

Het zwevende-ribsyndroom: een veelal niet herkende oorzaak van pijnklachten

R.J.L.F. LOFFELD

Dames en Heren,

Pijnklachten gelokaliseerd in het rechter of linker deel van de bovenbuik komen frequent voor en zijn vaak een reden voor aanvullend onderzoek of verwijzing naar de polikliniek Interne Geneeskunde. Er is een breed scala van differentiaaldiagnostische overwegingen. Frequent wordt verwezen vanwege het vermoeden van symptomatisch galsteenlijden of afwijkingen in het colon. Aanvullend onderzoek levert vaak geen afwijkingen op. De patiënt en diens behandelend arts worden dan geconfronteerd met onbegrepen klachten. Aan het zwevende-ribsyndroom wordt zelden of nooit gedacht.

Het zwevende-ribsyndroom is, vaak onder heel verschillende benamingen, al heel lang bekend. Het wordt echter niet beschreven in de standaardleerboeken, en in de vakliteratuur wordt er nauwelijks aandacht aan besteed. Aan de hand van een aantal ziektegeschiedenissen van patiënten die verwezen werden naar de polikliniek zal dit syndroom nader worden toegelicht.

Patiënt A, een vrouw van 30 jaar met een blanco voor-geschiedenis, kreeg één jaar vóór de verwijzing pijnklachten rechtsboven in de buik. De huisarts had een maagfoto laten verrichten, die geen afwijkingen toonde. Op een echogram van de bovenbuik was een dubieuze afwijking in de lever beschreven; er waren geen galstenen gezien. Patiënte werd nu gestuurd voor nadere analyse.

Anamnestic was de pijn met name in de rechter bovenbuik en flank gelokaliseerd; de pijn was vrijwel constant aanwezig en nam regelmatig in hevigheid toe, vooral bij een onderuitgezakte houding. Er was geen trauma geweest. Het defecatiepatroon, het aspect van de feces en de kleur van de urine waren normaal. Er was geen samenhang van de klachten met voedselinname. Behoudens geringe refluxklachten leverde een uitgebreide anamnese geen bijzonderheden op.

Bij lichamelijk onderzoek werd een gezonde vrouw gezien met een normale pols en bloeddruk. Aan hart, longen en abdomen werden geen afwijkingen geconstateerd. Wel was er duidelijke drukpijn over het verloop van de onderste ribben aan de rechter kant, met een punctum maximum op het uiteinde van de onderste zwevende rib. Palpatie van het ventrale einde van de onderste rib lokte de pijn in alle hevigheid uit. Aanvullend bloedonderzoek toonde normale hematologische waarden en leverenzymen. Het reeds gemaakte echogram

werd bij revisie als normaal afgegeven. De diagnose 'zwevende-ribsyndroom' werd gesteld.

Een en ander werd uitgelegd en patiënte kreeg een aantal houdingsadviezen. Bij een controle na 6 maanden waren de klachten verdwenen. Twee jaar later werd zij verwezen in verband met buikkklachten die, na aanvullend onderzoek, bleken te berusten op een prikkelbare-darmsyndroom. De pijnklachten in de bovenbuik waren niet meer teruggekomen. In het verloop van de daaropvolgende 4 jaar ging het goed met patiënte.

Patiënt B, een vrouw van 64 jaar, werd met spoed gezien op de polikliniek in verband met plotseling ontstane heftige pijn gelokaliseerd in de linker bovenbuik. Patiënte had twee jaar eerder een wigexcisie van het colon transversum en een sigmoïdrectie ondergaan wegens een vilieus adenoom in het colon transversum en een door-gemaakte diverticulitis van het sigmoid met stenosering. Nadien had patiënte geen noemenswaardige buikkklachten meer gehad en was het defecatiepatroon ongestoord. Bij een controlecoloscopie in het kader van follow-up waren enkele divertikels in het colon descendens gezien; er was geen recidief van het vilieus adenoom.

Zij klaagde nu over heftige pijn gelokaliseerd in de linker bovenbuik. De pijn was afhankelijk van bewegingen en bepaalde houdingen. Patiënte maakte zich, mede gezien haar voorgeschiedenis, erg ongerust. Er waren echter geen buikkklachten, het defecatiepatroon was niet veranderd en de mictie was ongestoord. Bij lichamelijk onderzoek werd een gezond ogende vrouw met een normale pols en bloeddruk gezien. Aan hart, longen en abdomen werden geen afwijkingen geconstateerd. Wel was er grote drukpijnlijkheid over het verloop van de onderste zwevende rib links met een punctum maximum op het uiteinde.

Tijdens het afnemen van de anamnese viel op dat patiënte scheef in de stoel zat. Zij leunde op de linker zijde. Bij verder uitdiepen van de anamnese bleek dat patiënte recentelijk begonnen was met een nieuwe handwerk-hobby. Tijdens het uitvoeren van deze hobby boog zij met grote regelmaat zijdelings over de stoelleuning teneinde het hobbymateriaal binnen handbereik te krijgen. De samenhang met deze bewegingen in combinatie met de bevinding bij fysisch-diagnostisch onderzoek leidde tot de diagnose 'zwevende-ribsyndroom links'.

Patiënte kreeg houdingsadviezen. Tijdens een reguliere polikliniekcontrole 3 maanden later gaf zij aan geen klachten meer te hebben.

Patiënt C, een 75-jarige man, was bekend bij de longarts wegens een status na een duivenmelkerslong en chro-

De Heel Zaans Medisch Centrum, afd. Interne Geneeskunde, Postbus 210, 1500 EE Zaandam.
Dr.R.J.L.F.Loffeld, internist (loffeld.r@deheel.nl).

nische obstructieve longziekte (COPD). Hij werd behandeld met de gebruikelijke inhalatietherapie en gebruikte reeds jaren corticosteroïden in een onderhoudsdosering van 5 mg per dag. Hij werd verwezen door de huisarts in verband met sedert 4 weken bestaande stekende pijn in de linker flank en bovenbuik. De pijn was continu aanwezig en verergerde bij bukken. Er was ook nachtelijke pijn, vooral als patiënt sliep op de aangedane zijde. De anamnese vermeldde verder chronische obstipatieklachten die in essentie niet veranderd waren. De COPD was redelijk onder controle; patiënt hoestte weinig en gaf geen sputum op. Uit de beschikbare polikliniekgegevens bleek dat de lengte van de patiënt in de loop van 18 jaar met 3 cm was afgenomen. De huisarts had reeds een dubbelcontrastbariuminloophoto laten vervaardigen, waarbij geen afwijkingen aan het colon te zien waren.

Bij lichamelijk onderzoek werd een niet-zieke man met een normale pols en bloeddruk gezien. Over de thorax werden laagstaande longgrenzen gevonden. Er waren grove inspiratoire en expiratoire rhonchi hoorbaar over alle longvelden. In het abdomen werden geen afwijkingen gepalpeerd. Wel werd drukpijn aangegeven over de onderste ribben aan de linker zijde. Met name het uiteinde van de onderste zwevende rib was pijnlijk. Bij diepe inspiratie tikte de onderste zwevende rib op de bekkenkam en kon de pijn worden uitgelokt. Aanvullend laboratoriumonderzoek liet geen afwijkingen zien. Echografie van de buik gaf een normale uitslag. De diagnose 'zwevende-ribsyndroom' werd gesteld. Een bijkomende uitlokkende factor was de, ongetwijfeld osteoporotische, inzakking van de wervelkolom, door chronisch steroïdgebruik. Dit heeft geresulteerd in een korter worden van de afstand tussen de onderste zwevende ribben en de bekkenkam.

Patiënt kreeg houdingsadviezen. Gedurende de daaropvolgende 5 jaar had hij geen pijnklachten meer.

De diagnose 'zwevende-ribsyndroom' wordt niet vaak gesteld. Dit heeft vermoedelijk meer te maken met de onbekendheid van het syndroom dan met het weinig voorkomen.¹ In de literatuur vindt men vele omschrijvingen: 'slipping rib', 'clicking rib', 'twelfth rib', 'rib-tip syndrome' en 'syndrome of hypersensitive xiphoid'.² De klachten worden vaak toegeschreven aan een viscerale oorzaak. Dit vormt dan ook de reden voor uitgebreid diagnostisch onderzoek, dat uiteindelijk alleen belastend kan zijn voor de patiënt en niets oplevert.^{3,4}

De aandoening werd gerapporteerd bij 1-5% van de patiënten die wegens bovenbuikklachten verwezen werden naar een polikliniek Gastro-enterologie.²

De klinische presentatie zoals beschreven in de casuïstiek is kenmerkend en de klachten zijn reproduceerbaar.^{5,6} In een periode van 9 jaar werd door mij bij 45 patiënten die verwezen werden vanwege onbegrepen pijnklachten gelokaliseerd in de bovenbuik de diagnose 'zwevende-ribsyndroom' gesteld. Deze groep patiënten bestond uit 30 vrouwen en 15 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 56,6 jaar (uitersten: 29-87). De pijn werd rechts aangegeven door 28 (62%), links door 15 (33%) en beiderzijds door 2 patiënten (4%). De pijn

wordt beschreven als zeurend, min of meer constant aanwezig en soms in hevigheid toenemend. Er gaven 24 patiënten een duidelijke samenhang aan met bewegingen of lichaamshouding. Slechts 2 patiënten herinnerden zich een trauma dat de aanleiding voor de klachten was; 6 patiënten gaven aan ook 's nachts pijnklachten te hebben; 7 patiënten waren bekend wegens osteoporose. Bij fysisch-diagnostisch onderzoek wordt drukpijn gevonden over het verloop van de onderste ribbenboog. Palpatie van het proximale uiteinde van de eerste of tweede zwevende rib lokt de pijn in alle hevigheid uit. Indien men de patiënt tijdens het consult observeert, valt op dat hij of zij vaak scheef in de stoel zit of hangt. Indien men expliciet navraag doet naar de zithouding, blijkt dat de patiënt bij voorkeur in een leunstoel of op de bank zit met de pijnlijke zijde rustend op de leuning. Ook geeft men nachtelijke pijn aan indien men op de aangedane zijde slaapt. Dit blijkt dan tevens vaak de slaapvoorkeurshouding te zijn, met als gevolg risico op een verstoorde nachtrust. Een uitgestrekte lichaamshouding geeft verlichting van klachten.

Pathofysiologisch is er mogelijk een ruptuur of verlapping van de fibreuze verbindingen van de onderste ribben. Als gevolg hiervan kan het ribkraakbeen (sub)-luxeren, waardoor intercostale zenuwen geprikkeld worden.^{4,7} Soms lijkt een bijna vergeten trauma de oorzaak van de pijn.⁸ De aandoening komt frequenter voor bij vrouwen.⁹ Een verklaring daarvoor kan gelegen zijn in het feit dat door osteoporose de lichaamslengte afneemt, waardoor de afstand van de onderste ribben naar de bekkenkam kleiner wordt. Bij iedere ademteug tikt de onderste rib dan tegen de bekkenkam, hetgeen op den duur kan leiden tot chronische periostprikkeling van de rib. Dit fenomeen kan men eenvoudig aantonen tijdens lichamelijk onderzoek: de afstand tussen de onderste zwevende ribben en de bekkenkam tijdens inspiratie en expiratie kan gemeten worden.

De pijnklachten van de patiënt zijn reëel. Als er geen verklaring voor de klachten gevonden wordt, voelen patiënten zich veelal niet begrepen.

De behandeling is eenvoudig en bestaat uit uitleg, geruststelling, houdingsadviezen en eventueel pijnstilling.⁵ Voor de prognose is het van belang dat de patiënt begrijpt dat het een – niet meer dan hinderlijk – fenomeen betreft, dat goed controleerbaar is. Lokale injectie met lidocaïne kan overwogen worden.⁴ Indien de klinische presentatie voldoet aan de genoemde beschrijving, dan blijken er na verloop van tijd geen andere afwijkingen aan het licht te komen.²

Dames en Heren, bij een patiënt met pijnklachten gelokaliseerd in de linker of rechter bovenbuik is het zinvol om in de differentiaaldiagnose een zwevende-ribsyndroom te overwegen. Een anamnese waarin ook aandacht gegeven wordt aan lichaamshouding en aan een mogelijke samenhang van de klacht met bewegingen, aangevuld door een gedegen lichamelijk onderzoek waarbij men de onderste ribben palpeert en op het uiteinde van de zwevende ribben drukt, zal de clinicus snel leiden tot het overwegen van deze diagnose. Aanvullend onder-

zoek kan beperkt blijven. Een houdingsadvies, eventueel gecombineerd met tijdelijke pijnstilling kan de patiënt verder helpen en een frustrerend probleem oplossen.

ABSTRACT

Painful rib syndrome: a cause of pain complaints that often goes unnoticed. – Three patients, 2 women aged 30 and 64 respectively and one man aged 75, with upper abdominal pain (right in the youngest patient and left in the other 2 patients), experienced tenderness over the lowermost ribs, especially at the end of the lowest floating rib. The diagnosis 'painful rib syndrome' was established once other possible conditions had been excluded. Following an explanation of the condition and some advice about posture, the symptoms disappeared. Painful rib syndrome can be a cause of chronic debilitating pain located in the left or right upper quadrant of the abdomen. The pain is movement and posture dependent. The syndrome is often not recognised. No data on the prevalence are available.

LITERATUUR

- 1 Spence EK, Rosato EF. The slipping rib syndrome. Arch Surg 1983; 118:1330-2.
- 2 Scott EM, Scoff BB. Painful rib syndrome – review of 76 cases. Gut 1993;34:1006-8.
- 3 Monnin JL, Pierrugues P, Bories P, Michel H. Cyriax's syndrome. A cause of diagnostic error in abdominal pains. Presse Med 1988;17: 25-9.
- 4 Dunnen WFA den, Verbeek PCM, Karsch AM. Buikpijn door beklemden zenuwen. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:576-8.
- 5 Hughes KH. Painful rib syndrome. A variant of myofascial pain syndrome. AAOHN J 1998;46:115-20.
- 6 Copeland GP, Machin DG, Shennan JM. Surgical treatment of the 'slipping rib syndrome'. Br J Surg 1984;71:522-3.
- 7 Saltzman DA, Schmitz ML, Smith SD, Wagner CW, Jackson RJ, Harp S. The slipping rib syndrome in children. Paediatr Anaesth 2001;11:740-3.
- 8 Barki J, Blanc P, Michel J, Pageaux GP, Hachemane-Aourag S, Carabalona JP, et al. Painful rib syndrome (or Cyriax syndrome). Study of 100 patients. Presse Med 1996;15:973-6.
- 9 Wright JT. Slipping-rib syndrome. Lancet 1980;2:632-4.

Aanvaard op 1 maart 2002

Commentaren

Wetenschappelijk onderzoek in de traumazorg; een advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek

A.B.VAN VUGT

Naar aanleiding van de toewijzing van de functie van traumacentrum aan een tiental instellingen in ons land zijn ook de kerntaken van deze centra gedefinieerd. Eén van de kerntaken die ontwikkeld moet worden, is die van kenniscentrum. Tevens is aan de centra opgedragen een landelijke traumaregistratie op te zetten, die als basis kan fungeren voor gedegen onderzoek binnen het vakgebied.

Historisch gezien is de traumatologie een vak van 'doeners' waarin wetenschappelijk onderzoek, en zeker elementair onderzoek, onvoldoende tot zijn recht is gekomen. Een van de redenen hiervoor is de onvoldoende subsidieverstreking, omdat de concurrentiepositie van de traumatologie bij aanvragen te zwak is. Besluitvorming bij instanties als ZonMW, het samenwerkingsverband tussen ZorgOnderzoek Nederland en Medische Wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, vindt plaats vanuit een breed perspectief, waarbij geen subsidiegelden specifiek geormerkt zijn ten behoeve van een bepaald vakgebied. Dit resulteert in een zwakke positie ten opzichte van vakgebieden die inmiddels wel een rijke traditie hebben opgebouwd op onderzoeksgebied, zoals oncologie, hart- en vaatziekten, transplantatiegeneeskunde,

et cetera. En dat terwijl men zich internationaal geconformeerd heeft aan het feit dat het huidige decennium is betiteld als 'The decade of bone and joint'. Hiermee is de bestaande achterstand van het vakgebied traumatologie echter onvoldoende gebaat.

De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) heeft op verzoek van de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in juni 2000, een inventarisatie gemaakt om advies uit te kunnen brengen betreffende onderzoek in de traumazorg. Dit heeft geresulteerd in een uitgebreid advies in juli 2002.¹

HUIDIG ONDERZOEK

De commissie ingesteld door de RGO heeft een uitgebreide inventarisatie gedaan met betrekking tot het huidige lopend onderzoek op het gebied van de traumatologie, en de geldstromen die hiervoor aangewend zijn.

Op preventief gebied is er buiten de reguliere geldstromen van ZonMW om structurele ondersteuning van zaken als verkeersveiligheid en veiligheid van de consument bij bijvoorbeeld ongevallen in de privé-sfeer; hiermee houdt een aantal bekende onderzoeksinstituten in ons land zich bezig op wetenschappelijk niveau. Een adequate en uniforme registratie is de basis voor degelijk epidemiologisch onderzoek in het licht van preventie, maar valt niet binnen het kader van de verplichte registratie voor de intramurale zorg. Koppeling van reeds lopende initiatieven als het Letsel Informatie Systeem aan een te ontwikkelen elektronische database

Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, locatie Dijkzigt, afd. Heelkunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.
Prof.dr.A.B.van Vugt, chirurg-traumatoloog (vanvugt@hklk.dzr.nl).