# Hoofdstuk 2
# Pien in de rug

**M.C. van der Wel**

**Samenvatting** Dr. M.C. van der Wel doet hier een greep uit zijn dagelijkse praktijk, ter lering ende vermaak.

Met één hand op de onderrug, wat voorovergebogen lopend, komt hij kreunend en steunend binnen. ‘Een stramme oude baas met spit’, is mijn eerste gedachte, terwijl ik hem en zijn zoon een stoel aanbied, ‘kat in het bakkie’, denk ik er nog bij.

De patiënt is 80 jaar en blijkt zelden ziek, de post heeft hij nog niet eerder vanbinnen gezien. Hij zit nooit stil, werkt nog vrijwel dagelijks op het land. Hij heeft nooit rugklachten, maar nu heeft ie toch flinke pijn. Het is hem aan te zien.

‘Toch gek’, denk ik nog, meteen gevolgd door een gemakzuchtig ‘maar eens moet de eerste keer zijn’.

Op mijn vraag hoe het is begonnen, kan de patiënt snel antwoord geven. Hij zat in de kerk zoals elke zondag, de bank was hard en stijf zoals elke zondag, maar plots schoot er pijn laag in zijn onderrug en dat was zeker niet zoals elke zondag. Sindsdien heeft hij in wisselende mate flinke pijn, hij kan er niet meer recht bij lopen.

Hoe graag ik het ook wil – het is niet rustig op de post om het mild uit te drukken – dit is geen klassieke anamnese voor spit. Is het referred pain, is het een pyelonefritis of niersteentje of toch iets tendomyogeens, maar dan wat minder klassiek? Navraag levert me niet veel extra informatie op.

Dan maar lichamelijk onderzoek. De antalgische loop, de hand op de rug, een stijve WK met antalgische(?) flexie-extensie beperking, het doet allemaal toch wat tendomyogeen aan.

Opnieuw is het verleidelijk om het hier bij te laten en snel door te gaan naar de volgende patiënt, maar die anamnese…, dus toch maar even verder zoeken. De man is slank en de buik is goed te onderzoeken. De pulserende massa, de grootste die ik in jaren gevoeld heb en ik moet even slikken, want dit is heel niet fris. Dit kan haast niet anders dan een aneurysma aorta abdominalis (AAA) van serieuze omvang zijn; is de pijn mechanisch door het pulseren, is er pijn door lekkage? Ik word er

M.C. van der Wel (✉)
Redactie Bijblijven, Houten, The Netherlands

© 2015 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV

C.J. in ’t Veld, W. Draijer, *Inzichten in de acute zorg,*
DOI 10.1007/978-90-368-0881-1_2

zenuwachtig van. ABC is de patiënt nog helemaal prima, de SEH naast de post snel gebeld, alwaar inderdaad een AAA wordt vastgesteld en wel één die snel geopereerd moet worden.

De moraal van dit verhaal: Listen to the patient, he will tell you the diagnosis (W. Osler).

## 2.1 AAA

Een AAA zou volgens schattingen bij 5-8% van alle volwassen Nederlanders voorkomen, maar blijft vaak lang ongemerkt en heeft ook lang niet altijd klinische consequenties.

Toename van de diameter kan klachten geven van pijn die vaak gesitueerd is in de maagstreek en ook de rug, soms ook in de genitaalstreek. De rugpijn is vaak hoog in de rug, minder vaak lumbaal.

Bij een ruptuur zal uiteindelijk sprake zijn van shock, maar dit kan zowel snel als geleidelijk optreden, wat mede wordt bepaald door de aard van de ruptuur (nog in de vaatwand, of er geheel doorheen).

Afhankelijk van leeftijd en comorbiditeit wordt bij een asymptomatische AAA met een diameter van meer dan 5-6 cm geadviseerd om een OK te doen, omdat dan de kans op ruptuur aanzienlijk toeneemt. Kleinere AAA's dienen met echo's of CT vervolgd te worden.

http://www.springer.com/978-90-368-0880-4

# Inzichten in de acute zorg

Voor de huisartspraktijk

Draijer, W. - 't Veld, C.J. (Ed.)

2015, VIII, 164 p., Softcover
ISBN: 978-90-368-0880-4