

Liesblessures bij sporters: theorie en praktijk

R.J. de Vos ¹, I. Tak ², A. Weir ³, A.M.C. van Beijsterveldt ⁴

1. Dr. Robert-Jan de Vos, Erasmus MC Universitair Medisch Centrum, Rotterdam, Nederland;
2. Igor Tak MSc, Fysiotherapie Utrecht Oost, Utrecht, Nederland / Amsterdam Center of Evidence Based Sports Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, Nederland;
3. Dr. Adam Weir, Aspetar, Orthopaedic and sports medicine hospital, Doha, Qatar / Amsterdam Center of Evidence Based Sports Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, Nederland;
4. Dr. ing. Anne-Marie van Beijsterveldt, Lectoraat Sportzorg, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, Nederland.

Theorie

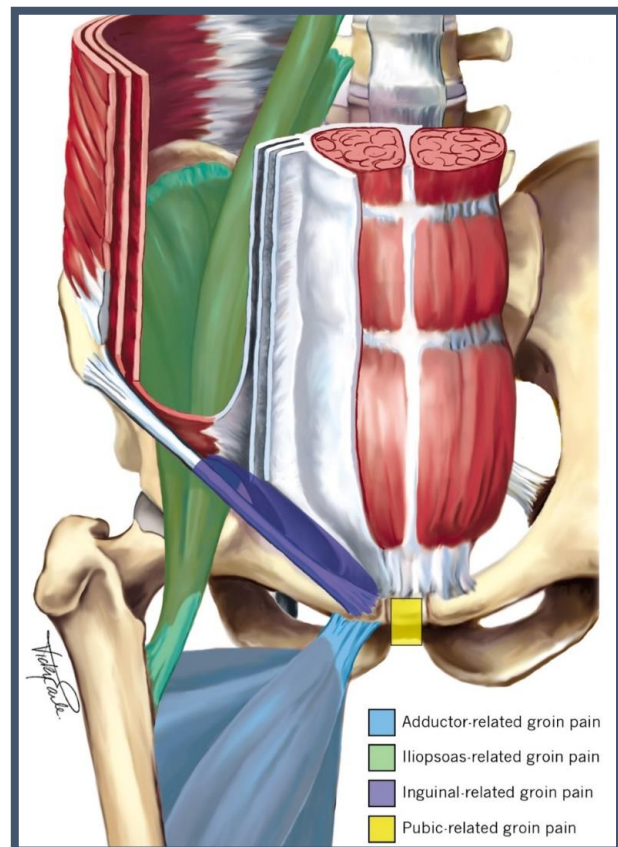
Op weg naar betere communicatie in de sportzorg

Liesblessures bij sporters komen vaak voor en kunnen langdurig bestaan. Vooral bij voetballers worden liesblessures veel gezien. Ongeveer 4-19% van de voetballers ontwikkelt gedurende een seizoen liesklachten waarvoor medische behandeling noodzakelijk is.¹ Ondanks het feit dat liesblessures zo vaak voorkomen is het stellen van een diagnose vaak moeilijk, maar waarom?

De liesregio kenmerkt zich door een complexe anatomie. Daarnaast worden bij liesblessures vele verschillende termen gehanteerd.² In een recent literatuuroverzicht blijkt dat er 33 verschillende diagnostische termen worden gebruikt voor liesblessures.³ Heel vaak worden daarbij ook andere termen gebruikt voor hetzelfde probleem. Dit zorgt ervoor dat sportzorgverleners elkaar onderling minder goed kunnen begrijpen, met als gevolg een minder goed afgestemd behandelplan en verwarring bij de sporters.

Om deze reden is in november 2014 de 'Doha agreement meeting' georganiseerd.⁴ Tijdens deze bijeenkomst hebben experts unaniem besloten om liesblessures voortaan in vaste categorieën in te delen. Het doel van deze benadering is een eenduidige terminologie hanteren, zodat de sportzorgverleners onderling dezelfde taal spreken. Als de diagnose voor de sporter duidelijk is, zal dit leiden tot minder verwarring, 'medical shopping' en een concreter behandelplan. Het classificatiesysteem voor liesblessures is onderstaand weergegeven.

1. Gedefinieerde entiteiten (figuur 1)
 - Adductor-gerelateerd
 - Lieskanaal-gerelateerd
 - Iliopsoas-gerelateerd
 - Os pubis-gerelateerd
2. Heup-gerelateerd
3. Andere oorzaken



Figuur 1: Anatomische weergave van de gedefinieerde entiteiten

De gedefinieerde entiteiten kunnen met klinische diagnostische testen worden geclassificeerd.⁴ De bijlage geeft hiervoor een duidelijk overzicht. Het is mogelijk dat er meerdere entiteiten tegelijk aanwezig zijn. Hier kan de behandelaar vervolgens rekening mee houden.

Heup-gerelateerde liesblessures worden vaak over het hoofd gezien. De heuprotaties, FABER (Flexie, Abductie, Exorotatie) en FADIR (Flexie, Adductie, Endorotatie) pijnprovocatietesten kunnen goed worden gebruikt om (bij negatieve testuitslagen) uit te sluiten dat de klachten van de heup afkomstig zijn.⁵ Als deze testen positief zijn, dan is dit niet bewijzend voor een heup-gerelateerde liesblessure

maar kan betrokkenheid van de heup in ieder geval niet worden uitgesloten. Aanvullend onderzoek kan dan worden overwogen.

Er is een grote groep van andere oorzaken van liesklachten – de differentiaaldiagnose is uitgebreid zodat de sportzorgverlener beducht moet zijn op minder voor de hand liggende oorzaken.⁴ Hieronder vallen onder andere een vermoeidheidsbreuk van het bovenbeen, een beklemming van een gevoelszenuw, bot- en gewrichtsaandoeningen bij jonge adolescenten, aandoeningen van organen in de buik en zelfs tumoren.

De behandeling van langdurige liesblessures is nogal eens teleurstellend. Dat samenwerkende sportzorgverleners veel verschillende termen door elkaar heen gebruiken draagt niet bij aan betere resultaten. Een ander probleem is de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. Recent bleek dat slechts 6% van de onderzoeken naar behandelresultaten van liesblessures bij sporters van voldoende kwaliteit was.³ Er bestond ook een significant verband tussen de kwaliteit van het onderzoek en het, door het onderzoek gerapporteerde, resultaat. Des te lager de studiekwaliteit, des te beter het resultaat.

Voor adductorgerelateerde klachten is er gemiddelde bewijskracht voor actieve oefentherapie bestaande uit versterking van de adductoren en abdominale spieren in combinatie met coördinatie oefeningen.⁶ Daarnaast kwam naar voren dat een multimodale behandeling, bestaande uit een specifieke manuele adductoren rekbehandeling (Van den Akker methode) en een geleidelijke terugkeer in sport, bovenop een rekoefenprogramma, leidt tot een snellere terugkeer in sport.⁷ Als de klachten ondanks deze behandelingen voor lange tijd blijven bestaan en de sporter onverminderd beperken, dan kan er voor een operatie worden gekozen. Een partiële adductor longus release kan dan vermindering van pijn opleveren.⁸ Het is echter onbekend of dit beter is dan het natuurlijke beloop.

Voor de lieskanaal-gerelateerde klachten bleek een laparoscopische behandeling (TEP - Totale Extraperitoneale Procedure) beter voor pijnvermindering dan een niet-operatieve behandeling.⁹ Bovendien keerden tot 1 jaar na de behandeling meer sporters terug op hun sportniveau in vergelijking met de niet-operatieve behandeling.⁹ Er waren echter beperkingen van het niet-operatieve programma, waar geen gestructureerd en gericht oefenprogramma was gedaan.

Er is slechts een klein aantal onderzoeken (en bovendien van lage kwaliteit) verricht naar behandelresultaten bij sporters met iliopsoas-gerelateerde klachten en os pubis-gerelateerde klachten.³ Hoewel ook hier verschillende soorten behandelingen kunnen worden toegepast (zoals bijvoorbeeld oefentherapie, ontstekingsremmers, injecties en operatieve ingrepen), zijn er dus geen goede onderzoeken voorhanden om een gewogen keuze te maken.

Over het algemeen is het herstel van liesblessures traag. Daarnaast herstelt niet iedereen goed; na een gemiddelde duur van 28 maanden heeft 84% een gunstig behandelresultaat.³ Het is van belang om dit al in een vroeg stadium met de sporter te bespreken, zodat deze weet wat verwacht kan worden van een behandeltraject. Sporters met een eerdere liesblessure blijven, ook na terugkeer in de sport, vaak kampen met aanhoudende symptomen.^{10,11}

Praktijk

Liesblessures bij profvoetballers in Nederland

Zo'n 2 jaar geleden is er in Nederland een grootschalig onderzoek naar liesblessures bij profvoetballers gestart: de GRoin Injury Prevention (GRIP)-studie. Deze prospectieve studie richt zich op risicofactoren voor het ontstaan van een liesblessure én behandelingen na het oplopen van een dergelijke blessure. Tijdens GRIP zijn de aanbevelingen uit het zogenaamde Doha-agreement zou veel mogelijk meegenomen. Blessurestatus is bijvoorbeeld uitgevraagd met behulp van het voorgestelde classificatiesysteem.

Gedurende seizoen 2015/2016 zijn alle spelers van de 1e teams van 10 Betaald Voetbal Organisaties (BVO's) uit het Nederlandse profvoetbal (zowel Eredivisie als Jupiler League) gevolgd. Voorafgaand aan de start van de competitie zijn de profvoetballers gescreend, waarbij diverse basiskenmerken vastgelegd zijn. Er zijn twee vragenlijsten afgenomen (zodat bijv. leeftijd, lengte, gewicht, positie in het veld, mate van huidige liesklachten, voetbalervaring en blessurehistorie bekend zijn). Ook werden er diverse mobiliteit-, kracht- en performancetesten uitgevoerd. Door de medische staf is gedurende het voetbalseizoen de individuele trainingsexpositie geregistreerd. Daarnaast verzamelden zij informatie over nieuw opgelopen liesblessures. Het behandeltraject van geblesseerde voetballers werd vervolgens ook in kaart gebracht.

Er zijn in totaal 37 liesblessures opgelopen door 29 voetballers van 9 teams. Dit betekent dat bijna 10% van de deelnemers tijdens het competitie seizoen een liesblessure had waardoor minimaal een dag niet gevoetbald kon worden. De blessures waren meestal adductor-gerelateerd (62%), maar ook os pubis-gerelateerd (29%), iliopsoas gerelateerd (6%) en lieskanaal gerelateerd (3%). Bij 6% was er een combinatie van entiteiten aanwezig. Zes procent van de geregistreerde blessures was heup-gerelateerd. Er werden verder geen andere pathologieën gemeld. Van 5 blessures is geen definitieve diagnose bekend.

Bij de behandeling van de liesblessures zijn diverse professionals betrokken: fysiotherapeut (73%), manueel therapeut (71%), clubarts/sportarts (47%), sportfysiotherapeut (32%), sportverzorger/sportmasseur (26%), medisch specialist (anders dan sportarts; 15%), EHBO ziekenhuis (3%). Een waarschijnlijk gevolg hiervan is de gevonden diversiteit van behandeltrajecten. Enkele voorbeelden daarvan zijn –naast oefentherapie– de toepassingen van ijs(compressie)/koeling/cryotherapie (41%), dry-needling (41%), medicatie, waaronder NSAID's (38%), chirurgische ingreep (6%) en lokale injectie met ontstekingsremmer (3%).

Het behandeltraject van de geblesseerden varieerde van 1 dag tot meer dan 20 weken. Het duurde gemiddeld 22 dagen totdat een voetballer met een liesblessure weer trainingsfit was (mediaan = 10 dagen). Het duurde drie dagen langer totdat hij ook weer wedstrijden kon spelen (mediaan = 11 dagen). Nadat de voetballers wedstrijdfit waren rapporteerde een derde van hen nog restklachten (32%; vooral pijn en in mindere mate verlaagde mobiliteit van de heup).

Om de kans op herhaling van een liesblessure te voorkomen werden door de BVO's verschillende extra preventieve maatregelen genomen. Vaak werden specifieke oefeningen geadviseerd, vooral gericht op spierversterking (71%), mobiliteit (68%), verbetering coördinatie (44%) en/of spierverlenging (41%). Andere preventieve interventies waren lies(compressie)broek 15% en aangepaste inlegzolen (inlays) 3%. Bij 21% van de blessures werd geen specifieke secundaire preventie ingezet.

Referenties

1. Waldén M, Hägglund M, Ekstrand J. The epidemiology of groin injury in senior football: a systematic review of prospective studies. *Br J Sports Med* 2015;49:792–7.
2. Weir A, Hölmich P, Schache AG, et al. Terminology and definitions on groin pain in athletes: building agreement using a short Delphi method. *Br J Sports Med* 2015;49:825–7.
3. Serner A, van Eijck CH, Beumer BR, et al. Study quality on groin injury management remains low: a systematic review on treatment of groin pain in athletes. *Br J Sports Med* 2015;49:813.
4. Weir A, Brukner P, Delahunt E, et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br J Sports Med* 2015;49(12):768-74.
5. Mosler AB, Agricola R, Weir A, et al. Which factors differentiate athletes with hip/groin pain from those without? A systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2015;49:810.
6. Holmich P, Uhrskou P, Ulnits L, 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.
7. Weir A, Jansen JA, van de Port IG, et al. Manual or exercise therapy for long-standing adductor-related groin pain: a randomised controlled clinical trial. *Man Ther* 2011;16:148–54.
8. Schilders E, Dimitrakopoulou A, Cooke M, et al. Effectiveness of a selective partial adductor release for chronic adductor-related groin pain in professional athletes. *Am J Sports Med* 2013;41:603–7.
9. Paajanen H, Brinck T, Hermunen H, et al. Laparoscopic surgery for chronic groin pain in athletes is more effective than nonoperative treatment: a randomized clinical trial with magnetic resonance imaging of 60 patients with sportsman’s hernia (athletic pubalgia). *Surgery (USA)* 2011;150:99–107.
10. Tak I, Glasgow P, Langhout R, et al. Hip range of motion is lower in professional soccer players with hip and groin symptoms or previous Injuries, independent of cam deformities. *Am J Sports Med* 2016;44(3):682-8.
11. Thorborg K, Branci S, Stensbirk F, et al. Copenhagen hip and groin outcome score (HAGOS) in male soccer: reference values for hip and groin injury-free players. *Br J Sports Med* 2014;48(7):557-9.

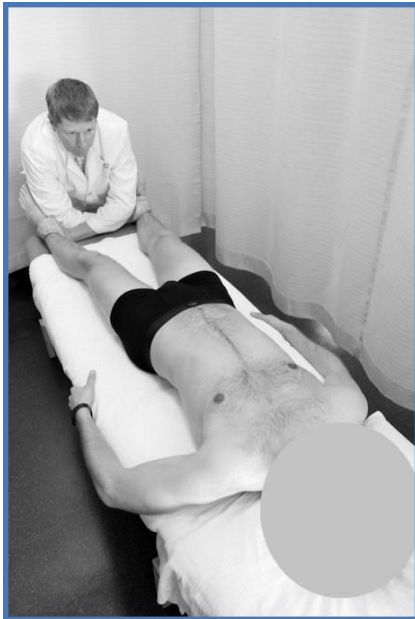
Bijlage

Criteria voor het stellen van de diagnose voor de gedefinieerde entiteiten

Adductor-gerelateerd

Criteria:

- Pijn weerstandstest adductoren
- Lokale palpatiepijn adductoren



Lieskanaal-gerelateerd

Criteria:

- Pijn in de regio lieskanaal
- Palpatiepijn in het lieskanaal
- Geen hernia inguinalis (liesbreuk) – anders is de diagnose hernia inguinalis



Waarschijnlijker indien:

- Pijn bij drukverhoging (hoesten, niezen of persen)
- Pijn bij sit-up



Iliopsoas-gerelateerd

Criteria:

- Lokale palpatiepijn iliopsoas (in de buikwand of bij de insertie op het trochanter minor)



Waarschijnlijker indien:

- Pijn bij heupflexie tegen weerstand
- Pijn bij rektest heupflexoren



Os pubis-gerelateerd

Criteria:

- Palpatiepijn symfyse en aangrenzende bot
- Geen specifieke provocatietest

