**Chronische liespijn**

Key-points

* Bij overbelastingsproblematiek van de lies bij sporters worden vier verschillende klinische entiteiten gedefinieerd: adductor-gerelateerd, iliopsoas-gerelateerd, inguinaal-gerelateerd en pubis-gerelateerd.
* De diagnose wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Aanvullend beeldvormend onderzoek wordt gebruikt om een eventuele intra-articulaire oorzaak van de klachten te beoordelen.
* De behandeling is primair conservatief met een opbouwend oefenprogramma dat bestaat uit kracht, coördinatie en gedoseerde opbouw van sportbelasting.

Achtergrond

Chronische liesklachten komen veel voor bij sporters en staan erom bekend dat het vaak een complex probleem is. Chronische liesklachten kunnen zowel geleidelijk, subacuut of acuut beginnen. De term chronische verwijst naar een zeker duur van de pijnklachten, zonder dat daar een eenduidige definitie voor is afgesproken. Als eerste wordt er een onderscheid gemaakt tussen intra- of extra-articulaire problematiek. In dit schrijven richten we ons op de extra-articulaire liesklachten, die bij sporters beduidend meer voorkomt dan de intra-articulaire blessures ([zie femoroacetabulair impingement](https://www.sportmedischnetwerk.nl/femoroacetabular-impingement-fai/)). Het betreft dan meestal musculaire overbelastingsproblematiek in het heup-bekken-lies gebied. Vooral in sporten waar een grote aanspraak gemaakt wordt op het stabiliserende vermogen van het heup-bekken gebied komen chronische liesklachten veel voor, zoals bijvoorbeeld voetbal en rugby. Er worden vier verschillende klinische entiteiten gedefinieerd: adductor-gerelateerd, iliopsoas-gerelateerd, inguinaal-gerelateerd en pubis-gerelateerd. Met een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen de betrokken spieren geïdentificeerd worden. Vaak is er sprake van een mengbeeld met meerdere overbelaste structuren, vooral bij langdurig bestaande klachten.

Work-up

De symptomatologie van de verschillende oorzaken van liespijn bij sporters kent grote overlap: dit maakt de diagnostiek van chronische liesklachten complex. Patiënten benoemen pijn in de heup- en liesregio tijdens en na belastende activiteiten, startpijn en stijfheid. Klachten die op een intra-articulaire oorzaak kunnen wijzen zijn sensaties van klikken, stijfheid, beperkte bewegingsuitslagen en slotklachten ([zie femoroacetabulair impingement](https://www.sportmedischnetwerk.nl/femoroacetabular-impingement-fai/)). Heup impingement testen, zoals de flexie adductie interne rotatie (FADIR) test, zijn meestal ook pijnlijk bij extra-articulaire pathologie en kunnen derhalve niet goed intra- en extra-articulaire oorzaak van de klachten onderscheiden. Da anamnese en het lichamelijk onderzoek zijn er verder op gericht klachten van de vier klinische entiteiten te identificeren:

- Adductor gerelateerde liespijn: adductor pijn en pijn bij adductor weerstandstest.

- Iliopsoas gerelateerde liespijn: iliopsoas pijn en pijn bij heupflexie weerstandstest en rek van de heupflexoren

- Inguinaal-gerelateerde liespijn: pijn in de regio van het inguinale kanaal, pijn bij palpatie van het inguinale kanaal, geen palpabele hernia inguinalis (dan is de diagnose namelijk een hernia inguinalis), provocatie van de pijn bij weerstandstesten van de buikspieren of bij Valsalva manoeuvre.

- Pubis-gerelateerde liespijn: lokale pijn over de pubis symfyse en het direct aangelegen bot.

Aanvullend beeldvormend onderzoek is in de regel niet nodig voor het stellen van de diagnose als het klinisch beeld duidelijk is. Indien er twijfel over de diagnose bestaat, of bij verdenking op een intra-articulaire oorzaak van de klachten, kan aanvullend beeldvormend onderzoek verricht worden. In eerste instantie kan met een röntgenfoto degeneratieve veranderingen of een CAM/PINCER morfologie ([zie femoroacetabulair impingement](https://www.sportmedischnetwerk.nl/femoroacetabular-impingement-fai/)) beoordeeld worden. Met MRI onderzoek kunnen intra-articulaire letsels aan kraakbeen en labrum in beeld gebracht worden. Bij een onduidelijk klinisch beeld kan MRI onderzoek de bovengenoemde entiteiten in beeld brengen. Aanvullende kan bij de inguinaal gerelateerde liesklachten met echografie een eventuele zwakte van de buikachterwand of een inguinale hernia beoordeeld worden. Eventueel kan een diagnostische infiltratie met een lokaal anestheticum in het heupgewricht toegepast worden om een onderscheid te maken tussen intra- of extra-articulaire origine van de pijnklachten.

Behandeling

In de praktijk worden zeer veel verschillende behandelmethoden bij chronische liespijn toegepast waar goede wetenschappelijke evidentie voor ontbreekt. We zullen ons hieronder beperken tot de best bewezen en meest gebruikte behandelmethoden.

*Conservatieve behandelingen en oefentherapie*

De behandeling van chronische liesklachten bij sporters is primair conservatief en bestaat uit patiënt educatie, belasting aanpassing en een opbouwend trainingsprogramma gericht op het versterken en belastbaarder maken van de romp-bekken-heup-bovenbeen musculatuur. Progressie door het programma wordt gestuurd op basis van voortgang in klachten en functie, niet op basis van tijdcriteria. Daarnaast adviseren we een algemeen trainingsprogramma om een goede belastbaarheid in de rest van de kinetische keten te waarborgen. De tijd tot herstel varieert sterk: van enkele weken tot maanden, afhankelijk van de ernst en duur van klachten en de respons op het oefenprogramma. Indien er sprake is van een opvlammingsperiode van de pijnklachten kan een kortdurende kuur van 2-3 weken NSAIDs overwogen worden.

*Injectie met corticosteroïden: NIET DOEN!*

Corticosteroïd injecties worden in de praktijk veelvuldig gebruikt bij de behandeling van tendinopathie aandoeningen, zo ook bij adductor en iliopsoas tendinopathie. Ze hebben een positief effect op pijnklachten op de korte termijn, maar niet op de midden- tot lange termijn. Daarnaast blijkt uit goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek steeds duidelijker dat corticosteroïden een negatief effect hebben op pees- en collageenweefsel op de midden- tot lange termijn. Wij raden het gebruik hiervan bij chronische liesklachten dan ook af.

*Operatief*

Omdat er zeer matige bewijsvoering is voor de effectiviteit adviseren we zeer terughoudend te zijn met operatieve interventies bij chronische liesklachten: dit dient gereserveerd te worden voor patiënten die onvoldoende verbeteren op langdurige oefentherapie. Voor adductor-gerelateerde liesklachten kan een partiële release van de adductor longus pees toegepast worden. Voor iliopsoas-gerelateerde liesklachten kan een partiële (scopische) release worden verricht. Voor inguinaal-gerelateerde liesklachten kan een (laparoscopische) hernia repair verbetering van klachten geven.

Nabehandeling / sporthervatting

Als de klachten met of zonder bovenstaande behandelingen dusdanig afgenomen zijn dat sportactiviteiten hervat kunnen worden, is het met name van belang de sportbelasting in duur en intensiteit gedoseerd op te bouwen op geleide van de reactie van liesklachten op de belasting. Voor de tijd tot volledige sporthervatting dient rekening gehouden te worden met enkele maanden, echter varieert sterk per individu afhankelijk van de ernst en duur van klachten en de respons op het oefenprogramma.

Literatuur

* [Almeida MO et al. Conservative interventions for treating exercise-related musculotendinous, ligamentous and osseous groinpain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD009565](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23740671)
* [Charlton PC et al. Exercise Interventions for the prevention and treatment of groin pain and injury in athletes: a critical and systematic review. Sports 2017;47:2011-2026](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28497284)
* [Weir et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. Br J Sports Med 2015;49:768-774](http://bjsm.bmj.com/content/bjsports/49/12/768.full.pdf)