



# Een jeugdige voetballer met pijn in de liesstreek

Niets is wat het lijkt...

Door: J. Benders, H. Inklaar

## Samenvatting

Geleidelijk zich manifesterende pijnklachten in de liesstreek bij jeugdige sporters betreffen meestal aandoeningen van het locomotore systeem. Bij een liesblessure-gevoelige sport als voetballen zal hierop snel de focus liggen. Dat heeft z'n risico. Andere pathologie kan ook leiden tot pijn in de liesstreek. Er wordt een casus beschreven van een 13-jarige voetballer met pijn in de rechter liesstreek op basis van een regionale lymfadenitis. De lymfadenitis werd veroorzaakt door een erysipelas van de voetrug als gevolg van een huidwond bij digitale 1. Het behandelbeleid en het beloop worden beschreven. Wij concluderen dat bij liesklachten (ook) aan andere pathologie moet worden gedacht en er bij onduidelijkheid ten aanzien van de diagnose niet mag worden gespeeld.

## Summary

*In young athletes insidious pain in the inguinal area is mostly related to components of the locomotor system. Focus of attention will, in most cases, be directed in that direction. However, other pathological conditions also may elicit groin pain. Here we present a case of a 13 yrs old male soccer player with groin pain caused by an inguinal lymphadenitis. The origin of the lymphadenitis proved to be erysipelas as a consequence of a skin lesion at the first digit of the right foot. The treatment and the follow-up are described. We conclude that injuries of the inguinal area may have different underlying pathology and as such requires proper diagnosis before continuation of sports activities is allowed.*

## Inleiding

Pijnklachten in de liesstreek worden regelmatig gerapporteerd door sportbeoefenaren. De incidentie van liesblessures wordt geschat op 5-18% van alle sportblessures.<sup>1</sup> Deze cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de knie is de lies geen wel omschreven anatomische entiteit. Een veelheid van anatomische structuren is aanwezig in de liesstreek. Een internationaal aanvaarde definitie of classificatie van liesblessure ontbreekt. Bij het nationale registratiesysteem van sportblessures wordt de liesstreek gecombineerd met de heup, waardoor juiste schattingen van verschillende soorten liesblessures niet goed mogelijk zijn.<sup>2</sup>

De meest frequente aandoeningen, die leiden tot pijn in de liesstreek zijn aandoeningen van het locomotore systeem. Deze aandoeningen worden het frequentst waargenomen bij sporten, die zich kenmerken door repeterende draaibewegingen, vaak in combinatie met acceleratie en deceleratie (bijvoorbeeld voetbal, hockey, tennis) als ook bij sporten met intensieve abductiebewegingen in het heupgewricht (bijvoorbeeld schaatsen, turnen, ijshockey). Ook ziekten van de lumbosacrale wervelkolom, de buikorganen en de geslachtsorganen kunnen zich presenteren met gerefereerde pijn in de liesstreek.

Zoals in vele sporten zal de speler alles doen om te willen spelen en zal hij 'een beetje pijn' bagatelliseren om maar te kunnen spelen. Daarbij valt te bena-

drukken dat niet altijd een (sport/club)arts aanwezig is bij jeugdteams en dat het de verzorger veelal is die in samenspraak met de sporter vaststelt of het meespelen mogelijk dan wel verantwoord is. Dat niet elke pijn in de liesstreek een liesblessure is, wordt geïllustreerd door de volgende casus.

**Patiënt A**, een getalenteerde 13-jarige voetballer van allochtone origine, meldt zich vlak voor de wedstrijd van zijn C-1 team, spelende in de derde divisie, in voetbaltenu op het speelveld bij de teamverzorger. Hij heeft voorafgaande aan de uitreis, noch tijdens het omkleeden, gewag gemaakt van enige hinder. De wedstrijd staat op het punt van beginnen.

De jongen klaagt over pijn in de rechter lies, kijkt wat betrokken. Een vluchtig onderzoek van de speler staande langs de zijlijn met de wedstrijdkleding aan levert bij palpatie over de sportkleding pijn in de liesstreek op. De jongen maakt geen algemeen zieke indruk en geeft ook niet aan zich ziek te voelen. Een acuut traumatisch moment wordt niet aangegeven. De voorgeschiedenis vermeldt geen liesblessure. De speler is niet bekend van eerdere medische antecedenten. De vraag van de speler en zijn vader is in de gauwigheid wát hij moet doen? Het advies wordt gegeven de wedstrijd waarvoor elk moment het fluitsignaal kan klinken *niet* mee te spelen. De speler gaat hiermee akkoord; wel toont hij zich ongelukkig met de beslissing. Zoals ook zijn vader. Misschien wordt dit geaccentueerd door de lange reis die zij voor deze uitwedstrijd hebben gemaakt.

Ter plaatse kan geen verder medisch onderzoek plaatsvinden. De vader besluit de thuisreis te aanvaarden. Hem wordt het advies meegegeven de huisarts te bezoeken bij twijfel of toename van de klachten. Later die dag meldt hij zich bij de huisartsenpost van een academisch ziekenhuis, vanwege progressieve pijn in de rechter lies met daarbij een zich ontwikkelende koorts tot 39.8 graden Celsius. Bij anamnese blijkt er geen bewegingsbeperking, belasten is goed mogelijk. Er was geen sprake van contact met TBC, een tekenbeet of een krab door een kat. De familieanamnese vermeldt geen hemoglobinopathieën. Tijdens een recente vakantie in Turkije was patiënt niet ziek geweest, niet door insecten gebeten of in contact gekomen met zieken in de omgeving. De voorgeschiedenis was verder blanco.

Bij lichamelijk onderzoek door een specialist wordt een matig zieke jongen gezien. In de rechter lies worden twee zeer pijnlijke lymfeklieren met een omvang van 1-2cm. gepalpeerd. In de linker lies worden twee kleinere niet pijnlijke lymfeklieren gevoeld. Nadere inspectie van het rechter been toont een huidwondje op digitum I van de rechter voet met erytheem en zwelling. Ook op de voetrug is minimale roodheid zonder duidelijke begrenzing. Op het rechter onderbeen is een rode vlek, mogelijk na krabben, echter zonder pijn bij palpatie. Laboratoriumonderzoek CRP (8.3 mg/l), BSE (15mm/1e uur), leucocyten (10.2), AST (489 IU). CMV: IgG antistoffen positief, IgM antistoffen negatief; EBV: IgG antistoffen positief, IgM antistoffen laag positief; Toxoplasmosis IgG en IgM negatief.

Onder verdenking van een erysipelas, mogelijk op basis van een toxine producerende bacterie, wordt besloten tot een klinische opname.

De behandeling bestaat uit clindamycine intraveneus. Tijdens opname wordt het CRP herhaald, welke doorstijgt naar 54 mg/l. Het herstel is voorspoedig met binnen 24 uur afname van roodheid, vermindering van de zwelling van de lymfeklieren en verdwijnen van de pijn. Ook normaliseert de lichaamstemperatuur. Na 48 uur wordt de therapie met clindamycine intraveneus bij een negatieve bloedkweek vervangen door amoxicilline/clavulaanzuur 3 dd 500/125 mg per os gedurende de volgende week. Aanvullende serologisch onderzoek toont eveneens een verhoogde AST-waarde. Dit kan passen bij een infectie met *Streptococcus pyogenes*. Na drie dagen wordt de jonge patiënt in goede conditie uit het ziekenhuis ontslagen. Na het beëindigen van de antibioticumkuur mocht patiënt zijn voetbalactiviteiten hervatten.

### Beschouwing

Een jeugdvoetballer heeft pijn in de liesstreek, en maakt hier vlak voor het fluitsignaal melding van. Hij bevindt zich in zijn sportterrein en staat klaar om de wedstrijd te beginnen als hij nog gauw even zijn teamverzorger raadpleegt. Binnen de setting waarin zich deze raadpleging voltrekt, langs de zijlijn, dringt zich gemakkelijk de gedachte op van een liesblessure. In deze casus evenwel is niets wat het lijkt...

Bij pijnklachten in de liesstreek bij jeugdige voetballers ligt een diagnose als erysipelas niet voor de hand en deze heeft dan ook doorgaans geen plaats in de differentiaaldiagnose zoals deze in enkele overzichtsartikelen en populaire sportmedische handboeken wordt weergegeven.<sup>3,4,5,6</sup> Slechts in het overzichtsartikel van Lacroix wordt in zijn zeer uitvoerige differentiaal diagnose van pijn in de liesstreek een lymfadenopathie van lymfeklieren in de regio inguinalis vermeld.<sup>7</sup> Mogelijke andere oorzaken van niet acuut traumatische pijn in de regio inguinalis bij jeugdige sporters worden nog eens samengevat in tabel 1. Nader onderzoek kan hieromtrent uitsluitsel geven. Indien er sprake is van een inguinale lymfadenitis moet het been geïnspecteerd worden op de aanwezigheid van een huidwond met locale infectie. Naast desinfectie en nettoyage van de wond kan afhankelijk van het klinisch beeld tevens antibiotische therapie noodzakelijk zijn zoals deze casus illustreert. Jeugdige voetballers moeten de noodzaak van een goede lichaamsverzorging onderkennen. Ook moeten zij geïnstrueerd worden bij een huidwond met ontsteking deze snel te rapporteren aan ouders en begeleiders.

Achteraf is het advies om niet te voetballen juist gebleken. Zonder goede onderzoeksmogelijkheden deed het verzorgings-/begeleidingsteam er goed aan de speler het advies 'niet spelen' te geven.



**Tabel 1.** Andere mogelijke oorzaken van niet acute pijn in de liesstreek bij jeugdige sporters

Epifysiolysis capitis femoris
Osteochondrosis coxae juvenilis (M.Perthes)
Tractieapofysitis bekkenring
Hernia inguinalis en femoralis
Gastro-intestinale pathologie
Urogenitale pathologie
Lymphadenopathie op basis van maligniteit

### Conclusie

Bij sportblessures die hun naam ‘danken’ aan een sportsoort (tennisarm, golfarm, voetbalknie) of aan een lichamelijke verwijzing (liesblessure, snapping hip) bestaat het risico op mono-focus.

Bovenstaande casus leert dat bij een jeugdige voetballer, die zich met pijn in de liesstreek zonder duidelijke oorzaak meldt, rekening dient te worden gehouden met een minder frequent voorkomende aandoening. Bij onduidelijkheid ten aanzien van de diagnose is het onverantwoord de speler te laten sporten.

Wij danken dr. Eric van Breda, medisch fysioloog, voorzitter wetenschappelijke adviesraad Service Médical Academy, voor zijn inhoudelijke bijdrage aan de totstandkoming van dit artikel.

### Literatuur

1. Jansen JACG. Longstanding adduction-related groin pain in athletes. Thesis Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 2010
2. Ongevallen en bewegingen in Nederland 2000-heden. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid
3. Robertson BA, Barker PJ, Fahrer M, Schache AG. The anatomy of the pubic region revisited. *Sports Med* 2009;39 (3):225-234
4. Falvey EC, Franklyn-Miller A, McCrory PR. The groin triangle: a patho-anatomical approach to the diagnosis of chronic groin pain in athletes. *Br J Sports Med* 2009;43:213-220
5. Peterson L, Renström P. Sports injuries, their prevention and treatment, chapter 10 groin and thigh. 2002, 3rd edition, 231-258, ed. Martin Dunitz Ltd, London
6. Brukner P, Khan K. Clinical Sports Medicine, chapter 24 longstanding groin pain. 2009, 3rd revised edition, 405-426, ed. Mc Graw-Hill, Sydney
7. Lacroix VJ. A complete approach to groin pain. *The Physician and Sportsmedicine* 2000, 28 (1): 66-86