

Schouderklachten & Het Mulligan Concept

De fysiotherapeutische aanpak bij klachten rond het glenohumerale gewricht is de laatste jaren aan verandering onderhevig. Waar tot voor kort door velen de diagnostische classificatie van Cyriax werd aangehouden ontstaan door publicaties over de (on)betrouwbaarheid van deze indeling andere behandelinzichten. Het blijkt niet eenvoudig om op basis van lichamelijk onderzoek 1 specifieke anatomische structuur voor de klachten verantwoordelijk te stellen. De veelal passieve therapieën (fricties en UG) lijken dan ook hun langste tijd te hebben gehad en plaats te moeten maken voor een meer actieve aanpak door zowel patiënt als therapeut. Ook de huisartsen kijken anders tegen de schouder aan dan vroeger en dit wordt zichtbaar in de nieuwe NHG-Standaard Schouderklachten (1999) waarin voor de behandeling en begeleiding van deze patiënten (eventueel pas na 6 weken een rol voor de fysiotherapeut lijkt te zijn weggelegd. Het lichamelijk onderzoek, dat door de arts wordt uitgevoerd, is sterk vereenvoudigd en bestaat uit nog slechts 3 testbewegingen. Een punt van kritiek op deze standaard zou kunnen zijn dat uit onderzoek blijkt dat na 1 jaar 40% opnieuw of nog steeds klachten heeft. Het merendeel van deze patiënten consulteert hiervoor niet opnieuw de huisarts, maar het recidiveren of voortbestaan van deze klachten heeft wellicht een oorzaak die door de “moderne” fysiotherapeut heel goed te bestrijden is. Een van de testbewegingen die de huisarts tijdens het lichamelijk onderzoek uitvoert is de passieve exorotatie. Als na verloop van tijd ondanks gegeven adviezen en medicatie deze beweging klachten blijft provoceren kan overwogen worden een intra-articulaire injectie (corticosteroïd) in het glenohumerale gewricht te geven. Deze handelwijze wordt waarschijnlijk ingegeven door het feit dat de exorotatiebeweging wordt gezien als het eerste teken van een geïrriteerd glenohumeraal (capsulitis adhesiva) gewricht. Hierbij wordt echter

volledig voorbij gegaan aan het feit dat de passieve exorotatie tevens bij b.v. vermeende instabiliteitsklachten een duidelijk positieve uitslag (pijn en/of beperking) kan geven. De NHG-Standaard besteedt erg weinig aandacht aan een mogelijke instabiliteit van het glenohumerale gewricht, terwijl deze “werkdiagnose” in de fysiotherapeutische praktijk steeds vaker gehanteerd wordt. Ook in de orthopedie wordt met artroscopisch onderzoek steeds vaker een vorm van instabiliteit (dus geen laxiteit) vastgesteld. Instabiliteit betekent in dit kader dat de kop tijdens bewegen niet gecentreerd blijft in het glenoïd en dat de negatieve intra-articulaire druk wegvalt. Er zijn voor de fysiotherapeut een aantal testen die het vermoeden op aanwezigheid van instabiliteit kunnen versterken. Bekend zijn o.a. het Sulcus Sign en de Apprehension test, maar ook de Relocation test wordt door veel collega's gebruikt. Deze laatste test onderzoekt of in rugligging de actieve exorotatie met 90° geabduceerde arm makkelijker en mogelijk pijnvrij plaats kan vinden als d.m.v. manuele druk de humeruskop wat naar achteren wordt getransleerd en daar gehouden wordt tijdens de (actieve) beweging. Indien de testuitslag door deze toevoeging sterk positief kan worden beïnvloed bestaat het vermoeden dat de humeruskop tijdens het bewegen van de arm teveel uit zijn ideale positie in de kom wegglijdt en het voorste kapselbandapparaat prikkelt. Volgens Brian Mulligan, een Nieuw-Zeelandse manueeltherapeut, is dit fenomeen in een behoorlijk aantal gevallen toe te schrijven aan een positional fault of tracking problem i.p.v. aan een passieve instabiliteit van dit gewricht. Hij heeft in zijn concept voor elk gewricht van het lichaam diagnostische en therapeutische technieken ontwikkeld die hier vaak op een adequate manier op in kunnen spelen. Het door hem ontwikkelde concept van Mobilisations with Movement (zie vorige Fysioscoop) lijkt naadloos aan te sluiten bij deze nieuwe manier van het

beoordelen en behandelen van gewrichtsklachten.

Het gegeven, dat een gewricht door het manueel in een andere stand te plaatsen en daar te houden, en vervolgens een beweging te laten uitvoeren blijkt bij het schouder- gewricht bijzonder waardevol. Door een passieve manuele mobilisatie te combineren met een actieve fysiologische beweging kan zowel diagnostisch als therapeutisch waardevolle informatie worden verzameld over het functioneren van het gewricht en de omringende weke delen. Bij de schouder zijn in het verleden de spieren en pezen van de rotatorcuff waarschijnlijk te vaak aangezien als primaire veroorzakers van de pijn in de schouderregio. De pijn en “spierzwakte” die bij het testen van weerstandsbewegingen (exorotatie, endorotatie en abductie) optrad had wellicht veel meer te maken met het fenomeen “inhibitie” (spierzwakte als direct gevolg van pijn bij aanspanning). Door als denkmodel uit te gaan van een positional fault / tracking problem in de schouder kan in veel gevallen met manuele sturing tijdens de therapie een meer optimale verhouding gecreëerd worden tussen de gewrichtsdelen. Vanuit deze situatie is het vaak mogelijk het gewricht op een functionele manier zonder pijn (een ander kenmerk van Mulligan’s MWM’s) te trainen.



Samenvattend is de hierboven beschreven aanpak een goed recept gebleken om een aantal gevallen van vermeende instabiliteit op te lossen.

René Claassen
Peter van Dalen