

Schouderklachten en het Mulligan Concept

Inleiding

De schouder (gordel) staat de laatste tijd in onze vakliteratuur regelmatig in de belangstelling. Achtereenvolgens zijn er artikelen verschenen van Hans Vuurmans (passief angulair mobiliseren), René de Bruijn (het subacromiale impingement syndroom) en de discussie over het Groninger manipulatieonderzoek. Uit deze publicaties blijkt dat fysiotherapeuten zich inspannen om meer inzicht te krijgen in het (dis)functioneren van dit belangrijke gewricht als onderdeel van de schoudergordel. Elk concept heeft zijn eigen gedachten over de ontstaanswijze van klachten en de behandeling ervan, maar sinds de publicatie van het onderzoek van Andrea de Winter (Fysiopraxis 3-2000) zal ten minste een deel van ons zich kritisch afvragen hoe de door hen in het verleden behaalde resultaten tot stand zijn gekomen. Uit steeds meer onderzoek blijkt dat een schouder, maar natuurlijk ook andere gewrichten, uitstekend kunnen functioneren ondanks op scans en x-foto's aangetoonde anatomische afwijkingen. Dit zal ons uiteindelijk dwingen tot een meer functionele aanpak van schouderproblemen waarbij de biomedische diagnose steeds minder belangrijk wordt en de pijn en disfunctie de leidraad wordt van het te voeren beleid. De aanpak van het Mulligan concept bij schouderklachten past uitstekend in deze nieuwe visie.

In de Fysioscoop van augustus 2000 is reeds eerder aandacht besteed aan het schoudergewricht maar recente ontwikkelingen rechtvaardigen een 2^e artikel over dit onderwerp.

Het basis functieonderzoek van de schouder bij fysiotherapeuten die bekend zijn met het concept wijkt in principe niet af van het normale onderzoek. Als toegevoegde tests geïndiceerd lijken zijn er naast b.v. instabiliteitstesten een aantal nieuwe test-/behandelmogelijkheden die kunnen leiden tot een pijnvrije toename van de bewegingsuitslag. Een indicatie voor het gebruik van deze technieken vormen vooral die patiënten die bij de

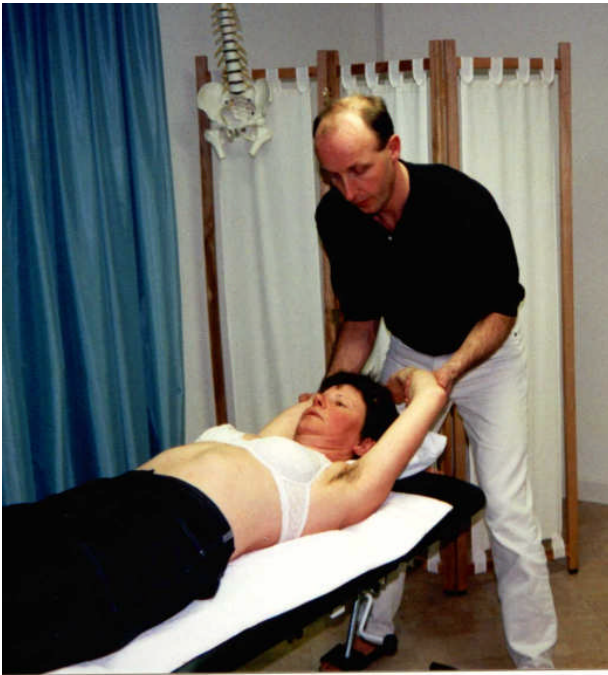
actieve maximale abductie en/of anteflexiebeweging een pijnlijke of stug verende beperking hebben van 10 tot 20 graden.

De meest voor de hand liggende reden van dit probleem lijkt een positiefout op basis van een onvoldoende functionerend rol/glijmechanisme in het glenohumerale gewricht waarover eerder door anderen is gepubliceerd. Deze positiefout is vaak het gevolg van een trauma. Uiteraard kan de oorzaak van de klacht ook gelegen zijn in andere delen van de keten (b.v. CTO, AC gewicht etc.) en dit dient dan te worden uitgezocht en behandeld.

Voor patiënten met een duidelijk impingement lijkt de techniek minder geschikt omdat hierbij het verbeteren van het rol-/glijmechanisme alleen vaak niet genoeg is. Graag verwijzen wij u hiervoor naar het eerder genoemde artikel, waarin beschreven wordt hoe door een mobilisatie met beweging (MWM) de rotator-cuff optimaal en pijnvrij wordt getraind. In veel gevallen zal de impingement klacht hierdoor duidelijk afnemen of verdwijnen

Onderzoek

De patiënt neemt plaats in ruglig op de bank (nadat in stand een beperking in relatie tot de niet aangedane zijde is vastgesteld tussen 160 en 180 graden) en brengt de beide armen actief via een rustig uitgevoerde maximale anteflexiebeweging tot de uiterste bewegingsuitslag. Een groot voordeel is dat in deze positie de scapula door het gewicht van de romp op de tafel wordt gefixeerd.



Figuur 1: onderzoekstechniek schouder

In de nu bereikte eindpositie zal de "aangedane" zijde bijna altijd minder ontspannen en mogelijk zelfs pijnlijk aanvoelen. Tevens zal deze arm vaak een zichtbaar verschil in mobiliteit laten zien t.o.v. de andere arm.

Het Mulligan concept beschouwt deze situatie als een mogelijke positiefout of spgingsprobleem. Om deze hypothese te testen kan de positiefout (caput t.o.v. het glenoïd) op 3 manieren worden "gecorrigeerd" en wel naar posterior, caudaal of door een combinatie van deze twee componenten.

De handvatting van de therapeut bij deze techniek is in principe eenvoudig, maar om de juiste correctie te vinden moet subtiel te werk worden gegaan. Steeds meer blijkt dat de aanpassingen die Mulligan in zijn concept voorstelt alleen succesvol zijn als dit via "fine tuning" tot stand komt. Bedenk dat het corrigeren van de humerus in de verkeerde richting geen problemen oplost maar juist veroorzaakt of verergert.

Het actief uit laten voeren van de beweging door de patiënt en de afwezigheid van de "bekende" pijn zijn veilige indicatoren gebleken bij het uitvoeren van deze techniek.

Het is mogelijk deze techniek als therapeut solitair uit te voeren, maar in een aantal gevallen kan de hulp van een collega

uitkomst brengen. De 1^e therapeut kan zich dan bezighouden met het begeleiden van de humerus naar caudaal, terwijl de 2^e zich richt op de correctieve beweging in posterioere richting.

Techniekbeschrijving

De therapeut neemt plaats aan het hoofdeinde van de bank en omvat het schoudergewricht en de arm van de patiënt op een comfortabele manier. De uitgangspositie van de arm zal kort voor het punt van de aanvang van de pijn liggen, dus ongeveer in 160 graden flexie met eventueel een lichte abductie. Vervolgens kan via passieve manuele druk van de therapeut de positie van het caput in het glenoïd in een van de eerder genoemde richtingen worden geoptimaliseerd en gehouden..



Figuur 1: behandeltechniek met MWM

Deze passieve beweging (accessory movement) dient, zoals altijd in het concept, pijnvrij te zijn. De patiënt wordt vervolgens uitgenodigd zijn arm langzaam actief verder in anteflexie te brengen tot deze ontspannen op de tafel ligt of een positie bereikt die vergelijkbaar is met de niet aangedane zijde.

Het effect van de techniek kan, na een keer of 3 te zijn herhaald, worden beoordeeld door de patiënt de beweging een keer zelfstandig uit te laten voeren. In het algemeen zal de bewegingsuitslag in ruglig zichtbaar zijn toegenomen. In

staande positie zal nu naar verwachting eveneens bewegingswinst waarneembaar zijn. Met de herwonnen mobiliteit kan de patiënt nu zonder zich te forceren gaan trainen op een aantal fitness apparaten (lat-pull / shoulder press), waarbij een full range of motion wordt vereist.

De beschreven mobilisatietechniek kan ook in andere functionele uitgangshoudingen worden uitgevoerd (b.v. in stand of in zit). Hierbij dient dan d.m.v. een tractiegordel de humeruskop juist gepositioneerd te worden.

Conclusie

Het voorwaardenscheppend bezig zijn bij (schouder)klachten is belangrijk om de

patiënt actief en gemotiveerd te kunnen revalideren. Technieken uit het Mulligan concept zijn bij uitstek geschikt om op een pijnvrije manier functieherstel te bewerkstelligen in het schoudergewricht. Het effect kan verklaard worden uit de duurzame optimalisering van het kop/kom contact in combinatie met een betere sturing van het gewricht door de rotator cuff .

Literatuur

Mulligan B.R., "MWMs etc. Wellington 4th edition, 1999.

R. Claassen P. van Dalen