

Liesklachten door bursitis iliopectinea

M.P.J.H.MALLANT, W.J.B.MASTBOOM EN G.P.M.DE BACKER

Bij de meeste patiënten met pijnklachten in de liesregio is de aard van de aandoening op grond van anamnese en fysieke diagnostiek snel duidelijk. Een minder bekende oorzaak van liesklachten is een ontsteking van de bursa iliopectinea. Deze bursa, die per individu sterk in grootte verschilt, ligt tussen de M. iliopsoas en de eminentia iliopubica (dit is de eminentia iliopectinea) van het bekken. Een ontsteking van deze bursa kan leiden tot vele, ogenschijnlijk merkwaardige klachten en symptomen. De diagnose kan door middel van een aantal provocatietests worden vermoed en met een proefinjectie worden bevestigd. Aan de hand van 4 ziektegeschiedenissen wordt deze aandoening nader toegelicht.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënt A, een 69-jarige, tevoren volledig gezonde man, werd verwezen naar de polikliniek Heelkunde in verband met een sinds 2 dagen bestaande ondraaglijke pijn in de rechterliesregio, die uitstraalde naar de onderbuik en het rechter bovenbeen. Twee dagen voordat de pijn begon, had patiënt een voor zijn doen lange fietstocht gemaakt. Anamnestic bestonden er geen aanwijzingen voor een ander trauma of een gewrichtsaandoening. Aanvankelijk was alleen het heffen van het been erg pijnlijk, maar al snel werd het lopen vrijwel onmogelijk. Strompelend en met krukken kwam deze patiënt de spreekkamer binnen.

Bij fysisch-diagnostisch onderzoek werd pijn aangegeven bij druk midden onder het ligamentum inguinale (ligament van Poupart); deze pijn werd opgewekt door passieve maximale flexie en door actieve en passieve flexie-abductie-exorotatie van het heupgewricht. De mate van pijn bij dit laatste onderzoek wisselde sterk en was vrijwel afwezig indien patiënt zich volledig ontspande. Bewegingsbeperkingen werden niet gevonden. Er waren geen tekenen van neurologische afwijkingen; een inguinale dan wel femorale hernia of andere zwellingen werden niet gevoeld. Onder de waarschijnlijkheidsdiagnose 'bursitis iliopectinea' werd een proefinjectie met 10 ml lidocaïne 1% (10 mg/ml) in de bursa gegeven. Enkele minuten na deze punctie was de pijn verdwenen. Provocatieproeven onderging patiënt nu pijnloos. Lopend, zonder krukken, verliet de man de spreekkamer. Tijdens de controleafspraak, een maand later, vertelde hij sinds de injectie klachtenvrij te zijn gebleven.

Patiënt B, een 72-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis, consulteerde de polikliniek met een sinds 5 dagen toeneemende pijn in haar rechterheup- en rechterliesregio, die acuut was ontstaan. Na uitgebreid vragen bleek zij een dag tevoren een misstap op een keldertrapje te hebben gemaakt. Aan-

SAMENVATTING

Pijn in en rond de liesregio zonder een duidelijke oorzaak was de klacht van 4 patiënten, 3 mannen van 69, 55 en 45 jaar en 1 vrouw van 72 jaar. De duur van de invaliderende klachten varieerde van enkele dagen tot 8 jaar. De passieve heupbewegingen waren niet beperkt. Bij aanwezigheid van pijn na druk op of rek aan de bursawand bij provocatietests en bij afwezigheid van andere aandoeningen, luidde de waarschijnlijkheidsdiagnose 'bursitis iliopectinea'; deze werd bevestigd door het sterk afnemen van de pijn na een injectie met lidocaïne in de bursa. Ontsteking van de bursa iliopectinea kan ontstaan na een trauma of surmenage en leiden tot verschillende soorten klachten. De diagnostische injectie van lidocaïne vormt meestal ook afdoende therapie.

vankelijk bemerkte zij deze pijn alleen tijdens het op- en afstappen van haar fiets, maar nu straalde deze ook uit naar de rechter knie en nam de intensiteit ervan toe. Sinds 1 dag had zij ook lage rugpijn gekregen. Tijdens het onderzoek werden bij patiënte passief geen bewegingsbeperkingen in knie- en heupgewricht gevonden, maar kon zij actief haar been niet volledig zijwaarts heffen. Passieve extensie-abductie-endorotatie van het heupgewricht was pijnlijk. Andere afwijkingen werden niet gevonden. De door de huisarts aangevraagde röntgenopnamen van de rechter heup waren normaal. Een ontsteking van de bursa iliopectinea leek waarschijnlijk, zodat een proefinjectie met 10 ml lidocaïne 1% werd gegeven. Omdat de pijnklachten grotendeels verminderden, hetgeen onze diagnose aannemelijk maakte, werd een tweede punctie een maand later afgesproken. Tijdens dit consult meldde patiënte dat 2 dagen na de injectie de heupregio volledig pijnvrij was en dat ook de rugpijn spoedig daarna was verdwenen, zodat van verdere behandeling werd afgezien.

Patiënt C, een 55-jarige man, werd verwezen vanwege sinds enkele weken bestaande, spontaan opgetreden pijn in de rechter lies met een trekkend gevoel naar het rechter scrotum. De pijn nam in de loop van de dag toe en leek in de nacht te verminderen. Anamnestic was er geen duidelijk trauma bekend. De voorgeschiedenis vermeldde vasectomie beiderzijds, hemorroïdectomie en chronische rugklachten. Bij onderzoek van deze adipeuze man werden geen aanwijzingen gevonden voor een hernia en beide testikels waren niet afwijkend. Hij liep met een gestrekt rechter bovenbeen. Opvallend was dat hij staande zijn been niet zijwaarts op de onderzoeksbank kon leggen door de pijn (bij actieve hyperextensie, abductie en endorotatie). Bij passieve hyperextensie van het rechter been gaf hij dezelfde pijn in de lies aan. Ook passieve maximale flexie-adductie-exorotatie provoceerde deze pijn. Wegens het vermoeden van een ontsteking van de bursa iliopectinea werd een proefinjectie met 10 ml lidocaïne 1% gegeven. De klachten leken hierop aanvankelijk slechts ten dele te verminderen, maar het trekkende gevoel in het rechter scrotum verdween direct. Tijdens de controle, 4 weken later, vertelde patiënt dat hij vanaf enkele uren na de injectie geen pijn meer had gehad.

Medisch Spectrum Twente, Haaksbergerstraat 55, 7513 ER Enschede. Afd. Heelkunde: M.P.J.H.Mallant, co-assistent; dr.W.J.B.Mastboom, chirurg.

Afd. Fysiotherapie: G.P.M.de Backer, fysiotherapeut.

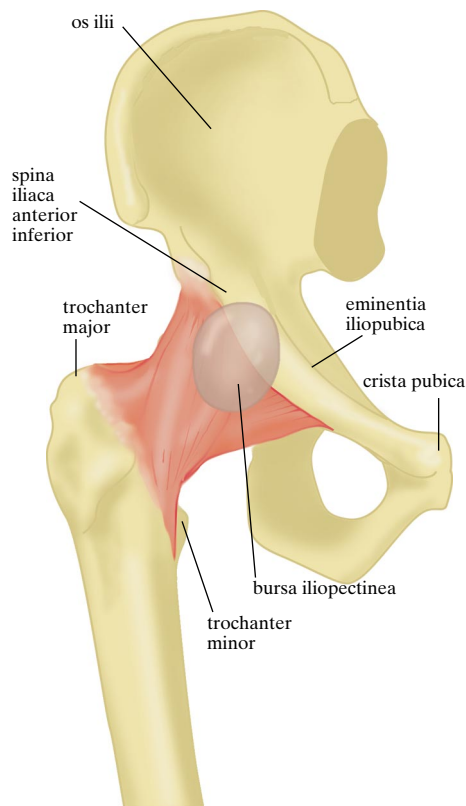
Correspondentieadres: dr.W.J.B.Mastboom.

Patiënt D, een 45-jarige man met een blanco voorgeschiedenis, werd doorverwezen onder vermelding van 'een chronisch pijn-syndroom' met het verzoek tot laparoscopie. De klacht betrof een reeds 8 jaar durende pijn in de rechter onderbuik met uitstraling naar de rechter lies. De pijn was wisselend in intensiteit. Sinds deze tijd zou patiënt niet op een herenfiets kunnen stappen (abductie-hyperextensie-rotatie van de heup) als gevolg van de pijn. Ten tijde van zijn bezoek gebruikte hij tramadol 50 mg 3 maal daags, maar kon desondanks vaak niet slapen van de pijn. In deze 8 jaar hadden diverse specialisten hem onderzocht, maar die konden op hun gebied geen diagnose stellen.

Bij fysisch-diagnostisch onderzoek werd drukpijn aangegeven midden onder het ligament van Poupert. Maximale passieve flexie en extensie van de heup was pijnlijk, palpatie van de buik daarentegen niet. Om uitsluitel over de diagnose te verkrijgen werd wegens het vermoeden van een chronische bursitis iliopectinea een proefinjectie met 10 ml lidocaïne 1% in de bursa gegeven. Hierop verdween vrijwel direct, voor het eerst sinds 8 jaar, de pijn in de lies en de onderbuik. Sinds de injectie gebruikt patiënt geen pijnstillers meer, hij fietst weer en is nu, anderhalf jaar later, nog steeds klachtenvrij.

BESCHOUWING

De bursa iliopectinea (ook wel abusievelijk bursa ilio-psoas, bursa subpsoas, bursa iliofemoralis genoemd) is bilateraal aanwezig bij 98% van de volwassenen.¹ Het is één van de grootste synoviale bursae bij de mens en is circa 4 cm breed en 7 cm lang (figuur 1). Lateraal wordt de bursa begrensd door de spina iliaca anterior inferior,



FIGUUR 1. Ventraal aanzicht van de ligging van de bursa iliopectinea.

ventraal en mediaal door het musculotendineuze gedeelte van de M. iliopsoas. Dorsaal bestaat de begrenzing proximaal uit het os ilium met de eminentia iliopectinea en distaal uit het kapsel van het heupgewricht. Soms reikt de bursa proximaal tot aan de fossa iliaca en distaal tot aan de trochanter minor van het femur.

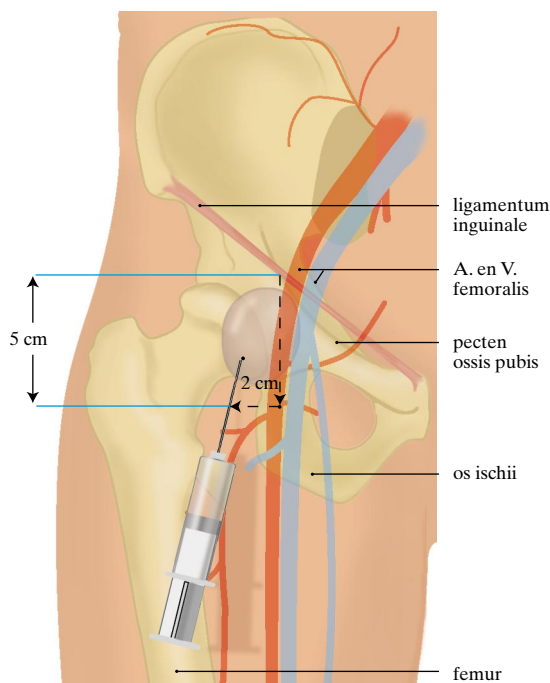
Het beloop van een bursitis kan acuut en chronisch zijn. De klachtenduur van de beschreven patiënten varieerde van enkele dagen tot 8 jaar. Zoals ook bij bursae elders in het lichaam kan een trauma of surmenage leiden tot een bloeding of vochtophoping met als gevolg een ontsteking van de slijmbeurzen. Langdurig ongetraind fietsen (patiënt A) blijkt regelmatig de oorzaak van de aandoening te zijn. Vaak kan echter geen oorzaak voor de bursitis worden vastgesteld.

Een ontsteking van de bursa iliopectinea kan leiden tot een bont scala van klachten en symptomen.² Deze zijn te verklaren door de individuele variatie in grootte en ligging van de bursa. Door druk van de ontstoken bursa op omgevende weefsels als N. femoralis, N. genitofemoralis, funiculus spermaticus, M. iliopsoas en het kapsel van het heupgewricht kunnen allerlei aandoeningen van deze structuren worden gesimuleerd. Uiteraard spelen de aard en de ernst van de ontsteking een belangrijke rol. Tevens kunnen surmenageklachten buiten het liesgebied ontstaan door averechts gebruik van het bewegingsapparaat als gevolg van de pijn in de lies. Zo ontstond bij patiënt B lumbago door een antalgisch looppatroon, dat werd veroorzaakt door de bursitis iliopectinea.

Bij fysisch-diagnostisch onderzoek wordt pijn geprovoceerd door compressie of rek van de ontstoken bursa-wand. Bij niet al te adipeuze mensen bestaat er soms directe drukpijn midden onder het ligament van Poupert, ter plaatse van het distale deel van de bursa. Door manipulatie van de heup wordt compressie of rek op de bursa uitgeoefend. De anatomische verhoudingen tussen de bursa en de omgeving bepalen dan welke bewegingen in de heup pijn veroorzaken; dit is per individu verschillend. In principe is er geen bewegingsbeperking in het heupgewricht. Passieve bewegingen zijn bij de ontspannen patiënt meestal goed mogelijk.

Verschillende provocatietests zijn beschreven om een bursitis iliopectinea aan te tonen.²⁻⁴ Alle eindstandige heupbewegingen waarbij de bursa wordt gecomprimeerd, zoals bij maximale flexie, of waarbij de bursa wordt gerekt, zoals bij maximale extensie en bij abductie-extensie-exo- of endorotatie, kunnen de pijn provoceren. Actief zijn deze bewegingen meestal veel pijnlijker. Opvallend is dat patiënten vaak niet op een herenfiets (abductie-extensie-exorotatie) kunnen stappen. Om oorzaken in een gewricht of bot uit te sluiten is radiologisch onderzoek van bekken en heup vaak gewenst.

Nadat andere voor de hand liggende diagnoses zijn uitgesloten en een ontsteking van de bursa iliopectinea wordt overwogen, kan een proefinjectie in deze bursa uitsluitel over de diagnose geven (figuur 2). Met het oog op de nabijgelegen vaat-zenuwstreng is een nauwkeurige plaatsbepaling belangrijk. Voor infiltratie van de bursa wordt het midinguinale punt bepaald. Vanaf dit punt wordt een circa 5 cm lange denkbeeldige lijn recht naar



FIGUUR 2. Infiltratie van de bursa iliopectinea. Het midinguinale punt wordt bepaald tussen de spina iliaca anterior superior en het os pubis; 5 cm caudaal en 2 cm lateraal hiervan bevindt zich het insteekpunt. Onder een hoek van ongeveer 45° wordt gepuncteerd richting pecten ossis pubis. Daarna wordt onder verschillende hoeken de bursa geïnfilteerd.

distaal getrokken. Het insteekpunt ligt 2 cm lateraal van het distale uiteinde van de lijn. Na desinfectie van de huid wordt bij een liggende patiënt met een gestrekt been de bursa aangeprikt met een injectiespuit met een naald die tenminste 8 cm lang is (epiduraalnaald). De naald wordt onder een hoek van ongeveer 45° ingebracht, waarbij men er zich van vergewist geen bloedvat te hebben aangeprikt, totdat de benige weerstand van het os ilium wordt gevoeld. Vervolgens wordt de bursa, nadat de naald iets is teruggetrokken, met 10 ml lidocaïne 1% onder verschillende hoeken in mediale en laterale richting geïnfilteerd. Wanneer de klachten binnen enkele minuten op zijn minst sterk afnemen, is de diagnose bevestigd. Door secundaire irritatie of biomechanische veranderingen van omgevende weefsels lukt het niet altijd direct volledige analgesie te bewerkstelligen, zoals bij patiënten B en C. Deze secundaire aandoeningen herstellen meestal snel na behandeling van de bursitis. Indien de klachten in mindere mate toch persisteren, kan de injectie na enkele weken herhaald worden, eventueel in combinatie van lidocaïne met glucocorticoiden (2-3 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml).³ Men kan het best eerst het effect van de infiltratie met lidocaïne gedurende enige minuten met de naald in situ afwachten. Indien dan de klachten sterk afnemen, kan men het corticosteroïdpreparaat toedienen via de naald die nog in de bursa zit. De ervaring in de literatuur en die van onszelf is dat de eerste injectie met een kortwer-

kend lokaal anaestheticum meestal al het vereiste therapeutische effect heeft, zodat een tweede injectie zelden nodig is.³ Blijkbaar wordt er een vicieuze cirkel doorbroken in de keten van reacties die de pijn veroorzaakt.

Wanneer een ontsteking van de bursa iliopectinea niet leidt tot een grote zwelling of tot kalkneerslag, zal beeldvormend onderzoek niet bijdragen tot het stellen van de diagnose.⁵⁻⁷

Doordat er een verbinding kan bestaan tussen heupgewricht en bursa, zoals bij 14% van de volwassenen is vastgesteld, kan toename van gewrichtsvocht in de heup zwelling van de bursa met bijbehorende klachten veroorzaken.¹ Ook na het aanbrengen van een heupprothese kan een dergelijke verbinding ontstaan. Een ontsteking in het heupgewricht kan zo een secundaire bursitis veroorzaken, zoals beschreven wordt bij patiënten met septische osteoarthritis, reumatoïde artritis, synoviitis villonodularis pigmentosa en synoviale chondromatose.^{4-6, 8} De bursa kan dan zo zwellen dat femorale en iliacaalvaten en zenuwen worden gecompriëerd en zelfs verplaatsing optreedt van de blaas, ureters, colon ascendens en dunne darm.⁷

Een ernstige iliopectineale bursitis kan leiden tot het 'snapping hip syndroom' waarbij er een stagnatie is bij het flecteren van de heup, waarschijnlijk ten gevolge van verkalkingen in de bursa of door onregelmatigheden aan de dorsale zijde van de M. iliopsoas. De behandeling bestaat uit toediening van lokale corticosteroïdinjecties, eventueel gevolgd door partiële resectie van het tendineuze gedeelte van de M. iliopsoas.^{9, 10}

CONCLUSIE

Bursitis iliopectinea wordt vaak niet in de differentiaal-diagnose van liesaandoeningen betrokken. Doet men dit wel, dan kan door een eenvoudige handeling een aantal patiënten met ogenschijnlijk onduidelijke liesklachten effectief worden behandeld.

ABSTRACT

Inguinal pain due to iliopectineal bursitis. – Four patients, three men aged 69, 55 and 45 years and one woman aged 72 years, complained of pain in and round the inguinal region without clear cause. The crippling symptoms were of a few days' to 8 years' standing. Passive hip movements were not restricted. Presence of pain after pressure on or stretching of the bursal wall during provocation tests and absence of other disorders resulted in a probability diagnosis of iliopectineal bursitis. This diagnosis was confirmed by marked abatement of the pain after an injection of lidocaine into the bursa. Inflammation of the iliopectineal bursa may occur after injury or overstrain and cause various kinds of complaints. The diagnostic injection of lidocaine as a rule constitutes an adequate treatment as well.

LITERATUUR

- Chandler SB. The iliopsoas bursa in man. *Anat Rec* 1934;58:235-40.
- Hucherson DC, Denman FR. Non-infectious iliopectineal bursitis. *Am J Surg* 1946;72:576-9.
- Winkel D, Meijer OG, Aufdemkampe G, Vleeming A, Vaart R van der. Weke delen aandoeningen van het bewegingsapparaat. Deel 3. Therapie extremiteiten. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holtema, 1986.

- ⁴ Fortin L, Bélanger R. Bursitis of the iliopsoas: four cases with pain as the only clinical indicator. *J Rheumatol* 1995;22:1971-3.
- ⁵ Binek R, Levinsohn EM. Enlarged iliopsoas bursa. An unusual cause of thigh mass and hip pain. *Clin Orthop* 1987;224:158-63.
- ⁶ Matsumoto K, Hukuda S, Nishioka J, Fujita T. Iliopsoas bursal distension caused by acetabular loosening after total hip arthroplasty. A rare complication of total hip arthroplasty. *Clin Orthop* 1992; 279:144-8.
- ⁷ Toohey AK, LaSalle TL, Martinez S, Polisson RP. Iliopsoas bursitis: clinical features, radiographic findings, and disease associations. *Semin Arthritis Rheum* 1990;20:41-7.

- ⁸ Steinbach LS, Schneider R, Goldman AB, Kazam E, Ranawat CS, Ghelman B. Bursae and abscess cavities communicating with the hip. Diagnosis using arthrography and CT. *Radiology* 1985;156:303-7.
- ⁹ Harper MC, Schaberg JE, Allen WC. Primary iliopsoas bursography in the diagnosis of disorders of the hip. *Clin Orthop* 1987;221:238-41.
- ¹⁰ Cardinal E, Buckwalter KA, Capello WN, Duval N. US of the snapping iliopsoas tendon. *Radiology* 1996;198:521-2.

Aanvaard op 23 december 1997

Bijwerkingen van geneesmiddelen

Cholestatische hepatitis toegeschreven aan het gebruik van tiabendazol

I.A.ELAND, S.C.M.B.KERKHOF, D.OVERBOSCH, P.J.WISMANS EN B.H.CH.STRICKER

Het anthelminthicum tiabendazol is een benzimidazool-derivaat dat wordt toegepast bij de behandeling van strongyloidiasis, larva migrans cutanea en trichinosis. Het werkingsmechanisme is niet precies bekend, maar berust vermoedelijk op remming van het enzym fumaratreductase in de worm, waardoor de energievoorziening verstoord wordt. Tiabendazol is in Nederland niet geregistreerd en is alleen op artsverklaring te verkrijgen. Bijwerkingen van tiabendazol komen frequent voor, maar zijn over het algemeen van voorbijgaande aard. De meest voorkomende bijwerkingen zijn misselijkheid, braken, anorexie en duizeligheid.^{1,2} Cholestatische hepatitis ten gevolge van tiabendazol is een ernstige en zeldzame bijwerking met een vaak geprotraheerd beloop.³⁻¹² Deze bijwerking van tiabendazol wordt niet genoemd in het *Farmacotherapeutisch kompas*, maar wel in de productinformatie van de fabrikant. Wij beschrijven daarom de ziektegeschiedenis van twee patiënten bij wie cholestatische hepatitis toegeschreven werd aan het gebruik van tiabendazol.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënt A, een 27-jarige Surinaams-Hindoestaanse vrouw met een heterozygote β -thalassemie, werd opgenomen wegens algemene malaise, gewichtsverlies, icterus, jeuk en klachten die pasten bij een sicca-complex, te weten droge ogen en een droge mond. Eén week voor opname had patiënte enkele dagen last van een dubbelzijdige parotiszwellings. De ontlasting was ontleurd en de urine was donker, patiënte had last van misse-

SAMENVATTING

Een 27-jarige en een 42-jarige vrouw, beiden in Suriname geboren en beiden met een heterozygote thalassemie, maakten cholestatische hepatitis door, respectievelijk 3 en 2 weken na het gebruik van tiabendazol wegens een *Strongyloides stercoralis*-infectie. Andere oorzaken voor cholestase waren onwaarschijnlijk gezien de bevindingen bij bloedonderzoek, echografie en endoscopische retrograde cholangiopancreatografie. De klachten hielden maanden aan, de leverfunctiestoornissen respectievelijk 7 en 1 jaar. De incidentie van cholestatische hepatitis ten gevolge van tiabendazol is onbekend, maar vermoedelijk laag.

lijkheid, braken en diarree. In de omgeving kwam geen geelzucht voor en patiënte gebruikte geen verdovende middelen of alcohol. In verband met een *Strongyloides stercoralis*-infectie, was patiënte drie weken voor opname behandeld met tiabendazol 1250 mg tweemaal daags gedurende twee dagen. Zes weken voor opname was patiënte kortdurend behandeld met doxycycline, paracetamol, en later ibuprofen en diclofenac in verband met gewrichtsklachten en koorts. Tevens gebruikte patiënte een oraal anticonceptivum. Behoudens een licht verhoogd γ -glutamyltranspeptidase (γ -GT) van 39 U/l (normaal: 0-25) waren de leverfuncties drie weken voor de opname ongestoord.

Bij lichamenlijk onderzoek werd een zieke, icterische patiënte gezien. Er bestond beiderzijds een conjunctivitis. In de hals waren kleine lymfomen palpabel. De parotisklieren waren beiderzijds drukpijnlijk, maar niet duidelijk vergroot. De lever was 2 vingers onder de ribbenboog palpabel en licht drukgevoelig.

Laboratoriumonderzoek van bloed leverde het volgende beeld op: bezinking: 26 mm/1e h (normaal: 0-15), amylase: 874 U/l (normaal: 0-300), totaal bilirubine: 142 μ mol/l (normaal: 0-15), geconjugeerd bilirubine: 114 μ mol/l (normaal: 0-15), alkalische fosfatase: 179 U/l (normaal: 50-130), γ -GT: 210 U/l, aspartaataminotransferase (ASAT): 148 U/l (normaal: 0-18), alanineaminotransferase (ALAT): 304 U/l (normaal: 0-18). De serumwaarden van creatinine, natrium, kalium, leukocyten en trombocyten waren niet afwijkend. Antinucleaire autoantistoffen, antistoffen tegen pariëtale cellen, gladdespierweefsel en mitochondriën waren alle negatief. 'Hepatitis B surface anti-

Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Afd. Maag-, Darm- en Leverziekten, sectie Farmaco-epidemiologie: I.A.Eland, arts-onderzoeker.

Afd. Huisartsgeneeskunde: S.C.M.B.Kerkhof, huisarts in opleiding, Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten, afd. Inwendige Geneeskunde, Rotterdam.

Dr.D.Overbosch en dr.P.J.Wismans, internisten.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, sectie geneesmiddelenbewaking, Postbus 5850, 2280 HW Rijswijk.

Dr.B.H.Ch.Stricker, inspecteur voor de geneesmiddelenbewaking (tevens: Erasmus Universiteit Rotterdam, afd. Epidemiologie & Biostatistiek, Rotterdam).

Correspondentieadres: dr.B.H.Ch.Stricker.