

KINK IN DE KABEL

Pijn, kramp, verzuring, een gevoel van controleverlies. Rustig fietsen gaat wel, maar als je gas geeft, laat je been je in de steek. Een beknelde bekkenslagader is een veel voorkomende wielersblessure, maar wat is het eigenlijk precies? En hoe kan het behandeld worden? Sportarts Goof Schep legt uit.

TEKST ELIAS DE BRUIJNE

FOTO'S GETTY IMAGES, MMC

Dertig jaar geleden had nauwelijks iemand ervan gehoord, tegenwoordig gaat er geen maand voorbij zonder dat je leest over profrenners met een beknelde bekkenslagader. Alleen al het lijstje met getroffen Nederlandse toppers de laatste jaren is opmerkelijk. Laurens ten Dam, Steven Kruijswijk, Marianne Vos, Annemiek van Vleuten, Sam Oomen, Antwan Tolhoek; allemaal kregen ze te maken met een haperend been en gingen onder het mes. Het meest recente 'slachtoffer' is de Belg Jonas Rickaert, die volgens zijn team Alpecin-Fenix last heeft van 'krachtverlies en een slapend gevoel in het linkerbeen' door een 'knik in een slagader bij het buigen van de heup'. Het is een adequate samenvatting van een aandoening die liefst één op de vijf profrenners treft en waarschijnlijk in het verleden vele wielercarrière's heeft verwoest zonder dat de ongelukkige renners wisten wat eraan scheelde. Voor schaatsters geldt hetzelfde. Hein Vergeer, de wereldkampioen allround van 1985 en 1986 die zijn carrière zag afglijden vanwege

onverklaarbare beenklachten, kreeg van zijn coach te horen dat hij zich niet moest aanstellen. Jaren later volgde de diagnose alsnog: juist, een beknelde bekkenslagader.

TUINSLANG

Dat de blessure (vooral) veel voorkomt bij profwielrenners is niet verwonderlijk. Een prof maakt ongeveer acht miljoen heupbuigingen per jaar en het is precies die buiging in combinatie met de diepe zithouding die de bles-

sure triggert, vertelt sportarts Goof Schep van het Máxima Medisch Centrum. "De bekkenslagader volgt de binnenbocht van het heupgewricht, dus bij het buigen van de heup veert het bloedvat steeds een beetje in. Op zich kan de slagader makkelijk miljoenen keren inveren, maar als hij ongelukkig vastzit en er steeds aan wordt getrokken, kan er een knik ontstaan. Daarbij gaat er tijdens volle inspanning tien tot vijftien liter bloed per minuut door het been van een profrenner. Dat kan ervoor zorgen dat de knik groter wordt, zoals een knik in een tuinslang, en er onvolgende bloed naar het been gaat. "Bij de vernauwing is ook sprake van een stroomversnelling. Denk weer aan de tuinslang: als je die een beetje afknikt, spuit je ook opeens veel verder. Bij een slagader werkt dat net zo. Het bloed botst tegen de slagaderwand op, waardoor die uiteindelijk kan beschadigen en reageren met littekenweefsel, wat vernauwing tot gevolg heeft. Bij sommige wielrenners is de aanpassing precies andersom. Het bloedvat past zich bij hen aan de grote behoefte aan doorbloeding aan en wordt wijder. Dat is op zich gunstig, maar vaak groeit het bloedvat dan ook in de lengte, wat weer tot afknikking

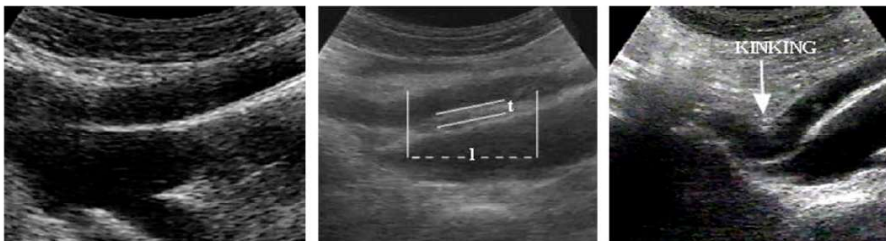


GOOF SCHEP

'SOMS IS ER GEEN ANDERE OPTIE
DAN BLOEDVATEN REPAREREN,
BIJVOORBEELD BIJ EEN PROFRENNER
DIE ANDERS ZIJN BEROEP NIET MEER
KAN UITOEFENEN'

LIESSLAGADER OF BEKKENSLAGADER?

In de media lees je vaak over een 'beknelling van de liesslagader', maar dat is een misverstand, zegt Goof Schep. "Bij vaatproblemen bij wielrenners gaat het vrijwel altijd om de slagader in het bekken, waar deze slagader de binnenbocht volgt en de afwijking optreedt. Ook in de lies knikt de slagader, maar dat is 'natuurlijk' en daar heeft de natuur zich op aangepast, dus daar zie je de afwijking zelden. De bekkenslagader is een ander verhaal: **de natuur had niet bedacht dat er ooit mensen zouden komen die acht miljoen keer per jaar hun been zouden buigen met een bloeddorstroom van tien tot vijftien liter bloed per minuut.**"



kan leiden. Zo is er een grote variatie aan afwijkingen die soms ook samen gaan: een knik door buiging, een knik door groei van de slagader, vernauwing door littekenweefsel. Behandeling is daarom maatwerk.” Bijbehorende klachten zijn pijn, verzuring en een machteloos gevoel. Kenmerkend is dat ze optreden boven een bepaald (hoog) wattage en verergeren als je hard blijft trappen. Neem je gas terug, dan komt er weer meer bloed in het been en verdwijnt de pijn. Het probleem komt niet alleen voor bij profwielrenners, maar ook bij amateurs, zij het dan vaak op latere leeftijd: profs maken in de regel nu eenmaal meer heupbuigingen, spannen zich zwaarder in en zitten dieper. Hoe meer je fietst en hoe scherper de heuphoek, des te groter de kans op vaatproblemen.

ETALAGEBENEN

Dat renners vroeger vaak in het duister tastten, is logisch: de aandoening werd pas in de jaren tachtig ontdekt door de Franse vaatchirurg Jean-Michel Chevalier. Goof Schep – in Nederland dé specialist naar wie vrijwel alle renners met vaatproblemen heengaan – kreeg voor het eerst een patiënt in 1994. De wielrenster in

kwestie had al acht andere artsen geraadpleegd, maar zonder succes. “Zij schetste een beeld dat je als dokter herkent als etalagebenen, een vaatziekte waarbij er sprake is van vernauwde slagaders in het been en klachten bij het lopen, maar dat was erg onwaarschijnlijk bij een wielrenster van dertig jaar. Samen met de orthopeed met wie ik destijds samenwerkte, dook ik in de literatuur en toen stuitte we op artikelen van Chevalier. We onderzochten de patiënt en herkenden de beschreven afwijking. We hebben toen een artikel over deze patiënt geschreven en vervolgens meldden zich vier nieuwe patiënten, amateurwielrenners op nationaal niveau. Maar met de onderzoeken die gangbaar waren kon ik geen afwijkingen vinden, terwijl de renners wel heel duidelijk klachten hadden die wezen op een vernauwde bekken-slagader. Wat was het geval? De onderzoeksmethoden gingen uit van mensen met slagaderverkalking die last hebben bij het lopen, maar de amateurwielrenners kregen pas last bij zware inspanningen. We moesten dus onze methode aanpassen en de wielrenners testen terwijl ze zich inspanden op de fiets in hun gebruikelijke houding.”

Schep ontdekte dat naast vaatvernauwing ook vaatafknikking een belangrijke oorzaak was. Samen met de TU Eindhoven ontwikkelde hij rond 2000 nieuwe MRI- en echotechnieken waarmee de bloedvaten goed in kaart konden worden gebracht, zodat de verschillende afwijkingen steeds beter konden worden vastgesteld. Dat blijft echter een uitdaging. “In de normale geneeskunde heb je patiënten met klachten bij wandelen en zijn er grote afwijkingen. Bij een profwielrenner ligt dat heel anders: de afwijkingen zijn dan soms zo subtiel dat zelfs onze testen nog tekortschieten om het goed aan te tonen. We doen daarom veel onderzoek naar nieuwe technieken en gebruiken onder andere pedaalkrachtmetering en een bijzondere techniek waarmee je tijdens het fietsen de doorbloeding in het been kunt monitoren, *near-infrared spectroscopy*. Zo blijven we inspelen op nieuwe ontwikkelingen om de diagnostiek en behandeling te optimaliseren.”

RISICO

Wat betreft de behandeling zijn er grofweg twee opties: de patiënt past zijn bewegsstijl aan (bijvoorbeeld door minder intensief te fietsen, de fietspositie aan te passen of een andere

VAATPROBLEMEN KUNNEN IN BEELD WORDEN GEBRACHT MET ECHOTECHNIKEN: LINKS EEN NORMALE BEKKENSLAGADER (MET GESTREKTE HEUP), RECHTS EEN BEKKENSLAGADER MET KNIK (GEBOGEN HEUP), IN HET MIDDEN EEN BEKKENSLAGADER MET SCHADE AAN DE BINNENZIJD VAN HET BLOEDVAT.

sport te zoeken), of de patiënt wordt geopereerd. Operaties zijn altijd maatwerk, maar grofweg zijn er drie soorten ingrepen: de slagader is van binnen intact en de afknikking wordt verholpen zonder de slagader aan te tasten (bijvoorbeeld door de slagader los te maken wanneer deze ongelukkig vastzit). Ook kan de slagader worden ingekort, en bij de derde ingreep is de slagader vernauwd en moet deze worden gerepareerd met een stukje ader elders uit het lichaam. Opereren is niet zonder risico. Een schrikvoorbeeld is dat van profrenner Dennis van Winden, die in 2012 na zijn operatie een interne bloeding kreeg

door een infectie en met spoed moest worden behandeld. Ryan Cox, een Zuid-Afrikaanse prof, overleed in 2008 zelfs aan een interne bloeding nadat hij naar verluidt weer te snel was begonnen met fietsen. De kans op zulke complicaties is gelukkig erg klein, zegt Schep, maar als het gebeurt, is het ernstig. “Bloedvaten repareren is niet zomaar iets. Het gaat om risicovolle operaties: in de normale geneeskunde moet je echt veel last hebben om zulke risico's te rechtvaardigen. Maar soms is er geen andere optie, bijvoorbeeld bij een beroepswielrenner die anders zijn beroep niet meer kan uitoefenen, of

bij mensen die ernstig invalide zijn door een dergelijk vaatprobleem. We zoeken altijd een goede balans tussen haalbaarheid en risico van de ingreep versus de ernst van de klachten. Natuurlijk beslist ook de betrokken patiënt daarbij mee.”

HOG EISEN

Tot nu toe ziet de balans er positief uit. Omdat de behandeling nog relatief nieuw is en de langetermijneffecten nog niet altijd duidelijk zijn, blijft Schep zo veel mogelijk patiënten na de operatie monitoren zodat hij weet hoe ze reageren op de ingreep en hij zijn aanpak kan optimaliseren. Daardoor heeft hij ook een goed beeld van het resultaat. “Grofweg zien we dat 75-90 procent van de geopereerde mensen tevreden is. Maar niet alle operaties helpen: je kunt een operatie technisch wel goed uitvoeren, maar je bent ook afhankelijk van de reactie van het lichaam en littekenvorming. Daarnaast zijn de eisen vaak bijzonder hoog. In de reguliere geneeskunde is een operatie geslaagd als je iemand die niet meer kan lopen weer kunt laten lopen, maar een profrenner die bij ons langskomt is alleen tevreden met bloedvaten die weer honderd procent functioneren – niet met negentig procent. Slechter wordt het gelukkig zelden en met de complicaties valt het erg mee, maar we blijven bezorgd. Het zijn en blijven grote ingrepen.”

VAATPROBLEEM HERKENNEN

Een beknelde bekken-slagader komt veel voor bij (prof)renners, maar dat wil niet zeggen dat je nu elk pijnje moet vrezen en dat je de pineut bent. Wel is het goed om de klachten te kennen, want deze worden nog lang niet altijd (tijdig) herkend, zegt Goof Schep. “Een huisarts komt de aandoening weinig tegen en zal het beeld vaak niet herkennen; bij iemand die veel fietst en gezond is, valt ook niet

direct te verwachten dat er sprake is van een vaatprobleem. Artsen krijgen het ziektebeeld ook nauwelijks mee in hun opleiding en kennen de specifieke gebruiksaanwijzing vaak niet.” De klachten zijn op zich duidelijk, dus als ze er zijn, is het belangrijk dat je ze herkent. Twijfel je, ga dan naar de website van het Máxima Medisch Centrum voor een zelftest: mmc.nl/sportgeneeskunde/selfcheck