

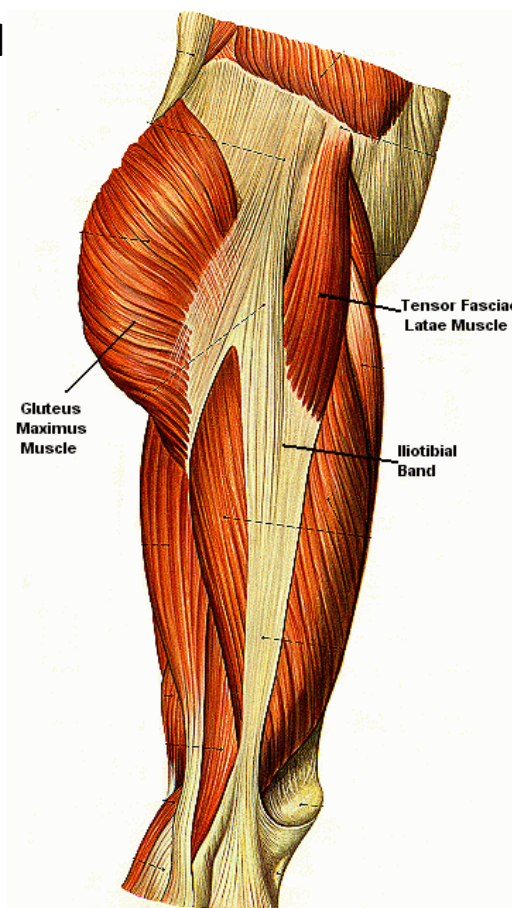
Tractus Iliotibialis Frictie Syndroom Lopersknie, Runners Knee, IlioTibial Band Syndrome

Het Tractus Iliotibialis Frictie Syndroom, ook wel lopersknie of IlioTibial Band Syndrome en runner's knee(Eng.)genoemd. Hier is het synoniem iliotibiale band frictiesyndroom afgekort tot ITBS. ITBS is de meest voorkomende oorzaak van pijn aan de buitenzijde van de knie bij hardlopers.

Het ITBS ontstaat door terugkerende frictie van de ITB over de knobbel (epicondyl) aan de buitenzijde boven de knie. Het ITBS is veelal goed te verhelpen met ontstekingsremmende medicatie en rekoefeningen.

De ITB is de peesvoortzetting van de tensor fascia lata spier en heeft indirect connecties met o.a. de bilspieren. De ITB verschuift naar voren over het epicondyl van de knie bij kniestrekking en verschuift naar achteren bij kniebuiging (1). Net na de voetlanding bij gaan, bij iets minder dan 30 graden kniebuiging, treedt een frictiemoment op van de ITB over het epicondyl. Herhaalde frictie geeft irritatie en ontsteking (2).

Bij chronische ITBS ontstaat een slijmbeursachtige verbinding met de gewrichtsruimte van de knie en treedt verdikking van de band op. (3, 4) Zwakte van de bil- en bovenbeenspieren, m.n. de abductoren, (5, 6, 7, 8) wordt recent gezien als de belangrijkste factor voor het optreden van het ITBS. Door verminderde controle van deze spieren tijdens de opvangfase zakt de hardloper meer door de heup en kantelt en draait de knie meer naar binnen. De spanning op de ITB neemt hierdoor toe.





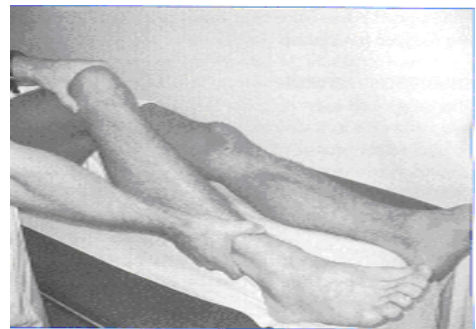
Anamnese

Bij ITBS ontstaat meestal pijn meestal aan de buitenzijde van de knie met soms zwelling aan de buitenzijde van de knie . Deze kan doortrekken tot aan de bovenzijde van het onderbeen tijdens het lopen. De pijn is meestal brandend of zeurend van karakter, soms gepaard gaand met steken. Het begint meestal met een lichte irritatie en wordt progressief erger tijdens het toenemen van de loopafstand. Sommige spreken zelfs over een band of klem rond de knie. Kenmerkend is ook de pijn die optreedt bij het trap af lopen.

Lichamelijk onderzoek:

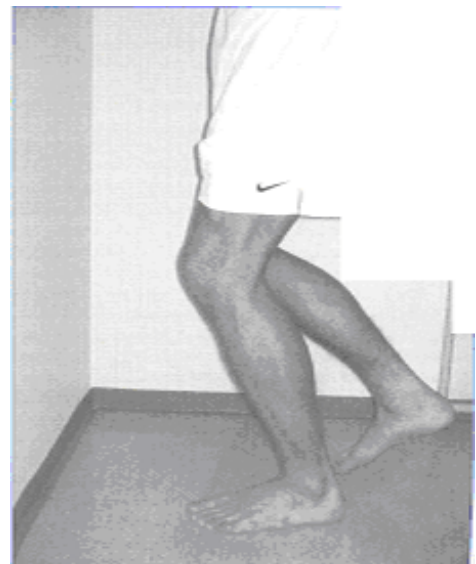
Pijnprovocatie test I:

De proef van Noble wordt in liggende positie uitgevoerd. De knie wordt vanuit een flexiestand gestrekt en tegelijkertijd wordt plaatselijk druk op de femurepicondyl uitgeoefend. Een herkenbare pijn bij ongeveer 30 graden flexie duidt op een positieve proef.



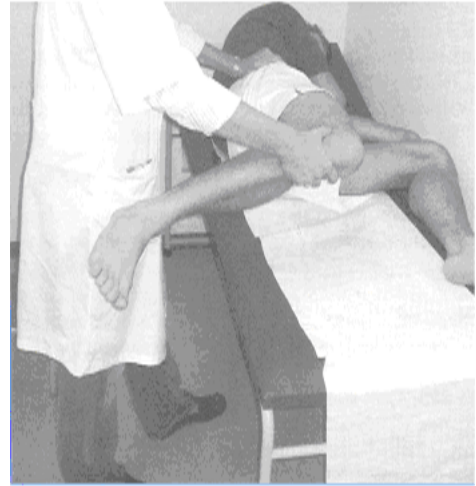
Pijnprovocatie test II:

De proef van Rennewordt in staande positie uitgevoerd (figuur 4).³ Deze test wordt ook wel de 'Creak test' genoemd. De patiënt staat op het aangedane been. Vanuit extensie maakt de patiënt een kniebuiging, staande op één been. Als er een herkenbare pijn ontstaat bij ongeveer 30 graden flexie, dan is de proef positief.



Flexibiliteit test tractus I:

De proef van Ober heeft een bewezen goede inter- en intraobserver betrouwbaarheid. De onderzoeker brengt de onderliggende heup en knie in flexie tot de lumbale lordose is afgevlakt. Dan wordt de bovenliggende knie 90 graden gebogen en wordt de heup in abductie en extensie gebracht tot het bovenbeen in lijn is met de romp. De onderzoeker stabiliseert het bek ken. Vanuit deze uitgang~houding laat de onderzoeker de heup adduceren onder invloed van de zwaartekracht. Volgens Ober is er geen adductie mogelijk als de tractus iliotibialis verkort is

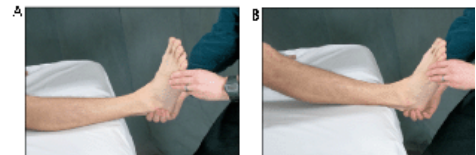


Flexibiliteit test II:

De 'Modified Thomas test' wordt in rugligging uitgevoerd. Op de rand van de onderzoeksbank pakt de patiënt beide knieën vast. In rugligging laat de patiënt een been los en houdt het andere been in maximale heupflexie. De stand van het 'hangende' been kan gemeten worden. Spierlengte test van bovenbeen- en liesspieren (rectus femoris, iliopsoas, tensor fascia latae en de ITB). De 'normaal' stand is: bovenbeen hangt 12 graden onder horizontaal en in 15 graden abductie. Tweeënvijftig graden van knieflexie is normaal.



Flexibiliteit test III. Spierlengte test van de kuitspier (gastrocnemius (A) en soleus (B)); lichte inversie voet om subtalair vast te zetten, positief: talair: <90 dorsaal flexie



Spierkracht test abductoren (gluteus medius; Abductie in zijlig zonder flexie heup en rotatie heup toe te laten. Meting met handheld dynamometer)



Aanvullend onderzoek

De diagnose ITBFS is een klinische diagnose en aanvullend onderzoek is niet noodzakelijk. Röntgenonderzoek is niet zinvol, tenzij er verdenking is op een exostose. Met echografisch

onderzoek kunnen afwijkingen onder de tractus iliotalialis gevonden worden maar deze zijn niet specifiek en een normaal echobeeld sluit een ITBFS niet uit.



Behandeling:

In de acute fase:

- relatieve rust
- aanpassen van de belasting, bijvoorbeeld fietsen of aquajoggen i.p.v. hardlopen.
- ijsapplicatie, herhaaldelijke applicatie van 10 minuten.
- bij hevige pijnklachten: NSAID's (ontstekingsremmende medicatie)
- injectie met corticosteroïden

In de revalidatie fase:

Specifieke oefentherapie ter verbetering van de heupabductoren dient in deze fase uitgevoerd te worden. Ook oefeningen voor de quadriceps- en hamstringskracht dienen voorgeschreven te worden.