijn en/of chronische bacteriële prostatitis. De gemiddelde duur van de pijn was in de interventiegroep (n=45) 4,5 (SD 6,1) jaar en in de controlegroep (n=44) 3,8 (SD 5,7) jaar. Kabay (2009) gebruikte een 26-gauge naald, 5 centimeter boven de mediale malleolus (aan de posterior zijde van de tibia). Een neutrale elektrode werd geplaatst bij de voetboog. De elektrode en naald waren verbonden met een stimulator met een puls frequentie van 20Hz. Controlegroep kreeg een *sham device*, een apparaat dat niet werkzaam was. Metingen vonden plaats op baseline en na afloop van 12 weken behandeling.

Resultaten

De resultaten uit de 14 studies over sacrale neuromodulatie uit één systematische review en meta-analyse (Maher, 2019) en de 2 studies over PTNS uit de systematische review van Tirlapur (2013) worden hieronder beschreven per uitkomstmaat. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in het type zenuwstimulatie (sacrale zenuwstimulatie en PTNS).

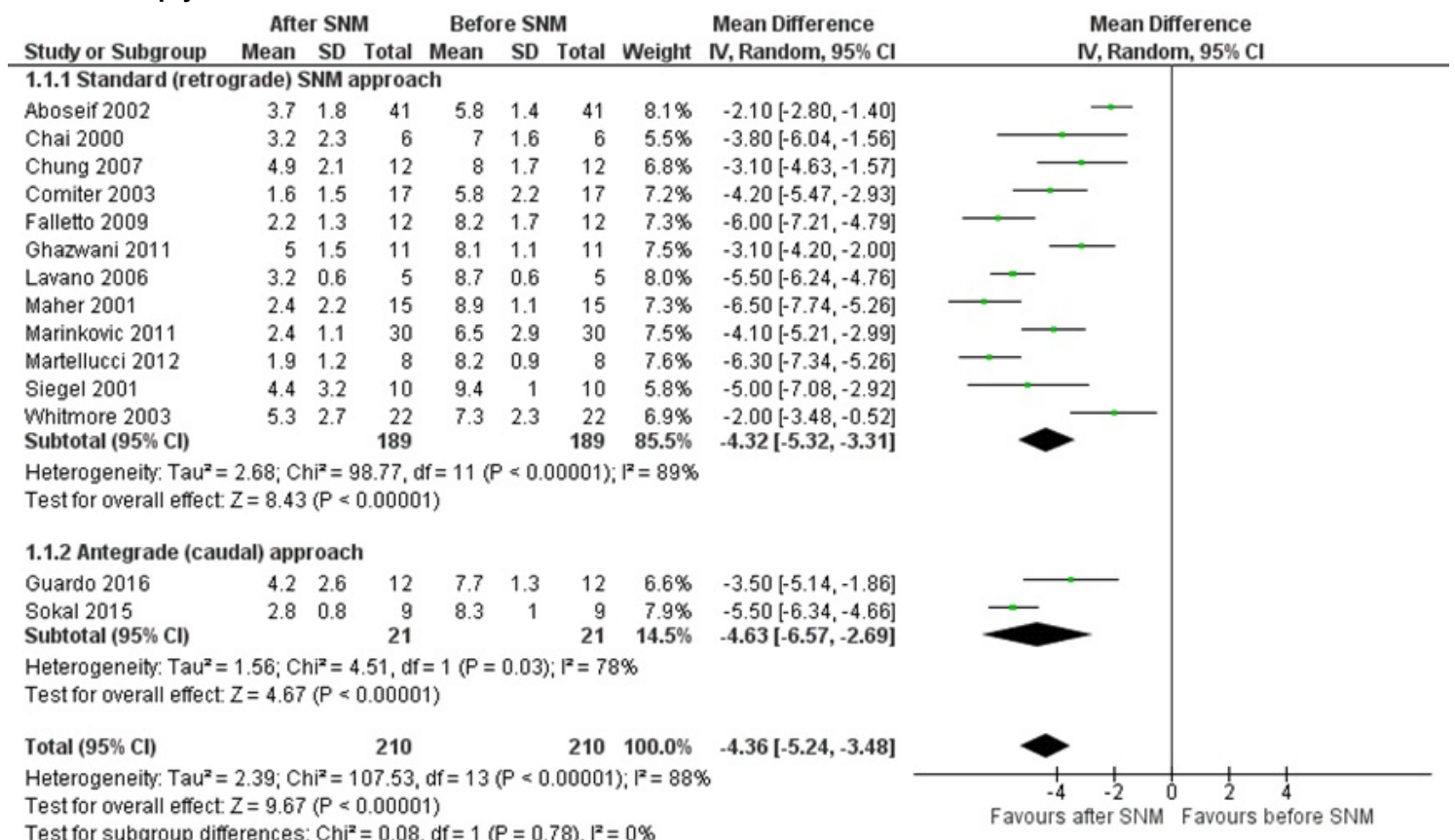
1. Pijnintensiteit

1.1. Sacrale zenuwstimulatie

De uitkomstmaat pijn werd beschreven in 14 studies over sacrale zenuwstimulatie (Aboseif, 2002; Chai, 2000; Chung, 2007; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Ghazwani, 2011; Guardo, 2016; Lavano, 2006; Maher, 2001; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011; Siegel, 2001; Sokal, 2015; Whitmore, 2003). Pijn werd gemeten op basis van een VAS-schaal 0 tot 10 (geen tot maximale pijn). Pijnintensiteit was gedefinieerd als het verschil in pijnscore na sacrale neuromodulatie ten opzichte van baseline (voor sacrale neuromodulatie).

Pre- en post-baseline pijnscores waren beschikbaar in 210 patiënten (52%). Figuur 1 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de pre- en postbaseline pijnscore. De overall verbetering in pijnscore na sacrale neuromodulatie was -4,36 (95%BI -5,24 tot -3,48); $p < 0.001$). Subgroepanalyses op basis van de benadering (retrograde versus antegrade (caudale) sacrale neuromodulatie) lieten een effect in dezelfde richting zien: in beide groepen werd een afname van de pijnscore waargenomen.

Figuur 1 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen de pijnscore na en vóór sacrale neuromodulatie



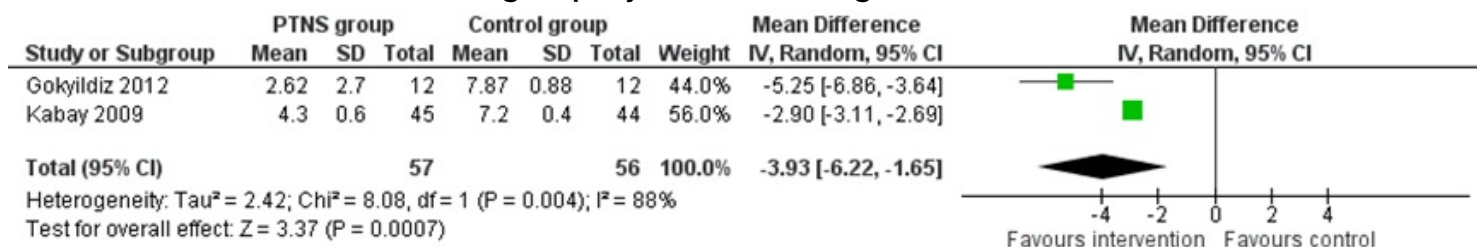
Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

1.2. PTNS

De uitkomstmaat pijn werd beschreven in 2 studies over P-PTNS (Gokyildiz, 2012; Kabay, 2009). Pijn werd gemeten op basis van een VAS-schaal 0 tot 10 (geen tot maximale pijn). Pijnintensiteit was gedefinieerd als het verschil in post-treatment pijnscore na PTNS tussen de interventie- en controlegroep.

Post-baseline pijnscores waren beschikbaar in 113 patiënten. Figuur 2 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de postbaseline pijnscore. De overall verbetering in pijnscore na PTNS was -3,93 (95%BI -6,22 tot -1,65); $p < 0.001$).

Figuur 2 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen de interventie en controlegroep bij de behandeling door middel van PTNS



Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I^2 : statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval

2. Patiënttevredenheid

2.1. Sacrale neuromodulatie

Er werden geen studies geïncludeerd waarin patiënttevredenheid werd bestudeerd als uitkomstmaat bij sacrale neuromodulatie.

2.2. PTNS

Er werden geen studies geïncludeerd waarin patiënttevredenheid werd bestudeerd als uitkomstmaat bij PTNS.

3. Complicaties

3.1. Sacrale neuromodulatie

Complicaties of bijwerkingen van de interventie werden gerapporteerd in 13 studies over sacrale neuromodulatie (Aboseif, 2002; Chai, 2000; Chung, 2007; Comiter, 2003; Falletto, 2009; Ghazwani, 2011; Guardo, 2016; Lavano, 2006; Marellucci, 2012; Marinkovi, 2011; Siegel, 2001; Sokal, 2015; Whitmore, 2003), dit werd niet beschreven in de studie van Maher (2001). De resultaten worden alleen beschrijvend gepresenteerd.

Complicaties werden in 30% van de patiënten gerapporteerd ($n=67/221$). Tabel 1 presenteert het voorkomen van complicaties. Daarnaast werd er sprake van het falen van het implantaat of het verwijderen van het implantaat bij 11 patiënten (5%), waarbij $n=5$ wegens infecties geassocieerd met implantatie, $n=3$ wegens falen van het implantaat zelf en $n=2$ wegens gevoelloosheid van de ledematen. Daarnaast ondergingen $n=23$ (10%) patiënten aanpassing of vervanging van het implantaat.

3.2. PTNS

De uitkomstmaat complicaties werd beschreven in 1 studie over PTNS (Gokyildiz, 2012). Gokyildiz (2012). De resultaten worden hieronder beschrijvend gepresenteerd.

Gokyildiz (2012) beschreef dat in de interventiegroep (n=12) 1 hematoom werd gerapporteerd en 2 patiënten rapporteerde kortstondige pijn bij de prikplek van de naald.

Tabel 1 Complicaties voor sacrale zenuwstimulatie gerapporteerd door studies in systematische review van Maher (2019)

Complicatie	n (%)
Wondinfecties	9 (4%)
Electrode migratie/ disfunctioneren migration/ malfunction (n=1 gedeeltelijk opgelost door herprogrammeren implantaat, n=5 veroorzaakt door trauma).	17 (8%)
Pijn op plek van implantatie	12 (5,4%)
Implanteerbare puls generator erosie, zonder infectie	3 (1,1%)
Spontaan opgeloste seroma	6 (2,7%)
Verandering in locatie van pijn	5 (2%)
Urineweginfecties	2 (<1%)
Gevoel van elektrische shock	1 (<1%)
Corpus alienum gevoel	1 (<1%)
Gevoelloze ledematen van het onderlichaam	2 (<1%)

4. Kwaliteit van leven

4.1. Sacrale neuromodulatie

Er werden geen studies over sacrale neuromodulatie geïncludeerd waarin kwaliteit van leven werd bestudeerd als uitkomstmaat.

4.2. PTNS

De uitkomstmaat kwaliteit van leven werd beschreven in 2 studies over PTNS (Gokyildiz, 2012; Kabay, 2009). Gokyildiz (2012) bestudeerde kwaliteit van leven via de SF-36 questionnaire. Kabay (2009) rapporteerde de kwaliteit van leven score op basis van de National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) QoL domein (0 tot 2, waarbij een hogere score meer klachten betekent). De resultaten worden hieronder beschrijvend gepresenteerd.

Gokyildiz (2012) rapporteerde een verbetering op bijna alle SF-36 subschalen, echter waren de patiëntaantallen te klein om een verschil te berekenen en niet gecorrigeerd voor baseline verschillen die op sommige subschalen er leken te zijn.

Kabay (2009) beschreef een gemiddeld verschil in NIH-CPSI QoL domein score van -4,60 (95%BI -5,27 tot -3,93) tussen de interventiegroep en controlegroep. Dit betekent een verbetering in kwaliteit van leven voor patiënten die door middel van PTNS zijn behandeld vergeleken met een placebo.

Bewijskracht van de literatuur

Sacrale neuromodulatie

Observationeel vergelijkend onderzoek begint op een laag niveau van bewijskracht. Het 95% betrouwbaarheidsinterval omvat de waarde van een klinisch relevant effect (gemiddeld verschil: -4,36 (95%BI -5,24 tot -3,48)). De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit na sacrale zenuwstimulatie is met één niveau verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias: het was onduidelijk wat de duur van de pijnklachten was en wanneer de metingen plaatsvonden). Hierdoor wordt de bewijskracht geclassificeerd als 'zeer laag'.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat patiënttevredenheid na sacrale neuromodulatie kon niet worden geclassificeerd door middel van GRADE doordat er geen studies over sacrale neuromodulatie werden geïncorporeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat complicaties na sacrale neuromodulatie kon niet worden geclassificeerd door middel van GRADE doordat er alleen beschrijvende informatie gerapporteerd werd.

PTNS

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. Het 95% betrouwbaarheidsinterval omvat de waarde van een klinisch relevant effect (gemiddeld verschil: -3,93 (95%BI -6,22 tot -1,65)). De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit na PTNS is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias) en imprecisie (beperkt aantal deelnemers). Hierdoor wordt de bewijskracht geclassificeerd als 'laag'.

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. Het 95% betrouwbaarheidsinterval voor het gemiddeld verschil in de NIH-CPSI QoL domein score omvat de waarde van een klinisch relevant effect (gemiddeld verschil: -4,60 (95%BI -5,27 tot -3,93)). De bewijskracht voor de uitkomstmaat kwaliteit van leven na PTNS is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias) en imprecisie (beperkt aantal deelnemers). Hierdoor wordt de bewijskracht geclassificeerd als 'laag'.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat complicaties na PTNS kon niet worden geclassificeerd door middel van GRADE doordat er alleen beschrijvende informatie gerapporteerd werd.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de effectiviteit (en veiligheid) van behandeling door middel van neuromodulatie vergeleken met geen behandeling of placebo voor de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn ≥ 6 maanden);

I: behandeling door middel van neuromodulatie;

C: geen behandeling of behandeling door middel van placebo;

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

Onder behandeling door middel van neuromodulatie wordt in deze module verstaan sacrale neuromodulatie, percutane posterior tibiale zenuwstimulatie (P-PTNS) en perineale zenuwstimulatie. Voor behandeling met transcutane elektrische neurostimulatie (T-PTNS of TENS) door de bekkenfysiotherapeut wordt verwezen naar (zie de module [Bekkenfysiotherapie](#)). Studies over T-PTNS worden wel in deze module beschreven.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (Elsevier) is op 10 juli 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van behandeling van chronische bekkenpijn door middel van neuromodulatie. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 362 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie betrof een vergelijkend onderzoek waarin neuromodulatie werd vergeleken met geen of placebo behandeling; 3) minimaal één van de volgende uitkomstmaten werd gerapporteerd: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 45 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 42 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 3 studies geselecteerd. Dit betroffen 3 systematische reviews en/of meta-analyses (Mahran, 2019; Tirlapur, 2013; Tutolo, 2018). Vergeleken met de andere twee reviews, beschrijft het review van Tutolo (2018) minder gedetailleerd de resultaten van de studies. Er werd daarom voor gekozen om de data uit de reviews van Mahran (2019) en Tirlapur (2013) te extraheren en Tutolo (2018) te gebruiken om te controleren of alle relevante studies waren geïdentificeerd. In totaal werden er dus 2 studies definitief opgenomen in de literatuuranalyse.

Resultaten

Twee systematische reviews werden geïnccludeerd in de literatuuranalyse, één over sacrale neuromodulatie (Mahran, 2019) en één over P-PTNS (Tirlapur, 2013).

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- E.C. Burkhard, J.L.H.R. Bosch, F. Cruz, G.E. Lemack, A.K. Nambiar, N. Thiruchelvam, A. Tubaro Guidelines Associates: D. Ambühl, D.A. Bedretdinova, F. Farag, R. Lombardo, M.P. Schneider European Association of Urology (EAU) guideline Urinary Incontinence (2019). <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/#1>
- Gokyildiz S, Kizilkaya Beji N, Yalcin O, Istek A. Effects of percutaneous tibial nerve stimulation therapy on chronic pelvic pain. Gynecol Obstet Invest. 2012;73(2):99-105.
- Kabay S, Kabay SC, Yucel M, Ozden H. Efficiency of posterior tibial nerve stimulation in category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain: a Sham-Controlled Comparative Study. Urol Int. 2009;83(1):33-8.
- Mahran A, Baaklini G, Hassani D, Abolella HA, Safwat AS, Neudecker M, Hijaz AK, Mahajan ST, Siegel SW, El-Nashar SA. Sacral neuromodulation treating chronic pelvic pain: a meta-analysis and systematic review of the literature. Int Urogynecol J. 2019 Jul;30(7):1023-1035.
- Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.
- Tirlapur SA, Vlismas A, Ball E, Khan KS. Nerve stimulation for chronic pelvic pain and bladder pain syndrome: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Aug;92(8):881-7.

Psychologische behandeling bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is (toegevoegde) waarde van psychologische behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Bied iedere patiënt met chronische bekkenpijn tenminste één consult bij een gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS aan.

Bespreek in een multidisciplinair overleg of er een indicatie is om te verwijzen voor een psychologische behandeling.

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Op basis van de literatuur lijkt bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijn er mogelijk een grotere verbetering in pijn, mictie en kwaliteit van leven zoals gerapporteerd in de NIH-CPSI-totaalscore op te treden 3 maanden na een psychologische behandeling + medicamenteuze behandeling, vergeleken met alleen een medicamenteuze behandeling. De psychologische behandeling bestond naast CGT ook uit informatievoorziening, counseling, ontspanningstechnieken, het vergroten van sociale en/of familiere steun en groeps gesprekken. Daarnaast lijkt er ook een grotere verbetering in angst- en depressieve klachten op te treden na psychologische behandeling + medicamenteuze behandeling vergeleken met alleen een medicamenteuze behandeling. Het vertrouwen in de bewijskracht voor deze uitkomstmaten is gegradeerd als 'laag' doordat er slechts één RCT met 156 mannen werd gevonden waarin een risico op bias bestaat (onduidelijk hoe randomisatie, allocatie en blinding waren geregeld). Er werden geen studies gevonden waarin de uitkomstmaten patiënttevredenheid, complicaties en kosteneffectiviteit werden bestudeerd. De uitkomstmaat seksuele disfunctie was niet meegenomen in de literatuuranalyse. Het onderzoek van Wang (2018) laat zien op basis van de International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5) vragenlijst dat er 3 maanden post-interventie een sterkere verbetering van het seksueel functioneren werd waargenomen na psychologische behandeling, vergeleken met de controlegroep (gemiddeld verschil tussen baseline en 3 maanden post-interventie: 7,1 (SD 3,4) versus 3,3 (SD 3,0); $P < 0,001$).

Er is steeds meer bewijs dat psychosociale zorg bijdraagt aan betere uitkomstmaten van medisch-specialistische zorg wat betreft patiëntuitkomsten, therapietrouw en patiënttevredenheid (zie Kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziekte, 2019). Het verdient aanbeveling om in de psychologische en/of seksuologische behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn aan te sluiten bij gangbare behandelvormen voor (andere vormen van) chronische pijn, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), in het bijzonder het gevolgenmodel (zie bijvoorbeeld de Zorgstandaard Chronische Pijn - versie 28 maart 2017, de GGZ zorgstandaard SOLK (2018)). De impact van chronische pijn op de seksuele gezondheid vraagt vaak specifieke aandacht. Seksuologische behandeling is gebaseerd op het biopsychosociale model, waarin integraal

oog is voor de impact van pijn op het lichaam, op het psychisch welbevinden en op de partnerrelatie en omgekeerd. De hulpvraag van de patiënt en evt. partner is hierbij leidend. Zie de GGZ zorgstandaard seksuele disfuncties (2018). CGT bij (andere) chronische pijnandoeningen verbetert het catastroferen en het omgaan met de klacht, maar niet per se de pijnintensiteit. Er is nog onvoldoende bewijs dat andere vormen van psychologische behandeling zoals EMDR een gunstig effect hebben op chronische pijn (Tesarz, 2014). De kwaliteit van de literatuur is beperkt, veelal casestudies met een beperkte generaliseerbaarheid (Tefft, 2016). Relevante studies naar de effectiviteit van hypnotherapie bij chronische (bekken)pijn ontbreken en hier kunnen geen aanbevelingen over worden gedaan.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Veel patiënten hebben zelf het idee dat hun klachten naast een fysieke ook een psychosociale kant heeft, zoals stress (Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen, Trimbos Instituut, 2011). Patiënten willen zich begrepen voelen en emotionele ondersteuning ervaren van de hulpverleners in het diagnostische en behandelproces.

De behandeling is gericht op het verkrijgen van inzicht in de luxerende, oorzakelijke en onderhoudende factoren en op het in kaart brengen van de ideeën over de klacht en de gevolgen op lichamelijk, sociaal, cognitief, emotioneel en gedragsmatig niveau. Samen met de patiënt (*shared decision making*) wordt geïnventariseerd op welke van deze gebieden winst geboekt kan worden en waar de patiënt zijn vaardigheden kan versterken. Indien er traumatische ervaringen samenhangen met het ontstaan of in stand blijven van de klacht kan overwogen worden EMDR in te zetten (pijnprotocol EMDR).

Sommige patiënten, met name zij die blijven zoeken naar een uitsluitend medische oplossing voor het probleem, zullen mogelijk in eerste instantie niet direct profijt hebben van een psychologische behandeling. Een ervaren hulpverlener heeft geleerd om adequaat om te gaan met de weerstand van de patiënt, en zal op patiëntniveau vanuit het biopsychosociaal model uitleg kunnen geven over hoe pijn werkt, met aandacht voor de in stand houdende factoren.

Kosten (middelenbeslag)

Het is bekend dat patiënten met zowel lichamelijke als psychosociale klachten een lagere kwaliteit van leven ervaren, hogere zorgkosten genereren en slechter participeren waar *shared decision making* nodig is, hetgeen therapietrouw beperkt (Kwaliteitsstandaard Psychosociale Zorg bij somatische ziekte, 2019). Met adequate differentiatie tussen de medische en de psychosociale problematiek kan mogelijk overbodig medisch-specialistische handelen verminderd worden (Schuitemaker, 2018). Psychologische en seksuologische zorg is verhoudingsgewijs goedkoop als men het vergelijkt met medisch-specialistische zorg. De kwaliteitsstandaard psychosociale zorg bij somatische ziekte geeft aan dat er bewijs lijkt te zijn dat het zorgkosten bespaart (Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte, 2019; er wordt daarbij onder andere verwezen naar Andlin-Sobocki, 2005; Coley, 2009; Hochlehnert, 2011; Myers, 2012).

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Er zijn geen bezwaren van overige relevante stakeholders.

Haalbaarheid en implementatie

Per patiënt zou in een multidisciplinair overleg bekeken moeten worden of en op welk moment van de

behandeling een CGT-traject geïndiceerd is. Ter beoordeling hiervan kunnen gangbare psychologische vragenlijsten (bijvoorbeeld pijn coping, angst en depressie) ingezet worden en weegt de motivatie van de patiënt mee in de keuze van het behandelaanbod.

Een mogelijke barrière voor implementatie is dat er op dit moment onvoldoende seksuologen NVVS en in GZ-psychologen zijn, met tot gevolg dat er lange wachtlijsten voor psychologische hulp zijn. Daarnaast wordt seksuologische zorg en aanpassingsproblematiek (bijvoorbeeld bij ziekte) op dit moment niet altijd vergoed wanneer deze zorg buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Wanneer er sprake is van een somatisch symptoomstoornis dan is wel financiering vanuit de basis GGZ mogelijk.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Het is bekend dat patiënten met zowel lichamelijke als psychosociale klachten een lagere kwaliteit van leven ervaren, hogere zorgkosten genereren en slechter participeren waar *shared decision making* nodig is, hetgeen de therapietrouw beperkt. Als er aandacht wordt besteed aan de psychosociale problematiek kan mogelijk overbodig medisch-specialistisch handelen verminderd worden. De literatuur bij mannen met chronische (bekken)pijn laat zien dat deze populatie mogelijk baat heeft bij behandeling met cognitieve gedragstherapie. Gesteund door bevindingen uit de literatuur over het effect van psychologische behandeling bij algemene chronische pijnpatiënten verdient het de aanbeveling om iedere patiënt met chronische bekkenpijn tenminste 1 consult met een gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS aan te bieden ter beoordeling van de psychische, sociale en seksuele situatie van de patiënt, waarbij indicatie gesteld kan worden voor CGT en/of EMDR of andere behoefte aan psychosociale ondersteuning vastgesteld kan worden.

Onderbouwing

Achtergrond

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is voor diverse psychische aandoeningen een effectieve behandelmethode. Onduidelijk is of deze behandelmethode effectief is bij patiënten met chronische bekkenpijn. EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) is een effectieve behandelmethode bij een posttraumatisch stress stoornis (PTSS). Chronische bekkenpijn kan samenhangen met traumatische (seksuele of anderszins) ervaringen in de voorgeschiedenis en pijn kan op zichzelf traumatiserend zijn. Onduidelijk is of en wanneer EMDR effectief is bij pijnbehandeling. Hypnotherapie wordt soms toegepast bij patiënten met chronische buikpijn en andere somatisch onvoldoende verklaarde chronische pijnklachten. Bij bekkenpijn zijn er geen gegevens bekend over eventuele effectiviteit.

Conclusies

<p>Laag GRADE</p>	<p>Bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijn lijkt na 3 maanden een grotere verbetering in pijn, mictie en kwaliteit van leven zoals gerapporteerd in de NIH-CPSI-totaalscore op te treden na een psychologische behandeling + medicamenteuze behandeling vergeleken met alleen een medicamenteuze behandeling. Deze psychologische behandeling bestond naast CGT ook uit informatievoorziening, counseling, ontspanningstechnieken, het vergroten van sociale en/of familiere steun en groepsgesprekken.</p> <p><i>Bronnen: (Wang, 2018)</i></p>
<p>Laag GRADE</p>	<p>Bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijn lijkt na 3 maanden een grotere verbetering in angst- en depressieve klachten op te treden na een psychologische behandeling + medicamenteuze behandeling vergeleken met alleen een medicamenteuze behandeling. Deze psychologische behandeling bestond naast CGT ook uit informatievoorziening, counseling, ontspanningstechnieken, het vergroten van sociale en/of familiere steun en groepsgesprekken.</p> <p><i>Bronnen: (Wang, 2018)</i></p>
<p>- GRADE</p>	<p>Het is onbekend wat het effect van psychologische behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn is op de uitkomstmaten patiënttevredenheid, complicaties en kosteneffectiviteit. Er werden geen studies gevonden waarin deze uitkomstmaten werden bestudeerd.</p>

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

Wang (2018) voerde een RCT uit bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijn. Alle mannen voldeden aan de criteria van de *National Institutes of Health* (NIH) categorie III chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijn en rapporteerden minimaal 6 maanden klachten. In de interventiegroep kregen 78 mannen (gemiddelde leeftijd 37,5 jaar (SD 8,3); gemiddelde duur van de pijn: 3,4 jaar (SD 2,1)) een psychologische behandeling naast standaard medicamenteuze behandeling. In de controlegroep kregen 78 mannen (gemiddelde leeftijd 36,4 jaar (SD 8,1); gemiddelde duur van de pijn: 3,2 jaar (SD 2,0)) alleen de standaard medicamenteuze behandeling. De psychologische interventie betrof vijf interventievormen: 1) informatie en counseling; 2) CGT; 3) ontspanningstechnieken; 4) vergroten sociale en/of familiere steun; 5) groepsdiscussie over stress, slaap, ontspanning en gedragsveranderingen om interventie vol te kunnen houden. Duur van de interventie bestond uit 2 maal twee uur per week voor 12 weken. Standaard medicamenteuze behandeling betrof voor alle patiënten: 1) orale levofloxacin (200 mg, 2dd); 2) orale tamsulosine (0,2 mg, 1dd voor het slapengaan); daarnaast moesten patiënten zich onthouden van pittig voedsel en alcoholconsumptie, kregen ze een wekelijkse prostaatmassage, dronken ze meer water en namen ze een warm bad. De uitkomsten werden op baseline en na 3 maanden gerapporteerd.

Resultaten

Er werd één RCT geïncludeerd in de literatuuranalyse over cognitieve gedragstherapie. Er werden geen onderzoeken geïncludeerd over EMDR of hypnotherapie.

1. Pijnintensiteit

Eén studie beschreef de uitkomst pijnintensiteit (Wang, 2018). Dit werd gerapporteerd als onderdeel van de *National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index* (NIH-CPSI). De totaalscore (range 0 tot 43) rapporteert over pijn, mictieklachten en de impact op de kwaliteit van leven van de patiënt.

Wang (2018) rapporteerde dat de verbetering in de NIH-CPSI-score tussen baseline en post-interventie (3 maanden) significant groter was in de interventiegroep die een psychologische behandeling met standaard medicamenteuze onderging vergeleken met de controlegroep die alleen een standaard medicamenteuze behandeling kreeg (gemiddeld verschil in veranderscore: 4,10 (95%BI 2,55 tot 5,65)).

Bewijskracht van de literatuur

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias: het was onduidelijk hoe randomisatie, allocatie en blinding was geregeld) en wegens imprecisie (klein aantal patiënten bestudeerd). Hierdoor wordt de bewijskracht geclassificeerd als 'laag'.

2. Patiënttevredenheid

Er werden geen studies geïncludeerd waarin patiënttevredenheid werd bestudeerd als uitkomstmaat.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de uitkomstmaat patiënttevredenheid kon niet worden geclassificeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

3. Complicaties

Er werden geen studies gevonden waarin complicaties waren bestudeerd als uitkomstmaat.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de uitkomstmaat complicaties kon niet worden geclassificeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

4. Kwaliteit van leven

Zie de gecombineerde uitkomstmaat zoals gerapporteerd bij pijnintensiteit hierboven.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de uitkomstmaat kwaliteit van leven kon niet worden geclassificeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

5. Kosteneffectiviteit

Er werden geen studies gevonden waarin de kosteneffectiviteit was bestudeerd als uitkomstmaat.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de uitkomstmaat kosteneffectiviteit kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïnccludeerd waarin deze uitkomstmaat werd bestudeerd.

6. Psychische klachten (depressie/ angst)

Eén studie beschreef de uitkomstmaat psychische klachten (Wang, 2018). Wang (2018) rapporteerde depressieve klachten op basis van de SDS (*self-rating depression scale*) en angstklachten op basis van de SAS-vragenlijst (*self-rating anxiety scale*). Beide schalen lopen van 20 tot 80, waarbij < 50 geen angst/depressie betekent, 50 tot 59 milde klachten, 60 tot 69 matig ernstige klachten en > 70 ernstige klachten. Patiënten hadden op baseline gemiddeld allen matig ernstige klachten.

Wang (2018) rapporteerde dat de verbetering in depressieve klachten op basis van de SDS-score tussen baseline en post-interventie (3 maanden) groter was in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (gemiddeld verschil in veranderscore: 3,50 (95%BI 2,32 tot 4,68)). Daarnaast werd een grotere verbetering in angstklachten op basis van de SAS-score tussen baseline en post-interventie (3 maanden) gerapporteerd voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (gemiddeld verschil in veranderscore: 6,10 (95%BI 4,84 tot 7,36)).

Bewijskracht van de literatuur

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. Het 95%BI omvat de waarde van een klinisch relevant effect voor zowel depressieve klachten ((gemiddeld verschil in veranderscore: 3,50 (95%BI 2,32 tot 4,68)) als de angstklachten (gemiddeld verschil in veranderscore: 6,10 (95%BI 4,84 tot 7,36)). De bewijskracht voor de uitkomstmaat psychische klachten (depressie/ angst) is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias: het was onduidelijk hoe randomisatie en allocatie was geregeld; onderzoek was niet geblindeerd) en wegens imprecisie (klein aantal patiënten bestudeerd). Hierdoor wordt de bewijskracht gegradeerd als 'laag'.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag*:

Wat is de toegevoegde waarde van cognitieve gedragstherapie, EMDR of hypnotherapie vergeleken met geen- of een andere behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn \geq 6 maanden);

I: behandeling met CGT of EMDR of hypnotherapie;

C: geen behandeling of een andere behandeling;

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven, kosteneffectiviteit, psychische klachten (depressie/ angst).

*Omdat op voorhand bekend was dat er geen goede studies over de effectiviteit van de seksuologische behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn bestaan, werd besloten de zoekvraag toe te spitsen op de psychologische behandeling. In de overwegingen zal de seksuologische behandeling wel worden besproken.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven, kosteneffectiviteit, psychische klachten (depressie/ angst) voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (Elsevier) is op 17 juli 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar psychologische behandeling door middel van CGT, EMDR of hypnotherapie bij patiënten met chronische bekkenpijn. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 452 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie betrof een vergelijkend onderzoek waarin CGT, EMDR of hypnotherapie werd vergeleken met geen of een andere behandeling. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 72 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 71 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording), en 1 studie definitief geselecteerd.

Resultaten

Er werd één RCT geïncludeerd in de literatuuranalyse over cognitieve gedragstherapie (Wang, 2018). Er werden geen onderzoek geïncludeerd over EMDR of hypnotherapie.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. Eur J Neurol. 2005; 12 Suppl 1: 39-44.

Coley KC, Saul MI, Seybert AL. Economic burden of not recognizing panic disorder in the emergency department. J Emerg Med. 2009; 36(1): 3-7.

GGZ standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (mei 2018).

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk/samenvatting-en-tools> (bezocht op 18-12-2019).

GGZ standaard Seksuele disfuncties (november 2018). <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/seksuele-disfuncties/samenvatting> (bezocht op 18-12-2019).

Hochlehnert A, Niehoff D, Wild B, et al. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. J Psychosom Res. 2011; 70(2): 135-9.

Kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische ziekte (November 2019).

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/documents/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte/psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte/files/Kwaliteitsstandaard-Psychosociale-zorg-bij-somatische-ziekte.pdf>.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen'. (oktober 2015). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/10/01/psychosociale-zorg-bij-somatische-aandoeningen> (bezocht op: 2-10-2019).

Myers V, Gerber Y, Benyamini Y, et al. Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures--a longitudinal study. *J Psychosom Res.* 2012; 72(1): 5-10.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Tefft AJ, Jordan IO. Eye Movement Desensitization Reprocessing as Treatment for Chronic Pain Syndromes: A Literature Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2016, 1-23

Tesarz J, Leisner S, Gerhardt A, Janke S, Seidler GH, Eich W, Hartmann M. Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. *Pain Med.* 2014 Feb;15(2):247-63.

Trimbos Instituut. 'Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen' (2011). <https://www.ggzrichtlijnen.nl/solk-en-somatoforme-stoornissen> (bezocht op: 2-10-2019).

Wang J, Liang K, Sun H, Li L, Wang H, Cao J. Psychotherapy combined with drug therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial. *Int J Urol.* 2018 Aug;25(8):710-715.

Zorgstandaard Chronische pijn (versie 28-03-2017). https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf.

Botuline toxine injecties bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is waarde van botulinetoxine injecties in de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Overweeg een behandeling met intradetrusor botuline toxine A (BTX-A) bij patiënten met chronische bekkenpijn die blaaspijnsyndroom/ interstitiële cystitis hebben waarbij alle conservatieve therapieën niet succesvol zijn geweest.

Indien een behandeling met intradetrusor BTX-A-injecties overwogen wordt, dient het individuele risico op complicaties zoals de kans op een urineretentie en urineweginfecties te worden meegenomen in de indicatiestelling.

Overweeg BTX-A-injecties op andere locaties, zoals prostaat, anale sfincter (met uitzondering van fissura ani), pelvic floor trigger points, puboprectalis en/of pubococcygeus spieren alleen in studieverband.

Volg voor behandeling met botulinetoxine bij anale pijn ten gevolge van fissura ani de richtlijn Proctologie (zie de module [Fissura ani](#) in de richtlijn Protocologie).

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Botulinetoxine injecties in de blaas

Op basis van de beschikbare literatuur is het onduidelijk wat het effect van botulinetoxine injecties in de blaas is op de pijnintensiteit 1 maand na behandeling. De bewijskracht is gegradeerd als 'zeer laag' vanwege beperkingen in de onderzoeksopzet, inconsistentie en imprecisie. Drie maanden na behandeling lijkt het erop dat botulinetoxine injecties in de blaas de pijnintensiteit verminderen bij patiënten met interstitiële cystitis en/of blaaspijnsyndroom, vergeleken met placebo. De bewijskracht voor de uitkomstmaat pijnintensiteit 3 maanden na behandeling is gegradeerd als 'laag', vanwege beperkingen in de onderzoeksopzet en omdat het betrouwbaarheidsinterval van het gepoolde effect overlapt de grens van klinische relevantie (imprecisie).

Het is onduidelijk wat het effect is op de kwaliteit van leven 1 maand na behandeling, de bewijskracht is gegradeerd als 'zeer laag' vanwege beperkingen in de onderzoeksopzet en imprecisie. Het is onbekend wat het effect van botulinetoxine injecties in de blaas bij patiënten met chronische bekkenpijn is voor de belangrijke uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties. De overall bewijskracht is gelijk aan de laagst gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit. De overall bewijskracht voor botulinetoxine injecties in de blaas komt hiermee uit op 'laag'.

Behandeling met botulinetoxine injecties bij patiënten met blaaspijnsyndroom/interstitiële cystitis zou overwogen kunnen worden wanneer alle conservatieve therapieën ineffectief zijn gebleken.

Botulinetoxine injecties in de prostaat

Op basis van de beschikbare literatuur komt naar voren dat 1, 3 en 6 maanden na botulinetoxine injecties in de prostaat de pijnintensiteit waarschijnlijk vermindert en de kwaliteit van leven verbetert bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijn, vergeleken met placebo. De bewijskracht voor de uitkomstmaten pijnintensiteit en complicaties is gegradueerd als 'redelijk' vanwege imprecisie (beperkt aantal geïncludeerde patiënten). Het is onbekend wat het effect van botulinetoxine injecties in de prostaat bij patiënten met chronische bekkenpijn is voor de belangrijke uitkomstmaten patiënttevredenheid en complicaties. De overall bewijskracht is gelijk aan de laagst gevonden bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit. De overall bewijskracht voor botulinetoxine injecties in de prostaat komt hiermee uit op 'redelijk'.

Omdat er in Nederland weinig ervaring is met botulinetoxine injecties in de prostaat bij chronische bekkenpijn wordt deze toepassing alleen in studieverband geadviseerd.

Botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren

Op basis van de beschikbare literatuur is het onbekend wat het effect van botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren voor de cruciale uitkomstmaat pijnintensiteit, en de belangrijke uitkomstmaten patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven. De bewijskracht kon niet worden gegradueerd doordat er geen studies werden gevonden waarin botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn. De overall bewijskracht voor botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren kon niet worden bepaald.

Omdat er in Nederland weinig ervaring is met botulinetoxine injecties in andere locaties bij chronische bekkenpijn, zoals in de anale sfincter (met uitzondering van fissura ani), pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren wordt deze toepassing alleen in studieverband geadviseerd. Voor botulinetoxine behandeling bij anale pijn ten gevolge van fissura ani wordt geadviseerd de richtlijn Proctologie te volgen (zie de module [Fissura ani](#) in de richtlijn Protocologie).

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Voorafgaand aan een behandeling met BTX-A moet de patiënt worden geïnformeerd over de mogelijke complicaties van de intradetrusor BTX-A-injecties. Een van de mogelijke complicaties die negatief effect kan hebben op kwaliteit van leven is residu na mictie, bacteriurie en urineweginfecties en het tijdelijk moeten katheteriseren.

Het aanleren van zelf-katheterisatie voorafgaand aan de behandeling kan worden overwogen om een weloverwogen keuze om wel of niet een BTX-A-behandeling te willen ondergaan.

Kosten (middelenbeslag)

Er zijn geen studies bekend over kosteneffectiviteit voor BTX-A-behandeling bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Het is onbekend of er bezwaren zijn van relevante stakeholders.

Haalbaarheid en implementatie

De heterogeniteit van de patiëntengroep met chronische bekkenpijn maken de groep patiënten groot en complex wat betreffende toepassingen van botuline toxine A (BTX-A) injecties. BTX-A wordt in veel klinieken voor verschillende indicaties toegepast. Daarmee is er alleen opschaling nodig om het benodigde aantal behandelingen te kunnen doen.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

De behandeling van CBP is door de complexe, multifactoriële pathogenese moeilijk. Het gebrek aan duidelijk bewijs voor welke behandeling dan ook maakt dat botuline toxine A (BTX-A) te overwegen is bij patiënten met chronische bekkenpijn. Als wordt gekeken naar de huidige bewijslast, dan is er alleen een aanbeveling te doen voor BTX-A-injecties voor patiëntengroep met blaaspijnsyndroom/ interstitiële cystitis en voor chronisch prostaatpijn syndroom.

Met name voor intradetrusor BTX-A-injecties dient te worden afgewogen wat het individuele risico is op urineretentie en urineweginfecties.

Onderbouwing

Achtergrond

De behandeling van patiënten met chronisch bekkenpijn is lastig omdat de oorzaak vaak niet bekend is. Omdat de klachten een enorme impact kunnen hebben op kwaliteit van leven worden veel behandelingen geprobeerd. De pathogenese van chronisch bekkenpijn is complex en multifactorieel, dit heeft geresulteerd in afwezigheid van een gestructureerde behandelstrategie. Er worden verschillende therapieën ingezet en soms combinaties van therapieën waarbij de vraag is of er ruimte is voor alle therapieën die op dit moment voor handen zijn. Botuline toxine A (BTX-A) wordt in de urologie onder andere gebruikt voor patiënten met een overactieve blaas, en voor blaaspijnsyndroom/ interstitiële cystitis en chronisch prostaatpijn syndroom. BTX-A-injecties worden verder ook toegepast bij andere aandoeningen die chronische bekkenpijn veroorzaken zoals chronisch anaal pijnsyndroom, hypertone bekkenbodem en trigger points in de bekkenbodemmusculatuur.

Conclusies

Botulinetoxine injecties in de blaas

Zeer laag GRADE	<p>Het is onduidelijk wat het effect is van botulinetoxine injecties in de blaas op pijnintensiteit 1 maand na behandeling bij patiënten met interstitiële cystitis en/of blaaspijnsyndroom.</p> <p><i>Bronnen: (Akiyama, 2015; Pinto, 2018)</i></p>
----------------------------	--

Laag GRADE	<p>Botulinetoxine injecties in de blaas lijken de pijnintensiteit 3 maanden na behandeling enigszins te kunnen verminderen bij patiënten met interstitiële cystitis en/of blaaspijnsyndroom.</p> <p><i>Bronnen: (Gottsches, 2011; Kaysan, 2012; Kuo, 2009; Kuo, 2015; Manning, 2014; Pinto, 2018)</i></p>
- GRADE	<p>Het is onbekend wat het effect is van botulinetoxine injecties in de blaas op de patiënttevredenheid en het vóórkomen van complicaties bij patiënten met chronische bekkenpijn.</p>
Zeer laag GRADE	<p>Het is onduidelijk wat het effect is van botulinetoxine injecties in blaas op kwaliteit van leven 1 maand na behandeling bij patiënten met interstitiële cystitis.</p> <p><i>Bronnen: (Akiyama, 2015).</i></p>

Botulinetoxine injecties in de prostaat

Redelijk GRADE	<p>Bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijnsyndroom verminderen botuline toxine A (BTX-A) injecties in de prostaat waarschijnlijk de pijnintensiteit 1, 3 en 6 maanden na behandeling.</p> <p><i>Bronnen: (Falahatkar, 2015)</i></p>
- GRADE	<p>Het is onbekend wat het effect is van botulinetoxine injecties in de prostaat op de patiënttevredenheid en het vóórkomen van complicaties bij patiënten met chronische bekkenpijn.</p>
Redelijk GRADE	<p>Bij mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijnsyndroom verbeteren botuline toxine A (BTX-A) injecties in de prostaat waarschijnlijk de kwaliteit van leven 1, 3 en 6 maanden na behandeling.</p> <p><i>Bronnen: (Falahatkar, 2015)</i></p>

Botuline toxine injecties in de pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren

- GRADE	<p>Het is onbekend wat het effect is van botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren op de pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven bij patiënten met chronische bekkenpijn.</p>
--------------------	---

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

In totaal werd één systematische review en meta-analyse (Shim, 2016) en werden drie losse RCT's (Akiyama, 2015; Falahatkar, 2015; Pinto, 2018) opgenomen in de literatuuranalyse. Drie studies beschreven botulinetoxine

injecties in de blaas (Akiyama, 2015; Shim, 2016; Pinto, 2018) en één studie beschreef botuline toxine A (BTX-A) injecties in de prostaat (Falahatkar, 2015). Er werden geen studies geïnccludeerd waarin botulinetoxine injecties in de pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd.

Shim (2016) voerde een systematische review en meta-analyse uit naar de effectiviteit en veiligheid van intradetrusor botuline toxine A (BTX-A) bij patiënten met IC of BPS werd vergeleken met een placebo. De search werd verricht in 2015 (exacte datum onbekend) in de databases MEDLINE, Embase, Cochrane Library en in *the Prostatic Diseases and Urologic Malignancies Groups specialized registry*. Er werden in totaal 5 RCT's geïnccludeerd (Gottsche, 2011; Kasyan, 2009; Kuo, 2009; Kuo, 2015; Manning, 2014).

In totaal werden 229 patiënten beschreven die een intradetrusor BTX-A-injectie of placebo kregen voor de behandeling van IC/BPS. De meeste patiënten waren vrouwen en alle patiënten hadden hardnekkige klachten waarbij conventionele behandeling eerder gefaald had. De duur van de pijnklachten werd niet gerapporteerd door Shim (2016). Alle studies beschreven de resultaten 12 weken na behandeling, behalve Kuo (2015) na 8 weken. Tabel 1 beschrijft een beknopt overzicht van de vergeleken behandelingen. Voor een uitgebreid overzicht van de behandelingen wordt verwezen naar de bijgevoegde evidence tabellen.

Akiyama (2015) beschreef een RCT waarin patiënten met therapieresistente interstitiële cystitis werden behandeld met BTX-A 100 U injecties in de blaas. Inclusiecriteria betrof patiënten met een minimale pijnscore van 4 op een VAS-schaal (0 tot 10), een minimale score van 6 op de O'Leary and Sant's symptoom- en probleemindex (OSSI/OSPI) en patiënten rapporteerden nog steeds klachten, ondanks minimaal één eerdere hydrodistensie en medicamenteuze behandeling. In totaal werden 34 patiënten geïnccludeerd: de interventiegroep kreeg meteen de behandeling (n=18; 4 mannen, 14 vrouwen; gemiddelde leeftijd 64,3 jaar (SD 13,2 jaar)), de controlegroep kreeg geen behandeling op baseline, maar kreeg één maand later dezelfde behandeling (n=16; 4 mannen, 12 vrouwen; gemiddelde leeftijd 65,6 jaar (SD 14,5)). Tijdens de BTX-A-injectie werd hydrodistensie zo veel mogelijk vermeden. Gemiddelde duur van interstitiële cystitis was 6,2 jaar (SD 3,9) in de interventiegroep en 7,1 jaar (SD 4,9) in de controlegroep.

Falahatkar (2015) beschreef een dubbelblind, placebogecontroleerde RCT waarin mannen met chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijnsyndroom werden behandeld met transurethrale intraprostatische BTX-A-injecties. Inclusiecriteria betrof mannen met een klinische diagnose chronische prostatitis en/of chronische bekkenpijnsyndroom, waarbij 4 tot 6 weken behandeling met fluoroquinolones, α -blokkers, anti-inflammatoire medicijnen en spierontspanners eerder geen effect had. Daarnaast hadden alle mannen een geaggregeerde score van ≥ 10 op de pijn- en urineweg symptomen schaal en een score van ≥ 8 op de subschaal pijn van de National Health Institute - Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) vragenlijst. In totaal werden 60 patiënten geïnccludeerd: de interventiegroep kreeg een behandeling met botulinum toxine type A (< 100 IU voor prostaatvolume < 30 mL; 200 IU voor prostaatvolume 30 tot 60 mL) (n=30; gemiddelde leeftijd 42,7 jaar (SD 11,2)). De controlegroep (n=30; gemiddelde leeftijd 38,2 jaar (SD 11,8)) ontving een injectie met 2 mL zoutoplossing. Gemiddelde duur van de klachten werd niet gerapporteerd. Er werden geen verschillen op baseline gerapporteerd, behalve dat de baseline kwaliteit van leven score hoger was in de interventiegroep dan de controlegroep.

Pinto (2018) beschreef een dubbelblind, placebogecontroleerde RCT waarin vrouwen met blaaspijnsyndroom

en/of interstitiële cystitis werden behandeld met intratrigonale onabotulinum toxine A injecties van de blaas. Inclusiecriteria betrof vrouwen 18 tot 60 jaar met > 6 maanden blaaspijnsyndroom en/of interstitiële cystitis, met pijnklachten > 4 op een VAS-schaal (0 tot 10, geen tot maximale pijn). Eerdere behandeling had geen effect. In totaal werden 21 patiënten geïnccludeerd, 2 patiënten werden na afloop alsnog geëxcludeerd (1 uit de interventie-, 1 uit de controlegroep). Eén vrouw werd geëxcludeerd omdat ze > 60 jaar was en één vrouw omdat ze 20 jaar eerder een operatie aan het bekken bleek te hebben gehad. Het was onduidelijk in welke groepen deze vrouwen zaten en het was onduidelijk waarom dit niet bekend was vóór de interventie werd gestart. In totaal werden 19 patiënten geanalyseerd: de interventiegroep kreeg 10 keer een 10 U intratrigonale onabotulinum toxine A injecties van de blaas (n=10; gemiddelde leeftijd 44,3 (SD 9,9)). De controlegroep kreeg 10 keer een injectie met 1 mL 0,9% zoutoplossing (n=9; gemiddelde leeftijd 47,4 (SD 11,1)). Gemiddelde duur van de klachten was 8,6 jaar (SD 8,4) in de interventiegroep, en 7 jaar (SD 3,6) in de controlegroep. Er werden geen verschillen op baseline gerapporteerd. Dit betrof een door de industrie gesponsorde studie.

Tabel 1 Beknopte beschrijving interventie en controle geïnccludeerde studies in Shim (2016)

Auteur (jaartal)	Patiëntpopulatie	Interventie (n)	Controle (n)
Gottsch (2011)	Vrouwen met hardnekkige pijn in het bekken van de blaas, urethra, vagina, perineum en/of blaas.	Onabotulinum toxine 50 U (n=9)	2 cm ³ zoutoplossing (n=11)
Kuo (2009)	Voornamelijk vrouwen (84%) met IC/BPS die eerder geen baat hadden bij conventionele behandeling.	Groep 1: Onabotulinum toxine 200 U (n=15) Groep 2: Onabotulinum toxin 100 U (n=29)	Cystoscopische hydrodistensie van de blaas
Manning (2014)	Vrouwen met langdurige, hardnekkige IC/BPS die eerder geen baat hadden bij conventionele behandeling.	Abobotulinum toxine 500 U (aangenomen werd dat dit gelijk was aan onabotulinum toxine 200 U)	30 mL zoutoplossing
Kuo (2015)	Voornamelijk vrouwen (87%) met IC/BPS die in de afgelopen 6 maanden geen baat hadden bij conventionele behandeling.	Onabotulinum toxine 100 U	Zoutoplossing (mL onbekend) gevolgd door cystoscopische hydrodistensie van de blaas
Kasyan (2012)	Vrouwen met BPS/IC.	Onabotulinum toxin 100 U	Standaard hydrodistensie van de blaas

Afkortingen: BPS: blaaspijnsyndroom; IC: interstitiële cystitis.

Resultaten

In totaal werd één systematische review en meta-analyse (Shim, 2016) en werden drie losse RCT's (Akiyama, 2015; Falahatkar, 2015; Pinto, 2018) opgenomen in de literatuuranalyse. Drie studies beschreven botulinetoxine injecties in de blaas (Akiyama, 2015; Shim, 2016; Pinto, 2018) en één studie beschreef botuline toxine A (BTX-A) injecties in de prostaat (Falahatkar, 2015). Er werden geen studies geïnccludeerd waarin botulinetoxine injecties in de pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd.

De resultaten uit de studies worden hieronder beschreven per uitkomstmaat, gestratificeerd voor de locatie van de injectie (blaas en prostaat). Resultaten worden zo veel mogelijk gepoold in een meta-analyse, met subgroep analyses voor de dosering van de injectie.

1. Pijnintensiteit

1.1 Botulinetoxine injecties in de blaas

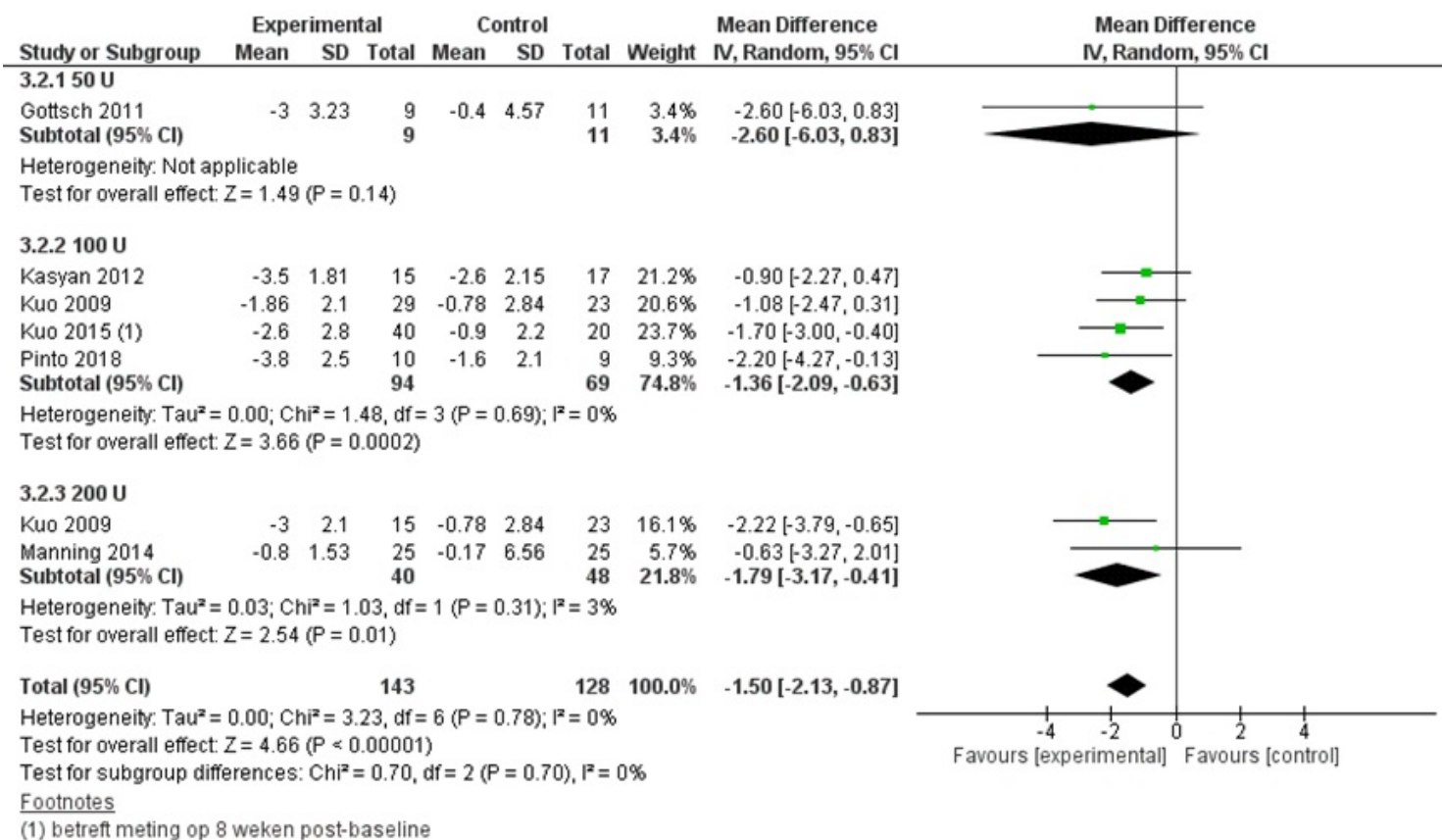
Zeven studies beschreven de uitkomstmaat pijnintensiteit na botulinetoxine injecties in de blaas (Akiyama, 2015; Gottsch, 2011; Kaysan, 2012; Kuo, 2009; Kuo, 2015; Manning, 2014; Pinto, 2018). Twee studies beschreven het effect na 1 maand (Akiyama, 2015; Pinto, 2018), één studie na 8 weken (Pinto, 2018) en zes studies rapporteerden na 3 maanden (Gottsch, 2011; Kaysan, 2012; Kuo, 2009; Kuo, 2015; Manning, 2014; Pinto, 2018). In alle studies werd de gemiddelde pijnscore gerapporteerd op basis van een VAS-schaal van 0 tot 10, geen tot maximale pijn.

Akiyama (2015) rapporteerde dat het gemiddelde verschil in pijnscore één maand na behandeling $-2,1$ (95%BI $-3,48$ tot $-0,72$) was, vergeleken tussen patiënten die met BTX-A ($n=18$) of placebo ($n=16$) werden behandeld. Pinto (2018) rapporteerde dat er niet-significante verschillen één maand post-injectie werden gezien, maar rapporteerde niet het daadwerkelijke gemiddelde verschil tussen de groepen.

Daarnaast rapporteerde Pinto (2018) ook dat er niet-significante verschillen 8 weken post-injectie werden gezien, maar rapporteerde niet het daadwerkelijke gemiddelde verschil tussen de groepen.

Figuur 1 presenteert het gepoolde, gewogen gemiddelde verschil in de pijnintensiteit tussen patiënten die met botulinetoxine injecties dan wel placebo werden behandeld. De overall verbetering in pijnscore na behandeling met botulinetoxine injecties was $-1,50$ (95% BI $-2,13$ tot $-0,87$). Subgroepanalyses van de dosering van de injectie (50, 100 en 200 U) lieten allen een effect in dezelfde richting zien.

Figuur 1 Forest plot uitkomstmaat 'pijnintensiteit na 3 maanden' op basis van het gewogen gemiddelde verschil tussen de interventie en controlegroep bij de behandeling door middel van botulinetoxine injecties



Z: p-waarde van het gepoolde effect; df: degrees of freedom (vrijheidsgraden); I²: statistische heterogeniteit; CI: betrouwbaarheidsinterval.

1.2 Botulinetoxine injecties in de prostaat

Eén studie rapporteerde de uitkomstmaat pijnintensiteit 1, 3 en 6 maanden na BTX-A-injecties in de prostaat (Falahatkar, 2015). De gemiddelde pijnscore werd gerapporteerd op basis van een VAS-schaal van 0 tot 10, geen tot maximale pijn.

Falahatkar (2015) rapporteerde het gemiddelde verschil in pijnscore na BTX-A-injecties in de prostaat (n=30) vergeleken met een placebo (n=30) op 1, 3 en 6 maanden post-injectie. Gemiddeld verschil in pijnscore na 1 maand was -5,20 (95%BI -5,40 tot -5,00), 3 maanden: -6,13 (95%BI -6,34 tot -5,93); 6 maanden: -7,00 (95%BI -7,19 tot -6,81).

1.3 Botuline toxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren

Er werden geen studies geïncludeerd waarin botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

2. Patiënttevredenheid

Er werden geen studies geïncludeerd waarin de uitkomstmaat patiënttevredenheid werd beschreven na botulinetoxine injecties in de blaas, prostaat, pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren.

3 Complicaties

3.1 Botulinetoxine injecties in de blaas

Vier studies rapporteerden complicaties (Akiyama, 2015; Kuo, 2009; Kuo, 2015; Pinto, 2018). De resultaten worden hieronder beschrijvend gepresenteerd.

Tabel 2 presenteert het vóórkomen van *adverse events* in de studies van Kuo (2009) en Kuo (2015) tezamen. Dysurie kwam significant vaker voor na BTX-A-injecties dan placebo (31 versus 5%; $P=0,001$). Andere complicaties kwamen vaker voor in de interventiegroep, maar hierin werd geen statistisch verschil gezien.

Tabel 2 Overzicht complicaties na BTX-A-injecties van de blaas, zoals gerapporteerd in Shim (2016) door Kuo (2009) en Kuo (2015)

Complicatie	Interventiegroep (n=84)	Controlegroep (n=43)	P-waarde
Hematurie	3 (3,6%)	0	0,55
Urineweginfectie	5 (6%)	0	0,166
Dysurie	26 (31%)	2 (4,7%)	0,001
Groot <i>post-void residual volume</i>	7 (8,3%)	0	0,094
Urineretentie	6 (7,1%)	0	0,095

Akiyama (2015) rapporteerde dat er geen complicaties ernstiger dan graad III van de Clavien Classificatie van Chirurgische Complicaties werden gezien. Problemen met het legen van de blaas werden gerapporteerd bij 10 van de 34 (29%) patiënten: na 1 week ($n=1$), na 1 maand ($n=5$), na 2 maanden ($n=3$), na 3 maanden ($n=1$). In totaal hadden 3 patiënten (9%) een *post-void residual volume* van > 100 ml in de eerste 2 maanden, dit verdween spontaan zonder intermitterend katheteriseren. Daarnaast rapporteerde één patiënt (3%) macroscopische hematurie na 2 weken, wat spontaan verdween zonder interventies. Tot slot rapporteerden 2 patiënten (6%) symptomatische afebriële urineweginfecties na 1 maand, wat met antibiotica werd behandeld.

Pinto (2018) rapporteerde dat alle *adverse events* graad 1 Clavien-Dindo waren. Vijf patiënten (onduidelijk welke groep) kregen een urineweginfectie tussen week 4 en 12 van de behandeling. Alle patiënten waren symptomatisch en reageerden goed op behandeling met antibiotica. Er waren geen patiënten met urinewegretentie.

3.2 Botulinetoxine injecties in de prostaat

Eén studie beschreef het vóórkomen van complicaties na BTX-A-injecties van de blaas (Falhatkar, 2015). De resultaten worden beschrijvend gepresenteerd.

Falhatkar (2015) rapporteerde geen grote systemische of lokale complicaties. Er werd in twee patiënten in de interventiegroep (7%) milde macroscopische hematurie < 6 uur gerapporteerd, welke conservatief werd behandeld.

3.3 Botuline toxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren

Er werden geen studies geïncludeerd waarin botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

4. Kwaliteit van leven

4.1 Botulinetoxine injecties in de blaas

Twee studies beschreven de uitkomstmaat kwaliteit van leven na botulinetoxine injecties in de blaas (Akiyama, 2015; Pinto, 2018). Akiyama (2015) rapporteerde dit 1 maand na behandeling op basis van de QOL-index van de International Prostate Symptom Score (IPSS) (schaal 1 tot 6, geen tot ernstige beperking in kwaliteit van leven door aandoening). Pinto (2018) rapporteerde de kwaliteit van leven op 4, 8 en 12 weken na Onabotuline toxine injecties op basis van de IPSS QOL index (schaal 0 tot 6, geen tot ernstige beperking in kwaliteit van leven door aandoening). Het daadwerkelijke verschil tussen de groepen in de verandering tussen de pre- en post-baseline scores werd niet door Pinto (2018) gerapporteerd.

Akiyama (2015) rapporteerde een gemiddeld verschil in kwaliteit van leven van -1,00 (95%BI -2,05 tot 0,05) tussen de interventie (n=18) en controlegroep (n=16) 1 maand na BTX-A-injecties.

4.2 Botulinetoxine injecties in de prostaat

Eén studie beschreef de uitkomstmaat kwaliteit van leven na BTX-A-injecties in de prostaat (Falahatkar, 2015). Falahatkar (2015) rapporteerde dit 1, 3 en 6 maanden post-injectie op basis van de QOL-index van de the National Institutes of Health -Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI), schaal 0 tot 6 van geen tot ernstige beperking in kwaliteit van leven door aandoening.

Falahatkar (2015) rapporteerde een gemiddeld verschil in kwaliteit van leven na BTX-A-injecties in de prostaat (n=30) vergeleken met een placebo (n=30) op 1, 3 en 6 maanden post-injectie: gemiddeld verschil in kwaliteit van leven na 1 maand was -2,20 (95%BI -2,33 tot -2,07), 3 maanden -3,10 (-3,23 tot -2,97); 6 maanden: -3,47 (-3,61 tot -3,32).

4.3 Botuline toxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren

Er werden geen studies geïnccludeerd waarin botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Bewijskracht van de literatuur

Botulinetoxine injecties in de blaas

Pijnintensiteit (1 maand follow up):

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 1 maand na botulinetoxine injecties** in de blaas is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke blinding (Akiyama, 2015) en onduidelijke exclusie van 2 patiënten na afloop (Pinto, 2018)), inconsistentie (geïnccludeerde studies spreken elkaar tegen) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE zeer laag.

Pijnintensiteit (3 maanden follow up):

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 3 maanden na botulinetoxine injecties** in de blaas is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke exclusie van 2 patiënten na afloop (Pinto, 2018)) en het

betrouwbaarheidsinterval van het gepoolde effect overlapt de grens van klinische relevantie (imprecisie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE laag.

Patiënttevredenheid:

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **patiënttevredenheid** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met botulinetoxine injecties van de blaas.

Complicaties:

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat de geïncludeerde studies onvoldoende informatie rapporteerden.

Kwaliteit van leven:

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **kwaliteit van leven 1 maand na botulinetoxine injecties** in de blaas is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias vanwege onduidelijke blindering (Akiyama, 2015)) en omdat het betrouwbaarheidsinterval van het effect overlapt met de grens van klinische relevantie (imprecisie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE zeer laag.

Botulinetoxine injecties in de prostaat

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **pijnintensiteit 1, 3 en 6 maanden na botulinetoxine injecties** in de prostaat is met één niveau verlaagd gezien het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE redelijk.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **patiënttevredenheid** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat er geen studies werden geïncludeerd waarin deze uitkomstmaat werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn die behandeld werden met botulinetoxine injecties van de prostaat.

De bewijskracht voor de uitkomstmaat **complicaties** kon niet worden gegradeerd door middel van GRADE doordat de geïncludeerde studies onvoldoende informatie rapporteerden.

RCT's beginnen op een hoog niveau van bewijskracht. De bewijskracht voor de uitkomstmaat **kwaliteit van leven 1, 3 en 6 maanden na botulinetoxine injecties** in de prostaat is met één niveau verlaagd gezien het geringe aantal patiënten (imprecisie). Hierdoor kwam de bewijskracht uit op een GRADE redelijk.

Botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren

De bewijskracht voor de uitkomstmaten **pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties en kwaliteit van leven** konden niet worden gegradeerd door middel van GRADE. Er werden geen studies geïncludeerd waarin botulinetoxine injecties in pelvic floor trigger points, puborectalis en/of pubococcygeus spieren werden bestudeerd bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de effectiviteit (en veiligheid) van botuline toxine A injecties in de blaas, prostaat, muscle trigger points of bekkenbodemspieren vergeleken met placebo voor de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn ≥ 6 maanden);

I: behandeling door middel van botulinetoxine injecties (onabotuline toxine en abotuline toxine) in de blaas, prostaat, pelvic floor trigger points, puborectalis en pubococcygeus spieren;

C: standaardbehandeling, operaties, sham of placebo;

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en Embase (Elsevier) is op 15 augustus 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van behandeling van chronische bekkenpijn door middel van botulinetoxine injecties (onabotuline toxine en abotuline toxine). De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 277 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie betrof een RCT waarin botulinetoxine injecties (onabotuline toxine en abotuline toxine) werden vergeleken met een andere behandeling of placebo behandeling; 3) minimaal één van de volgende uitkomstmaten werd gerapporteerd: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 106 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 98 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en 8 studies geselecteerd. Dit betroffen 5 systematische reviews en/of meta-analyses (Mangera, 2014; Ochoa Vargas, 2018; Shim, 2016; Tirumuru 2010; Wang, 2016). Vergeleken met de andere vier reviews, beschrijft het review van Shim (2016) het meest gedetailleerd de resultaten van de studies. Het review van Ochoa Vargas (2018) bevatte geen nieuwe studies vergeleken met Shim (2016). Er werd daarom voor gekozen om de data uit Shim (2016) te extraheren en alle relevante studies die sindsdien waren geïdentificeerd (Akiyama, 2015; Falahatkar, 2015; Pinto, 2018). In totaal werden er 4 studies definitief opgenomen in de literatuuranalyse (Akiyama, 2015; Falahatkar, 2015; Shim, 2016; Pinto, 2018).

Resultaten

In totaal werd één systematische review en meta-analyse (Shim, 2016) en werden drie losse RCTs (Akiyama, 2015; Falahatkar, 2015; Pinto, 2018) opgenomen in de literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Akiyama Y, Nomiya A, Niimi A, Yamada Y, Fujimura T, Nakagawa T, Fukuhara H, Kume H, Igawa Y, Homma Y. Botulinum toxin type A injection for refractory interstitial cystitis: A randomized comparative study and predictors of treatment response. *Int J Urol*. 2015 Sep;22(9):835-41.

Falahatkar S, Shahab E, Gholamjani Moghaddam K, Kazemnezhad E. Transurethral intraprostatic injection of botulinum neurotoxin type A for the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results of a prospective pilot double-blind and randomized placebo-controlled study. *BJU Int*. 2015 Oct;116(4):641-9.

Pinto RA, Costa D, Morgado A, Pereira P, Charrua A, Silva J, Cruz F. Intratrigoal OnabotulinumtoxinA Improves Bladder Symptoms and Quality of Life in Patients with Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis: A Pilot, Single Center, Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Trial. *J Urol*. 2018 Apr;199(4):998-1003.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Shim SR, Cho YJ, Shin IS, Kim JH. Efficacy and safety of botulinum toxin injection for interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Int Urol Nephrol*. 2016 Aug;48(8):1215-1227.

Pijneducatie bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de waarde van pijneducatie in de behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Geef pijneducatie aan elke patiënt met chronische bekkenpijn.

Zorg ervoor dat pijneducatie bij chronische bekkenpijn in ieder geval dezelfde elementen bevat als pijneducatie bij algemene chronische pijn.

In de ideale situatie bevat pijneducatie de volgende elementen:

- Uitleg over pijnmechanismen.
- Verschil tussen acute pijn en chronische pijn.
- Ontstaan van sensitisatie.
- Uitleg over de anatomie en functie van organen, waarbij uitleg wordt gegeven over mictie, defecatie, menstruatie en seksualiteit.
- Uitleg pijncirkel.
- Uitleg over de mogelijkheden en interventies en bijwerkingen.
- Lange termijnperspectief en zelfmanagement

Overwegingen

De onderstaande overwegingen en aanbevelingen gelden voor het overgrote deel van de populatie waarop de uitgangsvraag betrekking heeft.

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Er werden geen studies opgenomen in de literatuuranalyse. Wegens het gebrek aan literatuur kon de bewijskracht niet worden gegradeerd door middel van GRADE. Er is hier sprake van een kennislacune.

Pijneducatie is meer dan voorlichting. Het gaat over het ontstaan van de chronische pijn, factoren die de klachten beïnvloeden en over hoe om te gaan met de gevolgen van het ziekteverloop (Zorgstandaard Chronische Pijn - versie 28 maart 2017). Bij pijneducatie wordt informatie gegeven over het verschil tussen acute pijn, wat een alarmfunctie heeft, en chronische pijn, waarbij door sensitisatie overgevoelig op prikkels wordt gereageerd. De patiënt gaat met behulp van pijneducatie actief aan de slag met eigen kunnen en leert omgaan met de klachten en beperkingen. Pijneducatie kan gegeven worden door een arts, gezondheidszorgpsycholoog, pijnverpleegkundige of fysiotherapeut met ervaring in pijneducatie. De patiënt leert door middel van pijneducatie het dagelijks leven voor zover mogelijk te hervatten. Goede educatie stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid voor zijn ziekte te nemen en de kwaliteit van zijn leven zo goed mogelijk te houden. Een goed geïnformeerde patiënt heeft kennis over en inzicht in zijn aandoening, zijn behandeling, in de gevolgen voor zijn dagelijks leven en welke mogelijkheden hij zelf heeft om met de pijn en de gevolgen om te gaan. (Zorgstandaard Chronische pijn, 2017).

Zowel in de (multidisciplinaire) Zorgstandaard Chronische Pijn (versie 28 maart 2017) als in de NHG standaard M106 Pijn (2018) wordt aandacht besteed aan het belang van pijneducatie. Op basis van de hierin geciteerde literatuur over chronische pijn in het algemeen, waarbij de meeste literatuur over rugklachten gaan, blijkt dat pijneducatie en e-health soms een gunstig effect op de klachten kunnen geven. Aangenomen wordt dat dit ook geldt voor patiënten met chronische bekkenpijn.

In de NHG standaard M 106 Pijn wordt beschreven dat pijneducatie een positief effect heeft op door de patiënt gerapporteerde beperkingen. Pijneducatie is belangrijk om een actieve leefstijl te realiseren en te onderhouden (NHG, 2018). Bij chronische lage rugpijn is het bekend dat pijneducatie een positief effect heeft op catastroferen. Het verbetert de passieve copingstrategie en geeft een geringe verbetering van de pijnattitude (Clarke, 2011). Louw (2011) concludeert op basis van een systematische review dat er voor patiënten met chronische musculoskeletale pijn evidence is voor een positief effect voor *neuroscience education* op zowel actief als passief bewegen. Ook e-health kan een belangrijke bijdrage leveren. Een open studie van Lee (2014) bij patiënten met blaaspijnsyndroom en/of interstitiële cystitis suggereert dat e-health als educatie ook een gunstig effect kan hebben op de kwaliteit van leven en pijnklachten.

Op basis van expert opinion bevat pijneducatie bij patiënten met chronische bekkenpijn idealiter:

- Uitleg over pijnmechanismen.
- Verschil tussen acute pijn en chronische pijn.
- Ontstaan van sensitisatie.
- Uitleg over de anatomie en functie van organen, waarbij uitleg wordt gegeven over urineren, defecatie, seksualiteit.
- Uitleg pijncirkel.
- Uitleg over de mogelijkheden en interventies en bijwerkingen.
- Lange termijnperspectief.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun verzorgers)

Een van belangrijkste motieven van de patiënt is gehoord worden over zijn klacht en erkenning van de klachten. Vaak zijn vermindering van de klachten en normaal functioneren de belangrijkste doelen. Naast de behandeling van herstel belemmerende factoren, kan men ook uitleg en voorlichting geven over het 'leren leven met chronische pijn', het 'optimaal benutten van de functionele mogelijkheden' en de 'participatie in de maatschappij'. Om de patiënt en begeleiders te ondersteunen kan ook verwezen worden naar websites waarvan uit patiëntenperspectief informatie gegeven wordt over het omgaan met chronische pijn, zoals Thuisartsinformatie. (Deze websites zijn onder andere te vinden als bijlage bij de Zorgstandaard Chronische pijn, versie 28 maart 2017: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/chronische-pijn>).

Pijneducatie is belangrijk voor het onderhouden van een actieve leefstijl en heeft een positief effect op het omgaan met de pijn. Communicatiemiddelen dienen zorgvuldig te worden uitgezocht en afgestemd op de patiënt. Niet elke patiënt heeft de mogelijkheid of vaardigheden om de juiste informatie op internet te vinden. Daarnaast hebben sommige patiënten, vanwege laaggeletterdheid of een taalbarrière, moeite om de aangereikte informatie te begrijpen en in te vullen, zoals vragenlijsten en dagboeken.

Kosten (middelenbeslag)

Er zijn geen gegevens bekend over de kosteneffectiviteit van pijneducatie bij patiënten met chronische bekkenpijn.

Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Er zijn geen relevante bezwaren van overige relevante stakeholders bekend.

Haalbaarheid en implementatie

Een belangrijke voorwaarde voor implementatie is dat de zorgverlener bekwaam is in het verlenen van pijneducatie dan wel kan verwijzen binnen het multidisciplinaire team naar iemand die hierin geschoold is. Veelal zijn bekkenfysiotherapeuten en fysiotherapeuten toegerust om pijneducatie te geven. Belangrijk is dat tijdens de (para)medische opleiding hier passend aandacht aan gegeven wordt.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

In de literatuuranalyse werden geen studies gevonden voor beantwoorden van de vraag.

Bij andere chronische pijnsyndromen, zoals patiënten met chronische musculoskeletale pijn, wordt effect gezien van pijneducatie. Gezien de positieve effecten van pijneducatie bij andere soorten chronische pijn wordt aanbevolen ook bij bekkenpijn, naast goede voorlichting over de pijn, ook pijneducatie te geven.

Onderbouwing

Achtergrond

In de huidige situatie is het onduidelijk of er bij (aanvang van) de behandeling van chronische bekkenpijn pijneducatie wordt gegeven. Het is bekend dat het geven van pijneducatie bij andere chronische pijnklachten effect heeft. Pijneducatie is gericht op het veranderen van maladaptieve pijn cognities, bijvoorbeeld de gedachte dat pijn altijd een teken is van weefselschade, die kunnen leiden tot catastroferen. Er is bewijs voor de werkzaamheid van pijneducatie op catastroferen (NHG standaard pijn M106).

Conclusies

- GRADE	Vanwege het ontbreken van studies waarin een specialistisch pijneducatie programma werd vergeleken met een standaard pijneducatieprogramma is het onduidelijk wat het effect hiervan is op de pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven van patiënten met chronische bekkenpijn.
-------------------	--

Samenvatting literatuur

Er werden geen onderzoeken opgenomen in de literatuuranalyse. Hierdoor kon er geen GRADE-beoordeling worden uitgevoerd.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is de effectiviteit van een specialistisch pijneducatieprogramma vergeleken met standaard pijneducatie (gesprek + folder) bij patiënten met chronische bekkenpijn?

P: patiënten met chronische bekkenpijn (duur van de pijn ≥ 6 maanden);

I: specialistisch pijneducatieprogramma;

C: standaard pijneducatie (gesprek en folder);

O: pijnintensiteit, patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte pijnintensiteit een voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaat; en patiënttevredenheid, complicaties, kwaliteit van leven voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten.

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

De werkgroep hield de GRADE-default grenzen (25% voor dichotome uitkomstmaten en 0,5 SD voor continue uitkomstmaten) aan als een klinisch (patiënt) relevant verschil (Schüneman, 2013).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de database Medline (via OVID) is op 26 augustus 2019 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, randomized controlled trials (RCT's) en observationele cohortstudies waarin was gekeken naar de waarde van een specialistisch pijneducatieprogramma vergeleken met een standaard pijnprogramma (folder en gesprek) bij mensen met chronische bekkenpijn is. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 101 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: 1) studie betrof patiënten met chronische bekkenpijn (duur pijn ≥ 6 maanden); 2) studie betrof een vergelijkend onderzoek waarin specialistisch pijneducatieprogramma werd vergeleken met alleen een standaard pijneducatieprogramma (gesprek en folder). Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie 23 studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 23 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording), en 0 studies definitief geselecteerd.

Resultaten

Er werden geen onderzoeken opgenomen in de literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back

pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther* 2011;16:544-9.

Lee MH, Wu HC, Lin JY, Tan TH, Chan PC, Chen YF. Development and evaluation of an E-health system to care for patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Int J Urol*. 2014 Apr;21 Suppl 1:62-8.

Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:2041-56.

Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG standaard Pijn (2018). <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-pijn> (bezoekt op 8-1-2020).

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Zorgstandaard Chronische pijn (versie 28-03-2017). https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf

Evaluatie bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Hoe moet de evaluatie van de behandeling eruitzien bij patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Maak bij onderstaande aanbevelingen gebruik van de in de [flowchart](#) aangegeven routes over evaluatiemomenten van de patiënt met chronische bekkenpijn.

Maak een afspraak voor een eerste evaluatiemoment uiterlijk 6 weken na de start van het zorgpad.

Evalueer met de patiënt of hij tevreden is met de huidige kwaliteit van leven.

Indien de patiënt tevreden is, besteedt dan aandacht aan zelfmanagement bij herhaalde klachten

Indien de patiënt niet tevreden is bepaal dan of er een laag of hoog risico is op het ontwikkelen van chronische bekkenpijn

Vraag voor mensen met een laag risico en orgaansymptomen of functiestoornissen een consult aan bij een medisch specialist, geregistreerd bekkenfysiotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog of seksuoloog NVVS.

Vraag voor mensen met een laag risico zonder orgaansymptomen of functiestoornissen een consult aan bij een pijnspecialist of een revalidatiearts.

Vraag voor mensen met een hoog risico een consult aan bij een multidisciplinair bekkenpijnteam

Evalueer het gekozen traject met de patiënt en bepaal dan het vervolgtraject.

Indien er op dat moment een behandelwens is en myofasciale klachten en sensitatie een belangrijke rol spelen, wordt een consult gevraagd bij een pijnrevalidatiecentrum.

Indien patiënt tijdens het evaluatiemoment na de pijnrevalidatie niet tevreden is wordt aandacht besteedt aan zelfmanagement, uitgaande van het gegeven dat de situatie rondom de pijn is zoals hij is.

Overwegingen

Voor elke patiënt met chronische bekkenpijn die door huisarts of medisch specialist is behandeld wordt het eerste evaluatiemoment door de huisarts ingepland uiterlijk 6 weken na het starten van de behandeling. Gedurende het zorgpad zijn meerdere evaluatiemomenten ingepland, zoals in de flowchart is te zien. Tijdens deze evaluatiemomenten zal de huisarts samen met de patiënt stil staan bij de behaalde winst en de ervaren veranderingen. Belangrijk is om hierbij te focussen op de *bereikte* veranderingen en vervolgens aandacht te besteden aan eventueel nog *gewenste* veranderingen. In het taalgebruik is spreken over veranderingen neutraal en spreken over verbeteringen gekleurd. Het is goed dit te realiseren als deze gesprekken worden voorbereid.

Tijdens de evaluatiemomenten wordt vastgesteld of patiënt tevreden is met de situatie zoals die dan is. Onder tevreden verstaan we dat er op dat moment geen verdere behandelingswensen aanwezig zijn. Het is aan te bevelen de evaluatie in overleg met de patiënt samen te vatten en ook als zodanig in het dossier vast te leggen. Het op papier meegeven van de samenvatting aan patiënt, kan helpen in het verdere beloop.

Eerste evaluatiemoment.

Indien patiënt bij het eerste evaluatiemoment aangeeft niet tevreden te zijn, dan wordt op basis van de aanwezige risicofactoren een inschatting gemaakt van het risico dat de klachten chronisch gaan worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de psychosociale en seksuologische factoren (zie de module Psychosociale en seksuologische anamnese) en de voorgeschiedenis op het gebied van pijnklachten. Indien de inschatting is dat er een 'hoog risico' bestaat op het chronisch worden van de klachten, dan wordt patiënt voor consult verwezen naar een multidisciplinair bekkenpijnteam. Indien er sprake is van een 'laag risico' op chronisch worden en er orgaansymptomen of functieklachten aanwezig zijn, dan wordt patiënt verwezen voor een consult bij een medisch specialist, een geregistreerd bekkenfysiotherapeut, een gezondheidszorgpsycholoog of een seksuoloog NVVS. Als er sprake is van een laag risico en er geen orgaansymptomen of functieklachten aanwezig zijn maar myofasciale klachten en gegeneraliseerde sensitatie wel een belangrijke rol spelen, dan wordt een consult gevraagd bij een pijnspecialist of een revalidatiearts.

Volgende evaluatiemomenten

Aan het einde van het beschreven traject volgt weer een evaluatiemoment zoals eerder beschreven. Er zijn twee uitkomsten mogelijk die elk hun eigen vervolgstappen opleveren.

Patiënt tevreden

Als patiënt tevreden is en geen andere behandelwensen meer heeft, dan kan het contact worden afgesloten. Lopende behandelingen kunnen worden voortgezet en afgerond. Tevens wordt aandacht besteed aan zelfmanagement ter voorkoming van hernieuwde klachten en aan zelfmanagement in de zin van hoe te handelen mochten de pijnklachten weer terugkomen. Bij dit laatste valt te denken aan de algemene aspecten die in de voorgaande behandeling aan de orde zijn geweest, zoals de oefeningen van de bekkenfysiotherapeut of de adviezen van de gezondheidszorgpsycholoog. De patiënt wordt ook gewezen op de eerder meegegeven informatie in het kader van pijneducatie. Het is daarbij ook van belang om af te spreken in welke situatie opnieuw contact kan worden opgenomen. Het feit dat er een mogelijkheid is om terug te vallen op een bekend hulpverlenerscontact werkt preventief en werkt ook steunend als de klachten weer terugkomen.

Patiënt heeft nog behandelwensen

Het vervolgbeleid is afhankelijk van het tot nu toe gevolgde traject:

- Patiënten die eerder een monodisciplinair traject hebben gevolgd en orgaansymptomen of functieklachten in meerdere orgaansystemen hebben, worden voor consult verwezen naar een multidisciplinair bekkenpijnteam.
- Patiënten die eerder een monodisciplinair traject hebben gevolgd, een behandelwens hebben en bij wie *geen* orgaansymptomen of functieklachten aanwezig zijn maar wel musculoskeletale pijnklachten en sensitatie, worden voor consult verwezen naar een centrum voor pijnrevalidatie.
- Patiënten die bij een multidisciplinair bekkenpijnteam zijn geweest, een behandelwens hebben, en waarbij

musculoskeletale pijnklachten en sensitatie op de voorgrond staan, worden voor consult verwezen naar een centrum voor pijnrevalidatie.

In andere situaties wordt er extra aandacht besteed aan het zelfmanagement en dan met name aan het omgaan met de situatie zoals die dan is en die als blijvend moet worden beschouwd. De huisarts kan hierbij ook zijn eigen rol aangeven door de mogelijkheid te bieden om met een bepaalde regelmaat bij te praten, bijvoorbeeld met de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts - geestelijke gezondheidszorg). Herhaalde consultatie bij andere hulpverleners levert geen bijdrage aan de zorg voor patiënten met chronische bekkenpijn. Er wordt in deze situatie daarom niet opnieuw een ronde ingezet zoals hierboven beschreven.

Onderbouwing

Achtergrond

In deze module zal worden ingegaan op de evaluatie van de behandeling van chronische bekkenpijn tussen patiënt en behandelaar. Bij deze richtlijn is een [flowchart](#) gemaakt waarin de evaluatiemomenten in de zorg voor de patiënt met chronische bekkenpijn duidelijk worden aangegeven. We adviseren gebruik te maken van deze flowchart.

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet laat beantwoorden op basis van een literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

Organisatie van zorg bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Op welke wijze dient de organisatie van de zorg voor patiënten met chronische bekkenpijn te worden geregeld?

Aanbeveling

Voor de huisarts:

Regel binnen de huisartsenpraktijk of -regio dat er een huisarts is met speciale interesse in chronische pijn. Laat deze huisarts de patiënten met chronische bekkenpijn begeleiden en contactpersoon zijn voor het bekkenpijnteam.

Voor de andere behandelaren van chronische bekkenpijn:

Vorm binnen ziekenhuizen of vanuit de huisartsenpraktijk een multidisciplinair team dat gespecialiseerd is in chronische bekkenpijn en zorg dat de huisartsen in de regio weten dat dit team er is.

Neem in ieder geval de volgende disciplines op in het multidisciplinaire team: uroloog, gynaecoloog, maag-darm-lever-arts of chirurg, pijnspecialist, gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS, geregistreerd bekkenfysiotherapeut.

Overweeg om een verpleegkundig specialist, gespecialiseerd pijnverpleegkundige, pijnconsulent of physician assistant in te zetten binnen de zorg en deel te laten nemen aan het multidisciplinair overleg.

Zorg voor goede communicatielijnen tussen huisarts en het multidisciplinaire team. Zorg voor heldere indicaties voor consultatie en maak afspraken over consultatie en terugkoppeling.

Zorg voor heldere communicatie met de patiënten en eventuele partner over verwachtingen, beleid en nazorg. Stel informatie beschikbaar waar de patiënt zelf mee aan de slag kan.

Maak duidelijk dat de leden van het multidisciplinaire team een brede kijk hebben op chronische bekkenpijn en dat allen werken vanuit een biopsychosociaal model.

Waarborg (na)scholing op het gebied van chronische (bekken)pijn in de samenwerking van huisartsen en bekkenpijnteam.

Maak gebruik van de [flowchart](#) van het zorgproces van de patiënt met chronische bekkenpijn.

Overwegingen

Het Nivel heeft in Nederland onderzoek gedaan naar de ervaringen van patiënten met chronische pijn en hun waardering voor de zorg (Krol, 2013). In hun rapport komen onder anderen de volgende aspecten aan de orde:

- Over de omgang met zorgverleners is meer dan 85% van de pijnpatiënten positief, alleen de voorlichting kan vaak nog beter.
- Patiënten willen graag gezien worden als samenwerkingspartner.

- Patiënten willen graag aandacht voor de continuïteit van zorg. Met name de samenwerking tussen de verschillende behandelaars en zorgverleners laat te wensen over.

De richtlijncommissie concludeert op basis van haar expertise dat deze constatering ook opgaan voor de zorg aan mensen met chronische bekkenpijn.

De volgende overwegingen zijn volgens de richtlijncommissie van belang als het gaat om de randvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg aan patiënten met chronische bekkenpijn. Deze randvoorwaarden worden beschreven aan de hand van de volgende deelonderwerpen: taakverdeling en verantwoordelijkheden, coördinatie rondom zorg, communicatie rondom zorg en mensen en middelen. Maak ook gebruik van de flowchart van het zorgproces van de patiënt met chronische bekkenpijn. De flowchart schetst hoe de optimale organisatie van zorg er uit zou kunnen zien. Op goede gronden kan van deze flowchart worden afgeweken.

Taakverdeling en verantwoordelijkheden

De huisarts zal in de meeste gevallen voor patiënten met chronische bekkenpijn degene zijn die een consult aanvraagt bij een andere hulpverlener, met name de medisch specialist. Een aantal overwegingen en adviezen hierover:

- De huisarts wacht niet langer dan 6 weken voor hij een medisch specialist in consult vraagt voor patiënten met bekkenpijn.
- Hierbij wordt meestal gekozen voor een uni-disciplinair consult bij een orgaan gerichte medisch specialist (gynaecoloog, uroloog, chirurg, MDL-arts).
- In deze richtlijn is op een aantal plaatsen aangegeven dat de zorg voor patiënten met chronische bekkenpijn gebaat kan zijn bij consultatie door een multidisciplinair bekkenpijnteam bestaande uit meerdere hulpverleners:
 - medisch specialist;
 - geregistreerd bekkenfysiotherapeut;
 - gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS.
- Binnen de zorg kunnen verpleegkundig specialisten, gespecialiseerd pijnverpleegkundige, pijnconsulent of physician assistants worden ingezet voor uitleg, begeleiding en behandeling.
- De revalidatiearts kan in deze fase worden gevraagd mee te denken over het opstellen van een multidisciplinair behandelprogramma.
- In organisatie-termen betekent dit dat de zorg verschuift van een monodisciplinair medisch specialistisch consult naar een beoordeling door een multidisciplinair bekkenpijnteam.
- Organisatorisch is het daarbij van belang dat er sprake is van:
 - bekendheid van het team in de regio, met name bij de huisartsen;
 - een goed communicatiekanaal met de huisarts;
 - een goede samenwerking tussen de teamleden;
 - kennis en expertise bij de teamleden;
 - goed toegankelijke locatie van het spreekuur van het team.
- De huisarts is in eerste instantie verantwoordelijk voor de zorg en daarmee ook voor het in consult vragen van het bekkenpijnteam. Na het bezoek aan dit team wordt door de teamleden advies gegeven over de vorm van behandeling en wordt aangegeven wie de verantwoordelijk hulpverlener en daarmee het aanspreekpunt is voor de patiënt. Dit kan de huisarts zijn maar ook een van de teamleden. Belangrijkste is

dat het voor de patiënt helder is, zodat die weet tot wie zich te wenden bij vragen.

- Als er aanvullende specialistische diagnostiek (beeldvorming, functie-onderzoek, scopie) nodig is zal dit door een medisch specialist worden verricht.

Zie voor meer informatie over de taakverdeling en verantwoordelijkheden ook de modules over de verwijzing uit de eerste lijn en taakverdeling.

Coördinatie rondom zorg

Op verzoek van de huisarts kan patiënt worden gezien door een multidisciplinair bekkenpijnteam.

- Voorafgaand aan het bezoek aan dit team bespreekt de huisarts met de patiënt waarom hij het van belang vindt dat patiënt wordt gezien door een bekkenpijnteam. Deze richtlijn biedt materiaal (patiënteninformatie) om dit aan patiënt uit te leggen.
- Huisarts en bekkenpijnteam kunnen gebruik maken van vragenlijsten. Deze lijsten kunnen helpen om de actuele situatie in kaart te brengen en om het effect van behandeling te meten. Welke vragenlijsten worden gebruikt zal door het bekkenpijnteam worden aangegeven. Alle gebruikte lijsten zullen aandacht hebben voor de somatische aspecten én voor de psychologische, seksuologische en sociale aspecten. Zie ook module over vragenlijsten bij diagnostiek.
- De huisarts wijst de patiënt op het bestaan van patiëntenverenigingen voor mensen met bekkenbodemp Problemen, blaaspijn en chronische pijn in algemene zin.
- De huisarts ontvangt van het team een verslag van het bezoek met daarin opgenomen een behandelplan en de naam van de hulpverlener die aanspreekpunt is voor de patiënt en daarmee ook voor de huisarts. Als er aanvullend onderzoek moet worden gedaan, zal worden vermeld welke specialist dit in welk ziekenhuis of welke kliniek gaat uitvoeren.
- Indien het team medicatie voorschrijft wordt dit specifiek (naam en dosering) en apart vermeld in het verslag aan de huisarts.
- In het verslag staat tot slot ook vermeld of er een controle-afspraken met patiënt is afgesproken en over hoeveel tijd en bij wie die afspraak zal worden gepland. Als er geen controle afspraak wordt gemaakt of als patiënt zich niet kan vinden in het behandelvoorstel van het team wordt dit in het verslag beschreven.
- Indien er in de regio geen bekkenpijnteam beschikbaar is dat de in deze richtlijn beschreven zorg kan bieden, kan de huisarts overwegen een consult aan te vragen bij een ziekenhuis waar ervaring aanwezig is op het gebied van de verschillende aspecten van bekkenpijn: bekkenbodemplachten en -pathologie, medische psychologie, seksuologie en pijn.

Communicatie rondom zorg

Voor het leveren van goede zorg aan een patiënt met chronische bekkenpijn is onderlinge communicatie tussen zorgverleners een zeer belangrijke factor.

- De complexiteit van bekkenpijn als zorgvraag en de betrokkenheid van meerdere (soorten) hulpverleners vraagt hier extra aandacht. Dit wordt versterkt door het gegeven dat de verschillende hulpverleners een verschillende achtergrond hebben. Overleg tussen bijvoorbeeld psychologen en medisch specialisten betekent voor beide partijen een verruiming en verdieping van het eigen vakgebied waardoor een meer

- gezamenlijke kijk op de pijnproblematiek van de patiënt kan ontstaan, hetgeen de zorg ten goede komt.
- Het bekkenpijnteam dat patiënten met chronische bekkenpijn zorg verleent moet bij de huisartsen bekend zijn. Het verdient daarom aanbeveling om dit team bekend te maken binnen de regionale huisartsen kringen (<https://www.lhv.nl/artikelen/regios-en-kringen>). In de communicatie staat onder andere vermeld wie de teamleden zijn (naam en discipline), hoe voor de patiënt een consult kan worden geregeld en waar het team spreekuur houdt. Het team biedt huisartsen de mogelijkheid om te overleggen over patiënten voor wie de huisarts het team in consult wil vragen, of die door het team zijn gezien.
 - Het bekkenpijnteam biedt aan huisartsen de mogelijkheid om (na)scholing te verzorgen over het onderwerp chronische bekkenpijn.
 - De teams zorgen voor informatie naar de patiënt als deze wordt ingepland voor een afspraak. In deze informatie staat onder anderen vermeld wie de teamleden zijn (naam en discipline), waar het team spreekuur houdt, wat de gang van zaken tijdens een afspraak is en hoe het team bereikbaar is. De teams zorgen voor een goed bereikbare balie-medewerker of doktersassistente die antwoord kan geven op organisatorische vragen van de patiënt en die praktische zaken rondom de afspraak kan regelen.
 - Als het team denkt dat een medisch specialistisch consult nodig is bij een andere medisch specialist dan die vertegenwoordigd is in het team, zal dit consult in overleg met de huisarts worden aangevraagd. Hetzelfde geldt als er aanvullend specialistisch onderzoek wordt geadviseerd.
 - Het team beschikt over informatiemateriaal voor de patiënt waarin chronische (bekken)pijn wordt uitgelegd en de benadering van deze pijn wordt toegelicht. Dit materiaal moet eenvoudig van taal en opbouw zijn, liefst op leesniveau b1, rekening houdend met laaggeletterdheid. Het materiaal moet het liefst zowel online als offline beschikbaar zijn.

Mensen en middelen

Mensen.

- De huisarts heeft een breed scala aan onderwerpen waarvan hij op de hoogte moet zijn. In de huisartsenpraktijk zijn tegenwoordig meerdere huisartsen werkzaam. Het verdient daarom aanbeveling om per praktijk een huisarts te hebben die zich toelegt op de zorg aan chronische pijn-patiënten. Dit biedt mogelijkheid om de zorg te concentreren en de exposure voor deze huisarts te vergroten. Deze huisarts kan zich scholen in chronische pijn met speciale aandacht voor psychosociale en seksuologische aspecten. Deze huisarts kan ook optreden als contactpersoon naar het bekkenpijnteam.
- De leden van het team voldoen aan de volgende kenmerken:
 - Medisch specialist: ingeschreven in register van een erkend specialisme.
 - Bekkenfysiotherapeut: geregistreerd als bekkenfysiotherapeut bij het KNGF.
 - Gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS (gezondheidszorgpsycholoog: BIG geregistreerd, bij voorkeur ervaring met traumabehandeling, én seksuoloog: geregistreerd als seksuoloog NVVS SH).
 - Verpleegkundig specialist: geregistreerd V&VN
 - Physician assistant: geregistreerd NAPA
- Van de leden van het team wordt verwacht dat zij, naast hun basale beroepsvaardigheden, kennis en ervaring hebben op het gebied van chronische (bekken)pijn, inclusief de seksuologische en psychosociale aspecten. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit:
 - praktische ervaring in het behandelen van deze groep patiënten.

- gevolgd hebben van aanvullend onderwijs op het gebied van (chronische) pijn.
- publicaties op het gebied van chronische pijn.
- lidmaatschap van organisaties die zich specifiek met pijn bezighouden (bijvoorbeeld EFIC (European Pain Federation), IASP (International Association for the Study of Pain)).

Middelen.

- De huisarts heeft voor de zorg aan patiënten met chronische bekkenpijn geen specifieke middelen nodig. De basisuitrusting van de praktijk zal voldoende zijn. De huisarts heeft bij voorkeur wel toegang tot zorgdomein met name voor het in consult vragen van medisch specialist of bekkenpijnteam.
- Het team beschikt naast de standaard zaken over onder anderen de volgende middelen:
 - Onderzoekstoel of -bank om lichamelijk onderzoek te kunnen doen bij de patiënt. Hierbij moet de mogelijkheid aanwezig zijn om in beensteunen onderzoek te doen, zowel bij mannen als vrouwen.
 - Verschillende maten speculum (met lichtbron) om inwendige inspectie te kunnen doen.
 - Goed gecentreerde verlichting voor tijdens het lichamelijk onderzoek.
 - Apparatuur om een flowmetrie (straalkrachtmeting tijdens plassen) te kunnen doen.
 - Een echoapparaat om echografie van de blaas, buik en genitalia te kunnen doen.
 - Mogelijkheid om een EMG-meting van de bekkenbodem te kunnen doen. De keuze van het apparaat wordt aan de bekkenfysiotherapeut overgelaten.
 - Mogelijkheid om functionele elektrostimulatie toe te passen.
- De zorgverzekeraar zal voordeel kunnen hebben van deze organisatie van zorg. Op dit moment zijn de zorgkosten multidisciplinaire teams hoog omdat veel specialisten een consult declareren. De commissie is ervan overtuigd dat met toepassing van het in deze richtlijn geschetste zorgmodel (zie flowchart), op termijn de zorgvraag zal verminderen aangezien patiënten door minder medisch specialisten gezien hoeven worden. Door de risico inschatting worden alleen bij patiënten met een hoog risico 'dure' zorg geleverd. Door de vroegtijdige multidisciplinaire aanpak wordt de vervolgschade en de collaterale zorgvraag verminderd. Dit betekent wel dat de vergoeding voor deze zorg anders geregeld moet worden. De zorg die door het team geboden wordt moet als zorgproduct worden vergoed. Hierdoor wordt toegankelijke zorg gewaarborgd. De meestal niet vergoede zorg door geregistreerde bekkenfysiotherapeut, gezondheidszorgpsychologen-seksuoloog NVVS worden in de voorgestelde teambenadering wel vergoed vanuit de basisverzekering.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

De zorg voor mensen met chronische bekkenpijn wordt verleend vanuit een biopsychosociaal model. In de praktijk van de zorg betekent dit dat er vroegtijdig verwezen wordt naar een multidisciplinair team van artsen, fysiotherapeuten en psychologen. Maak gebruik van de flowchart van het zorgproces van de patiënt met chronische bekkenpijn. De flowchart schetst hoe de optimale organisatie van zorg er uit zou kunnen zien. Op goede gronden kan van deze flowchart worden afgeweken.

Onderbouwing

Achtergrond

Chronische bekkenpijn is een ziekte waarvan niet bekend is hoe vaak het voorkomt. Voor chronische pijn in het algemeen kan op basis van een Europees onderzoek worden gezegd dat 18% van de inwoners een vorm van chronische pijn heeft. Er wordt veel onvrede gemeld over de geboden zorg aan patiënten met chronische pijn. Ruim 60% van de mensen in deze studie hebben 2 tot 9 keer een arts bezocht in de afgelopen 6 maanden (Breivik, 2006).

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet goed laat beantwoorden door middel van een literatuursamenvatting.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

Breivik H. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006 May;10(4):287-333.

Krol, M., Boer, D. de, Plass, A.M., Rademakers, J. CQ-index module Pijn: meetinstrumentontwikkeling. Ervaringen met pijnbehandeling en pijnbeleving van chronische pijnpatiënten en ontwikkeling van de CQ-index module Pijn. Utrecht: NIVEL, 2013.

Taakverdeling bij chronische bekkenpijn

Uitgangsvraag

Wat is de gewenste taakverdeling tussen zorgverleners bij de zorg voor patiënten met chronische bekkenpijn?

Aanbeveling

Maak een taakverdeling waarin wordt omschreven wie, wanneer, welke verantwoordelijkheid heeft in het zorgproces van de patiënt met chronische bekkenpijn.

Beschrijf in de taakverdeling de rol van de patiënt, de huisarts, de medisch specialist en het multidisciplinaire team.

Gebruik in de taakverdeling de punten die genoemd zijn in de overwegingen van deze module en de module Organisatie van zorg.

Gebruik de taakverdeling bijvoorbeeld in regionale zorg overleggen.

Overwegingen

In het hele zorgproces rond chronische bekkenpijn is het goed om een duidelijke taakverdeling te hebben tussen de verschillende hulpverleners die betrokken zijn bij deze zorg. Dit is van belang om een helder zorgproces te maken waarin alle partijen weten wat van hen verwacht wordt en weten wat ze van de ander kunnen verwachten.

Voor de patiënt

Voor de patiënt is het belangrijk om te weten wie zijn aanspreekpunt is. Wie kan hij vragen stellen als die, buiten de geplande afspraken om, bij hem opkomen. Kan hij alle vragen bij één en dezelfde persoon stellen of gaan verschillende vragen naar verschillende hulpverleners? Het is goed dat de patiënt door deze taakverdeling ook zijn eigen zorgpad mede kan opstellen. Met een volgende stap in het proces kan de taak van een hulpverlener veranderen of kan die hulpverlener (tijdelijk) niet meer betrokken zijn bij het proces.

Van de patiënt wordt verwacht dat hij duidelijk is in het weergeven van zijn klachten en de gevolgen ervan. Tot de taak van de patiënt hoort dat hij de gezamenlijk afgesproken adviezen en behandelingen volgens de afspraken naleeft en volgt. Tot zijn taak behoort ook het melden van veranderingen in de klachten, eventuele bijwerkingen van de behandelingen en moeite in bepaalde hulpverleningstrajecten of met bepaalde hulpverleners.

Voor de huisarts

De eerste taak van de huisarts is het signaleren van het feit dat patiënt weer op het spreekuur zit omdat de pijn in de buik- of bekkenregio niet afneemt of verdwijnt. Attent zijn hierop is in dit stadium belangrijk. Wordt er geen duidelijke organische oorzaak voor de klachten gevonden dan kan de huisarts in een vroeg stadium behandelen als pijnprobleem zonder bekende oorzaak. Lijkt er een organische oorzaak aanwezig of verbeteren de klachten niet ondanks behandeling, dan is een consult regelen zoals in deze richtlijn wordt geadviseerd, de volgende taak in het proces. De huisarts is op de hoogte van de mogelijkheden om een consult te vragen: hoe en aan wie. De

huisarts zorgt voor een goede overdracht met daarin in ieder geval de gegevens over het proces zoals dat tot dan toe is verlopen. Een voorbeeld van een verwijfsbrief van de huisarts is opgenomen in het [Implementatieplan](#) (Template verwijfsbrief).

Het is de taak van de huisarts om de patiënt uit te leggen waarom deze consultatie wordt ingezet en waarom er een consult wordt gevraagd bij die bepaalde specialist dan wel bij een multidisciplinair team. Het is belangrijk om met de patiënt af te spreken wanneer die zich weer meldt bij de huisarts. Bij voorkeur wordt een afrondend consult gepland na de evaluatie bij de specialist of het bekkenpijnteam. De huisarts kan, op verzoek van specialist of bekkenpijnteam, (een deel van) de verdere begeleiding overnemen. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit het aan patiënt aanbieden van de mogelijkheid om met bv de POH-GGZ (praktijkondersteuner huisarts - geestelijke gezondheidszorg) bij te praten in het kader van het zelfmanagement.

Het is belangrijk dat aangegeven wordt wanneer de huisarts leidend is in het zorgproces.

Voor de medisch specialist

Voor de medisch specialist die een patiënt met chronische bekkenpijn monodisciplinair ziet is de opdracht om rode vlaggen te herkennen en te onderzoeken en om pijn-verklarende bekende aandoeningen op te sporen en te behandelen. De taak van de specialist is daarmee heel concreet en het verdient aanbeveling dat de specialist zich ook tot deze taken beperkt. Zo zal de specialist bij het overwegen van aanvullende diagnostiek ook deze beperkte taakstelling voor ogen hebben.

De specialist verwijst terug naar de huisarts tenzij er een rode vlag op het terrein van een naastliggend specialisme wordt herkend. Dan kan directe doorverwijzing plaatsvinden met een brief naar de huisarts waarin deze verwijzing wordt genoemd en toegelicht. De medisch specialist is bereikbaar voor de huisarts voor overleg.

Voor het multidisciplinaire bekkenpijnteam

Voor het bekkenpijnteam is de taak het in kaart brengen van de pijnklacht vanuit het biopsychosociale model. Hierbij werken de verschillende disciplines met elkaar samen. Het is de taak van het team om een gezamenlijk voorstel voor het verdere zorgpad te formuleren en dit aan de patiënt voor te leggen en samen met hem het zorgpad vast te stellen. Het is ook de taak van het bekkenpijnteam om vervolgens dit zorgpad ten behoeve van de patiënt te faciliteren. De benodigde verwijzingen worden vanuit het team geregeld. Het team brengt verslag uit aan de huisarts, bij voorkeur met één brief waarin alle informatie wordt vastgelegd.

Het is ook de taak van het bekkenpijnteam om een evaluatiemoment te plannen en af te spreken met de patiënt. Het team kiest tijdens de teambespreking wie het eerste aanspreekpunt voor patiënt zal zijn.

Na de evaluatie rapporteert het bekkenpijnteam aan de huisarts en legt in de rapportage vast: de uitslag van de evaluatie en het daarop gebaseerde advies. Het team kan in dit verslag specifieke adviezen geven voor het vervolg. Het aanspreekpunt voor de patiënt is ook bereikbaar voor de huisarts als deze vragen heeft.

De rol van de geregistreerde bekkenfysiotherapeut, verloskundige en gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS

In hun werk kunnen deze hulpverleners ook patiënten met pijnklachten tegenkomen zonder dat die hiervoor zijn verwezen. Aan hen de taak om deze te inventariseren en vervolgens, in overleg met de patiënt aan de huisarts te rapporteren. Ze hebben daarmee een belangrijke rol in de preventie van chronische bekkenpijn.

De rol van de verpleegkundig specialist en physician assistant

De verpleegkundig specialist en physician assistant kunnen worden ingezet om behandeltaken van de medisch specialist over te nemen. Hierbij kan worden gedacht aan: bepaalde behandelingen, het geven van uitleg en pijneducatie en het beantwoorden van vragen van patiënten.

Onderbouwing

Achtergrond

In deze module zal worden ingegaan op de taakverdeling tussen zorgverleners in de zorg rondom chronische bekkenpijn. Waar 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen.

Zoeken en selecteren

Er is geen systematische literatuuranalyse verricht omdat de werkgroep van mening is dat deze vraag zich niet laat beantwoorden op basis van een literatuuranalyse.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 31-08-2021

Laatst geautoriseerd : 31-08-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.