

# Mucoïde degeneratie van de voorste kruisband

8 april 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

---

## Hoe loopt de voorste kruisband?

- a. Van de mediale kniezijde naar het anterieure gedeelte van de laterale femurcondyl
- b. Van de mediale kniezijde naar het posterieure gedeelte van de laterale femurcondyl
- c. Van de laterale kniezijde naar het anterieure gedeelte van de mediale femurcondyl
- d. Van de laterale kniezijde naar het posterieure gedeelte van de mediale femurcondyl

---

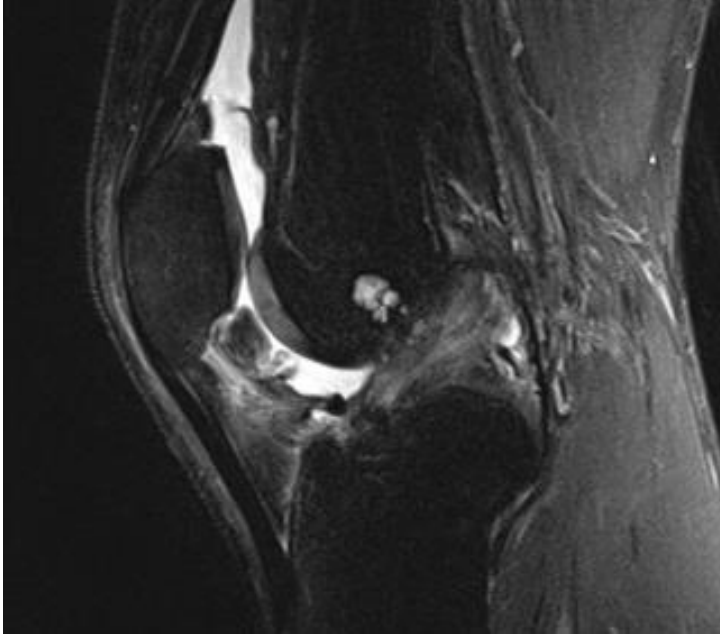
De voorste kruisband (VKB) is een band van dets bindweefsel die tussen de femur en de tibia loopt. Deze band bestaat uit 2 bundels: de anteromediale en de posterolaterale bundel, vernoemd naar hun insertie ter hoogte van het tibiaplateau. De oorsprong (origo) bevindt zich aan de mediale zijde van het posterieure gedeelte van de laterale femurcondyl. Hierna verloopt de VKB schuin door de intercondylaire notch tot zijn insertie op de mediale eminentia intercondylaris van de tibia, ongeveer in het midden van het tibiaplateau. De intercondylaire notch van de femur is een diepe inkeping tussen het postero-inferieure gedeelte van de mediale en de laterale epicondylus van de distale femur.

Mucoïde degeneratie van de VKB is een minder goed gekende oorzaak van diepe niet-traumatische kniepijn. Patiënten met symptomatische mucoïde degeneratie van de VKB klagen over toenemende kniepijn die vaak enkele weken tot maanden aanhoudt. De pijn is meestal posterieur gelokaliseerd (75-80%) en veroorzaakt vaak gelimiteerde en pijnlijke eindstandige bewegingen van zowel flexie als extensie van de knie. De beperkte 'range of motion' (ROM) uit zich meestal in een pijnlijke knieflexie tot 100° en/of een pijnlijke knie-extensie. Instabiliteitsklachten of een voorgaand trauma zijn gewoonlijk afwezig.

Op conventionele radiografische opnames zijn er geen specifieke tekens van mucoïde degeneratie van de VKB zichtbaar. De gouden standaard voor de diagnose is een MRI. Een positieve MRI moet steeds gecorreleerd worden met de kliniek aangezien mucoïde degeneratie van de VKB vaak asymptomatisch is. De 3 voornaamste MRI-criteria voor mucoïde degeneratie van de VKB zijn een abnormaal verdikte en slecht gedefinieerde (vooral op T1-gewogen opnames) VKB, een verhoogd intraligamentair signaal op alle sequenties (een intermediair signaal op T1-gewogen beelden en een diffuus verhoogd signaal op T2-gewogen en 'proton density'-beelden) en ten slotte behoud van de normale oriëntatie en continuïteit van de VKB. Daarnaast beschreven verschillende auteurs het 'celery stalk'-teken op een MRI als een typisch teken voor mucoïde degeneratie van de VKB.

De exacte pathofysiologie van mucoïde degeneratie van de VKB is nog niet gekend. Er zijn echter wel een aantal theorieën over het ontstaan ervan. Verschillende onderzoekers beschrijven dat een opeenvolging van meerdere microtrauma's zou kunnen leiden tot de pathologie. Kenmerkend voor symptomatische mucoïde degeneratie van de VKB is een hypertrofe, gezwollen VKB. Deze hypertrofie geeft typische klachten, namelijk posterieure kniepijn en een beperkte en pijnlijke eindstandige flexie en/of extensie. De mechanische oorzaak hierachter is een impingement van de VKB in de femorale notch.

De behandeling van symptomatische mucoïde degeneratie van de VKB is artroscopisch en bestaat uit een partiële of totale resectie ervan met eventueel een aanvullende notchplastiek. Op die manier wordt de impingement verholpen en verdwijnen de symptomen onmiddellijk.



*De sagittale T2-gewogen opname toont een duidelijk 'celery stalk'-teken, veroorzaakt door een verhoogd intraligamentair signaal. Daarnaast zijn de continuïteit en de oriëntatie van de VKB bewaard. Aan de aanhechting van de VKB op de femur zijn er botcysten te zien.*



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Mucoïde degeneratie van de voorste kruisband als oorzaak van diepe kniepijn](#)

Auteur(s): T. VINGERHOETS, S. CLAES, N. VAN BEEK

DOI: 10.47671/TVG.77.21.120

---

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.