

Liespijn en geen liesbreuk, maar wat dan wel?

R.M.H.ROUMEN EN M.R.M.SCHELTINGA

Dames en Heren,

Chirurgen wordt regelmatig gevraagd of pijn in de lies door de aanwezigheid van een liesbreuk kan worden verklaard. De diagnose 'hernia inguinalis' kan meestal door anamnese en lichamelijk onderzoek worden bevestigd. Slechts zelden is aanvullend onderzoek met echoscopie, CT, MRI of herniografie nodig om tot een diagnose te komen. Liespijn kan evenwel door een veelheid van andere aandoeningen worden veroorzaakt. Door de toenemende differentiatie en specialisatie vallen sommige patiënten met hun liesklachten wel eens 'tussen wal en schip'. De huisarts ziet deze patiënten dan veelal na poliklinische evaluatie terug met de mededeling: 'Op ons terrein geen specifieke afwijkingen'. De volgende korte ziektegeschiedenissen, met soms een behoorlijke 'doctor's delay', komen uit een grote groep van casussen waar wij in de afgelopen jaren op onze polikliniek mee te maken kregen.

Patiënt A is een 30-jarige man die klaagt over pijn in beide liesregio's. De pijn aan de rechter zijde bestaat sinds ongeveer een halfjaar. De intensiteit van deze pijn zou variëren, maar vooral optreden als patiënt op de fiets stapt of uit de auto tracht te komen. Tijdens zijn polikliniekbezoek voelt hij overigens weinig pijn. Aan de linker zijde is de pijn vrijwel continu aanwezig en deze neemt toe bij persen. Zijn voorgeschiedenis vermeldt een liesbreukcorrectie beiderzijds op 20-jarige leeftijd; 6 maanden tevoren heeft hij een vasectomie ondergaan. De uroloog en de huisarts vermoeden het bestaan van een bilateraal liesbreukrecidief. Patiënt zelf ziet echter geen duidelijke relatie met de eerdere ingrepen. Bij lichamelijk onderzoek wordt in de rechterliesregio een litteken gezien dat past bij een liesbreukcorrectie. Ter plaatse is de palpatie niet pijnlijk en bij persen verschijnt geen zwelling. Provocatie-tests van de rechter heup zijn niet pijnlijk, maar bij de typische 'op-de-fiets-stap-beweging' (abductie-extensie-exorotatie) met het rechter been geeft hij pijn aan in de rechter lies. De waarschijnlijkheidsdiagnose luidt 'bursitis iliopectinea'. Aan de linker zijde blijkt er een recidief liesbreuk te zijn. Rechts wordt een combinatie van lidocaïne 1% en een corticosteroid in de bursa geïnjecteerd. Bij evaluatie na 2 weken is de pijn rechts volledig verdwenen. De recidiefbreuk links wordt vervolgens geopereerd. Ruim een jaar na deze behandeling is patiënt aan beide zijden nog steeds klachtenvrij.

Patiënt B is een vrouw van 57 jaar, die onze polikliniek frequenteert wegens onder meer recidiverende variceuze problematiek, aambeien en mastopathie. In het verleden is wegens een uterus myomatosus een baarmoederextirpatie verricht via de abdominale benadering. Zij presenteert zich nu met een klachtenpatroon dat al enkele jaren blijkt te bestaan. Zij heeft vooral als zij hurkt pijn in haar rechter lies, met regelmatig een beklemd gevoel in deze regio. Bij lichamelijk onderzoek wordt een kleine zwelling gevoeld net onder het ligamentum inguinale (ligament van Poupart). Gedacht wordt aan de mogelijkheid van een hernia femoralis. In overleg met haar wordt echter met een chirurgische ingreep gewacht. Bij een vervolfbezoek wordt de pijn toch meer net onder het abdominale dwarse (Pffannenstiel-)litteken aangegeven. Bovendien vallen nu de hypo- en dyesthesie net distaal van het litteken in de regio pubica ter rechter zijde op. Besloten wordt tot chirurgische exploratie van dit gebied in verband met mogelijke 'entrapment' van de N. ilio-inguinalis aan de laterale zijde in het littekenweefsel (figuur 1). Bij operatie blijkt de N. ilio-inguinalis in het fibrotische littekenweefsel, ontstaan na de Pffannenstiel-incisie, bekneld geraakt te zijn. Na losmaking van de zenuw uit deze fibrose verdwijnt het klachtenpatroon volledig. Bij controle na ruim 4 jaar is patiënte nog steeds klachtenvrij.

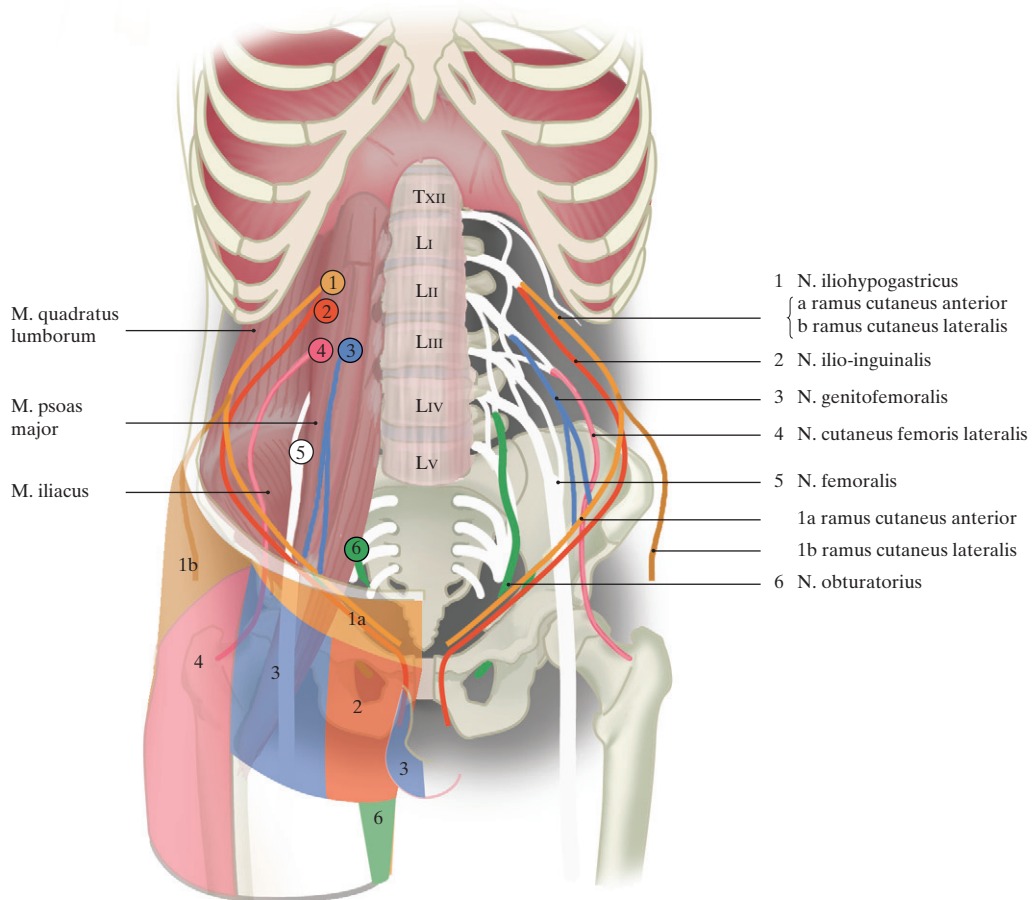
Patiënt C is een overigens gezonde vrouw van 26 jaar die naar onze poli wordt verwezen wegens een mogelijke liesbreuk links. Nadat een dergelijke aandoening was uitgesloten, wordt zij naar de huisarts terugverwezen. Omdat de pijn persisteert, meldt patiënte zich een halfjaar later op eigen initiatief wederom op onze polikliniek. Nadere anamnese leert nu dat zij al geruime tijd een pijnlijke kleine zwelling in haar linker lies heeft, die merkwaardigerwijze volgens haar zeggen tijdens de menstruele cyclus van grootte verandert. Tijdens de menstruatie zijn haar pijnklachten bovendien heftiger. Bij lichamelijk onderzoek wordt in het verloop van haar labium majus links een gevoelig tumortje gepalpeerd, dat zich naar craniaal in de richting van het os pubis uitbreidt. Bij een lokale chirurgische exploratie wordt een endometriosehaard in het ligamentum teres uteri links aangetroffen, die wordt verwijderd. Pathologisch onderzoek bevestigt de diagnose 'endometriosis'. Na deze ingreep zijn haar klachten verdwenen.

Patiënt D is een 65-jarige man die behandeld is voor een mediale liesbreuk links. Zes weken na de toentertijd gebruikelijke achterwandplastiek (zonder kunststofmatje) wordt hij, op verzoek van de huisarts, gezien in verband

Máxima Medisch Centrum, locatie Veldhoven, afd. Chirurgie, Postbus 7777, 5500 MB Veldhoven.

Hr.dr.R.M.H.Roumen en hr.dr.M.R.M.Scheltinga, chirurgen.

Correspondentieadres: hr.dr.R.M.H.Roumen (r.roumen@mmc.nl).



FIGUUR 1. Anatomie van de retroperitoneale ruimte met het verloop van verschillende zenuwen en de vertakkingen daarvan naar de liesregio.¹

met continue pijn in dezelfde liesstreek, trekkend naar de voorzijde van het linker bovenbeen. In verband met de ernst van de pijn en omdat een relatie met de recente ingreep wordt verondersteld, wordt hij voor klinische evaluatie opgenomen.

Bij lichamelijk onderzoek staan twee bevindingen op de voorgrond: (a) bij rectaal toucher wordt een pulseerende tumor links in het kleine bekken gevoeld; en (b) er bestaat een gebiedje met verminderde sensibiteit in het midden aan de ventrale zijde van zijn linker bovenbeen net onder de liesplooï. De inmiddels geconsulteerde neuroloog concludeert dat er een comprimerende afwijking in het verloop van de N. genitofemoralis aanwezig moet zijn. Een CT-scan bevestigt het klinisch vermoede aneurysma van de A. iliaca interna links (figuur 2). Na resectie en 'bypassing' van dit vasculaire probleem door het plaatsen van een aorto-iliacale prothese is patiënt van zijn klachten af.

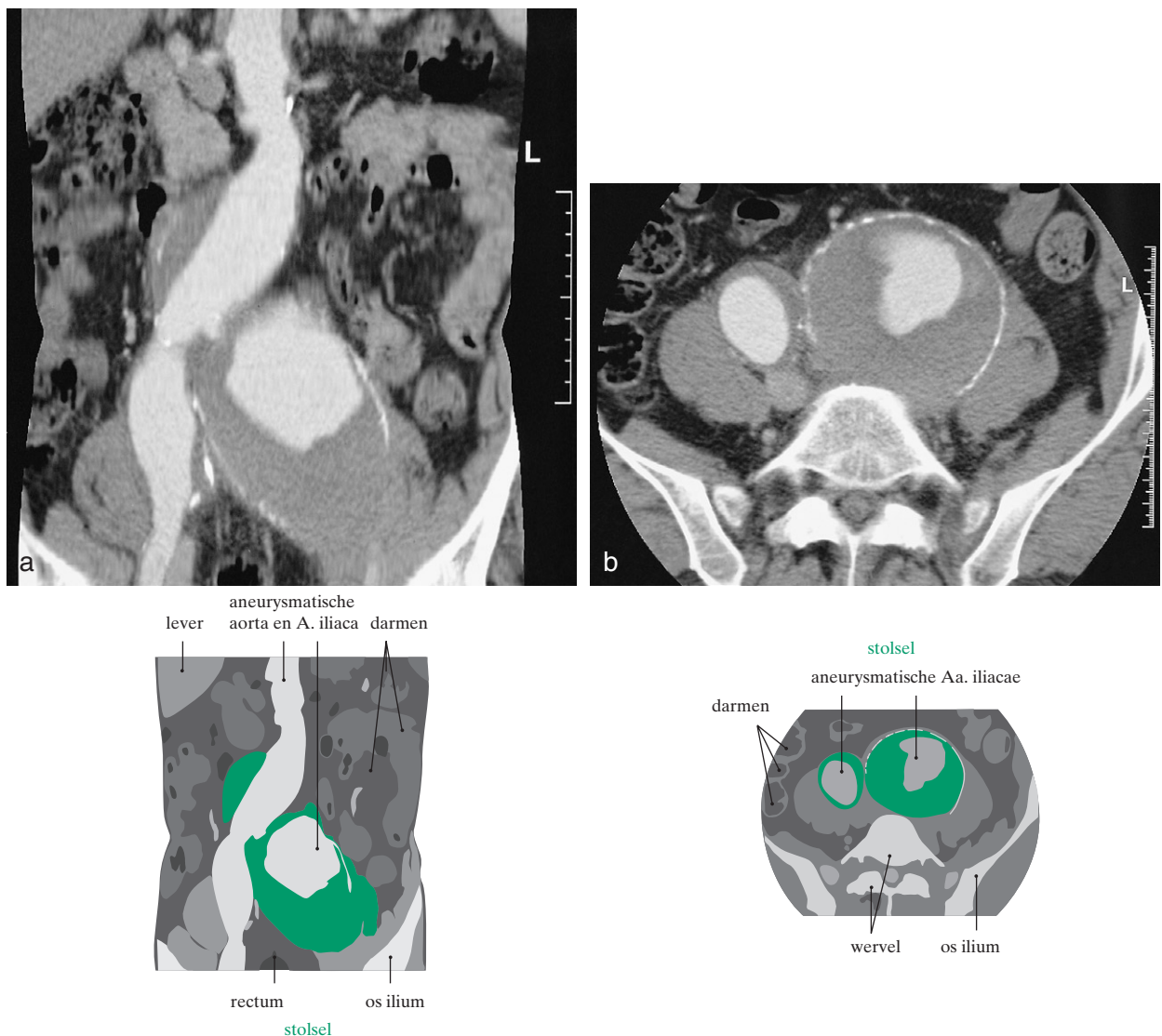
Patiënt E is een 38-jarige vrouw die wordt gezien in verband met liesklachten rechts. De voorgeschiedenis vermeldt mastopathie en -dynie. Onder locoregionale anesthesie wordt een lipoom verwijderd. Ongeveer 4 jaar later klaagt zij wederom over pijn in de rechter lies; er

vindt dan een exploratie plaats wegens het vermoeden van een hernia femoralis. Er wordt echter alleen een lymfeklier aangetroffen, die wordt verwijderd. De klachten blijven hierna persisteren, maar ze verdwijnen naar de achtergrond als een jaar later na een chirurgische behandeling van een carpale-tunnelsyndroom een Sudeck-dystrofie ontstaat. Wegens toenemende klachten in dezelfde lies wordt zij 2 jaar later ook door een neuroloog onderzocht. Differentiaaldiagnostisch wordt dan gedacht aan een neurooom, hernia femoralis of hernia nuclei pulposi. Deze laatste afwijking wordt echter op basis van de vervaardigde MRI uitgesloten. Weer 2 jaar later, patiënte is dan 47 jaar, wordt voor het eerst aan de mogelijkheid van een bursitis ileopectinea gedacht. Een lokale injectie geeft slechts kortdurende verlichting en een MRI van de lies toont een verdikte bursa ileopectinea. Opvallend evenwel is de knakkende pijn, die patiënte ook op de onderzoeksbank kan opwekken met flexie in de heup, waarbij de onderzoeker een palpabele zwelling in de lies kan voelen wegschieten. Zij geeft bovendien aan af en toe door het been heen te zakken tijdens een dergelijke pijnlijke knak. Omdat de pijn na de injectie binnen enkele weken recidiveert, wordt het 'anterior snapping hip'-syndroom overwogen.

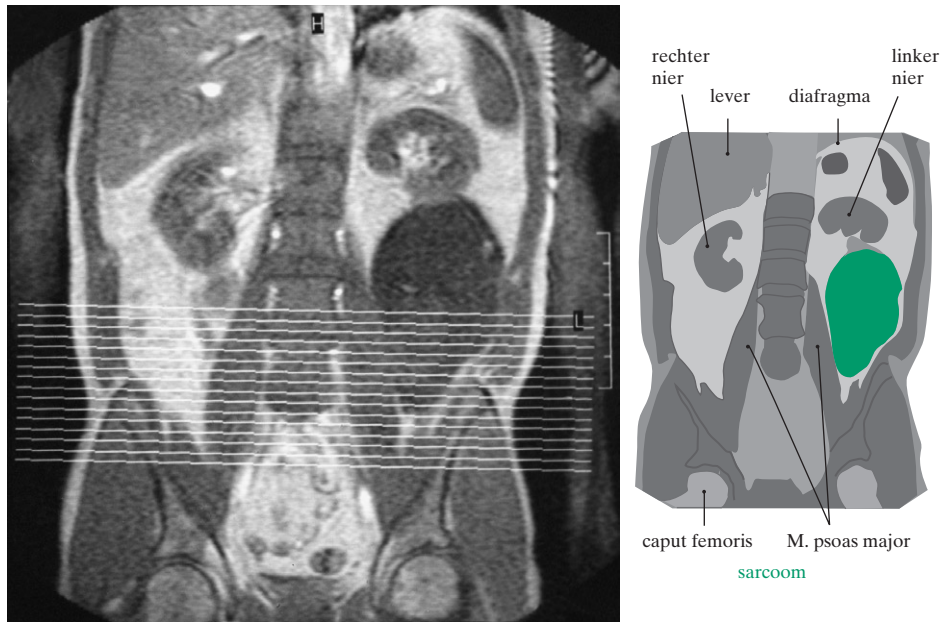
Na tenolyse van de psoaspees is zij voor het eerst sinds jaren pijnvrij. Ruim 3 jaar later is zij nog steeds van deze specifieke pijn verlost.

Patiënt F is een 42-jarige man die zich meldt op de EHBO met naar eigen zeggen sinds enige uren bestaande acute pijn in de linkerliesregio. Hij wordt ingestuurd met de vraag of er geen beklemde liesbreuk is of een torsio testis. Nadat bij klinisch onderzoek een liesbreuk kan worden uitgesloten, wordt de uroloog geconsulteerd. Deze verricht in verband met de heftige pijn in de funiculus- en testisregio een dopplersonderzoek van de funiculus. Dit toont een ongestoord beeld. Laboratoriumonderzoek laat behoudens een verhoogd leukocytenaantal ($18 \times 10^9/l$) en een licht verhoogde waarde van lactaatdehydrogenase (242 U/l) geen afwijkingen zien. In het urinesediment zijn echter meer dan 50 erytro-

cyten per gezichtsveld zichtbaar. Onder de werkdiagnose 'acute epididymitis' wordt met antimicrobiële therapie en pijnstilling gestart, hetgeen aanvankelijk een goede klinische reactie tot gevolg heeft. Aanvullende intraveneuze pyelografie toont een snelle symmetrische uitscheiding van de nieren, maar de linker ureter lijkt naar mediaal te zijn verplaatst. Tevens wordt een opvallende schaduw in de psoasregio waargenomen. Op een aanvullende MRI (figuur 3) wordt een grote ruimtinnemende afwijking gezien. Via een thoracoabdominale benadering wordt een retroperitoneaal sarcoom verwijderd. De N. genitofemoralis (zie figuur 1) kan intact worden gelaten; de N. iliohypogastricus en de N. ilioinguinalis worden opgeofferd. Bij pathologisch onderzoek blijkt het te gaan om een hooggradig myxoid liposarcoom, hetgeen radicaal verwijderd is. Aanvullend wordt patiënt bestraald. Vijf jaar later vergaat het hem goed



FIGUUR 2. Patiënt D: sagittale (a) en transversale (b) CT-scan van de buik waarop een groot iliacaal aneurysma links zichtbaar is, dat compressie van de aldaar lopende zenuwstructuren kan veroorzaken. De schaalverdeling is in cm.



FIGUUR 3. Patiënt F: MRI-opname van de buik waarop een groot retroperitoneaal sarcoom zichtbaar is, dat diverse zenuwstructuren verdringt en de linker nier omhoogduwt.

en zijn er geen aanwijzingen voor recidie tumorgroei of metastasen op afstand. Zijn liespijn is overigens direct na de operatieve ingreep verdwenen.

De differentiaaldiagnose van liespijn is uitgebreid. Omdat er verschillende organsystemen bij betrokken kunnen zijn, kunnen patiënten bij diverse disciplines of specialisten met verschillende aandachtsgebieden terecht komen. In de tabel staan vaak voorkomende oorzaken van een liespijnsyndroom. De meeste ziektebeelden zijn algemeen bekend en worden in de dagelijkse

praktijk gemakkelijk herkend. Echter, het stellen van een juiste diagnose is bij een aantal pijnsyndromen niet altijd gemakkelijk. Kennis van de verschillende entiteiten met hun specifieke klachtenpatroon en daarbij behorende klinisch fysische afwijkingen is een eerste vereiste.

Bij patiënt A bleek de pijn in de rechter lies te zijn veroorzaakt door een ontsteking van de bursa iliopectinea. Enige jaren geleden werd hierover in dit tijdschrift gerapporteerd.² De bursa iliopectinea kan ontstoken of geïrriteerd raken door vele oorzaken. Bij onze patiënt

Differentiaaldiagnose bij liespijn	
<i>hernia</i> hernia inguinalis hernia femoralis	<i>arterioveneus</i> varicose trombose iliacale vaten: aneurysma of stenose
<i>myogeen</i> scheur van de anulus inguinalis profundus, met name bij sporters myofasciale pijn, met name op triggerpunten M. iliopsoas, bij tendinitis of een abces	<i>neurogeen</i> ('entrapment' of compressie) N. iliohypogastricus of N. ilio-inguinalis: na een Pfannenstiel-incisie N. genitofemoralis N. cutaneus femoris lateralis: 'meralgia paraesthetica'
<i>bursitis iliopectinea</i>	<i>gerefereerde pijn</i> tubo-ovarieel niersteen ureterafwijkingen
<i>ossaal of tendinogeen</i> artrose, stressfractuur, coxartritis metastase periostitis, osteïtis adductorensurmenage 'anterior snapping hip' (synoniem: 'snapping iliopsoas tendon')	<i>lymfadenitis</i>
<i>cutaan</i> hydradenitis	<i>neoplasma</i> endometriose in het ligamentum teres uteri

zou de bursa geïrriteerd geraakt kunnen zijn door een veranderd bewegingspatroon als gevolg van pijn na de recente vasectomie en het ontstaan van een recidieflietsbreuk aan de contralaterale zijde. Hij had, net als een eerder beschreven patiënt, als enig positief anamnestisch gegeven, pijn bij het op de fiets stappen, als uiting van compressie van de slijmbeurs.² Behandeling bestaat uit infiltratie van de slijmbeurs met lidocaïne, al of niet gecombineerd met een corticosteroidpreparaat.^{2,3} Overigens zagen wij recent een zeldzame complicatie van een verdikte, doch symptoomloze bursa, die door veneuze compressie een trombosebeen links had veroorzaakt (figuur 4).

Een pijnsyndroom dat met deze bursa en het verloop van de M. iliopsoas samenhangt, is het zogenaamde 'anterior snapping hip'-syndroom (patiënt E).⁴ Hierbij bestaat er een knakkende pijn in de lies ten gevolge van een abnormale subluxatie van de iliopsoaspees over de eminentia iliopubica. De oorzaak is onduidelijk, maar gesuggereerd wordt dat deze klacht kan samenhangen met een abnormale iliopectineale bekkenrichel of een wat aberrante positie van de insertie van de psoaspees ter hoogte van de trochanter minor.⁴ De diagnose kan eigenlijk alleen gesteld worden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek.

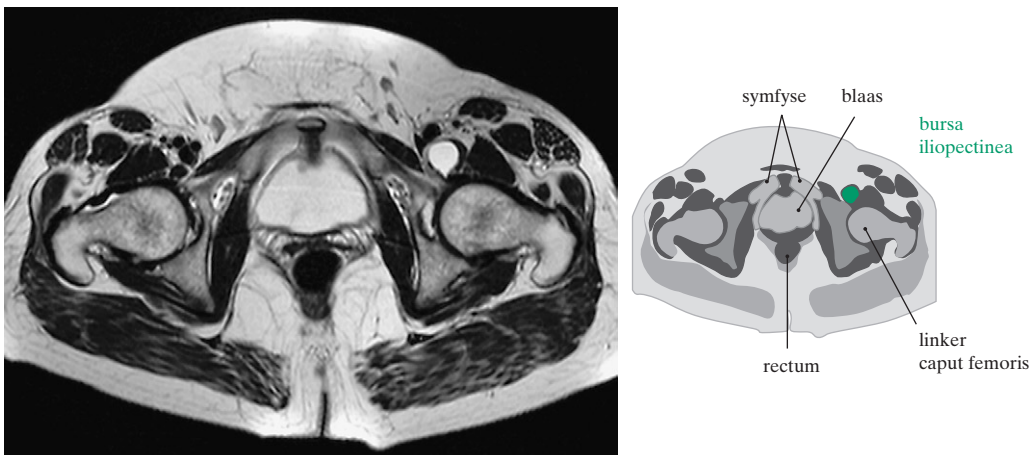
Ook het beeld van liespijn bij vrouwen ten gevolge van endometriose in het ligamentum teres uteri (patiënt C) werd eerder in dit tijdschrift beschreven.⁵ Karakteristiek is hier de anamnese van de cyclisch wisselende pijn en dienovereenkomstig de grootte van de lieslaesie. Indien eraan gedacht wordt, is de diagnose evenwel eenvoudig te stellen. Bij twijfel is het verstandig de patiënte op de polikliniek terug te laten komen op het moment van de menstruatie.

Figuur 1 toont een weergave van de verschillende spieren en zenuwen in relatie tot de liesregio. Bij een lage, dwarse onderbuiksneede (Pfannenstiel- of bikini-sneede) loopt zowel de N. iliohypogastricus als de N. ilioinguinalis gevaar op beschadiging en eventueel later optredende entrapment (patiënt B). Dit syndroom is be-

schreven door onder anderen Luijendijk et al.⁶ en ook eerder in dit tijdschrift onder de aandacht gebracht.⁷ De symptomen zijn gerelateerd aan de grootte van het litteken (laterale uitbreiding van de incisie); pijn ontstaat direct postoperatief, door een hechting, of pas veel later, door neuroom- of fibrosevorming. De behandeling bestaat uit chirurgische exploratie en neurolysis dan wel excisie van het aangedane gebied. Bij actieve sporters dient men rekening te houden met een andere vorm van liespijn, die berust op een zogenaamde occulte hernia ofwel entrapment van vezels van de N. iliohypogastricus in de aponeurosis van de M. obliquus externus.^{8,9}

Nieuwvorming in de retroperitoneale ruimte kan leiden tot compressie van zenuwstructuren. Het aanwezige sarcoom leidde bij patiënt F tot verdringing van de N. genitofemoralis, de N. iliohypogastricus en de N. ilioinguinalis, met uitstralende pijn in de lies; de laatste twee structuren werden in verband met de beoogde radicaliteit opgeofferd. Waarom patiënt zich met een relatief acute pijn meldde, is ons onduidelijk. Aanvullend visualiserend onderzoek was onzes inziens geïndiceerd, omdat de pijn ondanks de ingestelde therapie persisteerde. Een aneurysmatische verwijding, zoals bij patiënt D, valt eigenlijk ook in de categorie nieuwvormingen. Met name het iliacale aneurysma is berucht om zijn potentiële compressiepijn van de retroperitoneale zenuwen.

Dames en Heren, de bovenstaande voorbeelden illustreren dat liespijn door vele oorzaken kan ontstaan. Verschillende disciplines kunnen er daarom bij betrokken raken. Het is dan ook van belang goed op de hoogte te zijn van de diverse klinische entiteiten met een uitgebreide differentiaaldiagnose. Een nauwkeurige analyse van de patiëntengeschiedenis, ondersteund door een gericht lichamelijk onderzoek, is voor sommige aandoeningen de enige methode om tot een juiste diagnose met een toegespitst behandlingsplan te komen. In andere gevallen is aanvullend visualiserend onderzoek, met name voor evaluatie van de retroperitoneale ruimte, noodzakelijk.



FIGUUR 4. MRI-opname van een symptoomloze, vergrote bursa iliopectinea links die door veneuze compressie een trombosebeen heeft veroorzaakt.

H.Dinnissen en H.Keijers, medewerkers van de afd. Visuele Presentatie, leverden een bijdrage aan de figuren. H.Weerdenburg, radioloog, hielp bij de interpretatie van de radiologische beelden.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

Inguinal pain without inguinal hernia: what could it be? – A number of unusual conditions was diagnosed in 6 patients with inguinal pain. A 30-year-old man had iliopectineal bursitis on the right as well as a recurrent left inguinal hernia; many years after a Pfannenstiel incision a woman aged 57 harboured an entrapment of the ilioinguinal nerve; a 26-year-old woman suffered from endometriosis in the round ligament; a man aged 65 had compression of the genitofemoral nerve caused by a left iliac aneurysm; a woman aged 38 demonstrated symptoms of an anterior snapping hip; and a man aged 42 had retroperitoneal compression of nerves caused by a sarcoma. All recovered following appropriate treatment. Knowledge of a variety of clinical entities with associated specific anamnesis and physical examination will lead to a correct diagnosis and treatment in most cases of inguinal pain. In instances of compression, imaging techniques may facilitate the diagnostic work-up.

LITERATUUR

- 1 Lange JF, Kleinrensink G. Surgical anatomy of the abdomen. Maarssen: Elsevier; 2002.
- 2 Mallant MPJH, Mastboom WJB, Backer GPM de. Liesklachten door bursitis iliopectinea. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:1328-31.
- 3 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 & Holkema; 1986. p. 389.
- 4 Taylor GR, Clarke NMP. Surgical release of the 'snapping iliopsoas tendon'. J Bone Joint Surg Br 1995;77:881-3.
- 5 Wijnen MHWA, Peters HM, Roumen RMH. Endometriose in het ligamentum teres uteri als oorzaak van pijn in de lies. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2073-5.
- 6 Luijendijk RW, Jeekel J, Storm RK, Schutte PJ, Hop WCJ, Drogendijk AC, et al. The low transverse Pfannenstiel incision and the prevalence of incisional hernia and nerve entrapment. Ann Surg 1997;225:365-9.
- 7 Huikeshoven FJM, Dukel L. De bikinisnede: mooi, maar niet zonder pijnlijke complicaties. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:1481-3.
- 8 Fon LJ, Spence RAJ. Sportsman's hernia. Br J Surg 2000;87:545-52.
- 9 Ziprin P, Williams P, Foster ME. External oblique aponeurosis nerve entrapment as a cause of groin pain in the athlete. Br J Surg 1999;86:566-8.

Aanvaard op 15 juni 2004

Commentaren

Sneller doorplaatsen naar een vervolgvoorziening

G.J.E.RINKEL, J.M.A.VISSER-MEILY EN H.J.SPEELMAN

Veel oudere patiënten die in een ziekenhuis worden opgenomen kunnen nadat de behandeling is afgerond niet zonder meer terug naar huis. Vaak is professionele thuiszorg nodig of een al dan niet tijdelijke opname in een revalidatiecentrum of verpleeghuis. Als dergelijke zorg nodig is, moet vaak worden gewacht totdat deze zorg kan worden geboden, waardoor patiënten langer dan nodig blijven opgenomen.

In dit nummer van het Tijdschrift beschrijven De Bey et al. de resultaten van een inventariserend onderzoek naar het ontslagtraject vanuit een afdeling Geriatrie.¹ De getallen bevestigen de indruk dat wachttijden voor vervolgvoorzieningen lang zijn. De gemiddelde wachtduur was 9 dagen, met een uitschieter voor wachtduur voor opname in een somatisch verpleeghuis van 42 da-

Zie ook het artikel op bl. 2438.

gen. Belangrijk knelpunt was de indicatiestelling door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). De reistijd van de aanvraagformulieren langs diverse bureaus tot aan de plaats van bestemming (RIO) was gemiddeld 3 dagen. Daarna duurde het 5 dagen voordat het RIO langskwam op de afdeling en nog eens 2 dagen voordat het interne beraad over de juiste indicatie was afgerond. De hele besliscprocedure duurde al met al dus 10 dagen.

Het verkorten van wachttijden in een ziekenhuis voor een vervolgvoorziening is niet alleen nodig om het bed vrij te krijgen voor een nieuwe patiënt, maar is ook voor de patiënt die ligt te wachten zorginhoudelijk van belang. Als een patiënt medisch is uitbehandeld, maar nog steeds in het ziekenhuis ligt, kan niet de juiste zorg voor die patiënt worden geleverd.² Patiënten die zijn opgenomen met een beroerte hebben vaak lange wachttijden voor vervolgvoorzieningen. Bij deze groep patiënten leidt eerder ontslag met adequate nazorg tot een grotere kans op onafhankelijk functioneren, vooral bij patiënten met een matige tot ernstige uitval ten gevolge van de beroerte.³

Universitair Medisch Centrum Utrecht, afd. Neurologie, Huispost G03.223, Postbus 85.500, 3508 GA Utrecht.
Hr.prof.dr.G.J.E.Rinkel, neuroloog.
Revalidatiecentrum De Hoogstraat.
Mw.J.M.A.Visser-Meily, revalidatiearts.
Interkerkelijke Stichting Zorgvoorzieningen De Brug, Driebergen.
Hr.H.J.Speelman, verpleeghuisarts.
Correspondentieadres: hr.prof.dr.G.J.E.Rinkel.