**Acute liespijn**

Key-points

* Acute liespijn bij sporters is veelal van musculotendineuze origine, met name van de adductoren.
* Sluit avulsiefracturen bij jonge sporters uit middels een röntgenfoto van het bekken.
* De behandeling van acute liespijn is vrijwel altijd conservatief.

Achtergrond

Acute liespijn bij sporters ontstaat veelal bij plotselinge bewegingen, zoals het schoppen van een bal of het veranderen van richting. De lies van het dominante been is meestal aangedaan. De belangrijkste risicofactor voor een acute liesblessure is een vorige liesblessure. Meest aangedane structuren in de acute setting zijn de adductoren (66%), met name de m. adductor longus, gevolgd door de m. iliopsoas (17-25%) en de m. rectus femoris (15-23%). Bij een deel is er sprake van gecombineerd letsel (8-29%). Intra-articulaire oorzaken, bijvoorbeeld een (stress)fractuur, of pathologie niet afkomstig van spier en/of pees, zoals een liesbreuk, zijn zeldzamer, maar dienen wel overwogen te worden.

Work-up

Inzicht in het traumamechanisme, anamnestisch of via videobeelden, kan bijdragen aan de identificatie van de aangedane structuur/structuren. Let bij inspectie op hematoomvorming en een eventuele delle. Analoog aan de systematiek van chronische liespijn (Doha consensus statement), dient er allereerst onderscheid gemaakt te worden tussen een intra-articulaire en extra-articulaire origine. Verder lichamelijk onderzoek helpt om onderscheid te maken bij een extra-articulaire oorzaak. Dit bestaat tenminste uit actief bewegingsonderzoek, rek- en weerstandstesten en palpatie. Hoewel in de acute fase niet altijd goed te onderscheiden, zal de werkdiagnose meestal een overrekkingsletsel dan wel (partiële) ruptuur van de adductoren, de m. iliopsoas, de m. rectus femoris of een gecombineerd letsel zijn. Maak bij sporters in de groei een röntgenfoto om een avulsiefractuur van het spina iliaca anterior inferior (origo m. rectus femoris) of het trochanter minor (insertie m. iliopsoas) uit te sluiten. Nadere beeldvorming middels echo of MRI kan helpen bij het stellen van de diagnose, maar er is momenteel onvoldoende bewijs dat het leidt tot een betere uitkomst of duidelijkere prognose. Bovendien ontbreken radiologische afwijkingen bij een kwart van de klinisch relevante acute liesblessures. Er is wel goede overeenkomst tussen de klinische diagnose en radiologische afwijkingen voor wat betreft de adductoren, terwijl dit voor de m. rectus femoris en m. iliopsoas veel minder het geval is (35-46% andere locatie op beeldvorming).

Behandeling

Literatuur omtrent behandeling van acute liesblessures is schaars en veelal afkomstig van chronische liesblessures. De behandeling van acute liesblessures wordt, onafhankelijk van de aangedane musculotendineuze structuur/structuren, onder verdeeld in de volgende vier fasen:

- (Sub)acute fase: (relatieve) rust, pijnstilling en compressie zo nodig, herstel range-of-motion (ROM), start isometrische oefentherapie.

- Conditioneringsfase: progressieve oefentherapie aangedane structuur alsmede algemeen programma romp-bekken-bovenbeen, uitbreidend van isometrisch-concentrisch-excentrisch (pijn is leidend; VAS <3 en geen toename ochtendstijfheid en –pijn). Verder herstel ROM.

- Sport specifieke fase: toevoegen dynamische elementen, vergroten (an)aërobe conditie.

- Return to play fase: sportspecifieke oefeningen met opbouwende intensiteit, snelheid en dynamiek.

Het doorlopen van deze fasen wordt gestuurd op basis van voortgang in klachten en functie, niet op basis van tijdcriteria. Voor adductor gerelateerde pathologie is het revalidatieprogramma van Hölmlich een nuttig uitgangspunt [(zie link)](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)03340-6/fulltext). Chirurgie is zelden geïndiceerd en kan alleen overwogen worden bij professionele sporters met volledige rupturen of avulsiefracturen met >2cm retractie.

Nabehandeling / sporthervatting

Geleidelijke sporthervatting op basis van symptomatologie is aan te raden. Tijd tot terugkeer in sport is afhankelijk van de aangedane structuur en ernst van het letsel, en varieert tussen enkele weken tot meer dan 6 maanden voor complete rupturen of avulsiefracturen. Inadequate revalidatie kan leiden tot een recidief of zelfs chronische liesklachten. Het is tot op heden onvoldoende duidelijk of een preventief oefenprogramma kan leiden tot minder acute liesblessures.

Literatuur

* [Esteve E et al. Prevention of groin injuries in sports: a systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Sports Med 2015;49:785-91](http://bjsm.bmj.com/content/49/12/785)
* [Hölmlich P et al. Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes: randomised trial. Lancet 1999;353:439-43](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989713)
* [Serner A. Diagnosis of acute groin injuries in athletes [PhD thesis]. Copenhagen: University of Copenhagen; 2016](https://fysio.dk/globalassets/documents/fafo/afhandlinger/phd/2017/andreas_serner_phd-thesis_2017.pdf)