

ACNES in Nederland

Erkende diagnose, onbekende omvang en onvoldoende gemeten vervolgschade

Een verkennende evidence-audit van incidentie, diagnostische vertraging, zorggebruik, maatschappelijke gevolgen en behandeling

Nederland kan ACNES herkennen en behandelen, maar meet onvoldoende hoeveel mensen worden geraakt en welke schade tijdens een lang traject ontstaat.

Stichting Zorgfuik

15 juli 2026 | Voor inhoudelijke, medische en methodologische review

Inhoud en leesroute

Lees eerst de **Samenvatting** en **Zo leest u de cijfers**. De technische onderbouwing volgt daarna per onderwerp.

- Samenvatting
- Zo leest u de cijfers
- 1. Waarom deze publicatie
- 2. Wat is ACNES?
- 3. Methode en bewijsgrenzen
- 4. Hoe groot is ACNES in Nederland?
- 5. Diagnostische vertraging
- 6. De schade stopt niet bij de pijn
- 7. Zorggebruik en kosten
- 8. Praktijkcasus
- 9. Behandeluitkomsten
- 10. Kinderen
- 11. Onafhankelijkheid van het bewijs
- 12. Onderzoeksagenda voor Nederland
- 13. Conclusies en aanbevelingen
- Bronnen en methodologische slotnotitie

Samenvatting

ACNES — anterior cutaneous nerve entrapment syndrome — is een erkende oorzaak van chronische buikwandpijn. Nederland beschikt sinds 2021 over een richtlijn en over gespecialiseerde diagnostische en chirurgische expertise. Tegelijk ontbreken juist de gegevens die nodig zijn om de maatschappelijke betekenis goed vast te stellen: de werkelijke landelijke omvang, de gemiddelde diagnostische vertraging, de psychische en arbeidsmatige vervolgschade en actuele zorgkosten zijn niet onafhankelijk en landelijk gemeten.

De vaak geciteerde cijfers zijn daarom tegelijk betekenisvol en kwetsbaar. Een Nederlandse single-region studie schatte de incidentie op 57 per 100.000 inwoners per jaar. Doorerekend naar de toenmalige bevolking komt dat uit op ongeveer 9.500 nieuwe gevallen per jaar. De rekensom klopt; de landelijke representativiteit van één regio met veel ACNES-expertise is niet aangetoond. Een ander onderzoek schatte dat ongeveer 20.000 mensen die als functionele buikpijn of prikkelbaredarmsyndroom waren geclassificeerd mogelijk ACNES hadden. Die schatting berust op zes bevestigde gevallen en meerdere aannames, met een breed betrouwbaarheidsinterval van 9.500 tot 42.000. Het is geen landelijke prevalentietelling. Voor de publieksclaim dat 25.000 Nederlanders ACNES hebben, is geen primaire bron gevonden.

De economische literatuur bestaat hoofdzakelijk uit één kostenstudie bij 94 zwaar belaste, naar een expertisecentrum verwezen patiënten. In het jaar vóór de diagnose bedroegen de gemiddelde directe medische kosten €5.400 en de productiviteitskosten €13.800: samen €19.200 op prijsniveau 2013. Met sectorspecifieke indices voor medisch-specialistische zorg en arbeidskosten vertegenwoordigt dezelfde historische kostenmand indicatief ongeveer €27.800 in prijzen van 2025. Dit is geen nieuwe meting en geen vastgesteld vermijdbaar bedrag.

De gevolgen van ACNES stoppen niet bij het lokale pijnpunt. Brede longitudinale pijnstudies laten zien dat chronische pijn, depressieve symptomen en langdurig ziekteverzuim nauw met elkaar samenhangen. De relatie tussen pijn en depressie kan twee kanten op werken. Voor ACNES zelf ontbreken echter goede volwassen cohortstudies die psychische klachten, functioneren, werkuitval en kwaliteit van leven systematisch meten. Dat ontbreken van bewijs mag niet worden verward met bewijs dat de vervolgschade niet bestaat.

Een geanonimiseerde praktijkcasus maakt die kennislacune zichtbaar. Bij één persoon met ACNES en een complex langdurig zorgtraject werd in 2024 bijna €40.000 en in 2025 circa €28.000 aan zorg gedeclareerd. In 2025 bestond dit onder meer uit circa €7.100 ziekenhuiszorg, bijna €20.000 GGZ-zorg en naar schatting €1.000 apothekers- en medicatiekosten. De ACNES-operatie binnen de ziekenhuiszorg werd voor ongeveer €3.000 gedeclareerd. De betrokkene was ten tijde van deze versie dertien maanden arbeidsongeschikt en ervaart de pijn en het langdurige traject als een belangrijke bijdrage aan depressieve klachten en uitval. Uit één dossier kan het causale aandeel van ACNES niet worden berekend. De casus bewijst dus geen gemiddelde vervolgschade, maar vormt wel een serieus signaal en helpt bepalen wat toekomstig onderzoek moet meten.

De behandeluitkomsten zijn beter onderzocht dan de omvang en maatschappelijke last. Ongeveer 30% heeft op langere termijn ten minste 50% pijnreductie na injectiebehandeling. Herhaalde pulsed radiofrequency leidt in de beschikbare langetermijnstudie bij ongeveer 22% tot pijnvrijheid. Voor primaire neurectomie liggen langetermijnuitskomsten rond 61–62%. Uitkomstmaten als pijnvrij, 50% pijnreductie, tevredenheid en functioneren mogen daarbij niet door elkaar worden gebruikt.

De hoofdconclusie is niet dat één exact patiëntenaantal of één exact kostenbedrag vaststaat. De hoofdconclusie is scherper:

Nederland erkent ACNES als diagnose en kan de aandoening behandelen, maar meet onvoldoende hoeveel mensen worden geraakt, hoe lang herkenning duurt en welke lichamelijke, psychische, arbeidsmatige en financiële schade tijdens dat traject ontstaat.

Deze publicatie beveelt drie onderzoeken met prioriteit aan:

1. een multicentrische incidentie- en prevalentiemeting buiten het historische kernteam;
2. een actueel onderzoek naar diagnostische vertraging, zorggebruik, kwaliteit van leven, psychische belasting, arbeidsparticipatie en kosten;
3. onafhankelijk pediatrisch onderzoek waarin lichamelijke én biopsychosociale factoren volgens vooraf vastgelegde criteria worden onderzocht.

Zo leest u de cijfers

Om schijnzekerheid te voorkomen gebruikt deze publicatie vijf bewijslabels.

Label	Betekenis
GEMETEN	Rechtstreeks waargenomen in een beschreven studie of specificatie.
BEREKEND	Afgeleid uit gemeten cijfers; de aannames bepalen mede de uitkomst.
VERBAND	Er bestaat samenhang, maar oorzaak en aandeel zijn niet volledig vastgesteld.
CASUSSIGNAAL	Ervaring of dossier van één persoon; relevant voor hypothesen, niet representatief.
ONBEKEND	Niet of onvoldoende onderzocht.

Een getal kan dus rekenkundig juist zijn en toch geen landelijk feit vormen. Ook kan een gevolg zeer aannemelijk of individueel overtuigend zijn terwijl de gemiddelde causale bijdrage nog niet is gemeten.

1. Waarom deze publicatie

1.1 De spanning tussen erkenning en onbekendheid

ACNES is niet hetzelfde als onverklaarde buikpijn. Het betreft een klinisch herkenbaar pijnsyndroom van de buikwand waarbij een eindtak van een thoracale zenuw bekneld raakt ter hoogte van de rechte buikspier. De Nederlandse richtlijn beschrijft diagnostiek en behandeling. Toch ontbreekt een landelijke registratie en bestaat geen objectieve gouden standaard die de diagnose in alle situaties definitief bevestigt.

Daardoor ontstaat een opvallende spanning. Aan de ene kant zijn er expertise, behandelprotocollen en tientallen studies. Aan de andere kant weten we niet betrouwbaar hoeveel mensen in Nederland jaarlijks ACNES ontwikkelen, hoeveel mensen jarenlang een andere classificatie dragen en hoeveel vervolgschade optreedt voordat passende herkenning of behandeling wordt bereikt.

1.2 Afbakening ten opzichte van Zorgfuik.nl

Zorgfuik.nl biedt publieksinformatie: herkenning, uitleg, praktische routes en ervaringsverhalen. Deze publicatie heeft een andere functie. Zij controleert de onderliggende cijfers, benoemt de kracht en zwakte van het bewijs en vertaalt kennislacunes naar onderzoeksvragen.

De publicatie herhaalt daarom geen volledige patiëntenfolder. Medische keuzes horen bij patiënt en behandelaar. De nadruk ligt op:

- omvang en onderdiagnose;
- diagnostische vertraging;
- zorggebruik en kosten;
- psychische, sociale en arbeidsmatige vervolgschade;
- behandeluitkomsten en onafhankelijkheid van het bewijs;
- ontbrekende Nederlandse data.

1.3 Centrale onderzoeksvraag

Wat weten we daadwerkelijk over de omvang en gevolgen van ACNES in Nederland, welke conclusies laten de beschikbare gegevens toe, en welke metingen ontbreken om diagnostische en maatschappelijke vervolgschade betrouwbaar vast te stellen?

2. Wat is ACNES?

ACNES staat voor *anterior cutaneous nerve entrapment syndrome*. De aandoening veroorzaakt doorgaans een scherp of brandend, strikt gelokaliseerd pijnpunt aan de voorzijde van de buik. De pijn kan toenemen bij bewegen, hoesten, tillen of aanspannen van de buikspieren.

De klinische verdenking berust onder meer op:

- een klein en duidelijk aanwijsbaar maximaal pijnpunt;
- pijn die gelijk blijft of toeneemt bij aanspannen van de buikwand — het teken van Carnett;
- veranderde huidsensibiliteit rond het pijnpunt;
- een positieve pinch-test;
- duidelijke tijdelijke pijnvermindering na een diagnostische injectie.

Geen van deze onderdelen is op zichzelf een gouden standaard. Beeldvorming toont de zenuwbeknelling doorgaans niet rechtstreeks, maar kan wel nodig zijn om andere oorzaken te onderzoeken. De eenvoudige publiekszin “met één vinger te herkennen” is daarom te stellig voor een onderzoeksdocument.

GEMETEN / RICHTLIJN — ACNES is een erkende klinische diagnose met een Nederlandse richtlijn.
ONBEKEND — De sensitiviteit en specificiteit van het volledige diagnostische pad zijn onvoldoende vastgesteld en een gouden standaard ontbreekt.

3. Methode en bewijsgrenzen

3.1 Type onderzoek

Dit document is een verkennende evidence-audit. Het is geen systematische review, geen richtlijn en geen nieuw epidemiologisch onderzoek. De audit brengt veelgebruikte claims terug naar hun primaire bron, reproduceert rekenstappen en maakt onderscheid tussen feit, berekening, verband, casussignaal en onbekende.

3.2 Zoek- en verificatiestrategie

De geraadpleegde bronnen omvatten PubMed/MEDLINE, Crossref, de Richtlijndatabase, het Maastricht University Research Portal, CBS StatLine, de Nederlandse Zorgautoriteit en GIPdatabank. Relevante zoektermen betroffen onder meer ACNES, abdominal wall pain, incidence, misdiagnosis, diagnostic delay, cost, productivity, depression, quality of life, injection, pulsed radiofrequency, neurectomy en paediatric.

Voor calculatie-kritische claims is waar mogelijk:

1. de primaire bron in volledige tekst geraadpleegd;
2. teller, noemer, populatie, setting en uitkomstdefinitie teruggevonden;
3. de rekenstap onafhankelijk gereproduceerd;
4. gecontroleerd of een resultaat door een andere onderzoeksgroep is bevestigd;
5. vastgesteld wat de bron niet bewijst.

De literatuurzoeking liep tot en met 15 juli 2026. Voor enkele gesloten publicaties was alleen het abstract beschikbaar. Er is geen formele PRISMA-review uitgevoerd en geen volledige risk-of-bias-score met een gestandaardiseerd instrument toegekend.

3.3 Gebruik van een persoonlijke casus

De praktijkcasus in hoofdstuk 8 is gebaseerd op geanonimiseerde zorgverzekeraarspecificaties en aanvullende informatie van de betrokkene. Exacte declaratienummers en andere herleidbare gegevens zijn niet opgenomen.

Een casus kan:

- laten zien welke uitkomsten in bestaand onderzoek mogelijk ontbreken;
- de orde van grootte van hedendaagse declaraties illustreren;
- een causale hypothese formuleren;
- duidelijk maken hoe kosten over zorgdomeinen verspreid raken.

Een casus kan niet:

- een gemiddelde voor alle patiënten bepalen;
- het causale aandeel van ACNES in iedere zorgpost vaststellen;
- een landelijk kostenbedrag onderbouwen;
- aantonen hoeveel zorg bij eerdere herkenning zou zijn voorkomen.

4. Hoe groot is ACNES in Nederland?

4.1 De incidentieschatting van 57 per 100.000

De belangrijkste Nederlandse incidentiestudie werd uitgevoerd in één opleidingsziekenhuis met relatief veel ACNES-expertise. De onderzoekers combineerden een acute component via de spoedeisende hulp met een poliklinische component.

- SEH: gemiddeld 22 nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar.
- Polikliniek: geschat 35 per 100.000.
- Gecombineerd: 57 per 100.000, ongeveer 1 op 1.800 inwoners per jaar.

GEMETEN: de aantallen binnen de onderzochte regio en perioden. **BEREKEND:** de combinatie van de acute en poliklinische component. **ONBEKEND:** of deze regio landelijk representatief is.

Een centrum dat de diagnose beter herkent, zal meer gevallen vinden. De uitkomst kan daardoor zowel werkelijke ziektelast als lokale diagnostische alertheid weerspiegelen.

4.2 Ongeveer 9.500 nieuwe gevallen per jaar

De berekening $57/100.000 \times 16,8$ miljoen inwoners levert 9.576 en wordt afgerond tot circa 9.500 nieuwe gevallen per jaar.

BEREKEND — De som klopt. De uitkomst blijft afhankelijk van de onbewezen aanname dat de onderzochte regio representatief is voor Nederland.

4.3 De schatting van ongeveer 20.000 mogelijk verkeerd geclassificeerde patiënten

In vier huisartsenpraktijken werden 167 patiënten onderzocht die geregistreerd stonden met functionele buikpijn of prikkelbaredarmsyndroom. Bij zes personen werden kenmerken van ACNES bevestigd: 3,6%, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 1,7–7,6%.

Door dit percentage toe te passen op een geschatte landelijke groep hulpzoekende mensen met functionele buikklachten, ontstond een puntschatting van ongeveer 20.000 en een interval van 9.500 tot 42.000.

Dit cijfer is:

- gebaseerd op zes bevestigde gevallen;
- afhankelijk van aannames over IBS-prevalentie en hulpzoekgedrag;
- een schatting binnen een mogelijk verkeerd geclassificeerde subgroep;
- geen telling van alle mensen met ACNES;
- geen landelijke prevalentie.

De publieksclaim dat ongeveer 25.000 Nederlanders ACNES hebben, is niet herleidbaar tot een primaire bron en wordt daarom niet overgenomen.

4.4 Vergelijking met appendicitis

De primaire incidentiestudie vergelijkt alleen de acute SEH-setting: circa één ACNES-presentatie per vier tot vijf appendicitisgevallen. De claim één op twee combineert definities en settings en is daarom misleidend.

5. Diagnostische vertraging: aantoonbaar probleem, onbekende landelijke maat

Bij patiënten die naar het gespecialiseerde centrum werden verwezen, bestonden de klachten gemiddeld ruim vier jaar. In het jaar vóór de diagnose waren huisartsbezoeken, fysiotherapie, beeldvorming, endoscopie, opnamen en operaties frequent. Een oudere enquête onder chirurgen wees bovendien op geringe bekendheid met ACNES.

Deze gegevens laten overtuigend zien dat sommige patiënten een langdurige en intensieve diagnostische zoektocht doormaken. Ze geven geen actuele landelijke mediaan. De onderzoekspopulatie was geselecteerd: mensen met ernstige of langdurige klachten die een expertisecentrum bereikten.

GEMETEN — Gemiddeld ruim vier jaar klachten in een verwezen expertisecentrumpopulatie.
VERBAND — Langere trajecten gaan samen met meer zorggebruik en productiviteitsverlies.
ONBEKEND — De actuele landelijke mediaan, spreiding en het vermijdbare aandeel.

5.1 Het procesrisico

Een gemiste diagnose is niet het enige mogelijke probleem. Ook wanneer iedere afzonderlijke zorgverlener zorgvuldig handelt, kan schade ontstaan doordat:

- onderzoeken zich achter elkaar opstapelen zonder herijking;
- de buikwand als mogelijke pijnbron laat in beeld komt;
- lichamelijke en psychische verklaringen als concurrenten worden behandeld;
- niemand het totale traject, functioneren en werkvermogen bewaakt;
- een nieuwe verwijzing opnieuw begint zonder integraal overzicht.

Deze publicatie gebruikt daarvoor geen schuldmodel. De relevante vraag is welke proceswaarborgen voorkomen dat diagnostische onzekerheid zelf een bron van schade wordt.

6. De schade stopt niet bij de pijn

6.1 Waarom dit hoofdstuk nodig is

Een onderzoeksdocument dat uitsluitend scans, injecties en operaties beschrijft, mist een belangrijk deel van het probleem. Langdurige pijn kan slapen, bewegen, relaties, zelfbeeld, concentratie, stemming en arbeidsvermogen beïnvloeden. Diagnostische onzekerheid en het gevoel niet geloofd te worden kunnen daar bovenop komen.

Dat betekent niet dat iedere depressie door ACNES wordt veroorzaakt of dat iedere zorgpost aan de aandoening kan worden toegerekend. Het betekent wel dat vervolgschade onderzocht moet worden in plaats van buiten beeld te blijven omdat de causaliteit ingewikkeld is.

6.2 Wat algemene chronische-pijnstudies laten zien

Verscheidende longitudinale studies buiten ACNES laten een consistente samenhang zien:

- In twee grote nationale ouderencohorten voorspelde pijn latere depressieve symptomen; ernstiger pijn ging samen met een hoger risico. Depressieve symptomen voorspelden op hun beurt later pijn.[12]
- In een eerstelijnscohort van 500 mensen met aanhoudende pijn voorspelden veranderingen in pijn de latere ernst van depressie, en veranderingen in depressie de latere ernst van pijn.[13]
- In een longitudinale werknemersstudie hing chronische pijn, vooral in combinatie met een slechtere mentale gezondheid, samen met meer langdurige ziekteverzuimdagen.[14]
- In een community-based onderzoek waren chronische neuropathische en multisite-pijn geassocieerd met depressieve symptomen, beperking van dagelijkse activiteiten en verlies van productiviteit.[15]

Deze studies maken een relatie tussen pijn, depressie en werkuitval plausibel. Ze bewijzen niet dat de effectgroottes zonder meer gelden voor ACNES of voor één individuele patiënt.

6.3 Wat ACNES-specifiek bekend is

De volwassen ACNES-literatuur meet vooral diagnostiek, pijnrespons en chirurgische uitkomsten. Psychische klachten, slaap, sociale participatie, ervaren legitimiteit en duurzame werkhervatting zijn veel minder systematisch onderzocht.

Er bestaan casuspublicaties waarin ACNES aanvankelijk als somatisatie of psychiatrisch probleem werd gediagnosticeerd en waarin depressieve klachten naast de pijn bestonden.[16,17] Casusrapporten hebben een lage bewijskracht en laten geen gemiddelde causaliteit zien. Zij waarschuwen wel voor een valse tegenstelling: een patiënt kan een lichamelijke zenuwbeknelling én psychische klachten hebben. Psychische klachten ontkennen de lichamelijke diagnose niet; een lichamelijke diagnose maakt een biopsychosociale benadering evenmin overbodig.

Bij kinderen is de biopsychosociale discussie explicieter. Dat bewijs wordt in hoofdstuk 10 apart behandeld en mag niet één-op-één naar volwassenen worden vertaald.

6.4 Een causale ladder voor vervolgschade

Voor psychische en arbeidsmatige gevolgen hanteert deze publicatie vijf niveaus:

1. **Vastgesteld in de casus:** ACNES, zorggebruik, depressieve klachten en langdurige arbeidsuitval komen in hetzelfde traject voor.

2. **Tijd en ervaring:** de betrokkene ervaart chronische pijn en het zorgtraject als belangrijke bijdrage aan verslechtering van stemming en functioneren.
3. **Algemene plausibiliteit:** longitudinale pijnliteratuur ondersteunt een wederkerige relatie tussen pijn en depressie en een verband met ziekteverzuim.
4. **ACNES-specifieke onzekerheid:** er ontbreekt een volwassen cohort dat het causale aandeel en de gemiddelde omvang meet.
5. **Onderzoeksconclusie:** de vervolgschade mag niet als bewezen gemiddelde worden gekwantificeerd, maar moet juist als centrale uitkomst in vervolgonderzoek worden opgenomen.

6.5 Formulering zonder ontkenning of overclaim

De juiste formulering is niet:

“ACNES veroorzaakte aantoonbaar alle depressie, GGZ-zorg en arbeidsuitval.”

Maar evenmin:

“Omdat causaliteit niet hard is bewezen, kan over psychische of arbeidsmatige gevolgen niets worden gezegd.”

Verdedigbaar is:

Chronische pijn, psychische klachten en arbeidsuitval kunnen elkaar versterken. In de beschreven casus ervaart de betrokkene ACNES en het langdurige zorgtraject als een belangrijke bijdrage aan depressieve klachten en dertien maanden arbeidsuitval. De beschikbare gegevens maken het causale aandeel niet kwantificeerbaar. ACNES-specifiek onderzoek naar deze vervolgschade ontbreekt en is daarom noodzakelijk.

7. Zorggebruik en kosten

7.1 De oorspronkelijke kostenstudie

Het meest gedetailleerde Nederlandse kostenonderzoek omvatte 94 nieuw gediagnosticeerde, naar één expertisecentrum verwezen patiënten. Over het jaar vóór de diagnose werden gemiddeld berekend:

Component	Prijspeil 2013	Aandeel
Directe medische kosten	€5.400	28%
Productiviteitskosten	€13.800	72%
Totaal	€19.200	100%

De groep had gemiddeld ruim vier jaar klachten. Het studiehoofdstuk stond in het proefschrift als “submitted”; een afzonderlijke peer-reviewed publicatie van deze economische analyse is niet teruggevonden.

Het bedrag van €19.200 mag niet “vermijdbare zorgkosten” worden genoemd:

- bijna driekwart bestond uit productiviteitsverlies;
- de studie toont niet welk deel door eerdere diagnose zou zijn voorkomen;
- de geselecteerde populatie is waarschijnlijk zwaarder belast dan de gemiddelde patiënt.

7.2 Actualisatie naar prijsniveau 2025

Een algemene consumentenprijsindex past niet optimaal bij een kostenmand die vooral uit medische arbeid, ziekenhuiszorg en productiviteitsverlies bestaat. Daarom is voor v0.2 een sectorspecifieke actualisatie gebruikt:

- directe medische kosten: NZa-index voor medisch-specialistische zorg als proxy, met een aparte onzekerheidsmarge voor medicatie en andere zorgsectoren;
- productiviteitskosten: CBS-index voor contractuele loonkosten per uur.

Component	2013	Indicatief 2025-equivalent
Directe medische kosten	€5.400	circa €7.850–€7.950
Productiviteitskosten	€13.800	circa €19.880
Historische kostenmand	€19.200	circa €27.730–€27.830

Afgerond wordt in deze publicatie **circa €27.800 in prijzen van 2025** gebruikt.

BEREKEND — €27.800 is het prijs-equivalent van de historische kostenmand. Het is geen actuele patiëntmeting en geen bewezen vermijdbaar bedrag.

7.3 Waarom medicatie apart moet worden bekeken

Medicatie bedroeg in de oude studie gemiddeld ongeveer €170 per patiënt: circa 3% van de directe en minder dan 1% van de totale kosten. Voor individuele patiënten kunnen geneesmiddelenkosten veel hoger zijn. Eén algemene medicatiefactor is ongeschikt omdat prijzen, doseringen, voorschrijfvolumes en vergoedingen per middel sterk verschillen.

Voor een nieuwe kostenstudie moeten pregabaline, opioïden, antidepressiva en andere relevante middelen per ATC-code, uitgifte en DDD worden onderzocht. Meer gebruik is iets anders dan een hogere prijs per eenheid.

7.4 Landelijke extrapolatie

De historische vermenigvuldiging van 9.500 geschatte nieuwe gevallen met €19.200 levert €182,4 miljoen per jaar op. Met het prijs-equivalent van €27.800 ontstaat theoretisch ongeveer €264 miljoen.

Deze uitkomst stapelt meerdere onzekerheden:

1. een incidentieschatting uit één regio;
2. een zwaar belaste kostenpopulatie uit één centrum;
3. de aanname van dezelfde last voor iedere nieuwe patiënt;
4. prijsactualisatie zonder nieuwe volumemeting.

Daarom wordt €264 miljoen uitsluitend als gevoeligheidsscenario genoemd en niet als actuele landelijke jaarlast.

8. Praktijkcasus: kosten en vervolgschade in één complex traject

8.1 Waarom de casus is opgenomen

De casus is niet bedoeld om landelijke gemiddelden te vervangen. Zij toont welke domeinen in een nieuwe studie gelijktijdig moeten worden gemeten en hoe een jaartotaal zich over verschillende soorten zorg kan verspreiden.

8.2 Geverifieerde en gemelde bedragen

Jaar / onderdeel	Gedeclareerd	Vergoed door verzekeraar	Status
2024, totaal	€39.866,90	€36.324,73	specificatie bevestigd
2025, ziekenhuis	€7.066,52	€7.066,52	specificatie bevestigd
2025, ACNES-operatie binnen ziekenhuis	€3.046,09	€3.046,09	specificatie bevestigd; niet dubbel tellen
2025, GGZ	€19.967,57	€11.563,56	specificatie bevestigd
2025, apotheker en medicatie	circa €1.000	niet volledig uitgesplitst	patiëntschatting
2025, bekend totaal	circa €28.034	circa €19.630	reconstructie bekende posten

Van het ziekenhuisbedrag had naar schatting circa €500 betrekking op dermatologie. Het verschil tussen gedeclareerd en vergoed is niet automatisch een patiëntenrekening of terugbetaling aan de zorgverlener. Zonder afhandelingsinformatie kan sprake zijn van bijvoorbeeld eigen risico, een contractcorrectie, maximumtarief, afwijzing of afboeking.

8.3 Operatieprijs als signaal, niet als index

De oude studie hanteerde voor neurectomie een eenheidsprijs van ongeveer €882,84 in 2013. De declaratie uit 2025 bedroeg €3.046,09: rekenkundig factor 3,45 hoger.

Dit is geen zuivere prijsvergelijking. Een moderne DBC kan consulten, anesthesie, faciliteiten of nazorg anders bundelen dan de historische eenheidsprijs. De vergelijking laat vooral zien dat oude eenheidsprijzen niet zonder herprijsing als actuele tarieven mogen worden gebruikt.

8.4 Psychische en arbeidsmatige vervolgschade

Ten tijde van deze werkversie was de betrokkene **dertien maanden arbeidsongeschikt**. De betrokkene beschrijft dat de depressieve klachten zonder ACNES en het langdurige traject naar verwachting minder ernstig zouden zijn geweest. Daarmee wordt geen monocausale claim gedaan: psychische gezondheid kent doorgaans meerdere beïnvloedende factoren.

De casus ondersteunt drie onderzoeksvragen:

1. Welk deel van langdurig verzuim hangt samen met pijnintensiteit, onzekerheid en functionele beperking?

2. In welke volgorde ontstaan of verergeren pijn, depressieve klachten, verlies van werkvermogen en extra zorggebruik?
3. Welk deel verbetert na passende herkenning en behandeling, en binnen welke termijn?

CASUSSIGNAAL — De samenloop en ervaren bijdrage zijn werkelijk en relevant.

VERBAND — Algemene longitudinale literatuur ondersteunt samenhang tussen chronische pijn, depressie en verzuim.

ONBEKEND — Het ACNES-specifieke causale aandeel en de gemiddelde omvang.

9. Behandeluitkomsten

9.1 Eerst de uitkomst definiëren

“Succes” kan betekenen: pijnvrij, ten minste 50% pijnreductie, tevredenheid, minder medicatie, beter functioneren of duurzame werkhervatting. Deze uitkomsten zijn niet uitwisselbaar.

9.2 Injectiebehandeling

Een multicentrische gerandomiseerde studie vond na drie maanden ongeveer 30% succes, gedefinieerd als relevante pijnreductie. Echogeleide en freehand-injectie verschilden niet aantoonbaar.

GEMETEN — Ongeveer 30% behaalt de gehanteerde pijnreductiedrempel. Dit betekent niet automatisch blijvende pijnvrijheid.

9.3 Pulsed radiofrequency

In de langetermijnfollow-up van de PULSE-trial was na één PRF-sessie 4,3% langdurig pijnvrij. Na herhaalde sessies liep dit op tot 21,7%. De werking is bij veel patiënten tijdelijk.

9.4 Primaire neurectomie

In een kleine sham-gecontroleerde RCT was na zes weken 73% succesvol na neurectomie tegenover 18% na een schijnoperatie. Langetermijnstudies liggen rond 61–62%.

9.5 Secundaire chirurgie

Na een eerste neurectomie waren de langetermijnuitkomsten beter bij recidiefpijn dan bij pijn die nooit verdween: ongeveer 61% tegenover 42% in het betreffende cohort.

9.6 Overzicht

Behandeling	Uitkomst	Beschikbare orde van grootte	Belangrijkste beperking
Injectie	≥50% pijnreductie	circa 30%	niet hetzelfde als pijnvrij
PRF, één sessie	pijnvrij	4,3%	kleine langetermijngroep
PRF, herhaald	pijnvrij	21,7%	herhaalde behandeling nodig
Primaire neurectomie	respons/pijnvrij, afhankelijk van studie	circa 61–73%	korte en lange termijn verschillen
Secundaire chirurgie	≥50% pijnreductie	circa 42–61% lang	uitkomst afhankelijk van indicatie

Behandelonderzoek zou naast pijn voortaan standaard slaap, dagelijks functioneren, psychische gezondheid, medicatie, werkvermogen, complicaties en patiëntprioriteiten moeten meten.

10. Kinderen: extra voorzichtigheid

Bij kinderen bestaat opvallend tegenstrijdig bewijs. Een chirurgisch georiënteerd centrum vond ACNES bij 12 van 95 verwezen kinderen en rapporteerde een goede korte-termijnrespons. Een onafhankelijk tertiair pediatriesch pijncentrum kon bij 31 verwezen kinderen de diagnose niet solide bevestigen; 20 van 31 rapporteerden verbetering na een biopsychosociale aanpak.

De studies hebben verschillende settings en geselecteerde populaties. Het contrast bewijst niet eenvoudig dat één groep gelijk heeft. Het laat wel zien dat een uitsluitend invasief of uitsluitend psychologisch verhaal onvoldoende is.

Voor kinderen zijn nodig:

- vooraf vastgelegde diagnostische criteria;
- rapportage van lichamelijke, psychische en sociale factoren;
- onafhankelijke beoordeling;
- gestandaardiseerde pijn- en functiematen;
- langere follow-up;
- terughoudendheid met invasieve behandeling zolang de diagnose onzeker is.

11. Onafhankelijkheid van het bewijs

Een groot deel van de incidentie-, kosten- en chirurgische gegevens komt van Máxima Medisch Centrum / SolviMáx in samenwerking met Maastricht University. Dat werk is inhoudelijk belangrijk en heeft de aandoening zichtbaar gemaakt. Meerdere publicaties uit hetzelfde team vormen echter geen onafhankelijke replicatie.

De Belgische scoping review is een onafhankelijke synthese van bestaande behandelstudies en komt tot vergelijkbare behandelpercentages. Zij is geen nieuwe primaire meting van incidentie of kosten. De pediatrie studie uit Erasmus MC biedt onafhankelijk en kritisch tegenwicht.

Onderwerp	Stand van onafhankelijkheid
Incidentie en mogelijke misclassificatie	grotendeels één Nederlands kernteam
Kosten	één geselecteerde single-centre studie
Behandeling	meerdere designs; deels verbreed; onafhankelijke synthese beschikbaar
Volwassen psychische en arbeidsmatige gevolgen	nauwelijks ACNES-specifiek onderzocht
Kinderen	tegenstrijdige bevindingen uit verschillende settings

De publicatie behandelt centrumconcentratie niet als verdachtmaking, maar als methodologische eigenschap die bepaalt hoeveel zekerheid aan de uitkomst kan worden toegekend.

12. Onderzoeksagenda voor Nederland

12.1 Eén nieuwe kernstudie in plaats van losse deelmetingen

De hoogste informatiewaarde ontstaat met een multicentrisch prospectief cohort waarin patiënten vanaf de eerste serieuze verdenking worden gevolgd. Minimaal te meten:

- diagnostische criteria en mate van zekerheid;
- start en duur van klachten;
- eerdere diagnoses, onderzoeken, verwijzingen en interventies;
- pijnintensiteit en pijninterferentie;
- slaap, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven;
- depressieve en angstklachten met gevalideerde instrumenten;
- werkstatus, verzuim, presenteïsme en duurzame werkhervatting;
- directe zorgkosten en medicatie;
- patiëntkosten en informele zorg;
- behandelkeuze, complicaties, non-respons en recidief;
- uitkomsten op 3, 6, 12 en 24 maanden.

12.2 Aanbevolen meetinstrumenten

- iMCQ voor medische consumptie;
- iPCQ voor productiviteitsverlies;
- EQ-5D-5L of PROMIS Global Health voor kwaliteit van leven;
- Brief Pain Inventory of PROMIS Pain Interference;
- PHQ-9 voor depressieve symptomen;
- GAD-7 voor angstklachten;
- Work Productivity and Activity Impairment-vragenlijst;
- Patient Global Impression of Change;
- vooraf gedefinieerde klinische ACNES-criteria.

Deze instrumenten stellen niet automatisch causaliteit vast. Ze maken wel tijdsvolgorde, samenhang en verandering na diagnose of behandeling meetbaar.

12.3 Concrete databronnen

Vraag	Mogelijke databron
Landelijke diagnose- en ingreepvolumes	DHD/DIS, Vektis, Zorginstituut; code-algoritme nodig
Herkenning in eerste lijn	Nivel Zorgregistraties; prospectieve huisartsstudie
Diagnostische vertraging	multicentrisch dossieronderzoek en patiëntcohort
Zorggebruik en kosten	declaraties gekoppeld aan iMCQ/iPCQ en CBS Microdata
Werkuitval	UWV/CBS-koppeling, met passende governance en toestemming
Psychische vervolgschade	longitudinale PROM-metingen vóór en na behandeling
Regionale verschillen	Vektis- en verwijsdata

Vraag	Mogelijke databron
Kinderen	onafhankelijke multicentrische pediatrische studie

12.4 Drie prioriteiten

1. **Landelijke omvang:** multicentrisch en buiten één historisch kernteam.
2. **Vervolgschade:** lichamelijk, psychisch, sociaal en arbeidsmatig in één tijdlijn.
3. **Behandelwaarde:** niet alleen pijnrespons, maar functioneren, terugkeer naar werk en kwaliteit van leven.

13. Conclusies en aanbevelingen

13.1 Wat stevig staat

1. ACNES is een erkende en behandelbare oorzaak van chronische buikwandpijn.
2. De beschikbare regionale incidentiestudie ondersteunt een orde van grootte van tientallen nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar.
3. Injectie, PRF en neurectomie hebben aantoonbare maar uiteenlopende uitkomsten; neurectomie is het best onderbouwde invasieve onderdeel.
4. Een geselecteerde patiëntengroep liet vóór diagnose hoog zorggebruik en substantieel productiviteitsverlies zien.
5. Algemene pijnliteratuur ondersteunt dat chronische pijn, depressieve klachten en werkuitval elkaar kunnen versterken.

13.2 Wat niet als feit mag worden gebracht

1. Dat precies 25.000 Nederlanders ACNES hebben.
2. Dat jaarlijks exact 9.500 nieuwe gevallen optreden.
3. Dat €19.200 of €27.800 volledig uit zorgkosten of vermijdbare kosten bestaat.
4. Dat iedere psychische klacht of iedere dag arbeidsuitval door ACNES is veroorzaakt.
5. Dat het ontbreken van ACNES-specifieke causaliteitsdata betekent dat vervolgschade niet bestaat.

13.3 Wat nu nodig is

De inhoudelijke prioriteit is geen nieuwe slogan, maar een meetbare infrastructuur. Nederland heeft een registratie- en cohortopzet nodig waarin diagnostische vertraging, pijn, mentale gezondheid, functioneren, werk en kosten gezamenlijk worden gevolgd.

De centrale beleidsvraag luidt:

Hoe voorkomen we dat een behandelbare lokale pijnbron tijdens een lang diagnostisch traject uitgroeit tot brede lichamelijke, psychische, sociale en economische schade — en hoe meten we eerlijk welk deel daarvan met eerdere herkenning kan worden voorkomen?

Bronnen

1. Van Assen T, Brouns JAGM, Scheltinga MR, Roumen RMH. Incidence of abdominal pain due to the anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in an emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015;23:19. doi:10.1186/s13049-015-0096-0.
2. Van Assen T, de Jager-Kievit JWAJ, Scheltinga MR, Roumen RMH. Chronic abdominal wall pain misdiagnosed as functional abdominal pain. *J Am Board Fam Med*. 2013;26(6):738–744. doi:10.3122/jabfm.2013.06.130115.
3. Richtlijndatabase. Algemene Chirurgie — ACNES. 2021.
4. Van Assen T. *Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome: epidemiology and surgical management*. Maastricht University; 2015. doi:10.26481/dis.20150611ta.
5. Jacobs MLYE, et al. Ultrasound-guided abdominal wall infiltration versus freehand technique in ACNES: randomized clinical trial. *BJS Open*. 2021;5(6):zrab124. doi:10.1093/bjsopen/zrab124.
6. ten Have T, et al. Pulsed radiofrequency or surgery for ACNES: long-term results of a randomized controlled trial. *Pain Pract*. 2024;24(2):288–295. doi:10.1111/papr.13305.
7. Boelens OB, et al. A double-blind, randomized, controlled trial on surgery for chronic abdominal pain due to ACNES. *Ann Surg*. 2013;257(5):845–849. doi:10.1097/SLA.0b013e318285f930.
8. Van Assen T, et al. Long-term success rates after an anterior neurectomy in patients with ACNES. *Surgery*. 2015;157(1):137–143. PMID 25444218.
9. Jacobs MLYE, et al. Long-term efficacy of posterior neurectomy in ACNES. *J Abdom Wall Surg*. 2024;3:13508. doi:10.3389/jaws.2024.13508.
10. De Troyer A, Allaeys M, Verelst F, Berrevoet F. Management strategies for anterior cutaneous nerve entrapment syndrome: a scoping review. *Hernia*. 2026;30(1):72. doi:10.1007/s10029-025-03576-5.
11. De Leeuw T, et al. Children with suspected ACNES, it's not all the abdominal wall. *BMJ Paediatr Open*. 2026;10:e004205. doi:10.1136/bmjpo-2025-004205.
12. Qiu Y, Ma Y, Huang X. Bidirectional relationship between body pain and depressive symptoms: a pooled analysis of two national aging cohort studies. *Front Psychiatry*. 2022;13:881779. doi:10.3389/fpsy.2022.881779.
13. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain*. 2011;12(9):964–973. doi:10.1016/j.jpain.2011.03.003.
14. Fagerlund P, et al. Separate and joint associations of chronic pain, multisite pain and mental health with sickness absence among younger employees: a register based longitudinal study. *Arch Public Health*. 2023;81:97. doi:10.1186/s13690-023-01115-1.
15. Kawai K, Kawai AT, Wollan P, Yawn BP. Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Fam Pract*. 2017;34(6):656–661. doi:10.1093/fampra/cmz034.
16. Yokoyama N, Shiraki R, Watanabe T, et al. Difficult differentiation of a somatic symptom disorder from ACNES: a case report. *BMC Psychiatry*. 2019;19:394. doi:10.1186/s12888-019-2390-2.
17. Arts M, Buis J, de Jonge L. Misdiagnosis of ACNES as a somatization disorder. *Eur Psychiatry*. 2016;33(S1):S387–S388. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.1392.
18. Nederlandse Zorgautoriteit. Prijsindexcijfers. Geraadpleegd 15 juli 2026.
19. Centraal Bureau voor de Statistiek. Cao-lonen, contractuele loonkosten en arbeidsduur, tabel 85663NED. Geraadpleegd 15 juli 2026.
20. Centraal Bureau voor de Statistiek. Consumentenprijzen, tabel 83131NED. Geraadpleegd 15 juli 2026.
21. GIPdatabank. Geneesmiddeleninformatie en vergoedingen per DDD/uitgifte. Geraadpleegd 15 juli 2026.

Methodologische slotnotitie

Voor publicatie als versie 1.0 zijn minimaal nodig:

- medische inhoudsreview door een onafhankelijke arts met ervaring in chronische pijn of buikwandpijn;
- methodologische review door een epidemioloog of health-economist;
- controle van alle formele bronvermeldingen;
- expliciete toestemming van de betrokkene voor publicatie van de geanonimiseerde casus;
- privacycheck op alle onderliggende bijlagen;
- vastlegging van auteurschap, belangen en financiering.