

Het Inversietrauma & het Mulligan Concept

Het inversieletsel van het bovenste spronggewricht is een veel voorkomende blessure en wordt door vrijwel alle fysiotherapeuten in de praktijk gezien. Het is geen blessure die gereserveerd lijkt voor de topatleet, maar komt onder alle lagen en leeftijden van de bevolking voor.

De meerderheid van de patiënten met dit letsel beschrijft een plotselinge ongecontroleerde inversie beweging van de voet en er wordt aangenomen dat hierdoor vooral het lig. talofibulare anterior wordt beschadigd. Andere vormen van letsel die door dit trauma kunnen ontstaan zijn o.a. avulsie fracturen van de distale tip van de fibula, chondraalletsel (mediaal!) en een dorsale dislocatie van het os cuboideum

Er bestaat, vanuit het verleden, een groot scala aan behandelingen variërend van zelfhulp tot uitgebreide orthopedische screening. Typische fysiotherapeutische behandeling bestond vooral uit fysiotherapeutische applicaties, ijs, taping en training van de actieve stabiliteit en proprioceptie. Sinds de invoering van de NHG – Standaard Enkeldistorsie (1997) en de KNGF - Richtlijn Acut Enkelletsel (1998) is het aantal verwijzingen vooral in de vrijgevestigde praktijk fors teruggelopen. Uit onderzoek bleek dat verreweg het grootste deel van de patiënten met eenvoudige maatregelen goed herstelt en dus wordt hulp/behandeling van de fysiotherapeut door de arts vaak niet meer nodig geacht. Toch rest er een groep (20-40% Ferkel 1992) die blijft klagen over pijnlijke enkels waarbij recidieven frequent optreden.

In dit artikel wordt een nieuwe benadering van het inversietrauma beschreven die is gebaseerd op Mulligan's alternatieve hypothese dat deze enkels mogelijk, als gevolg van het ongevalmechanisme, een positiefout in het bovenste spronggewricht ontwikkelen. Succesvolle behandeling van veel van deze

probleemgevallen zijn, na het uitsluiten van andere pathologie, vaak mogelijk door het toepassen van MWM's (mobilisations with movement) zoals beschreven door Mulligan (1993, 1995). De behandeling is gebaseerd op de klinische hypothese dat tijdens het inversie trauma de trekkracht op het ligament (tfa) indirect op de distale fibula wordt overgebracht. Hierdoor loopt wellicht niet het ligament schade op maar wordt mogelijk de fibula minimaal gesubluxeerd in een antero-caudale richting. Empirisch is gebleken dat deze positiefout, alhoewel men dat misschien zou verwachten, niet palpabel is en ook niet d.m.v. röntgen zichtbaar kan worden gemaakt. Patiënten geven vaak aan dat ze tijdens de zwikbeweging een klik hebben gehoord. Dit zou goed passen in het hiervoor beschreven ongevalmechanisme. De forse bewegingsbeperking die zich na het trauma manifesteert in inversierichting wordt toegeschreven aan het feit dat op die manier het ligament wordt behoed voor eventuele verdere schade. Klinisch bewijs dat er wellicht toch sprake is van een gesubluxeerde distale fibulakop kan worden verkregen door de symptomen en beweging te beoordelen na het corrigeren van de positiefout. Een fors toegenomen, nagenoeg pijnvrije bewegingsuitslag, kan worden verkregen door de distale fibula manueel in postero-craniale richting te transleren en te houden. Indien hier de tegenovergestelde richting zou worden gekozen, met het kennelijke doel de positiefout te benadrukken en het ligament te ontspannen, zal dat een verdere reductie van de beweeglijkheid en een toename van de pijn tot gevolg hebben. Deze reactie is in tegenspraak met de respons die men zou mogen verwachten indien de blessure het gevolg zou zijn van een geïsoleerd ligamenteair letsel!

Deze (onderzoeks)techniek is toe te passen vanaf het (sub)acute stadium,

maar zeker bij klachten met een chronisch karakter verdienen ze (in de toekomst) een plek in het specifiek bewegingsonderzoek.

Casuïstiek

Op de kazerne waar de auteur werkzaam is worden verhoudingsgewijs nog veel inversieletsels door artsen verwezen. Bij het algemeen bewegingsonderzoek bij deze groep patiënten springen vooral de pijnlijke bewegingsbeperking in en inversie in het oog. Tevens valt bij het testen van de actieve stabiliteit op één been vaak het slechte balansgevoel op. Als reden hiervoor wordt vaak de mogelijke schade aan mechano-receptoren opgevoerd.

Als routine worden zij tevens getest op de aanwezigheid van een positie- fout volgens de principes van Mulligan. Indien geïndiceerd, volgt daarop de pijnvrije! behandeling met MWM's die ondersteund wordt met een simpele tapeconstructie.

Behandelingsprotocol

Patiënten waarbij het vermoeden van een positiefout bij onderzoek wordt bevestigd, worden door collega's die bekend zijn met het Mulligan concept bij voorkeur met MWM's behandeld. Indien de zwelling na het acute stadium wat langer aanhoudt kan tijdelijk aanvullend een fysiotechnische applicatie worden gegeven. Voor de eerste behandeling met MWM's neemt de patiënt plaats in langzit op de bank met de voet vrij hangend over de rand. De distale fibula wordt, d.m.v. druk uitgeoefend door de duimuis, manueel in postero-craniale richting getransleerd en gehouden terwijl de patiënt de enkel actief in inversie beweegt. Dit moet volledig pijnvrij mogelijk zijn en een aanzienlijke mobiliteitswinst opleveren. Is de juiste translatie- richting (soms is enig zoeken noodzakelijk) gevonden, dan wordt de beweging 10 x door de patiënt herhaald. Hierna volgt een actieve evaluatie van de beweging zonder tussenkomst van de therapeut.

Drie sets van 10 herhalingen zijn vaak voldoende om in de eerste behandeling een goed objectiveerbare verbetering waar te kunnen nemen.

De behandeling wordt afgesloten met een ondersteunende tapeconstructie die proprioceptief dezelfde prikkel geeft als de manuele correctie. In de ontwikkelingsfase van het concept werd de tape horizontaal rond de enkel aangelegd, maar door de craniale component later ook mee te nemen werden betere resultaten behaald.



Ondanks het feit dat de tape direct over de achillespees loopt zijn complicaties hier niet te verwachten. De tapeset, ontwikkeld voor de Mc Connell behandeling bij knieklachten, is voor bovengenoemde behandeling uitstekend bruikbaar. Het taping kan gedurende ± 2 weken worden toegepast en levert door zijn selectiviteit nauwelijks huidbelasting op voor de patiënt. In volgende behandelsessies wordt telkens begonnen met de eerder beschreven MWM's en kan de techniek worden geïntensiveerd door op het einde van de inversiebeweging een passieve overdruk te geven. Dit laatste kan zowel door de patiënt als door de therapeut geschieden. De positieve effecten, zoals een verbeterde belastbaarheid, worden onmiddellijk omgezet in (belaste) functionele trainingsvormen.

Conclusies

Ervaringen opgedaan met de hierboven beschreven methode kunnen in het werkveld een discussie over de bestaande theorie m.b.t. het te voeren

beleid van het (chronisch) inversieletsel uitlokken. De stelling dat tijdens het inversietrauma een antero-inferieure subluxatie van de distale fibula optreedt is verder onderzoek zeker waard en kan op dit moment al door veel collega's klinisch worden bevestigd. Een, na een inversietrauma, pijnlijk en instabiel aanvoelende enkel zou heel goed het gevolg kunnen zijn van een positiefout van de distale fibula. De vaak spectaculaire resultaten, die als gevolg van deze behandelwijze kunnen worden behaald, zullen in afwachting van een sluitende wetenschappelijke verklaring door zowel patiënt als fysiotherapeut als een mirakel worden ervaren.

R. Claassen & P. van Dalen