

NGS Alles over Massage Kennisdag 2024



Liesblessure,

een hinderlijke aandoening

of toch niet?

Wim Wildeman, sportfysiotherapeut, manueel therapeut,

wwildemanfth82@hotmail.com

Programma Liesblessure:

- 1) Casus voorleggen,
- 2) Intake: anamnese, enz.
- 3) Klinisch redeneren: “wat weten we nu en wat kunnen we logischerwijze doen?”
- 4) Anatomie uitdiepen,
- 5) Behandeling van de casus liesblessure.



Liesblessure

- **Definitie:**
- Een liesblessure is een aandoening die wordt waargenomen in de liesregio, maar waarbij de oorsprong van de klacht gezocht moet worden in de structuren van lumbale wervelkolom, S.I. gewrichten, heupgewrichten, symfyse en de omringende musculatuur en overige weefselstructuren.



Casus en klinisch redeneren



- Deze casus betreft een voetballer van 26 jaar, spelend als rechtsback bij een 1e klasse zaterdag voetbalclub, die zich voor behandeling heeft gemeld met liesklachten rechts.
- De liesklachten bestaan al 2 jaar en zijn ontstaan tijdens winterstop, na een sprintduel op de training op een hard veld.
- In verband met de winterse omstandigheden werd uit voorzorg een neopreen liesbroek gedragen.

Anamnese

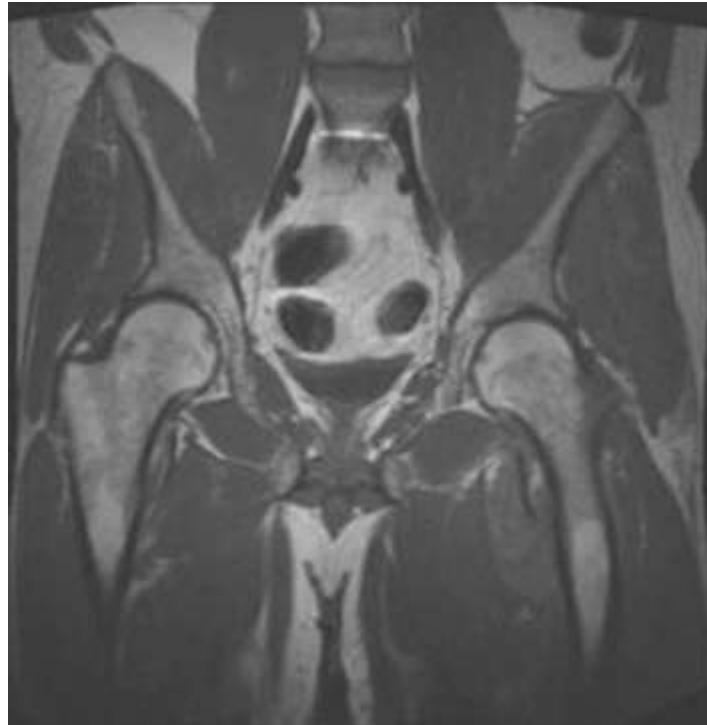
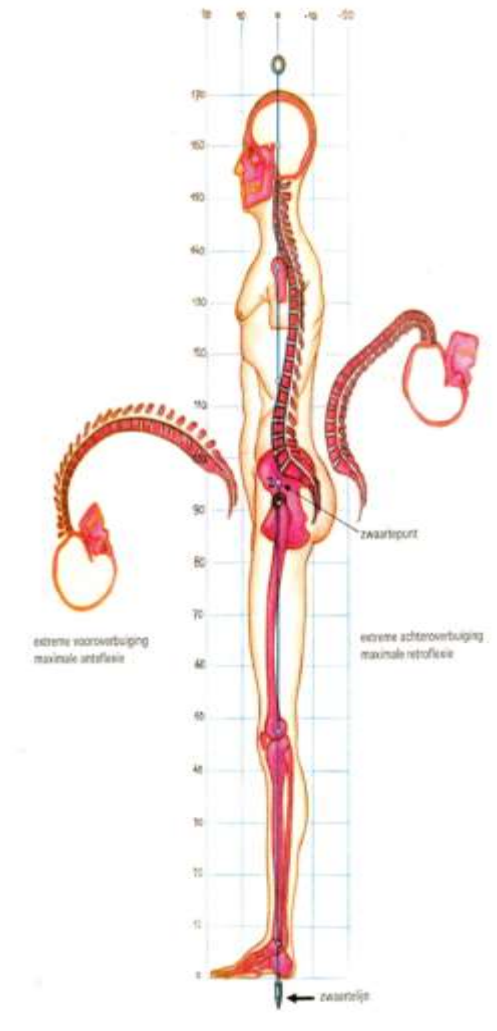
- 1) Acute liespijn tijdens een sprintduel
- 2) Verder trainen niet meer mogelijk.
- 3) De zeurende pijn vanuit de regio os pubis naar de onderbuik en binnenzijde van het rechter been. (geen knappen of scheuren gevoeld)
- 4) Drie weken rust, de pijn verdwenen in ADL's.
- 5) Hervatting training: rustige looptraining: toenemende liespijn uitstralend naar rechter testikel
- 6) Diagnose huisarts: buikspier dysbalans: een verschil in kracht tussen “slappe” buikspieren en “sterke” adductoren.

Anamnese

- 7) Advies huisarts: buikspierversterkende oefeningen, drie maal daags 20 herhalingen; zonder resultaat.
- 8) Na zes weken doorverwijzing naar een sportarts: tenoperiostitis op de aanhechting van de m. rectus abdominus op de symfyse.
- 9) Sportarts gaf twee maal injectie met Kenacort A10 op aanhechting: geen pijn vermindering
- 10) Aanvullend onderzoek (botscan): symfyse regio: g.b.
- 11) Behandelingen: 2 maal hot packs en sederende massage door sportfysiotherapeut; 3 maal mobilisering van het SI gewricht, geen pijn vermindering.

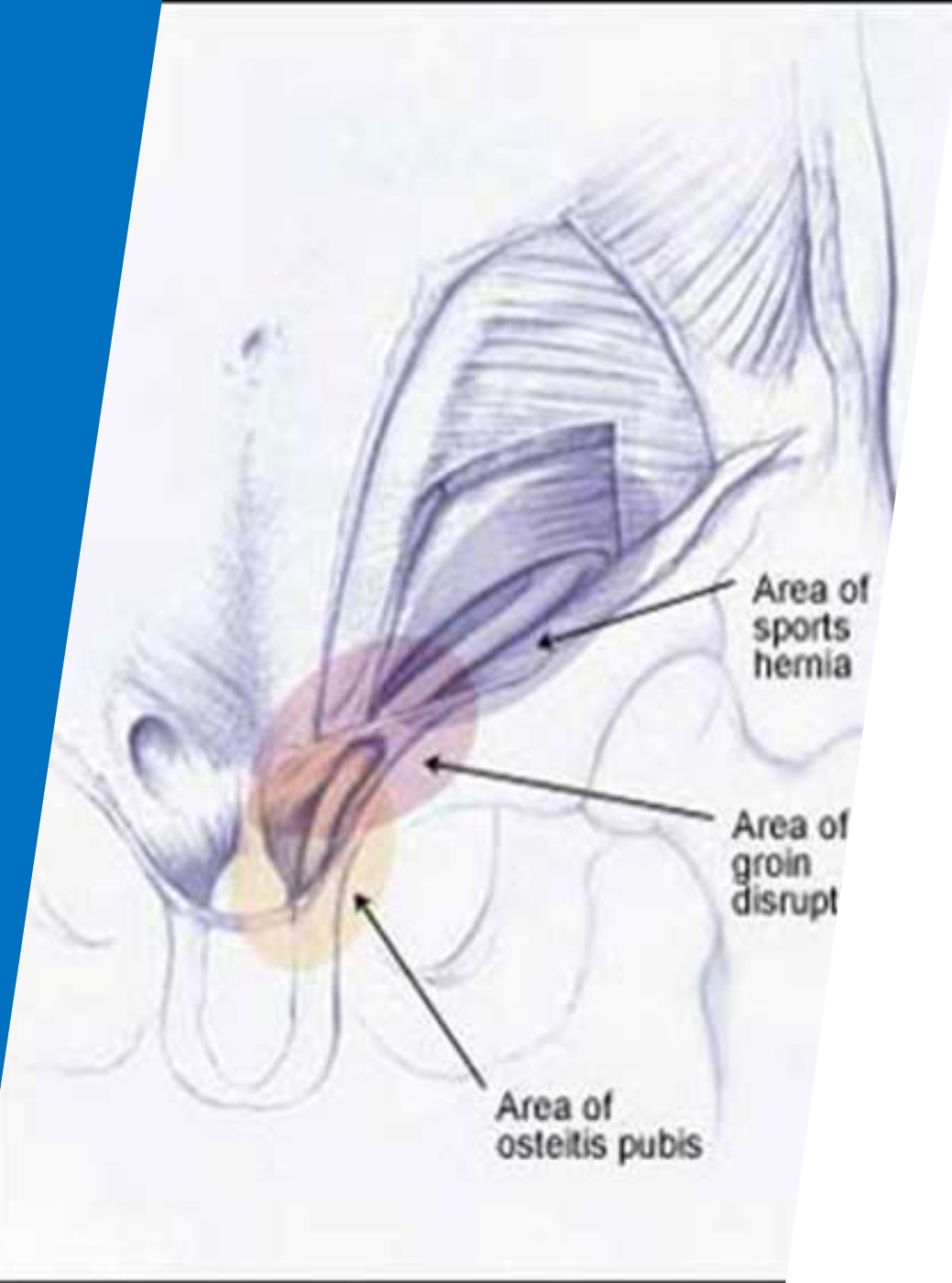
Inspectie

- Lokale inspectie van de heup-/lies-/buikregio lieten geen bijzonderheden zien.

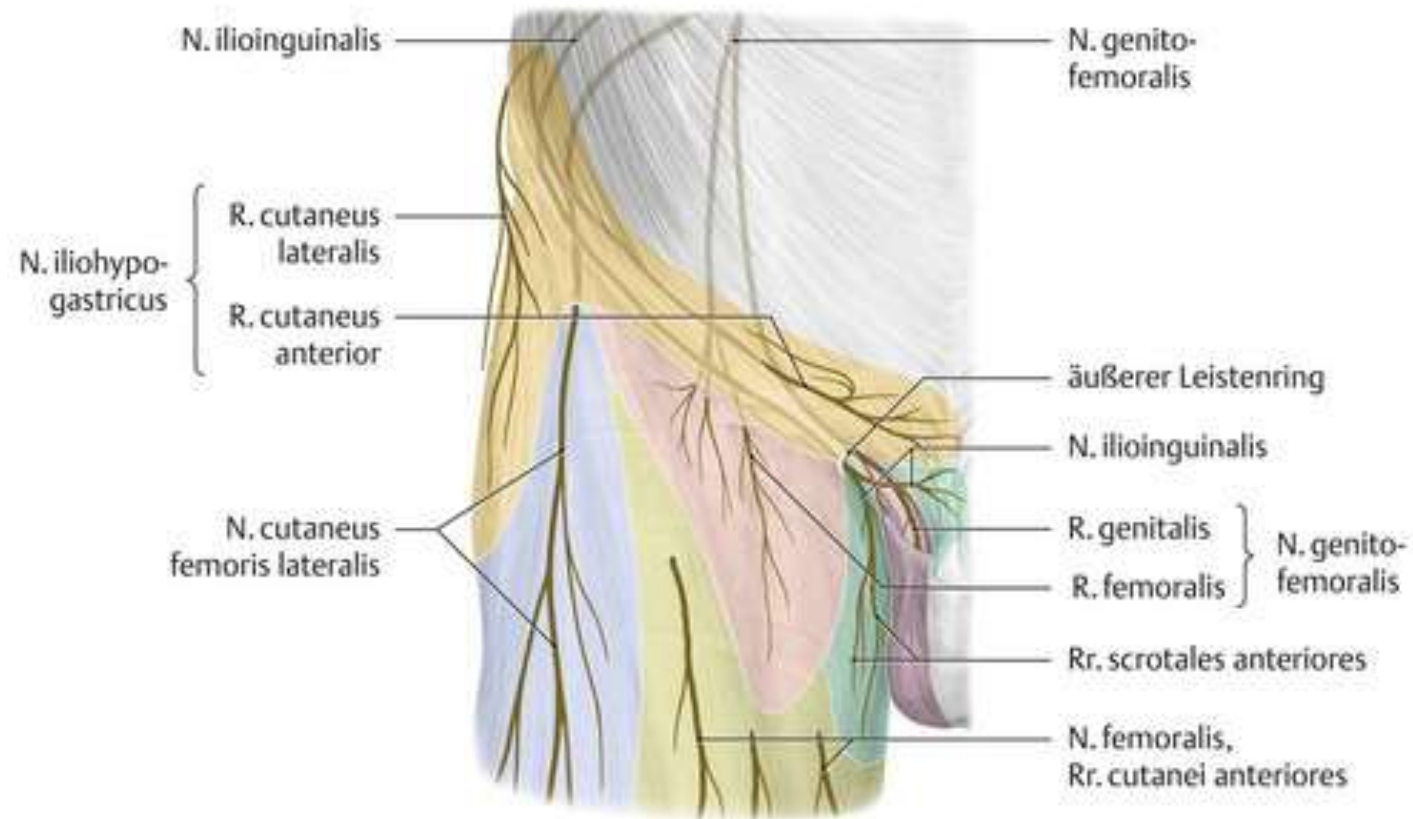


Palpatie:

- geen “knoopsgat “ fenomeen
- forse hypertonie en “herkenbare” pijnlijke m. adductor brevis rechts
- geen bursitis iliopectinea, entrapment van de n. ilio-inguinalis of n. genito-femoralis
- lieskanaal was normaal (huisarts)



n. ilio-inguinalis en n. genito-femoralis

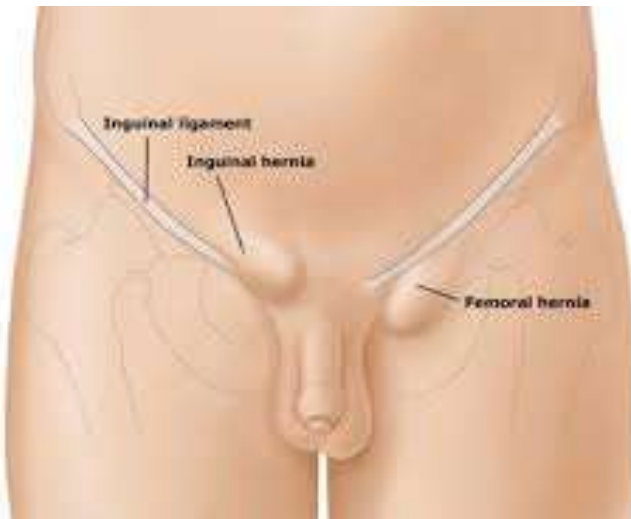


Functie onderzoek

Provocatie van "herkenbare" pijn is het criterium!!

Onderzoek:

- (1) test aanspannen van de heup-adductoren, benen gestrekt en met knieën in 90°
- (2) test heupfunctie: flexie en endorotatie, capsulair patroon? (flexie-endorotatie-retroflexie)
- (3) test SI - gewrichten: Vorlauf fenomeen en Rucklauf fenomeen
- (4) manueel therapeutische tests thoraco-lumbale regio en de lumbale wervelkolom
- (5) palperen: SM alleen crista iliaca: n. ilio-inguinalis en n. genito-femoralis, irritatie?



: Bursa iliopectinea onder het lig. ilio-inguinalis

: Hernia inguinalis (blaastest)

**HANDEN
UIT DE MOUWEN!**

(6) VORLAUF-fenomeen:

- Test voor beweeglijkheid sacro-iliacaal gewricht (SIG)
- Stand, voeten 15 cm uit elkaar.
- De onderzoeker plaatst de duimen op linker en rechter SIPS.
- De persoon buigt dan maximaal voorover. Als één van beide SIPS eerder naar craniaal beweegt is er sprake van een Vorlauf-fenomeen.
- 3x herhalen.
- Vorlauf-fenomeen aan de niet-pijnlijke zijde; waarschijnlijk sacro-iliacale instabiliteit.
- Vorlauf-fenomeen aan wel-pijnlijke zijde; waarschijnlijk sacro-iliacale gewrichtsblokkering.



- RUCKLAUF/ stork/flamingo's/ Gillet test
- De onderzoeker staat achter de persoon. Persoon mag steunen op een tafel of stoel. Om de rechter zijde te onderzoeken moet de rechter duim van de onderzoeker op de SIPS rusten en de linker duim meteen mediaal daarvan op S1 of S2 van het sacrum.
- Beide duimen bevinden zich nu op een horizontale lijn.
- Nu heft de persoon het rechter been, met gebogen knie, zo hoog mogelijk. Beweegt het Ilium naar inferior ten opzichte van het sacrum?
- Zo ja, dan is de beweeglijkheid normaal.
- Als het ilium niet beweegt of naar anterior-superior beweegt, is het SIG (rechts) mogelijk geblokkeerd.



Resultaten functieonderzoek

- 1) Aanspannen van de lange – en korte adductoren:
Lichte weerstand aan de adductoren provoceerde de “herkenbare” liespijn rechts.
De pijnlokalisatie in het proximale deel van de adductoren, zowel tijdens weerstandstests als bij palpatie.
- 2) Heupfunctie test:
Endorotatie rechter heup ongeveer 20° verminderd ten opzichte van de gezonde zijde.
- 3) Functietests SI gewrichten en symfyse compressietest: geen afwijkingen.
- 4) Functietests thoraco-lumbale regio en de lumbale WK: g.b..
- 5) Kracht- en lengtetesten van de m. quadriceps, hamstrings en adductoren: g.b.

Klinisch redeneren:

Anamnese: wat vertelt de sporter? HOREN

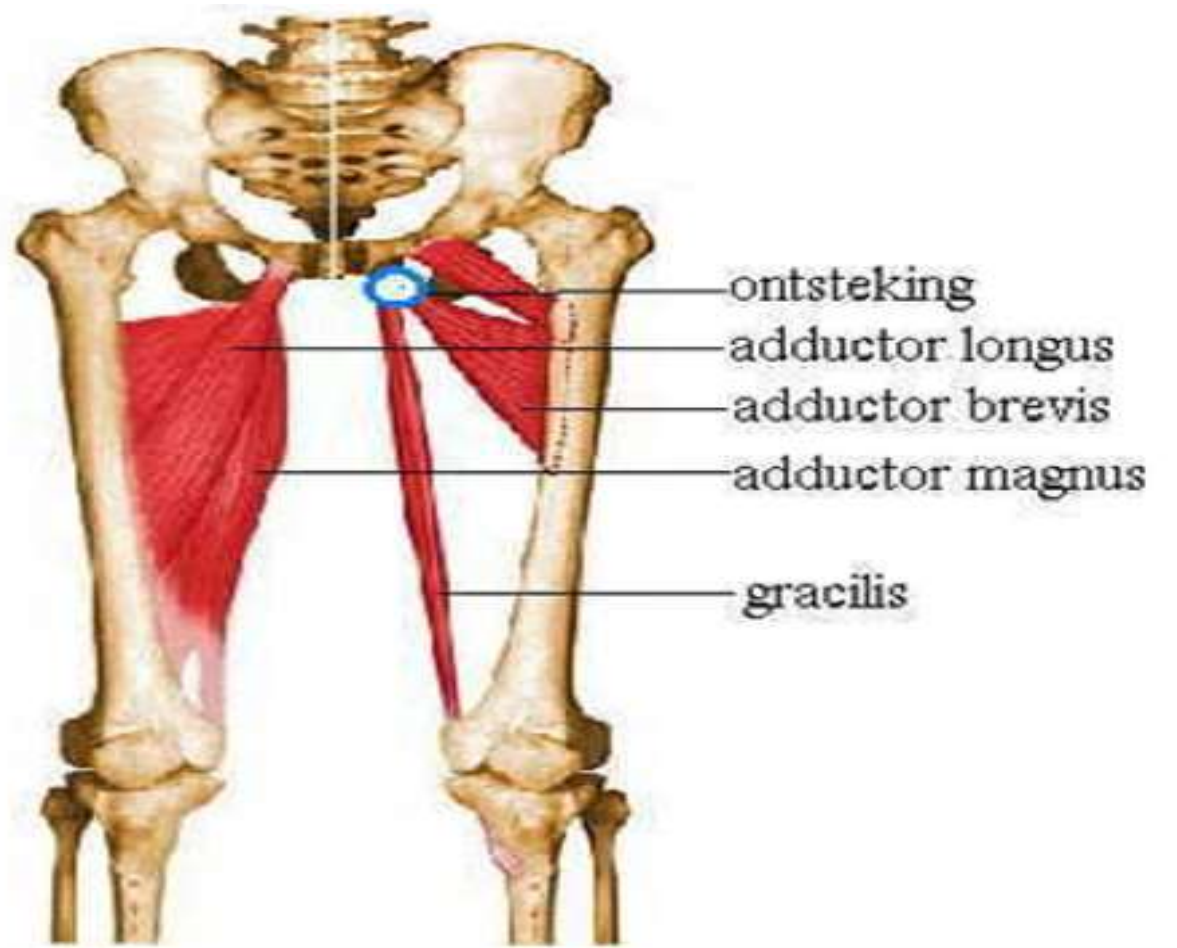
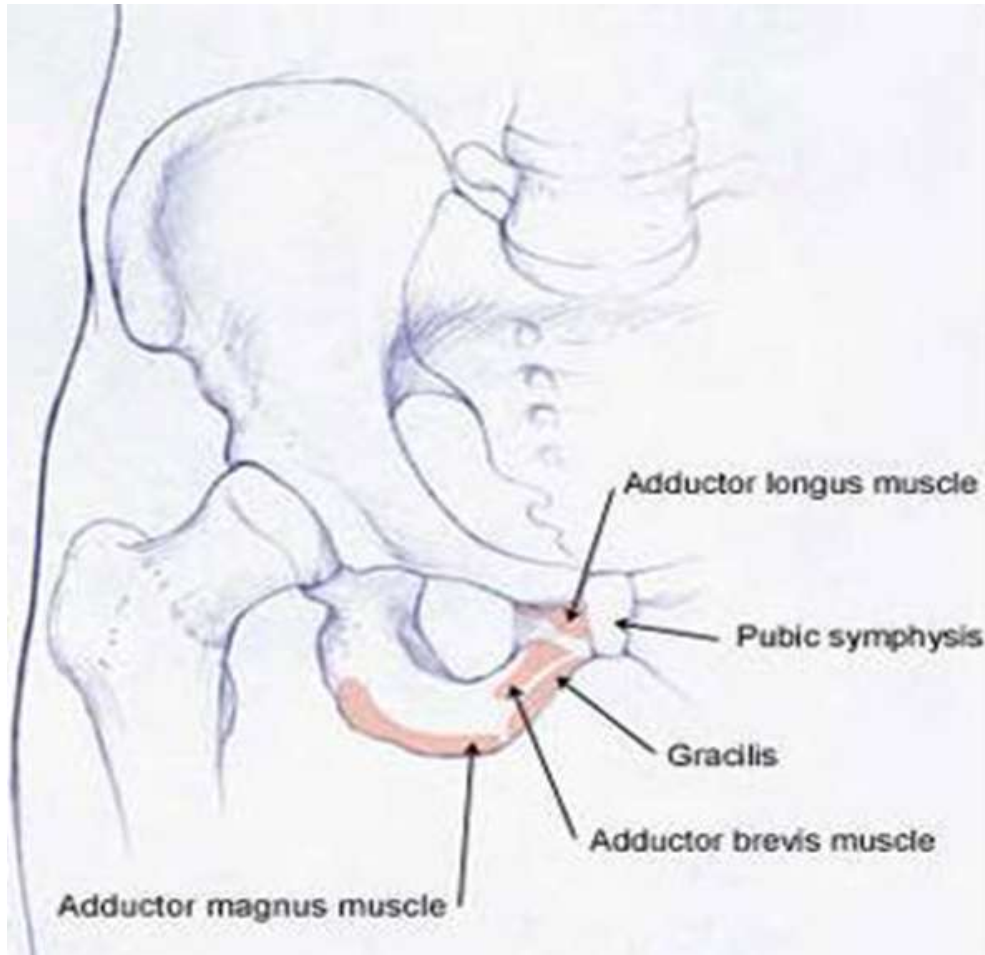
Inspectie: wat je gehoord hebt, is dat ook te ZIEN

Palpatie: na wat je Gehoord en Gezien hebt, is dat te VOELEN

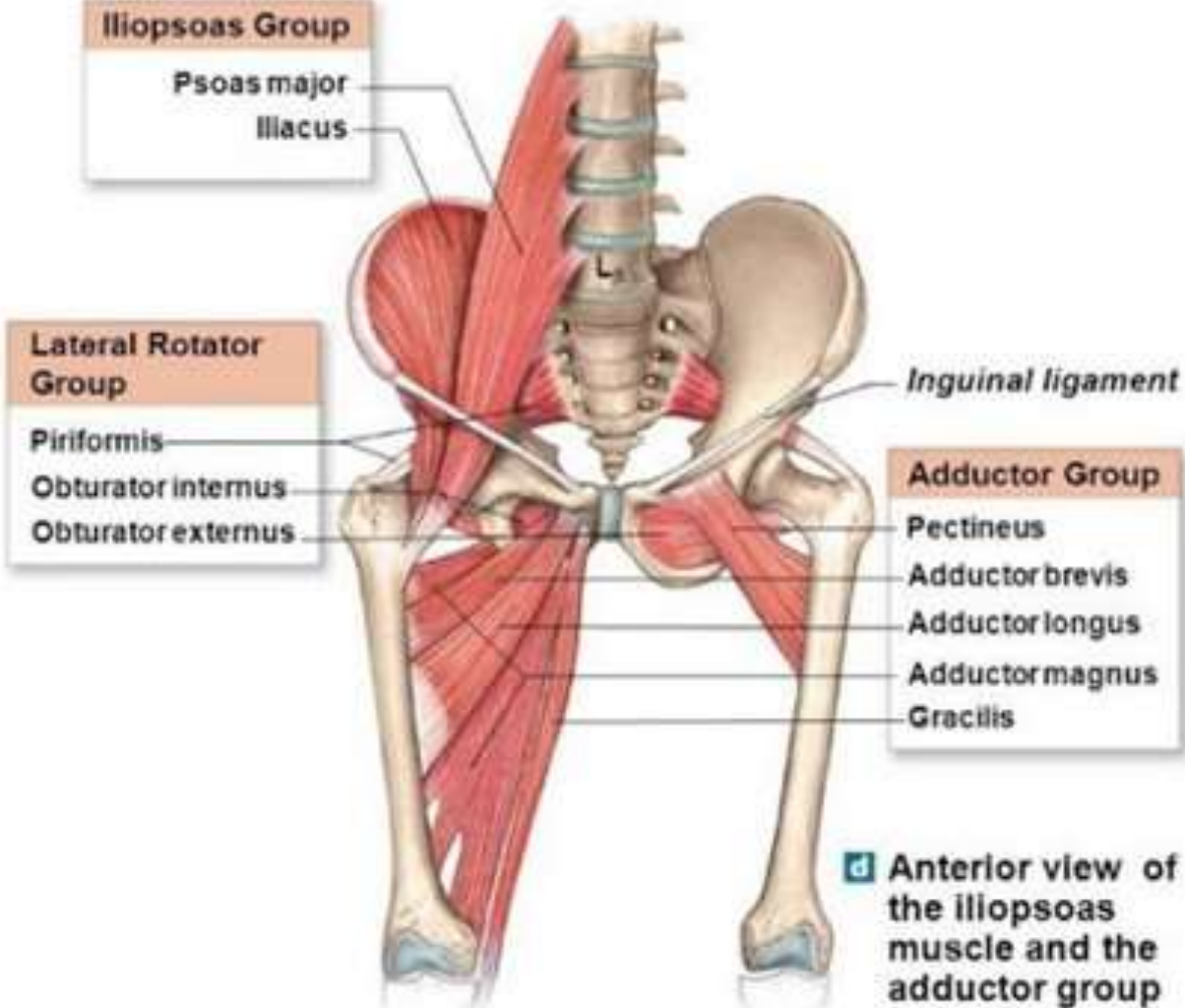
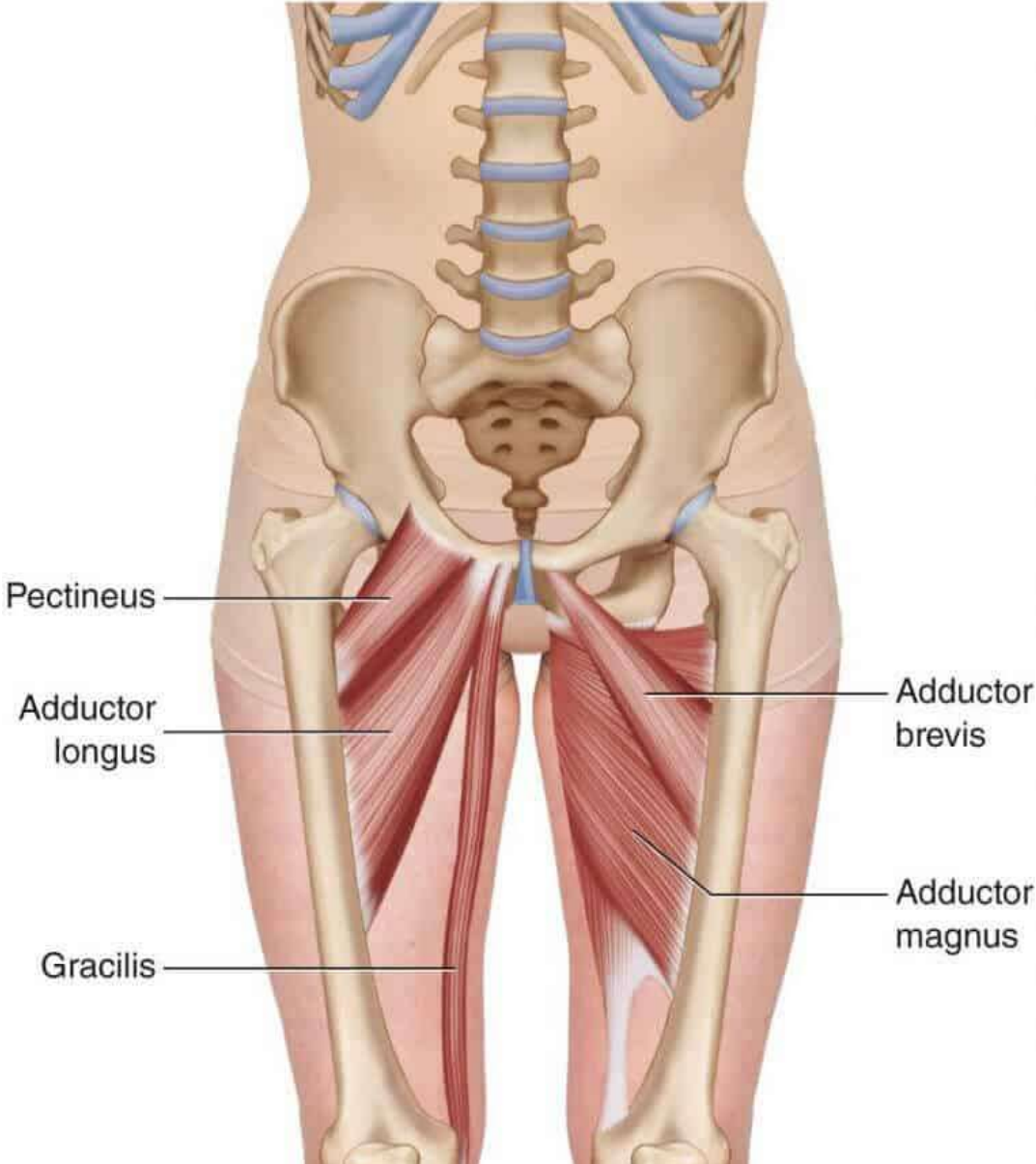
Functieonderzoek: na het HOREN, ZIEN en VOELEN, komt die informatie terug in het TESTEN?

Kom je na het voorgaande tot een logische conclusie voor een behandeling, door het Klinisch redeneren?

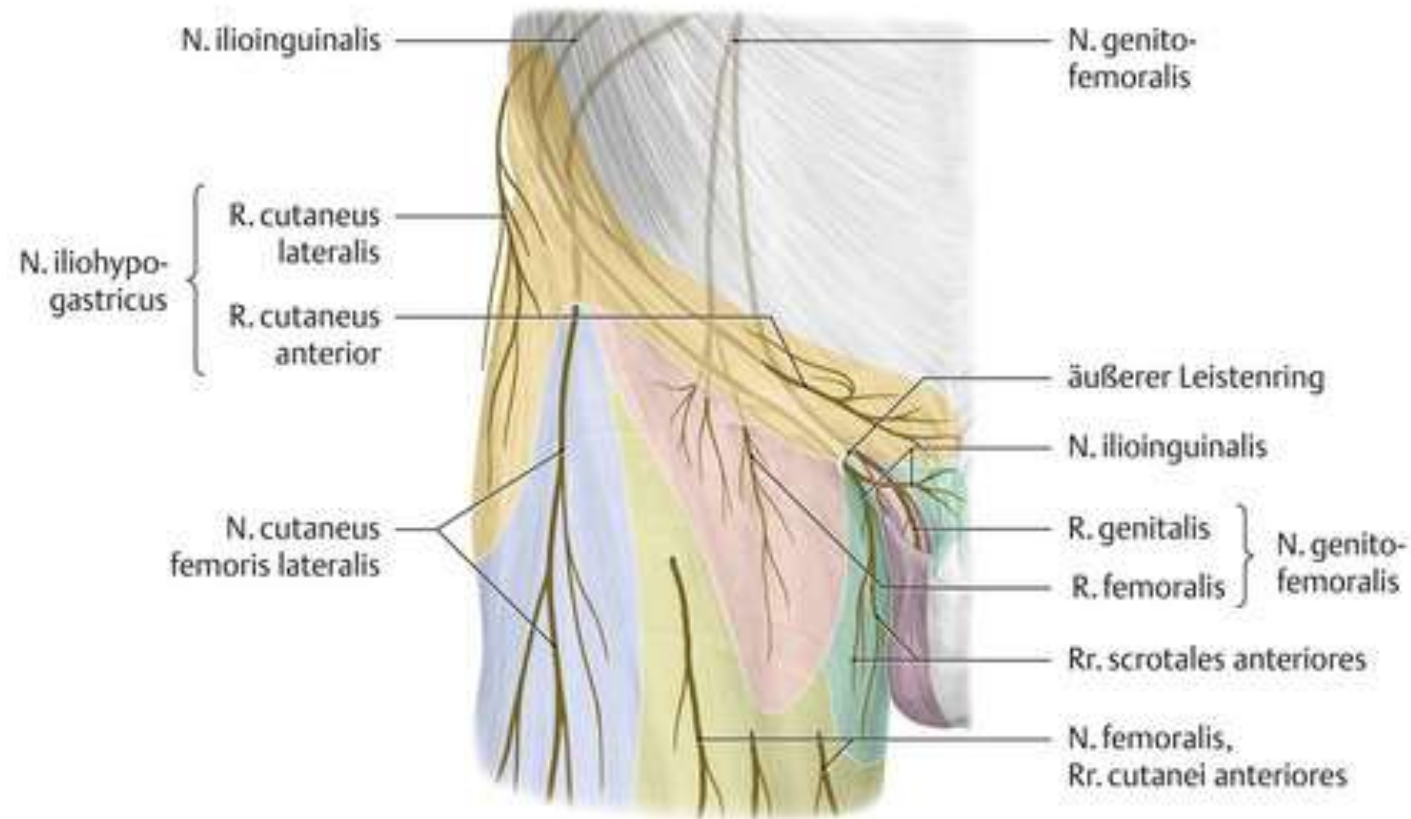
- **Spiereen in relatie met de liesblessure**



Spiieren in relatie met de liesblessure



n. ilioinguinalis en n. genitofemoralis



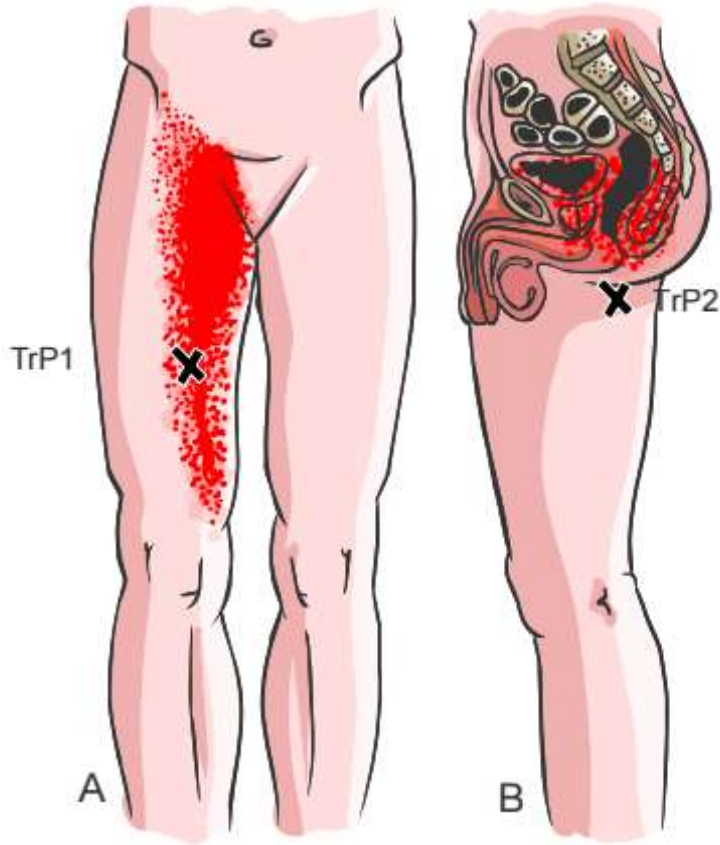
- Sacro-iliacale gewrichtspijn
- Sacro-iliacale pijn kan gevoeld worden op de plek van het gewricht, en uitstralen in het been aan dezelfde zijde, tot in de voet. Bij 1-2% van de personen wordt het in de lies gevoeld.
- Het meest wordt sacro-iliacale gewrichtspijn gevoeld in de rode regio die dorsaal is aangegeven.
- Mogelijke oorzaken; sacro-iliitis, sacro-iliacale instabiliteit, verminderde mobiliteit in het sacro-iliacale gewricht, artrose, Morbus Bechterew.



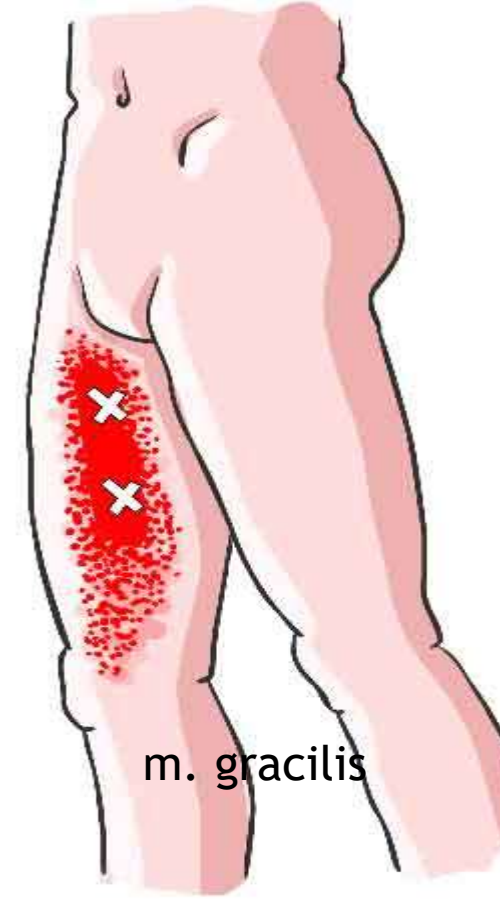
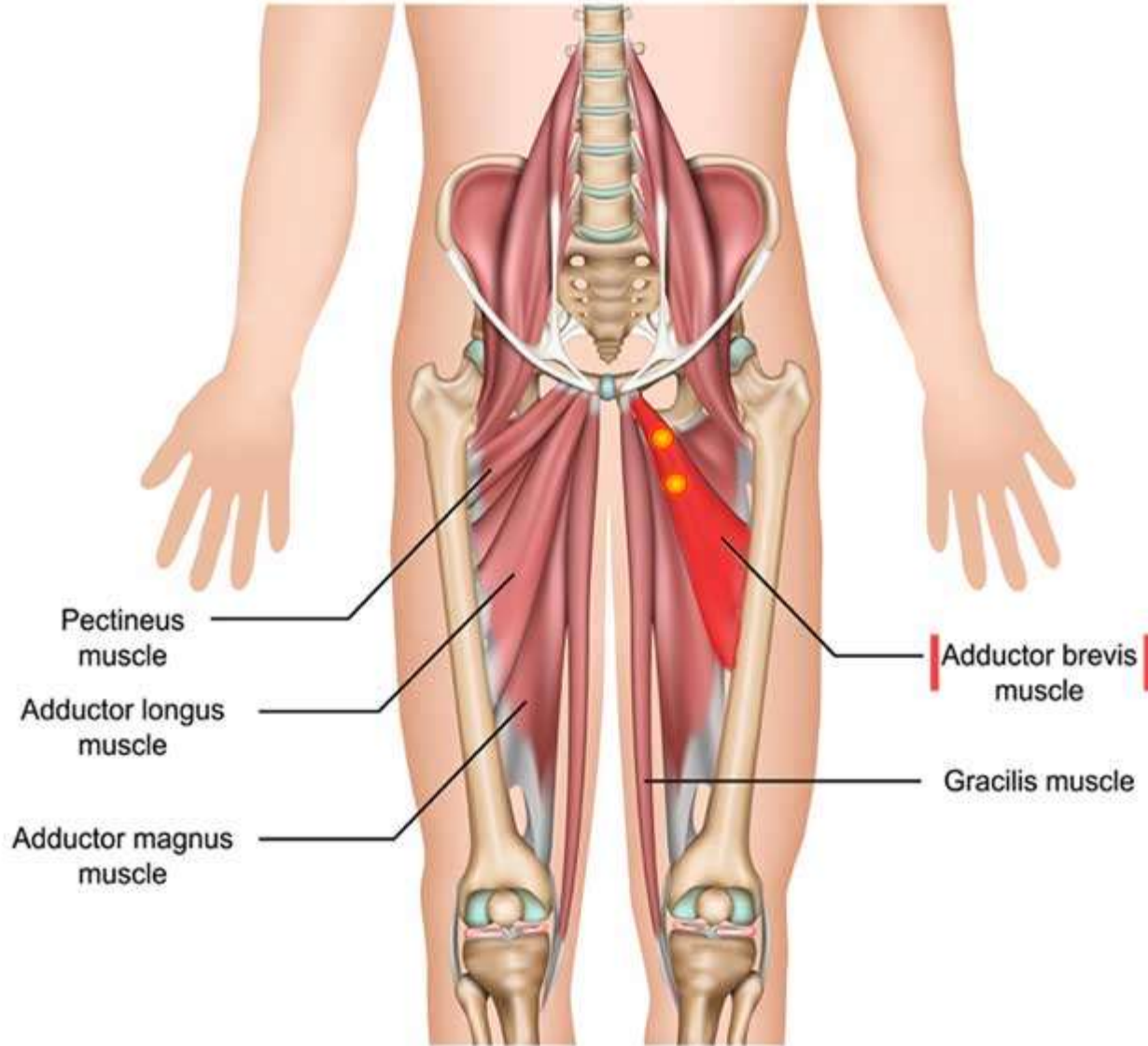
Triggerpoints kunnen ook een rol spelen.....



Adductor Brevis Trigger Points

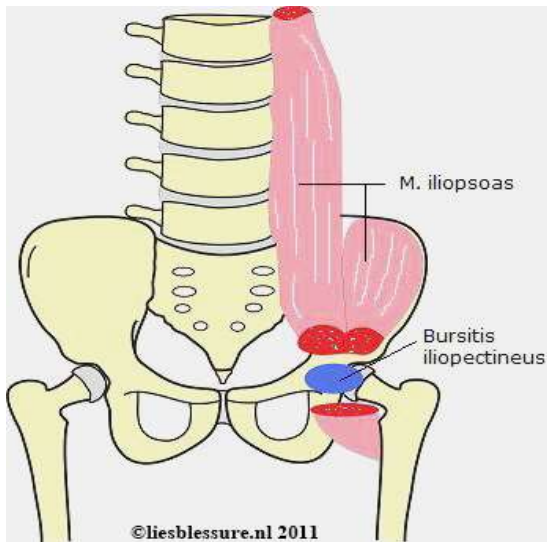


m. adductor magnus

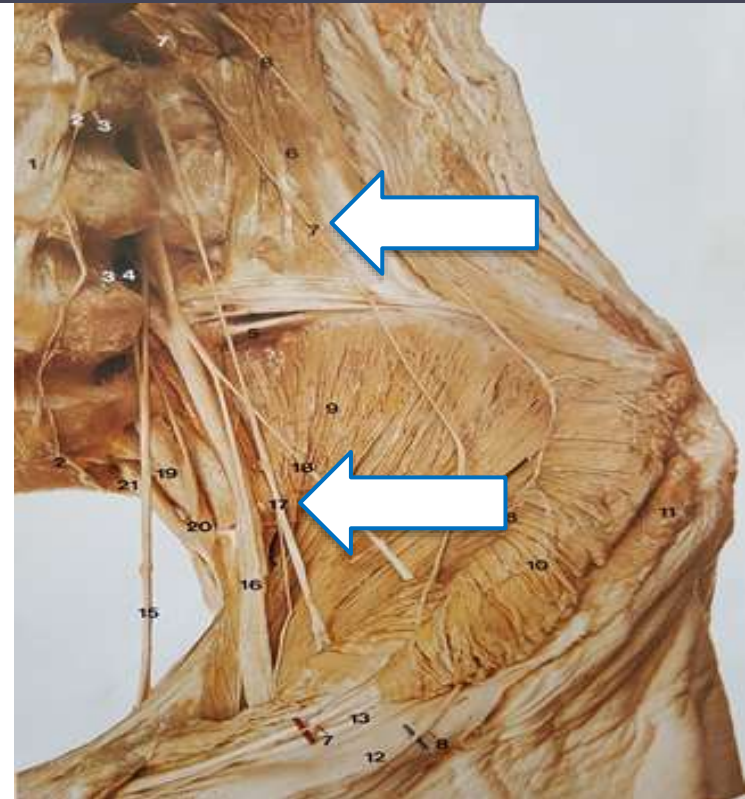


The adductor brevis muscle is on the inside of the thigh. It connects the pelvis to the thigh bone (linea aspera of the femur). thewellnessdigest.com

n. ilioinguinalis (7) en n. genito-femoralis (17) irritatie?
n. femoralis (16)



Bursa iliopectinea onder het
lig. ilioinguinalis



Hernia inguinalis



Behandeling liesblessure

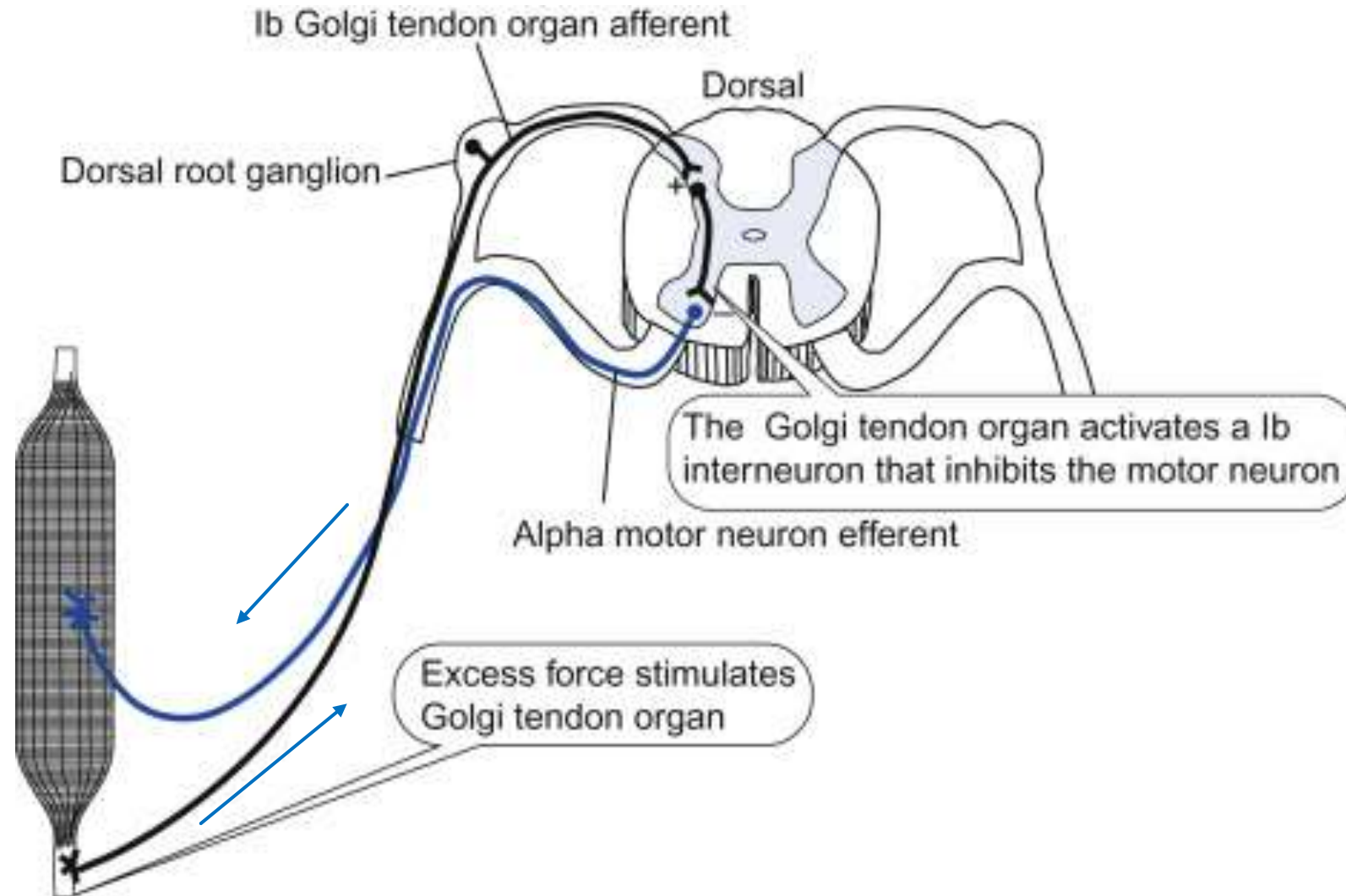
- (1) Aangedane heup: lichte flexie-exorotatie stand en de knie ondersteund
- (2) Omvat de adductoren met de niet – overeenkomstige hand, op de overgang van pees-spierbuiken
- (3) Manueel de spiermassa oprekken en verlengen naar dorsale richting, binnen de pijngrens en met een constante druk
- (4) Bij afnemen spiertonus, de druk geleidelijk weer verhogen
- (5) Heup verder flecteren in lichte abductie. Palperen op de overgang pees-spier naar meest pijnlijke en hypertone adductor .
- (6) De toppen van 2e, 3e en 4e vinger verlengen de spier door lichte, constante druk in de richting van de femur kop.

Mocht de spier nog gevoelig zijn of ter
preventie?

Wat kunnen we de sporter nog meer
bieden?

Tape aanleggen

Behandeling/ondersteuning met tape: Golgi lichaam



Lichaam van Golgi in de adductoren activeren



- 1) Underwrap 4 tal slagen thv spier-peesovergang.
- 2) 1,5 slag om bovenbeen
- 3) Begin bij: lateraal, voor-mediaal, dorsaal, lateraal, naar mediaal.
- 4) Aanbrengen vanaf de rol.
- 5) Tot slot bovenhoekje omvouden, voor het geval de tape te strak staat tijdens sporten

• Resultaat

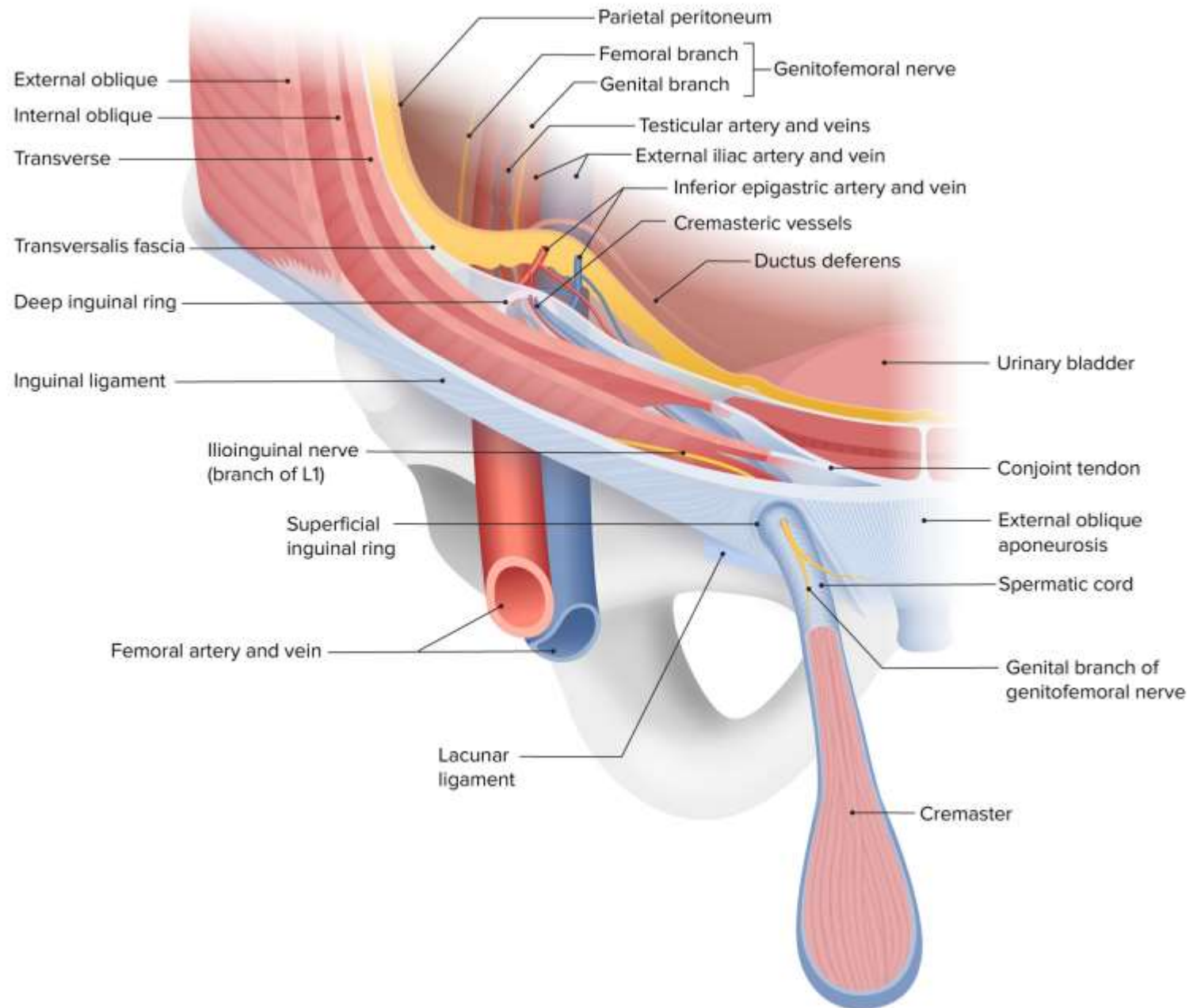
- (1) Herhalen van de weerstandstesten voor de lange en korte adductoren zal nu geen pijn veroorzaken, als de spiertonus weer genormaliseerd is.
- (2) Na de behandeling vier dagen rust houden. Deze vier dagen rust is nodig om de spier zich te laten herstellen van de langdurige hypertonie fase.
- (3) De eerste training op 50 % van de capaciteit uitvoeren, zonder dat pijn wordt gevoeld tijdens of na het sporten.
- (4) Na 1 behandeling geen pijn meer alleen spierpijn.

Controle na 1 jaar: nooit meer last gehad



Bedankt voor uw aandacht!
Zijn er nog vragen?





- Ik wil de 5 provocatietesten van vd Wurff uitvoeren om uit te sluiten dat er sprake is van een SIG-betrokkenheid. (3 of meer testen positief; sens. 94 %)
- Van der Wurff et al. (2006) (De Thee Comt)
 - Distractie,
 - Thigh Thrust,
 - Compression,
 - Gaenslen,
 - Patrick's Sign;
- 3 uit 5: positief
- Evt. differentiëren met de Menell's test (3-fasen-test)= stresstest
 1. 10 sec. compressie op het tuber ischiadicum +max extensie id heup(HEUP)
 2. 10 sec. compressie op het sacrum +max extensie id heup (SIG)
 3. 10 sec. compressie op de lumbale wervels +max extensie id heup (LAGE RUG)

Thigh Thrust Provocation Test

(Bij vd Wurff; adductie toevoegen)



Gaenslen's Provocation Test



- (hier voor SIG rechts)



Patrick Sign - FAbEr (Flexie / Abductie / Exo- Rotatie)

Wurff; compressie 5 sec aanhouden

- Beschrijving:
- Bij de Cluster van der Wurff worden 5 testen gebruikt, waarvan de testprocedure na 3 positieve testen gestopt kan worden.
- De testen die in deze cluster gebruikt worden, zijn de volgende: Distraction Test, Tight Thrust, Compression Test, Gaenslen's Test, Patrick's Test (FABER).
- Onderbouwing:
- De validiteit (verhouding tussen specificiteit en sensitiviteit) is het hoogste bij 3 positieve testen. Dit is de reden, waarom op dit moment de testprocedure gestopt kan worden.
- Voor de uitgebreide resultaten zie het artikel van van der Wurff uit 2006.
- Positieve test:
- Een test wordt als positief beschouwd, wanneer de patiënt de bekende pijn ervaart in de SI-regio onder L5.

- Bronnen: Wurff, 2006.

Adductoren



Spier letsels



Adductoren

T