

Liesblessures in de huisartspraktijk

Drs. J.A.C.G. Jansen, onderzoeker

Afdeling Revalidatie en Sportgeneeskunde, UMC Utrecht, Utrecht

In sporten zoals voetbal, rugby en hockey worden er zware eisen gesteld aan het lichaam. Het vele sprintwerk en het snel draaien en keren zijn vooral belastend voor de onderste extremiteit en het bekken. Op basis van gegevens uit landelijk onderzoek wordt geschat dat 4-5% van alle blessures in het amateurvoetbal een liesblessure is.¹ De meeste liesblessures zijn kortdurend: ongeveer 13% van alle liesblessures resulteert in een probleem dat langer dan drie weken blijft bestaan.² Mensen met deze complexere gevallen zoeken vaak medische hulp. Voor een huisarts is het bezitten van kennis over ontstaansmechanismen en differentiaaldiagnostiek noodzakelijk om een goede diagnose te kunnen stellen. Daarnaast is gedegen kennis over de effectiviteit van verschillende interventies onontbeerlijk om een optimaal behandeltraject uit te zetten. Om recidieflachten te voorkomen zouden adviezen over blessurepreventie ook een onderdeel van de behandeling moeten zijn.

In dit artikel worden het ontstaansmechanisme, de diagnostiek, de behandeling en de preventie bij sportgerelateerde liesklachten beschreven.

Ontstaansmechanisme

Een sportgerelateerde liesblessure ontstaat meestal door een acute overbelasting, zoals een overrekking of overbelasting zoals tijdens een sliding. Een kleiner percentage ontstaat door geleidelijke overbelasting. Bij een geleidelijke overbelasting kunnen verscheidene factoren een rol spelen, zoals een beperkte passieve heuprotatiebeweeglijkheid,³ een verhouding kleiner dan 8/10 tussen de isometrische kracht van de heupadductoren ten opzichte van de heupabductoren,⁴ en een slechte voorbereiding op het sportseizoen.⁵ Heupabductielenigheid lijkt geen belangrijke rol te spelen.^{4,5} Sporters die al eerder een liesblessure hebben doorgemaakt, lopen een groter risico op een hernieuwde liesblessure.^{2,5}

Primaire diagnostiek

De liesregio is een vaag omschreven gebied dat grofweg het mediale en ventrale deel van het bovenbeen en de regio van het inguinale kanaal beslaat. Voor de differentiaaldiagnose dient men rekening te houden met een (combinatie van) aandoening(en) van anatomische structuren in dit gebied.

Een overzicht van de differentiaaldiagnostiek is weergegeven in tabel 1. Opvallend is dat aandoeningen van het gastro-intestinale systeem, het urogenitale systeem, de heup, het sacro-iliacale gewricht en de wervelkolom (via uitstralende pijn) ook liesklachten kunnen opleveren.

Houdings- en bewegingsapparaat of andere aandoening?

Allereerst is het belangrijk te proberen onderscheid te maken in aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en overige aandoeningen. De kans dat de liesklachten bij sporters niet gerelateerd zijn aan het houdings- en bewegingsapparaat, is klein. Ze worden daarom niet verder beschreven.

Acute liesklachten met hun oorzaak in het houdings- en bewegingsapparaat kunnen een gevolg zijn van bijvoorbeeld een acute overrekking of overbelasting van een van de

Tabel 1
Differentiaaldiagnose van liesklachten

Heup/bekken <ul style="list-style-type: none"> • Stressfractuur collum femoris • Fractuur ramus ossis pubis • Osteitis pubis • Ziekte van Legg-Calvé-Perthes • Epiphysiolysis capitis femoris • Avulsiefractuur bekken • Snapping hip • Ruptuur labrum acetabulare • Stressfractuur collum femoris • Fractuur ramus ossis pubis • Osteitis pubis • Bursitis iliopectinea/trochanterica • Avasculaire necrosis capitis femoris • Heupartrose • Synovitis of capsulitis heup/sacro-iliacaal gewricht 	Abdomen <ul style="list-style-type: none"> • Buikwand <ul style="list-style-type: none"> - Verrekking m. rectus femoris - Verrekking conjoint tendon m. transversus abdominus/m. obliquus internus - Hernia inguinalis - Entrapment n. ilioinguinalis - Sporthernia • Buikorganen <ul style="list-style-type: none"> - Aneurysma aortae abdominalis - Appendicitis - Diverticulosis - Darmontsteking - Ontstekingsproces bekken - Ovariumcyste - Ectopische zwangerschap
Dijbeen <ul style="list-style-type: none"> • Overbelasting/overrekking <ul style="list-style-type: none"> - M. adductor longus - M. rectus femoris - M. iliopsoas - M. sartorius - M. gracilis • Hernia femoralis • Lymfadenopathie 	Genitalia <ul style="list-style-type: none"> • Prostatitis • Epididymitis • Hydrokèle/variokèle/torsio testis • Neoplasma testis • Urineweginfectie
Referred pain <ul style="list-style-type: none"> • Hernia nuclei pulposi • Nierstenen • Spondylartropathie 	

adductoren of van de m. iliopsoas, maar kunnen ook een gevolg zijn van grof (rotatie)trauma dat leidt tot een beschadiging van het kraakbeen of labrum van het heupgewricht.

Anamnese en lichamelijk onderzoek

Het gedegen uitvragen van het soort trauma kan hier meer inzicht in geven en een aanleiding zijn voor aanvullende diagnostiek. Acute, spiergerelateerde klachten hebben over het algemeen een sneller herstel vergeleken met liesklachten die zonder duidelijke oorzaak ontstaan zijn, of aandoeningen in het heupgewricht zoals artrose en labrumlaesies. Informatie over het ontstaansmechanisme geeft dus een indicatie over de prognose. Bij een grof trauma is een loopanalyse belangrijk. Het niet of nauwelijks kunnen belasten, gecombineerd met aanwijzingen uit de anamnese, kan een indicatie zijn voor grof letsel van het heupgewricht. Bij een duidelijk spieroverrekkingstrauma zal bij inspectie mogelijk een hematoom zichtbaar zijn. Bij een chronische overbelasting zijn vaak geen duidelijke aanwijzingen uit een inspectie te destilleren.

Pijnprovocatietests

Wat betreft het lichamelijk onderzoek wordt er in de wetenschappelijke literatuur een aantal pijnprovocatietests beschreven: provocatietests voor de adductoren, de iliopsoas en het heupgewricht. Een van de tests voor de adductoren is de bilaterale adductietest: de patiënt tilt beide benen gestrekt op en voert bilaterale adductie uit (figuur 1). De kans op een probleem van de adductoren neemt toe als palpatie van de adductoren ook pijnlijk is. Drukgevoeligheid bij palpatie van de symfyse of aanhechting van de adductoren komt ook vaak voor bij liesklachten. De specificiteit hiervan is echter beperkt: 35% van de sporters zonder liespijn blijkt ook pijn te hebben tijdens palpatie van de symfyse.

Een test voor de iliopsoas is de pijnprovocatie door middel van rekken (figuur 2). Pijnprovocatie tijdens deze test gecombineerd met pijnlijke palpatie van de pees distaal van het inguinale kanaal duidt op een aandoening van de iliopsoas. Voor het labrum van de heup kunnen de zogenoemde *apprehension*-test (eindstandige beweging van de heup naar abductie-extensie-exorotatie) en de *impingement*-test (eindstandige beweging van de heup naar flexie-adductie-endorotatie) worden gebruikt. Tijdens de apprehension-test wordt naar een 'beangstigend gevoel' gevraagd; tijdens de impingement-test naar pijn. Onderzoek heeft aangetoond dat bij 88% van de patiënten met operatief aangetoonde afwijkingen van het heuplabrum een positieve impingement-test werd gevonden.⁶ De intertesterbetrouwbaarheid van deze test bleek echter matig (tabel 2).⁷

Hölmich et al. hebben tevens onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van een aantal tests die onderdeel horen te zijn van een lichamelijk onderzoek van de liesregio.⁸ De conclusie van de auteurs was dat een lokaal onderzoek van de liesregio over het algemeen betrouwbaar was uit te

Figuur 1

Provocatietest voor de adductoren: bilaterale adductortest



Figuur 2

Provocatierekttest voor de m. iliopsoas



Als de patiënt pijn aangeeft, is de test positief. De patiënt kan tevens gevraagd worden het gestrekte been tegen de weerstand in te heffen.

voeren, gezien de hoge percentages van overeenkomst voor zowel herhaalde metingen door één persoon als bij vergelijking tussen personen (tabel 2).

Een test die vaak wordt genoemd om een niet-zichtbare inguinale hernia bij mannen op te sporen, is het palperen van de diepe inguinale ring via het scrotum. De patiënt

Tabel 2

Intra- en intertesterbetrouwbaarheid van pijnprovocatietests die kunnen worden gebruikt bij het onderzoek van de liesregio (volgens Hölmich 2004)⁵

TEST	INTRATESTER-OVEREENKOMST (%)	INTERTESTER-OVEREENKOMST (%)
Hip-impingement-test		0,58*
Adductorweerstandstest	96,5	95,7
Adductorpalpatie	95,1	96,8
Adductorrektest	93,8	95,9
Symfysepalpatie	93,1	86,1
Rectus-abdominuspalpatie	92,4	93,8
Weerstandstest rectus abdominus	93,1	90,3
Weerstandstest obliquus abdominus	91,0	87,0
Palpatie iliopsoas	93,8	90,8
Iliopsoasweerstandstest	90,3	94,9
Iliopsoasrektest	95,8	97,5

Intratesterovereenkomst = het percentage waarbij één onderzoeker bij het uitvoeren van dezelfde test bij dezelfde persoon hetzelfde resultaat geeft.

Intertesterovereenkomst = het percentage waarbij de ene onderzoeker hetzelfde resultaat geeft bij een bepaalde test als een andere onderzoeker.⁸

* Cohens kappa, gebaseerd op Martin & Sekiya.⁷ Een waarde van 0,58 betekent een matige betrouwbaarheid.

wordt vervolgens gevraagd de intra-abdominale druk flink op te voeren door te persen. De test is positief bij een duidelijke druk tegen de vinger en het oproepen van de typische pijn. Bij duidelijke hernia's is dit een valide test; bij sporters met liesklachten is deze test nauwelijks valide: het is, ondanks een negatieve test, mogelijk dat een sporter met liesklachten toch een probleem met de buikwand heeft. Het uitvragen en onderzoeken van gevoelsstoornissen en/of andere neurogene symptomen is aan te bevelen. De combinatie van een positieve test en gevoeligheid rondom het inguinale kanaal en bij de aanhechting van de buikwand op het os pubis kan wel aanleiding geven om aanvullend onderzoek aan te vragen (zie verder). Verreweg de meeste sportgerelateerde liesklachten hebben betrekking op de adductoren, gevolgd door de iliopsoas en vervolgens de symfyse. Een combinatie van aangedane structuren is echter niet ongewoon. Vooral de combinatie van een aangedane symfyse en adductor komt vaak voor.

Aanvullende diagnostiek

Ernstige afwijkingen van de heup kunnen met röntgenstraling eenvoudig worden vastgesteld of uitgesloten. Bij verdenking op labrum- of kraakbeenproblematiek kan MRI als beeldvormende diagnostiek meer inzicht geven.⁹

Uit het bovenstaande bleek dat in veel vage gevallen het op basis van een anamnese en lichamelijk onderzoek onmogelijk

is een goede diagnose te stellen. Vaak wordt er dan ook gekozen voor aanvullende diagnostiek. Echter, dit is ook geen garantie voor het verkrijgen van een heldere diagnose. Dit wordt geïllustreerd met enkele voorbeelden uit de literatuur. Afwijkingen aan het bekken die röntgenologisch vastgesteld worden, hebben over het algemeen geen directe relatie met liesklachten.¹⁰ Vaak zijn de gevonden afwijkingen een resultaat van jaren actieve sportbeoefening. Ook kan men gebruikmaken van herniografie. Bij herniografie wordt contrastvloeistof in de preperitoneale ruimte gespoten en wordt vervolgens een röntgenopname gemaakt. Het blijkt dat een uitstulping bij sporters met liesklachten vaak voorkomt aan de zijde waar de patiënten de klachten ervaren, maar ook relatief vaak aan de asymptomatische zijde.¹⁰ Met aanvullende diagnostiek zoals MRI kan men overbelasting van het bekken visualiseren. Oedeem van het os pubis komt relatief vaker voor bij sporters met liesklachten.¹⁰ Dat het geen eenduidig kenmerk van een liesblessure hoeft te zijn, blijkt uit een onderzoek van Verrall et al. (2001),¹¹ die aantonen dat het ook voorkomt bij sporters tijdens een periode van zware training.

Ultrageluidsechografie wordt steeds vaker toegepast, omdat het met deze techniek mogelijk is *live* te visualiseren wat er gebeurt onder dynamische condities. Deze technieken worden veelal toegepast bij verdenking van buikwandproblematiek. Helaas blijkt dat het zelfs met deze geavanceerde methoden vaak niet mogelijk is afwijkingen aan te tonen.¹⁰

Gezien de zeer matige validiteit van diagnostisch beeldvormend onderzoek bij niet-heupgerelateerde klachten worden in de recentere literatuur over behandeling meestal de patiëntengroepen beschreven aan de hand van hun klacht met een aantal bevindingen, bijvoorbeeld pijn tijdens adductie, een afwijkend beeld op röntgenbeeld en/of op de MRI.

Behandeling

Fysiotherapie

Acute liesklachten met als oorzaak een spiertrauma hebben over het algemeen een goede prognose. Na een periode van rust en een geleidelijke opbouw in belasting is een vlotte terugkeer naar sport vaak mogelijk. Bij liesklachten zonder duidelijk ontstaansmechanisme is dat moeilijker. Uit het bovenstaande is gebleken dat het in deze gevallen veelal onmogelijk is aan te tonen dat één specifieke structuur is aangedaan, of dat één specifieke pathologie aanwezig is. Uit veel artikelen blijkt dat een periode van rust niet effectief is. Vaak kiest de arts dan ook voor een fysiotherapeutische interventie. Er bestaat slechts één goede RCT die een actieve en passieve fysiotherapeutische behandeling van liesklachten bij sporters direct met elkaar vergelijkt.¹² Het blijkt dat een behandeling met kracht- en stabiliteitsoefeningen gericht op de heup en het bekken significant betere resultaten geeft dan een behandeling bestaande uit passieve applicaties. Er zijn echter ook aanwijzingen dat een rekmanipulatie gericht op de m. adductor longus een goed behandelresultaat kan opleveren.¹³ Daarnaast zouden

KERNPUNTEN

- Bij de meeste acute liesblessures is er een grote kans op snel herstel; bij liesblessures met een geleidelijk ontstaansmechanisme is er een kleinere kans op snel herstel.
- Er zijn vaak diverse anatomische structuren aangedaan, zoals de aanhechting van de heupadductor en de symphysis pubis.
- De verschillende tests voor de liesregio hebben een goede betrouwbaarheid.
- Aanvullende beeldvormende diagnostiek kan zinvol zijn om ernstige (heup)afwijkingen uit te sluiten.
- Behandeling met spierversterkende en stabiliserende oefentherapie onder begeleiding van een fysiotherapeut geeft vaak positieve resultaten bij langdurige liesklachten.
- De kans op recidiefklachten is vergroot, dus preventieve adviezen over voldoende heup- en buikspierkracht zijn raadzaam.

het optimaliseren van de mobiliteit van heup, bekken en lumbale wervelkolom, en het verbeteren van het aanspanningspatroon van de diepe buikspieren ook kunnen bijdragen aan herstel.

Operatieve interventie

Hoewel enkele onderzoeken positieve resultaten van fysiotherapeutische oefeningen beschrijven, zijn er tevens onderzoeken die de effecten van een operatieve interventie beschrijven bij sporters met liesklachten bij wie fysiotherapie geen effect had. Deze onderzoeken gaan meestal over liesklachten gerelateerd aan een zwakte van de buikwand, zoals de sporthernia. Deze diagnose werd vaak pas retrospectief gesteld. Dat wil zeggen, als een versterking van de buikwand effectief bleek, dan was het waarschijnlijk dat de buikwand het probleem was. Een systematische review waarin de behandelingen bij liesklachten onder sporters werden geëvalueerd, kwam tot de conclusie dat ook hier slechts één RCT bestond.¹⁴ Deze RCT toonde aan dat patiënten met een aangetoonde *bulging* op de herniografie meer gebaat waren met een operatie ter versterking van de buikwand dan met oefentherapie.¹⁵ Klachten van de buikwand staan echter niet vaak op de voorgrond. De patiënt ervaart vooral klachten bij de aanhechting van de adductor, terwijl na een succesvolle buikwandoperatie de oorzaak ter hoogte van de buikwand bleek te liggen. Bij operatieve ingrepen wordt soms bij erg langdurige gevallen naast een versterking van de buikwand ook een tenotomie (klieven van de aanhechting) van de adductor uitgevoerd. Meestal verdwijnen deze aanhechtingsklachten echter geleidelijk vanzelf na het verstevigen van de buikwand met een kunststof matje (mesh).

Ernstige heupgerelateerde liesklachten zijn relatief zeldzaam. Ze genezen vaak moeizaam via de conservatieve weg. Sommige aandoeningen, zoals geleidelijk ontstane klachten van heup-impingement, zijn lastig te diagnosticeren en worden pas na omzwervingen via diverse behandelaars gevonden, waardoor de juiste behandeling (operatie) pas relatief laat kan worden georganiseerd.

Preventie

Om liesblessures te voorkomen of de kans op een terugval te verkleinen zou men kunnen aangrijpen op factoren die te beïnvloeden zijn. Hierbij kan men denken aan het beïnvloeden van overmatig lichaamsgewicht, een goede voorbereiding op het sportseizoen en een goede spierkrachtverhouding tussen de adductoren en abductoren van de heup. Daarnaast zouden de oefeningen gericht op de kracht en stabiliteit van de heup en romp, die hun effectiviteit hebben aangetoond in de behandeling van liesklachten, ook kunnen worden ingezet ter preventie. Uit een nog niet gepubliceerd onderzoek van de afdeling Revalidatie en Sportgeneeskunde van het UMC Utrecht blijkt dat de spierdikte van de m. transversus abdominus, een belangrijke stabilisator voor het bekken, verminderd is bij sporters met liesklachten. Eerder onderzoek liet ook al een disfunctie van deze spier zien bij sporters met liesklachten.¹⁶ Het selectief trainen van deze spier zou mogelijk ook preventief kunnen werken.

Vanuit het UMC Utrecht is onlangs een RCT gestart die het effect van een algemeen preventief oefenprogramma genaamd *The 11* (The eleven) op sportblessures bij amateurvoetballers onderzoekt. De resultaten van dit onderzoek zullen begin 2011 bekend zijn.

Literatuur

De literatuurlijst is opvraagbaar bij de uitgever, modernmedicine@zuidencom.nl.

