

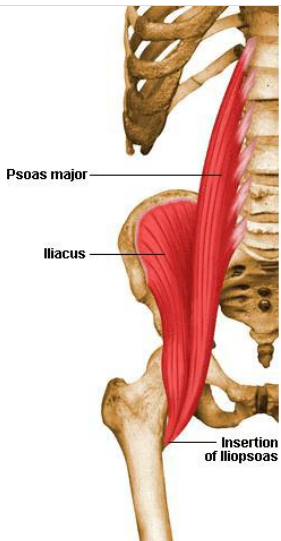
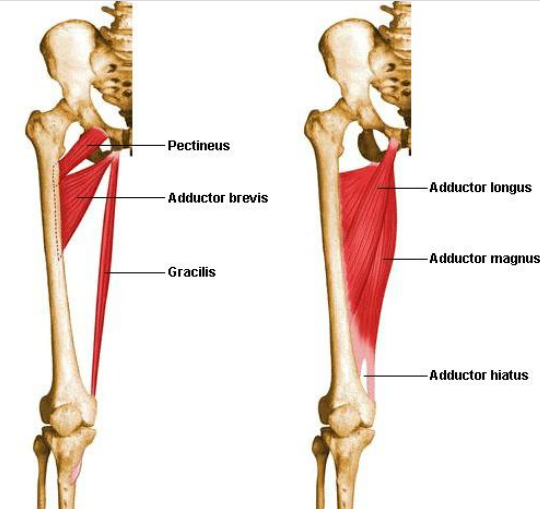
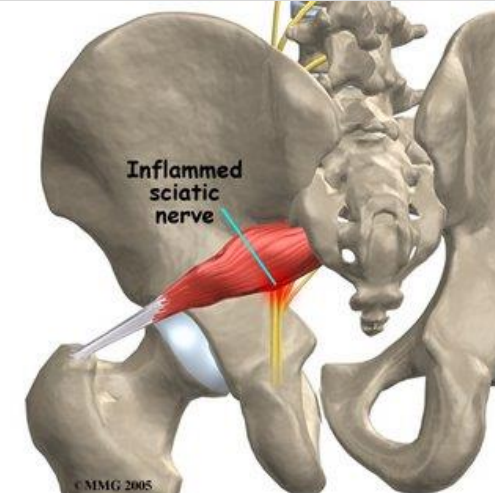
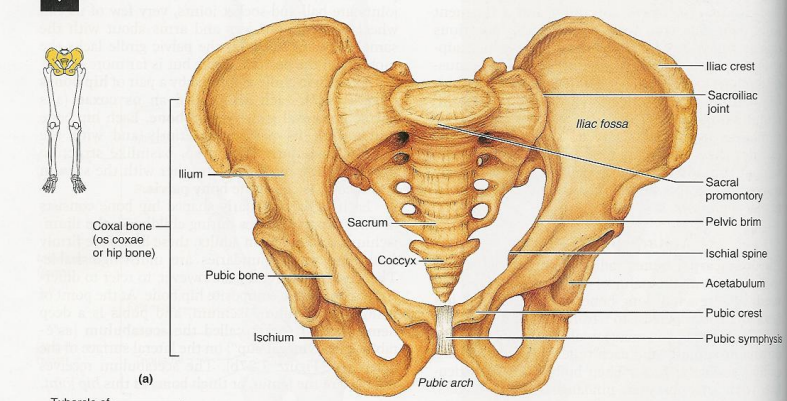


<p>Inhoud</p> <ul style="list-style-type: none"> Anatomie Bekken Core stabiliteit Bil Sacro-iliaal gewricht Lies Neurogene liespijn Liesbreuk Referenties 		
<p>Anatomie</p>		
<p>Crista illiaca</p>	<p>Lokalisatie thv L4</p>	
<p>Huid bezenwing</p>	<p>N iliohypogastricus N clunium superior/inferior</p>	
<p>lieskanaal</p>	<p>Boven m obliquus internus + m transversalis → conjoint tendon</p> <p>Achter fascia transversalis</p> <p>Voor m obliquus externus</p> <p>Onder lig inguinale</p> <p>Ingang annulus inquinae internus</p> <p>Uitgang annulus inguinale externus</p> <p>Inhoud funniculus spermaticus = v + a spermatica, n ilio-inguinale, cremaster vezels</p>	



<p>Lig. inguinale</p>		
<p>M. gluteus maximus</p>	<p>Innervatie n gluteus inferior (L4-S2)</p> <p>Origo</p> <ul style="list-style-type: none"> • fascia glutea os illium • fascia thoracolumbalis • facies dorsalis os sacrum • os coccygis • lig sacrotuberale <p>lateraal t.o.v. gluteus medius</p> <p>Insertie posterior trochanter major, ITB</p> <p>Functie</p> <ul style="list-style-type: none"> • extensie/retroflexie bovenbeen (helpt hamstrings) • exorotatie bovenbeen 	
<p>M. gluteus medius</p>	<p>Innervatie n gluteus superior (L4-S1)</p> <p>Origo fascia glutea os illium</p> <p>Insertie trochanter major</p> <p>Functie</p> <p>Abductie</p> <p>Achterste vezels:</p> <ul style="list-style-type: none"> • extensie/retroflexie bovenbeen (helpt hamstrings) • exorotatie bovenbeen <p>Voorste vezels:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anteflexie bovenbeen • endorotatie 	
<p>M. gluteus minimus</p>	<p>Innervatie n gluteus superior (L4-S1)</p> <p>Origo lineae gluteae anterior en inferior van fascies glutea van os illium</p> <p>Insertie trochanter major</p> <p>Functie</p> <p>anteflexie abductie endorotatie</p>	



M. iliopsoas	<p>Origo – insertio Psoas: L1-5, iliacus: ilium → trochanter minor</p> <p>Innervatie</p> <p>Functie sterkste heupflexor</p>	
M. multifidus	Zie Orthopedie rug	
M. obturator internus	<p>Verloop de m. piriformis loopt normaal onder de n. ischiadicus langs</p> <p>Origo - insertio foramen obturatoria – trochanter major</p>	
M. pectineus		
M. piriformis	<p>Origo - insertio sacrumrand - trochanter major</p> <p>Verloop de m. piriformis loopt normaal boven de n. ischiadicus langs</p> <p>Functie exo + abductie</p>	
Os coccyx		
pelvis	<p>Bestaande uit ilium ischium pubis</p> <p>Stand normaal 10-20° naar voren gekanteld</p>	
Sacrum		
SI gewricht	<p>gewricht Synoviaal gewricht anterior, fibreus (syndesmose) posterior</p> <p>ROM 2-4° rotatie, 0,7 mm translatie</p> <p>Lokalisatie thv S1/2/3</p>	
SIAI	<p>Definitie spina iliaca anterior inferior</p> <p>Functie insertie m. rectus femoris</p>	
SIAS	<p>Definitie spina iliaca anterior superior</p> <p>Functie M. sartorius lig inguinale m tensor fasciae latae</p> <p>Lokalisatie staat normaal iets lager dan SIPS = pelvic tilt (iets naar voren gekanteld)</p>	
SIPS	<p>Definitie spina iliaca posterior superior (goed te voelen)</p> <p>Functie m. multifidus</p>	



	<p>posterieure sacro-illiale ligamenten</p> <p>Lokalisatie thv S2</p>	
Symfyse pubis	Bevat meniscus, slecht bevoeid	
Tuber ischiadicum	<p>Functie origo hamstrings</p>	
Bekken		
Avulsie #	<p>Lokalisatie alle spieraanhechtingen: SIAS, SIAI ischium avulsie: sterke neiging tot botvorming</p> <p>Epidemio springers, voetballers</p> <p>Therapie bij >1 cm verplaatsing, veel callus = excisie of fixatie (> 2 cm groot = fixatie)</p>	
Beenlengte verschil	<p>Definitie Femurkop – tibia onderkant</p> <p>compensatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • bekken scheefstand (nooit echte scoliose) • korte been: op tenen open • lange been: knie buigen • hyperpronatie voet <p>symptomen pijn in het te lange been (grootste gewrichtsuitlagen)</p> <p>therapie tijdens groei → voorspellen (Mosely curve opstellen) < 2 cm niks, tenzij klachten: zoolophoging 2-5 cm = zoolophoging >5 cm tijdens groei epifysiodese (onder of bovenbeen) na groei bovenbeen subtrochantere inkorting tot 6 cm mogelijk (afh van spieren) onderbeen beenverlenging</p> <p>post-op hanging cast, steunverbod 3 wk</p>	
Os pubis stress #	<p>Oorzaak 1) belasting te snel opgevoerd 2) gang/statiek afwijkingen, beenlengte verschil</p> <p>Epidemiologie marathonlopers, in itt de andere liesproblemen, 75% vrouwen (anorectische, amenoroeische: osteoporose, marathonloopsters)</p> <p>Lokalisatie altijd ramus inferior</p> <p>symptomen pijn lies en bil, pijn bij hardlopen</p> <p>Diagnose staan op 1 been pijnlijk RX (slechts in 1/3 van de gevallen te zien), botscan</p> <p>Therapie 6 wk rust en enkel pijnvrij terugkeren naar de sport, bij ADL pijn → krukken schoenen met meer schokdemping</p> <p>Cave vaak recidief (probleem van ammenoree blijft)</p> <p>Prognose 8-12 wk voor volledig sportherstel</p>	
Core stabiliteit		
Balans bal		
Core	<p>Definitie</p> <ul style="list-style-type: none"> • de “core” = lage rug + bekken + heupgewricht (en bijbehorende spieren) = lumbopelvic complex • de “core” = het zwaartepunt van het lichaam van waaruit alle beweging begint <p>Functie</p> <ul style="list-style-type: none"> • normaal is 5% van de MVC (max. vrijwillige contractie) van de multifidi en de rectus abdominis al voldoende om de wervelkolom strak op te spannen • m. transversus abdominis erg belangrijk (verhoogde introabdominale druk = stabilisatie) 	
Core instabiliteit	<p>Actief statisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • = brug oefeningen • te weinig kracht • disbalans tussen agonisten en antagonisten <p>Actief dynamisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • = stabiliteit als zwaartepunt steeds verschuift = coördinatie core musculatuur • therapie= dynamische oefeningen op 1 been (bij voetbal met bal) in functionele houdingen, sprongtesten • functioneel = excentrisch, verschuivend zwaartepunt <p>Passief = anatomisch, te laks kapsel, te veel benig contact, discus probleem</p> <p>Gevolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> • lumbale microtrauma treden al op bij 2° rotatie 	
Core musculatuur	<p>Rug (zie Orthopedie rug) mm. multifidi m. erector spinae m. quadratus lumborum m. latissimus dorsi</p> <p>Abdominaal (zie Orthopedie thorax) m. transversus abdominis m. rectus abdominis m. obliquus externus abdominis m. obliquus internus abdominis diafragma</p> <p>Pelvis m. gluteus maximus hamstrings bekkembodem</p>	
Feed Forward Activity	<p>Definitie Vooraf aan een arm/been/romp beweging spannen al bepaalde spieren aan om de</p>	



	<p>core stabiel te houden</p> <p>Fast Forward activity spieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • multifidus • diafragma • transversus abd • vastus med • peronei • trapezius pars ascendens • bekkenbodem <p>Klachten</p> <p>bij lies/rug/core problemen is de snelheid waarmee de FFA spieren contraheren (spierlatentie tijd) vaak vertraagd bij SI mobilisatie neemt de spierlatentie tijd van de FFA spieren weer toe</p>	
Hamstrings	<p>Effect</p> <p>zwakke gluteus maximus of adductor magnus → overbelasting hamstrings</p>	
hardlopen	<p>Nut</p> <p>elke week een paar km is al een goed onderhoud van de core-training</p>	
M transversus adb	<p>Liesklachten</p> <p>< 9 mm dik</p>	
Pelvic slings	<p>Anterior oblique sling</p> <p>m. obliquus externus abdominis m. obliquus internus abdominis m. transversus abdominis adductoren</p> <p>Posterior oblique sling</p> <p>m. gluteus maximus m. latissimus dorsi</p> <p>Longitudinal sling</p> <p>mm peronei m b iceps femoris ITB mm. Multifidi</p> <p>Lateral sling</p> <p>m gluteus medius + minimus m tensor fascia latae m quadratus lumborum m quadratus obliquus</p>	
Pilatus training	<p>Nut</p> <p>Vorm van core training</p>	
Psoas	<p>Effect</p> <p>korte psoas → anterior tilt</p>	
Therapie principes	<p>Training</p> <ul style="list-style-type: none"> • uithoudingsduur is veel belangrijker dan maximale kracht • excentrische training • dynamische: zwaartepunt steeds laten verschuiven (coördinatie) <p>Indeling</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oefenvormen gericht op spieren bewust aanspannen en trainen 2) m transversus abd training = navel intrek technieken 3) oefenvormen met onstabiele ondergrond 	
Wetenschappelijke evidentie	<p>Core-training als preventie</p> <ul style="list-style-type: none"> • nog niet bewezen in prospectief onderzoek • matige exo en abductie kracht van de heup = meer rug en bovenbeen problemen (geen relatie met rug en buik kracht) • vertraagd FFA reflexen zijn aangetoond bij mensen met lies klachten 	
Bil		
Oorzaken	<p>Differentieel diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • vanuit rug/SI • hamstring enthesiopathie • tuber ischadicum bursitis • piriformis syndroom • stress fractuur • avulsie tuber ischiadicum • Bechterew/Reiter 	
Illiaca interna claudicatio	<p>Symptomen</p> <p>claudicatio klachten in de bilstreek</p> <p>Diagnose</p> <p>auscultatie illica communis</p>	
Hamstring enthesiopathie	<p>Zie Orthopedie bovenbeen</p>	
Tuber ischiadicum bursitis claudicatio	<p>Zie hamstring enthesiopathie</p>	
Tuber ischiadicum	<p>Definitie</p> <p>peri-osteitis of avulsie#</p> <p>Mechanisme</p> <p>hamstring aanhechting, last bij excentrische bewegingen</p> <p>Diagnose</p> <p>botscan (zeker als het > 1 jaar duurt), buikligging: hyperext tegen weerstand pijnlijk ?</p> <p>Differentieel diagnostisch uitstraling vanuit rug</p> <p>Therapie</p> <p>rekken van hamstrings NSAIDS inspanning intensiteit↓</p>	
Tuber ischiadicum epifysiolyse		
Piriformis strain	<p>Definitie</p> <p>verrekking m. piriformis, acuut of chronisch</p> <p>Symptomen</p> <p>pijn bij zitten, traplopen, squaten</p> <p>Diagnose</p> <p>pijn bij endorotatie heup (= opspannen piriformis), exo tegen weerstand pijnlijk, abductie tegen weestand pijnlijk</p> <p>Behandeling</p> <p>NSAIDS, anti-inflamm fysio, dwarse fricties overlans overdwars, rekken</p>	



Hamstring syndroom	Zie Orthopedie bovenbeen	
Piriformis syndroom	<p>Oorzaak</p> <ul style="list-style-type: none"> • piriformis is een bekkenbodemspier die drukt op n ischiadicus (n ischiadicus loopt onder de piriformis door, maar soms er ook gedeeltelijk doorheen bij 10% van de populatie) waardoor uitstraling ontstaat <p>symptomen</p> <p>pijn bij zitten, heup flexie en endorotatie, pijn hamstrings + kuit</p> <p>diagnose</p> <p>laseque neg, rug nl, bij druk op de m piriformis pijn+uitstraling, exorotatie heup is pijnlijk (exo tegen weerstand = minder kracht), abductie pijnlijk</p> <p>therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • NSAIDS • rekken (passieve endorotatie), rugligging: knie naar contralaterale schouder trekken • evt CS injectie of spier klieven • diepe fricties van endo naar exo + rekken van heup in exo+adductie 	
Sacro-iliaal gewricht		
blokkade sacroiliaal gewricht	<p>Definitie</p> <p>Manueel therapeutisch begrip, in studies is niet mogelijk objectief een blokkade te beoordelen, ook het effect van een mobilisatie kan niet objectief worden aangetoond. Wetenschappelijk en subjectief in studies is er geen bewijs dat dit bestaat of dat mobilisatie bestaat.</p> <p>Mechanisme</p> <p>krachtsluiting, bekkenband (strakke band om bekken, zoals bij zwangerschap) doet pijn afnemen en kracht toenemen [1]</p> <p>Oorzaak</p> <ul style="list-style-type: none"> • posttraumatisch • secundair bij discuslijden • beenlengte verschil • pedes planovalgi • core instabiliteit <p>symptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • pijn onder L5 + lies + glutei • pijn na rust (slaap, lang zitten), beter na beweging, straalt uit naar fossa iliaca (DD/) • vaak secundair tight hamstrings, adductoren tendinopathie (liespijn) en lumbaal pijn • pijn bij traplopen, pijn bij omrollen in bed • vaak blokkades zonder pijn <p>Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • exorotatoren stretch test adductie been (heup in 90° flexie is pijnlijk) (zie Orthopedie semeiologie) • Patrick/Faber test (zie Orthopedie semeiologie) • 3-fasen test (zie Orthopedie semeiologie) • ooievaarstest = eigenlijk trendelenburg test (zie Orthopedie semeiologie) • translatie test (zie Orthopedie semeiologie) • rug flexie test (zie Orthopedie semeiologie) • drukpijn symfyse pubis • enkel pijn provocatie testen betrouwbaar om SI als oorzaak aan te tonen: vooral compressie/seperatietest betrouwbaar <p>Therapie</p> <p>manueel therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rugligging, hard aan voet trekken met been in exorotatie (= translatie test hardhandig) • rugligging, opgetrokken knie, met kracht exorotatie in de heup (= exorotatoren stretch test hardhandig) • rugligging, hard ilium naar posterior duwen <p>stretchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zelf exorotatoren stretch test doen • staan, rugflexie, met rechter hand naar linker voet en dan linker hand naar rechter voet, tijdens het wisselen goed rechtop komen 25 x 2dd3 coretraining 	
Patrick teken	<p>Uitvoering</p> <p>Hiel op knie duwen, pijn is sacro-iliaal probleem</p>	
SI artropathie / sacro-iliitis	<p>Oorzaak</p> <ul style="list-style-type: none"> • post-traumatisch • Systeemziekten (Bechterew, Reiter) <p>Diagnose</p> <p>CT CRP (systeem aandoening?)</p>	
Lies		
Bekkenband	<p>Definitie</p> <p>riem om bekken, strak aangetrokken</p> <p>Effect</p> <p>minder liespijn in 75% van de patienten met liespijn, dus blijkbaar is het een probleem de bekkenring te sluiten met het spiercorset aan gezien de riem als hulp bij het sluiten van de bekkenring de klachten vermindert</p>	
Bursitis iliopectinea		
a. iliaca stenose	Zie Chirurgie vasculair	
Adductoren strain	<p>Oorzaak</p> <p>traumatisch, maar meestal bij reeds tendinopathie</p> <p>Diagnose</p> <p>volledige scheur is zeldzaam en meestal distaal thv femur aanhechting</p> <p>Lokalisatie</p> <p>meestal proximaal thv peesspier overgang van de adductor longus</p>	
adductoren tendinopathie	<p>Oorzaak</p> <ul style="list-style-type: none"> • na trauma (partiële scheur) • atleet pubalgia of osteitis pubis (chron compartment syndroom) • overbelasting 	



	<ul style="list-style-type: none"> • gang/statiek afwijkingen, te korte spieren, beenlengte verschil • beperkte endorotatie heup (<15°) • bekken-romp instabiliteit <p>Mechanisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • insertie is klein en slecht bevoeid → snel overbelasting • bekkenband doet pijn afnemen, dus waarschijnlijk is onvoldoende “krachtsluiting” van de bekkenring vanuit de spiergordel ook een probleem <p>Epidemiologie voetbal</p> <p>lokalisatie meestal op peesspier overgang, meestal adductor longus</p> <p>symptomen alleen pijn bij explosieve contractie, stretch, soms + pubalgia, vaak gecombineerd met rectus abdominis tendinopathie, hematoom = spierscheur</p> <p>graden</p> <ul style="list-style-type: none"> • gr 1: pijn na act • gr 2: pijn begin en na act, ochtendstijf, drukpijn • gr 3: pijn tijdens act, met rustpijn achteraf + prestatie↓ • gr 4: ruptuur, ADL lukt niet meer <p>Diagnose echo, MRI</p> <p>Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • actieve oefentherapie, excentrische training • stretchen • SI/rug mobiliserende oefeningen • core training (met bal tussen de benen) • rust, massage, ijs → CS → HK release = verlenging, fasciotomie <p>prognose</p> <ul style="list-style-type: none"> • gr 1: 2-4 wk tot sportherstel • gr 2: 6-8 wk • gr 3: 3 mnd • gr 4: 6 mnd 	
Athleet pubalgia symfyse pubis instabiliteit	<p>Definitie symfyse stabiliteit↓ na trauma</p> <p>Oorzaak hyperextensie + hyperabductie van de heup (eccentrische contractie) trauma</p> <p>Mechanisme symfyse instabiliteit → spierirritatie (r inferior os pubis schaaft over adductoren) → oedeem → compartiment syndroom → spierspasmen → afname spierlengtes → grotere krachten op symfyse</p> <p>Epidemio voetbal, hockey, 95% man</p> <p>symptomen plots begonnen, zelfde klachten als osteitis pubis, 1/3 bilateraal pijn, traplopen pijnlijk</p> <p>Diagnose MRI, RX: >2 mm symfyse verticale verplaatsing op flamingo view (alternerend op 1 been staan)</p> <p>Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • rectus abdominis pubis insertie herstel • adductor release (indien inflammatoir uiterlijk, 1/3 v/d gevallen) of enkel fasciotomie • plaat + schroeven • elke operatie geeft fibrose en kan dus succesvol zijn <p>Post-op 6 mnd voor volledig herstel</p>	
epifysiolyse	<p>Epidemio pre-pubertair</p> <p>Symptomen antalgische gang</p> <p>Diagnose RX lauenstein</p>	
Gracilis syndroom	<p>Definitie = osteitis pubis tgv gracilis aanhechting avulsie/enthesiopathie</p> <p>Symptomen zie osteitis pubis</p> <p>Diagnose RX/MRI: onderzijde symfyse irritatie</p>	
Iliopsoas tendinopathie	<p>Oorzaak overbelasting tgv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rug problematiek (hecht vast op T12-L3): onvoldoende bekken/romp stabiliteit • sit-up's (flexie heup tegen weerstand) • voetbal: schieten <p>Symptomen enkel pijn mediaal dij, diepe pijn</p> <p>Behandeling stretchen, mobilisatie rug</p>	
Labrum laesie	<p>Zie Orthopedie heup</p>	
Lies pijn DD	<p>Gezien gemeenschappelijke oorzaak (disbalans in krachten) in 25-50% meer dan 2 afwijkingen</p> <p>Bot: pubis</p> <ul style="list-style-type: none"> • osteitis pubis (vaak secundair) • atleet pubalgia • stress #: pubis • bursitis met myositis ossificans • avulsie adductoren <p>Bot: heup</p> <ul style="list-style-type: none"> • stress # femur collum (dan OK, zelden, enkel marathon lopers) • avulsie: trochantor minor (iliopsoas) • avasculaire necrose • iliopsoas syndroom • acetabulaire labrum scheur <p>Bot: piriformis syndroom (zie bekken)</p> <p>Bot: rug</p> <ul style="list-style-type: none"> • L1-2 	



	<ul style="list-style-type: none"> • rug afwijkingen → pelvic tilt • sacro-iliaal problemen (met sec pubis problemen: ring) • spondylo-arthropathie (Bechterew, Reiter, RA) <p>Abdominale wand & musculatuur</p> <p>hernia</p> <ul style="list-style-type: none"> • sporters hernia • inguinaal (direct, indirect=med) • femoraal <p>spier/pees uitrekking/scheur (altijd op pees-spier overgang)</p> <p>zenuw inklemming (bij verloop door spier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • n ilio-inguinalis (paresthesieën, bij hyperext heup) • n obturatorius (krachtsverlies adductoren: EMG) • n genito-femoralis (paresthesieën genitalieën) • n femor cut lat (neuralgia parestetica) <p>rest</p> <ul style="list-style-type: none"> • lymfadenopathie <p>iliopsoas</p> <p>Introabdominaal</p> <p>darm</p> <ul style="list-style-type: none"> • IBD in 50% van de niet-pubis gevallen (Crohn, Colitis ulcerosa) • rectum ca <p>urogenitaal</p> <ul style="list-style-type: none"> • prostatitis (meest freq), , epididymitis, urineweg infectie • varicocele, hydrocele • ovarium torsio, torsio testis (bij vrouw eerder laparoscopie) 	
Osteitis pubis	<p>Definitie meestal secundair: chron irritatie van symfyse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) na OK (blaas of prostaat) → infectie of instabiele pubis 2) infectie prostatitis, UWI, post-op 3) na trauma: acuut event → instabiel bekken, avulsie/epifysiolyse/peri-ostitis add of gracilis recidiverend microtrauma 4) sport: tgv tractie (schoppen) voetbal, ijshockey, football, marathon, gewichtheffers 5) stress # 6) gang/statiek afwijkingen: beperkte endorotatie van de heup, bekkenscheefstand, genua valga/vara, voetproblemen 7) na zwangerschap <p>Epidemio 95% man football, voetbal, ijshockey, basketbal, tennis</p> <p>S/ pijn op pubis (+buik+lies), soms acuut, soms progressief ontstaan</p> <p>D/ staan op 1 been pijnlijk, palpatie pijnlijk, botscan, MRI (botoedeem), extreme heup-abductie pijnlijk, adductie tegen weerstand is pijnlijk (in 90% aanwezig: squeezetest: knieën in 90° en dan adductie met hand onderzoeker tussen de knieën) sit-up is pijnlijk RX: onregelmatige symphyse, cysten, oude avulsie # (afwijkingen bij 25%) MRI (CT enkel bot goed te zien, botscan is aspecifiek)</p> <p>DD/ prostatitis (chlamydia trachomatis gaat gepaard met osteomyelitis)</p> <p>R/ stretching, spierversterking thv knie/rug/gluteaal (spierbalans herstellen, bekkenstabiliteit), schoenen met meer demping, uitgaan van 3-6 mnd relatieve rust (tot geen pijn meer bij inspanning), ijs, NSAIDS, gang/statiek afwijkingen corrigeren → (CS weinig effect) uitzonderlijk HK (partiele excisie → risico SI arthrose, bekken instabiliteit, curretage is beter) zwemmen en roeimachine gaat vaak zonder pijn</p> <p>Prognose bij stabiel bekken altijd zelf-limiterend, gemid 3-6 mnd duur voor competitief sportherstel (sneller bij acuut ontstaan)</p>	
Pees/spier #	<p>Localisatie adductoren, gracilis, elke spier mogelijk, maar meestal adductor longus</p> <p>Localisatie op pees-spier overgang, volledige ruptuur meestal distaal bij femur, proximaal zelden volledig</p> <p>S/ plotseling, hematoom</p> <p>D/ gr I gr II gr III volledige ruptuur adductoren: nog adductie met enige kracht mogelijk indien dat niet lukt: echo of MRI</p> <p>R/ indien alle adductoren zijn afgescheurd dan herstel conservatief: 4 dg rust dan stretching, pijnvrije oefeningen</p>	
Pubalgie	Zie liespijn	
Lymfeklieren		
Rectus abdominis tendinopathie	<p>Oorzaak na trauma of overbelasting</p> <p>Epidemio gewichtheffen, poolstokspringen, tennis</p> <p>Symptomen pijn op pees/spier overgang of insertie, vaak gecombineerd met adductor tendinopathie</p> <p>Diagnose sit-up is pijnlijk</p> <p>Behandeling pijnvrige oefeningen, NSAIDS, ijs, krachtoefeningen zonder pijn, bekken stabiliteit oefeningen</p>	
Rectus femoris tendinopathie	Zie Ortho bovenbeen	
Neurogene liespijn		
ACNES	<p>Ant cut nerve entrapment</p> <p>Oorzaak nog niet bekend</p>	
Neuroom	<p>Oorzaak post-operatief</p>	
n obturatorius neuropathie	<p>Definitie n obturatorius ant loopt tussen de adductor brevis en longus bij adductoren tendinopathie ontstaat er een soort compartiment syndroom</p>	



	<p>Symptomen pijn mediaal dij tot aan knie, adductie kracht verminderd en doof gevoel tijdens en vlak na inspanning</p> <p>Diagnose EMG: denervatie, pijn bij passieve abductie, pijn op symfyse pubis (adductoren aanhechting)</p> <p>Behandeling initieel 2 mnd rust (pijnvrij oefeningen), HK: neurolyse (fasciotomie), 99% succes</p> <p>Post-operatief na 4 wk sportherstel</p>	
zenuwinklemming	<p>Definitie inklemming bij verloop door spier/fibrous kanaal</p> <p>Oorzaak • littekenweefsel</p> <p>Symptomen vage klachten</p> <p>Localisatie • n ilio-inguinalis (paresthesieën in de fossa inguinalis) • n obturatorius (krachtsverlies adductoren: EMG) • n genito-femoralis</p> <p>D/ infiltratie met lidocaine → tijdelijk pijn weg R/ externe compressie verminderen (kieren) evt. HK release</p>	
Liesbreuk		
Hernia femoralis	<p>Verloop onder lig inguinalis door met de v/a/n femoralis mee</p> <p>Vrouwen bij vrouwen is dit eigenlijk de enige liesbreuk die voorkomt</p>	
Hernia inguinalis directa (medialis)	<p>Definitie ingang = verzwakking van fascia transversalis uitgang = annulus inguinalis externa</p> <p>Verloop mediaal van a epigastrica</p>	
Hernia inguinalis indirecta	<p>Definitie ingang = annulus inguinalis profundus uitgang =</p> <p>Verloop lateraal van a epigastrica</p>	
Hernia behandeling	<p>Postoperatief 3 maand geen krachttraining</p>	
Hernis inquinalis	<p>Symptomen • pijn straalt uit naar scrotum • “zwaar” gevoel • zwellling • toename last bij Valsalva</p>	
Sporters hernia	<p>Definitie geen echte hernia maar zwakte/kleine uitstulping van de achterwand (fascia transversalis) in de ingang van het lieskanaal</p> <p>Oorzaak m obliquus internus/externus/conjoint tendon scheur</p> <p>Mechanisme pijn tgv stretching van peritoneum/fascia transversalis/n ilio-inguinalis</p> <p>Epidemiologie 25% tot 75% van de chron liespijn = sportershernia 95% mannelijk</p> <p>Symptomen soms acuut ontstaan, soms progressief, pijn bij Valsalva, hardlopen, schoppen pijn uitstralend naar scrotum (in 30%), pijn zit diep en diffuus</p> <p>Diagnose HNP test +, uitwendig meestal niets te zien, in 30% uitstraling nr testis echo, herniografie (uitstulping van de buikwand te zien), het gevoeligste onderzoek is een diagnostische laparoscopie</p> <p>Differentieel diagnose 1) osteitis pubis (is veel frequenter) 2) urogenitaal</p> <p>Cave NIET ALLE SPORTERSHERNIA GEVEN PIJN, VAAK TOEVALLIGE VONDST</p> <p>Behandeling eerst conservatieve pijn, niet alle sportershernia's geven pijn HK</p> <p>Pre-operatief MRI (om andere pathologie uit te sluiten)</p> <p>Post-operatief sportherstel na 6 wk</p>	
Referenties		
1.	Mens, J., et al., <i>A new view on adduction-related groin pain</i> . Clin J Sport Med, 2006. 16(1): p. 15-9.	