

Lagerugklachten met pijn in het linkerbeen en de linkervoet bij een 70-jarige man

Koos van Nugteren

Introductie

Pijn in een been kan allerlei oorzaken hebben. Hij kan veroorzaakt worden door een aandoening die meer naar proximaal is gelegen, bijvoorbeeld de rug of het heupgewricht. De pijn kan ook een uitstraling zijn vanuit distaal, zoals soms bij zenuwcompressie het geval is. Ten slotte kan het natuurlijk ook een lokaal letsel of lokale aandoening zijn.

Deze patiënt met beenpijn werd uitgebreid in het ziekenhuis onderzocht, maar behandeling had weinig resultaat. Het klinische onderzoek bij de fysiotherapeut toonde uiteindelijk dat deze beenpijn meerdere onderliggende oorzaken had.

- 2.1 **Inspectie – 16**
- 2.2 **Algemene palpatie – 16**
- 2.3 **Functieonderzoek – 17**
- 2.4 **Palpatie – 17**
- 2.5 **Aanvullend onderzoek – 20**
- 2.6 **Therapie – 20**
- 2.7 **Follow-up – 20**
- 2.8 **Bespreking – 20**
- Literatuur – 21**

➤ Geleidelijk ontstond bij een toen 69-jarige man pijn in onderrug, linkerbeen en -voet. Er was geen trauma aan voorafgegaan. Hij kreeg moeite om goed op het linkerbeen te staan en zakte er soms doorheen. Hij vertelde dat hij hierdoor tweemaal met zijn fiets is gevallen bij het afstappen. Daarbij was – in mindere mate – ook sprake van linkszijdige liespijn. Ten slotte vertelde de patiënt dat hij bij het lopen er steeds op moest letten zijn (niet pijnlijke) rechterbeen recht neer te zetten, omdat dit been naar binnen gedraaid stond ten opzichte van zijn pijnlijke been. Lang lopen deed de pijn toenemen.

Steunzolen wegens platvoeten en fysiotherapie mochten niet baten. Na een half jaar bezocht de patiënt een neuroloog. Deze vermoedde dat een neurinoom tussen os metatarsale II en III van de linkervoet de oorzaak van het probleem was. Een dergelijk neurinoom kan namelijk een pijnlijke uitstraling naar proximaal veroorzaken. Het neurinoom werd operatief verwijderd. De ingreep leverde echter onvoldoende resultaat op: de situatie bleef nagenoeg hetzelfde.

Vervolgens werd uitgebreid nader onderzoek verricht:

- Conventionele röntgenfoto's van de rug toonden een matige scoliose en spondylose.
- MRI-opnamen toonden laterale stenose beiderzijds in het lumbale wervelkanaal en discusdegeneratie.
- Facetinfiltratie in het foramen intervertebrale onder röntgendoorlichting lukte niet goed en infiltratie van het gebied eromheen gaf geen grote verandering in de situatie. De pijn leek daarna echter wel iets draaglijker te zijn.

Na een jaar bezoekt de patiënt de fysiotherapeut.

■ Status praesens

De klachten treden direct op als de patiënt staat of loopt. In zit verdwijnen de klachten vrijwel meteen. Er is ook nachtelijke pijn als de patiënt op zijn rug of buik ligt. Hij ligt daarom het liefst op zijn zij. Soms zijn er tintelingen in de voeten, links meer dan rechts.

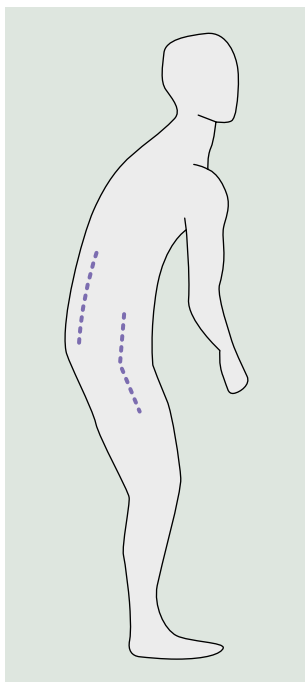
2.1 Inspectie

Opvallend is de houding van de patiënt: hij staat voorovergebogen. Er is enige flexie in de heupen en knieën en hij heeft een afgevlakte lumbale wervelkolom (■ fig. 2.1). Zijn asymptomatische rechterbeen staat wat geëndoroteerd ten opzichte van zijn aangedane linkerbeen. Rechtop lopen kost hem moeite. Volledig rechtop lopen kan hij niet meer.

2.2 Algemene palpatie

Globale palpatie van rug, heup en been levert geen bijzonderheden op.

De huidtemperatuur is normaal.



■ **Figuur 2.1** Er is enige flexie in de heupen en knieën en de patiënt heeft een afgevlakte lumbale wervelkolom.

2.3 Functieonderzoek

Lumbale wervelkolom

- Extensie van de lumbale wervelkolom is nauwelijks mogelijk. Lateroflexie is zowel links als rechts fors beperkt.
- Kniepeesreflex is links afwezig, rechts aanwezig. De achillespeesreflexen zijn in orde.

Heup

- Endorotatie in ruglig (geflechteerde heup) is links matig beperkt. Bij het testen in buiklig (gestrekte heup) is sprake van een *forse* linkszijdige endorotatiebeperking.
- Er is een *forse* flexie-, abductie- en extensiebeperking van het heupgewricht aan de linkerkzijde. De rechterheup vertoont deze beperkingen niet.

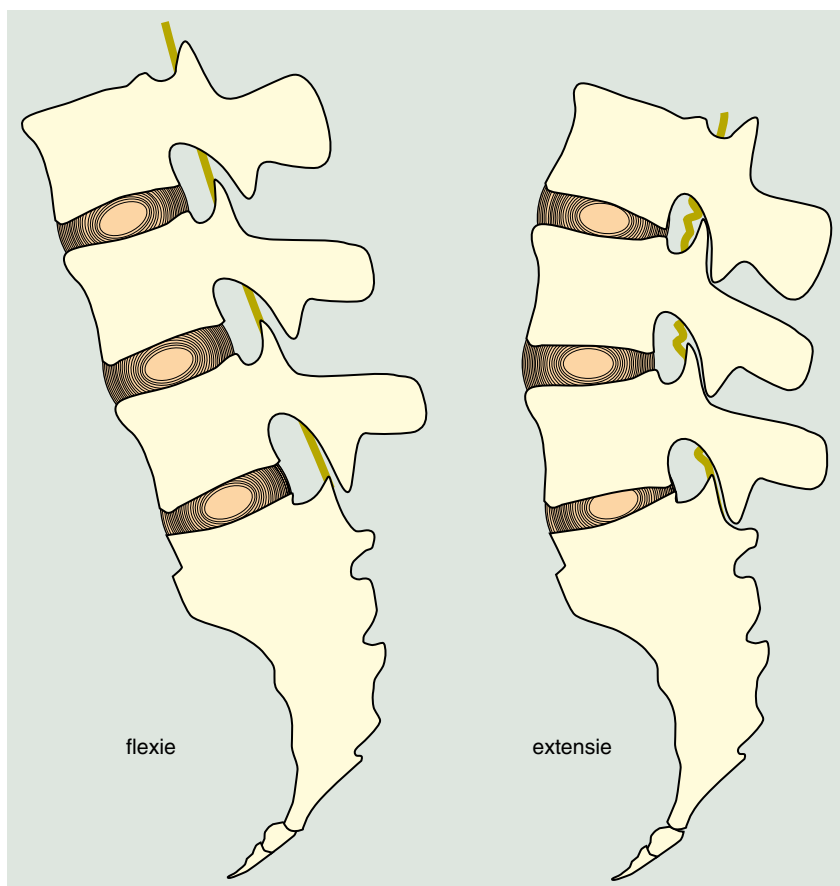
2.4 Palpatie

Diepe palpatie van iliolumbale musculatuur is pijnlijk en veroorzaakt uitstralende pijn naar de voeten.

Er lijken hier twee zaken door elkaar heen te spelen.

1. Er is duidelijk sprake van een capsulair patroon van de linkerheup. Dat betekent: heupartrose. De heupartrose kan (deels of geheel) verantwoordelijk

Interpretatie



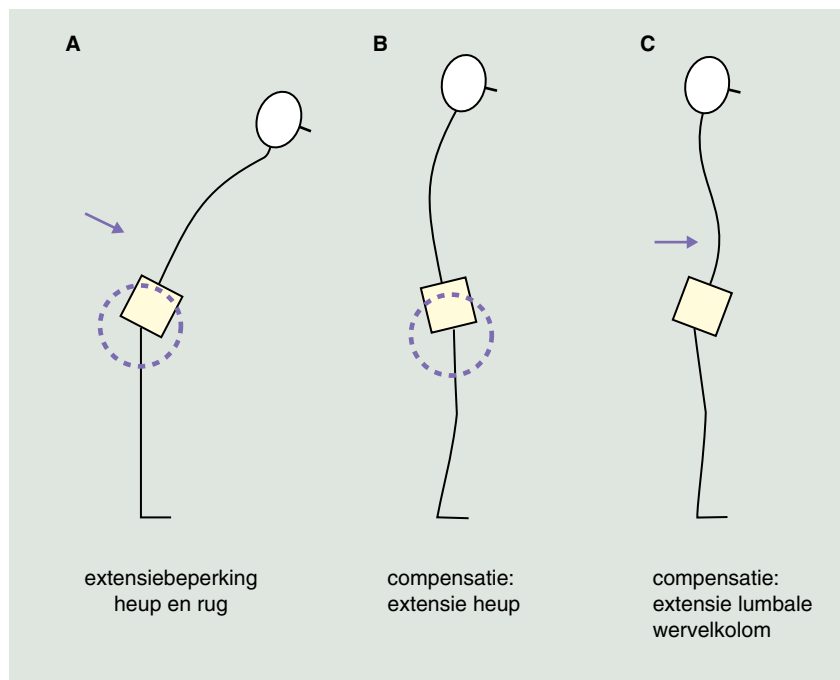
■ **Figuur 2.2** Bij flexie van de lumbale wervelkolom spant het ligamentum flavum zich, waardoor het wervelkanaal ruimer wordt. Bij lordoseren (staan en lopen) vernauwen het foramen, de recessus lateralis en het wervelkanaal zich, waardoor een uitstralende pijn in het been ontstaat.

zijn voor de pijnklachten in het been. Het naar binnen gedraaid staan van het (niet-aangedane) rechterbeen kan worden verklaard als een relatief naar buiten gedraaid staan van zijn aangedane linkerbeen (endorotatiebeperking).

2. Er is een lagerugprobleem: spondylose/facetartrose met laterale stenose. Hierdoor bestaat er minder ruimte voor een of meer zenuwwortels in het wervelkanaal en in het foramen intervertebrale. Men noemt dit kanaalstenose¹. Patiënten met kanaalstenose staan graag met een gebogen rug: als zij hun rug proberen te strekken, vernauwen het foramen, de recessus lateralis² en het wervelkanaal zich (■ fig. 2.2). Daardoor ontstaat compressie van rijk geïnnerveerde weefsels en zenuwwortels, met als gevolg uitstralende pijn in het been. Dit type uitstraling wordt ook wel somatische *referred pain* genoemd. Bij de meeste patiënten

1 Uitgebreide informatie over dit onderwerp is te vinden in een eerder verschenen boek van Orthopedische Casuïstiek: *Onderzoek en behandeling van lage rugklachten*, ► H. 4a.

2 Recessus = lege holte, nis. Met de recessus lateralis wordt het laterale deel van het wervelkanaal bedoeld: de overgang van het wervelkanaal naar het foramen intervertebrale.



■ **Figuur 2.3** Hoe heupartrose en kanaalstenose van de lumbale wervelkolom (a) elkaar kunnen beïnvloeden: om rechtop te kunnen staan moet een patiënt die beide aandoeningen heeft, geforceerd extenderen in de heup (b) of geforceerd extenderen in de lumbale wervelkolom (c). Een combinatie van beide is ook mogelijk.

met spinale stenose ontstaat beenpijn na enige tijd lopen en wordt dan spinale claudicatio³ genoemd. Vanwege de extensiebeperking in de heup probeert deze patiënt rechtop te staan door de rug te strekken. Dit lukt echter niet goed, want rugstrekking vernauwt het wervelkanaal en dit provoceert pijn in het been. Zo kan de extensiebeperking in de heup spinale claudicati klachten uitlokken (■ fig. 2.3).

Aldus kunnen de klachten van deze patiënt twee oorzaken hebben, waarbij de ene oorzaak de andere kan versterken. De tintelingen en reflexverandering wijzen in de richting van een rugprobleem. Dat de klachten bij staan en lopen (startpijn) direct optreden, wijst meer in de richting van een heupartrose. Bij spinale claudicatio (stenose) ontstaat de pijn immers pas na enige tijd staan of lopen.

Het ligt het meest voor de hand dat beide aandoeningen verantwoordelijk zijn voor het beschreven klachtenpatroon. Conventionele röntgenfoto's van het heupgewricht zijn in dit geval zinvol.

3 Claudicatio = mank lopen. Eigenlijk is dit niet zo'n geschikte term voor neurogene en vasculaire claudicatio aangezien men daarbij meestal niet mank gaat lopen. Wel moet men stoppen met lopen als gevolg van pijn en/of vermoeidheid in een of beide benen.

2.5 Aanvullend onderzoek

De röntgenfoto's laten een duidelijke coxartrose zien met versmalling van de gewrichtsspleet, cystevorming en osteofytair reacties van het gewricht.

Diagnose			
Coxartrose en lumbale stenose met spinale claudicatio.			

2.6 Therapie

De orthopeed bevestigt de hiervoor beschreven diagnose en stelt een totale heupprothese voor. Dit met het oog op de toenemende beperkingen die de patiënt in het dagelijks leven ondervindt. Hierbij kan de extensiemogelijkheid van de heup worden hersteld en is het geforceerd lordoseren van de rug (om de rechtopstand te handhaven) niet meer nodig.

Enkele maanden later wordt de patiënt geopereerd. Hij krijgt een klassieke gecementeerde heupprothese. De operatie wordt uitgevoerd via een eveneens gebruikelijke posterolaterale benadering. Nadere informatie over de totale heupoperatie en manieren om het heupgewricht chirurgisch te benaderen is te vinden in ► H. 3.

Na de operatie zie ik de patiënt weer terug. De verandering in houding kan spectaculair worden genoemd. Hij staat weer rechtop en de klachten zijn duidelijk veel minder.

Fysiotherapie wordt nu gegeven ter revalidatie na de totale heupoperatie. Belangrijk hierbij zijn in eerste instantie de aanwijzingen die moeten voorkomen dat de heup luxeert. Daarna worden oefeningen gegeven ter verbetering van onder andere: loopafstand, spierkracht, coördinatie en evenwicht. Allerlei soorten 'behendigheidsoefeningen' in de praktijk en thuis resulteren na enkele weken in een toegenomen gevoel van zekerheid bij lopen en bewegen.

Het volledige revalidatieprogramma na een totale heupoperatie is te lezen in de ► bijlagen I en II, achterin dit boek.

2.7 Follow-up

Zeven weken na de operatie, na een controleafspraak bij de specialist, fietst de patiënt weer en kan hij probleemloos een half uur lopen.

Een half jaar na de operatie kom ik de patiënt tegen in een supermarkt. Hij vertelt me dat het weer prima met hem gaat. Het enige wat hem nog wat hindert, is enige startstijfheid in de rug als hij opstaat uit de stoel na een tijdje zitten.

2.8 Bespreking

Heupartrose en kanaalstenose zijn aandoeningen die veelvuldig bij ouderen voorkomen. Beide aandoeningen kunnen beenpijn veroorzaken. Het is niet altijd gemakkelijk om te differentiëren welke aandoening de oorzaak is van de beenpijn. Vaak

zijn beide aandoeningen zichtbaar op beeldvormende opnamen en vaak zijn beide aandoeningen ook medeoorzaak van de gepresenteerde symptomen.

Als men kiest voor een operatie, is het van groot belang zorgvuldig af te wegen wat men moet opereren: de rug of de heup. Vaak kiest men voor de heup omdat deze operatie eenvoudiger is en omdat hiermee de symptomen veroorzaakt door kanaalstenose – in veel gevallen – verminderen.

Ook bij deze patiënt bestond er een oorzakelijk verband tussen een heupartrose en het manifest worden van een kanaalstenose. Zonder de gelijktijdig optredende heupartrose was de stenose vermoedelijk asymptomatisch gebleven en waren er dus geen neurogene claudicati klachten geweest.

Als sterk getwijfeld wordt of alleen heupartrose beenpijn bij een patiënt veroorzaakt, kan men marcanisatie toepassen van het aangedane heupgewricht. Dit is een intra-articulaire injectie waarbij een verdovend middel wordt ingespoten dat een paar uur zal werken. Wanneer de klachten kortdurend verdwijnen, wijst dit erop dat heupartrose de beenpijn veroorzaakt. Wanneer de klachten niet verdwijnen na de injectie, ligt het meer voor de hand dat kanaalstenose de beenpijn veroorzaakt.

Marcanisatie

Onderzoek klachten

Parvizi et al.^[1] inventariseerden de klachten van 344 patiënten met heupartrose. Al deze patiënten stonden op de wachtlijst om geopereerd te worden voor een totale heupprothese.

Vóór de operatie rapporteerden de helft van deze patiënten naast heupklachten ook lagerugpijn. Ná de operatie was bij tweederde van hen de lagerugpijn verdwenen.

Literatuur

1. Parvizi J, Pour AE, Hillibrand A, Goldberg G, Sharkey PF, Rothman RH. Back pain and total hip arthroplasty: a prospective natural history study. Clin Orthop Relat Res. 2010;468(5):1325–30.

Kunstgewrichten: de heup

Walravens, C. - van Nugteren, K.; Winkel, D. (Eds.)

2015, X, 125 p. 61 illus., 45 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-1050-0