

Ribs-on-pelvissyndroom

Annie Bos, Anouk Meijer, Just Eekhof

Oudere patiënten kunnen te maken krijgen met het ribs-on-pelvissyndroom. Deze hinderlijke, soms pijnlijke, aandoening wordt veroorzaakt door inzakking van de wervelkolom, waardoor de onderste ribben in contact komen met de bekkenkam. Het beleid daarbij is niet eenduidig. De behandeling is vooral gericht op beheersing van de pijn en kan per patiënt verschillen.

Het ribs-on-pelvissyndroom ontstaat doordat de onderste ribben tegen de bekkenkam aanstoten, wat bewegings- en houdingsafhankelijke pijn veroorzaakt.^{1,2} Het ziektebeeld staat bekend onder verschillende namen, waaronder 'costo-iliacale impingementsyndroom', 'rib-tipsyndroom' en 'iliocostale frictiesyndroom'. Er is weinig onderzoek naar dit syndroom gedaan en er worden verschillende definities gehanteerd.

WAARMEE KOMT DE PATIËNT?

De oudere patiënt kan bij het zitten of in bepaalde houdingen hinder ervaren door het contact dat de onderste ribben maken met de bovenrand van het bekken. Er zijn klachten over pijn aan de bovenkant van de bekkenkam. Die pijn kan aan 1 kant, maar ook aan beide kanten voorkomen. De pijn wordt erger door rotatie en lateroflexie van de romp, bij langdurig zitten en bij opstaan vanuit een zittende positie.^{2,3}

ETIOLOGIE/PATHOGENESE

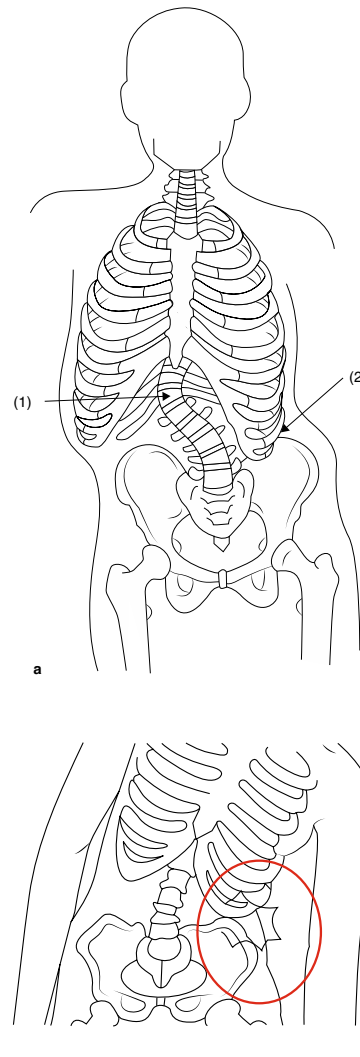
In de loop van het leven neemt de lichaamslengte af door het inzakken en de standsverandering van vooral de lumbale en thoracale wervelkolom [figuur]. De afstand tussen de onderste 3 ribben en de bekkenkam wordt dan kleiner. Hierdoor raken de onderkant van de ribben en het bekken elkaar bij bepaalde houdingen of bewegingen, wat pijn en bewegingsbeperking veroorzaakt.^{1,4} Dit komt door het fysiologische verouderingsproces in combinatie met osteoporose, waardoor degeneratieve veranderingen van de tussenwervelschijven, toename van de thoracale kyfose en compressiefracturen van de wervellichamen optreden.^{3,4}

Onder de differentiaaldiagnose vallen onder andere intercos-

Deze bijdrage in de serie Kleine kwalen is een bewerkte versie van het hoofdstuk dat eerder is gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen en alle-daagse klachten bij ouderen* onder redactie van Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis en Tobias Bonten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Figuur

Ribs on pelvis



Versterkte kyfose [1]: de patiënt geeft het probleem aan bij [2].

tale neuralgie, myogene oorzaken en botmetastasen in bekken of ribben. Er zijn ook zeldzamere oorzaken zoals primaire botmaligniteiten (ziekte van Kahler, ziekte van Waldenström), maligniteiten van de weke delen en aandoeningen van de inwendige organen.^{4,5}

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentie van osteoporose bij oudere vrouwen is hoger dan bij mannen. Dit geldt ook voor het ribs-on-pelvissyndroom.

KERNPUNTEN

- Het ribs-on-pelvisyndroom wordt veroorzaakt door inzakking van de wervelkolom, waardoor de onderste ribben in contact komen met de bekkenkam.
- Bij palpatie zijn de onderste ribben en de bekkenkam gevoelig.
- De diagnose kan worden gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Aanvullend onderzoek heeft geen toegevoegde waarde.
- Er is tot op heden geen bewezen effectief of eenduidig beleid.

droom.⁶ Er zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar over hoe vaak de aandoening onder Nederlandse ouderen voorkomt.

ANAMNESE

Vraag naar de volgende punten:

- Ontstaan en duur van de klachten. Was er een specifieke aanleiding bij de eerste keer dat de patiënt klachten had?
- Invloed van rust, houding en beweging op de klachten
- Aanwijzingen voor wervelfracturen zoals:
 - verlies lichaamslengte
 - voorafgaande episodes van rugklachten
 - (recente) postuurverandering
- Lengte van de patiënt in het verleden
- Lokalisatie en uitstraling
- Gewichtsverlies
- Een maligniteit in de voorgeschiedenis
- Doorgemaakte trauma's
- Hinder en beperkingen bij dagelijkse activiteiten

[AANVULLEND] ONDERZOEK

De huisarts kijkt naar de lichaamshouding en meet de lengte van de patiënt. Is er sprake van een versterkte kyfose? Is er klopp-, druk- en asdrukpijn van de wervelkolom? Hoe groot is de afstand tussen ribbenboog en bekkenkam? Zijn de onderste ribben en de bekkenkam gevoelig bij palpatie?⁵ Hoe beweeglijk is de romp?

Bij een duidelijk verhaal is aanvullend onderzoek niet zinvol. Als de klachten recent zijn ontstaan, is bij kloppij van de wervels of na een (recent) trauma een röntgenfoto van de wervelkolom te overwegen.⁷ Bij het vermoeden van osteoporose vindt het verdere beleid plaats conform de NHG-Standaard Fractuurpreventie.⁸

BELEID

De huisarts hanteert het volgende beleid.

- *Uitleg*. Het doel van de behandeling is het verminderen van de pijn. Het ribs-on-pelvisyndroom is een goedaardige maar hinderlijke aandoening. Er is geen duidelijke behandeling die bij alle patiënten tot verbetering leidt. Het gaat erom hoe je bij deze oudere patiënt de klachten kunt verminderen.

- *Niet-medicamenteuze adviezen*. Met houdingsadviezen wordt geprobeerd de afstand tussen de ribbenboog en bekkenkam te vergroten. Zo kan de fysio- of oefentherapeut oefeningen adviseren om de beweeglijkheid van de romp te bevorderen en de iliocostale afstand te vergroten om de klachten te verlichten.¹⁻³
- *Medicatie*. Zo nodig schrijft de huisarts paracetamol voor.⁹ Het gebruik van NSAID's wordt afgeraden bij patiënten ouder dan 75 jaar. Een lokale injectie met lidocaïne wordt ook afgeraden, omdat de effectiviteit daarvan niet is aangetoond en vanwege de contra-indicaties (waaronder geleidingsstoornissen en hartfalen).
- *Elastische riem*. Men kan de patiënt een stevige elastische riem aanmeten van ongeveer 7,5 cm breed. Deze wordt boven de bekkenkam aangebracht, waardoor de band de iliocostale afstand vergroot en het stoten vermindert.^{2,4}
- *Rugorthese*. Bij ernstige klachten kan een orthese worden aangemeten. De patiënt moet deze dan 2 keer per dag een half uur dragen, in combinatie met een trainingsprogramma voor de rug.⁷
- *Zenuwblokkade*. De huisarts kan bekijken of een proefblokkade van de thoracale, intercostale, twaalfde zenuwwortel de pijn vermindert. Soms heeft transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) effect.

WAT IS AANGETOOND?

Er zijn geen onderzoeken bekend naar de effectiviteit van de genoemde behandelopties.

VERWIJZEN?

Als de klachten ernstig zijn en persisteren ondanks orale pijnmedicatie en fysiotherapie, kan verwijzing naar een pijnteam worden overwogen. Als er ook na aanvullend onderzoek twijfel aan de diagnose blijft bestaan, kan een neuroloog worden geconsulteerd. ■



De onderzijde van de ribben rusten bijna op de bekkenkam.

LITERATUUR

1. Loffeld JLF. Het zwevende-ribsyndroom: een veelal niet herkende oorzaak van pijnklachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1813-5.
2. Marcus A. *Foundations for integrative musculoskeletal medicine: an east-west approach*. Berkeley (CA): North Atlantic Books, 2005.
3. UPCM Zorgverleners. Thoracale pijn bij rib-tip syndroom. Maastricht: UPCM Zorgverleners, 2019. <https://www.pijn.com/en/rib-tip-syndrome-0>, geraadpleegd 16 november 2019.
4. Patel SI, Jayaram P, Portugal S, Stitik TP. Iliocostal friction syndrome causing flank pain in a patient with a history of stroke with scoliosis and compensated Trendelenburg gait. *Am J Phys Med Rehabil* 2014;93:632-3.
5. De Jongh TOH, Buis J, Daelmans HEM, Dekker MJ, De Jong E, Kramer WLM, et al. Fysische diagnostiek: uitvoering en betekenis van het lichamenlijk onderzoek. 1e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
6. Barry PJ, O'Mahony D. Costo-iliac distance: a physical sign of understated importance. *Ir J Med Sci* 2012;181:151-3.
7. Brubaker ML, Sinaki M. Successful management of iliocostal impingement syndrome. A case series. *Prosthet Orthot Int* 2016;40:384-7.
8. NHG-werkgroep Fractuurpreventie. *NHG-Standaard Fractuurpreventie. Versie 3.0*. Utrecht: NHG, 2012. <https://richtlijnen.nhg.org>.
9. NHG-werkgroep Pijn. *NHG Standaard Pijn. Versie 2.2*. Utrecht: NHG, 2018. <https://richtlijnen.nhg.org>.

Bos A, Meijer A, Eekhof JAH. Ribs-on-pelvisyndroom. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1136-9.
Huisartsenpraktijk Oosterblokker, Hoorn: A. Meijer, huisarts; A. Bos huisarts. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog, universitair hoofddocent, tevens huisarts te Leiden, j.a.h.eekhof@lumc.nl.
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.