

Insertie Tendinitiden van de Heupadductoren & Mulligan's Mobilisations with Movement

Fysiotherapeuten worden in de dagelijkse praktijk regelmatig geconfronteerd met liesklachten die anamnestic en tijdens het bewegingsonderzoek sterk doen denken aan insertieproblemen van één (of meer) van de adductoren van de heup. De ontstaanswijze kan acuut zijn maar even zo vaak lijkt een (chronische) overbelasting de mogelijke oorzaak. Hoe vaak zitten voetballers niet met dergelijke klacht op de bank? Verwijzende artsen stellen vaak de bovengenoemde diagnose op basis van een aantal positieve testen: adductie van de heup tegen weerstand en passieve abductie zijn pijnlijk en de palpatie van de origo van deze groep spieren aan het os pubis bevestigt hun hypothese. Differentiaal diagnostisch kan natuurlijk nog gedacht worden aan b.v. een "snapping hip" of bursitis iliopectinea, maar deze aandoeningen komen relatief minder voor en geven een minder duidelijk beeld in het bewegingsonderzoek. De verwijzing naar de fysio-therapeut lijkt dan een volgende logische stap in de hoop dat deze de patiënt van zijn klachten af kan helpen.

Het repertoire van behandel-technieken waar de fysio-therapeut uit kan putten is aanzienlijk, maar vaak zal een keuze gemaakt worden voor de door Cyriax en vervolgens Dos Winkel beschreven diepe dwarse fricties, massage en rekkingen alsmede aangepaste trainingmethoden. Een nadeel van deze aanpak is dat de pijnlijke fricties moeten worden uitgevoerd op een

intieme plaats en veel collega's (en patiënten) hebben hier om begrijpelijke redenen moeite mee. Tevens laat het in de literatuur beschreven resultaat (te) vaak lang op zich wachten.

Manueeltherapeuten bekijken de bovengenoemde patiënten- categorie over het algemeen vaak wat uitgebreider en zoeken gericht naar artrogene beperkingen en tekens die een causaal verband zouden kunnen hebben met de klacht. Gewrichten die hiervoor in dit geval in aanmerking komen zijn uiteraard de heup, maar ook in het SI en de LWK kunnen volgens hun theorieën oorzaken gevonden worden.

Therapeuten die bekend zijn met het Mulligan Concept zullen vooral speuren naar een beperkte en nog liever pijnlijke passieve endorotatie (in 90° flexie) van de heup. Het opheffen van een dergelijke beperking via een pijnloze mobilisatie van het heup-gewricht leidt vaak tot een spectaculair snelle verbetering in het functieonderzoek. Mulligan¹ gebruikt voor deze techniek een tractiegordel, waarmee de femurkop lateraalwaarts uit het acetabulum wordt "getrokken". Onder handhaving van deze tractie wordt vervolgens een passieve endorotatie uitgevoerd door de therapeut. Na een aantal (5-10) herhalingen kan het resultaat door patiënt en therapeut worden beoordeeld.

Een groot voordeel van de hierboven beschreven techniek is bij een juiste

¹ Manual Therapy Nag's, Snag's, MWM's etc.1989

indicatiestelling het pijnloze en snel objectievere bare resultaat dat kan worden geboekt. Vervolgens kan met deze verbetering weer sneller en op een intensiever niveau worden getraind.

Uit de voorgaande fictieve casus kan de conclusie worden getrokken dat deze vermeende weke delen problematiek primair een totaal andere oorzaak kan hebben en dat dus ook de behandeling hieraan moet worden aangepast. Door een te beperkt uitgevoerd onderzoek trappen veel artsen en collega's in de praktijk in deze "valkuil" en duurt de revalidatie van dergelijke klachten vaak langer dan wellicht noodzakelijk zou zijn.

Binnen het Mulligan concept zijn vele voorbeelden van dit principe voor de dagelijkse praktijk uitgewerkt en zelfs specifieke lage rugklachten kunnen, vooral als de locatie van de klacht kan worden gekoppeld aan de zijde van de heupbeperking leiden tot een aanzienlijke klachtenvermindering. Internationaal mag de Mulligan methode zich verheugen in een steeds grotere belangstelling en ook in Nederland zijn steeds meer collega's die zijn ideeën enthousiast in de praktijk brengen.

R. Claassen
P. van Dalen