

Het Mulligan Concept: De Cervicale wervelkolom deel 2: SNAG's

De behandelprincipes volgens het Mulligan Concept zijn op dit moment een integrale component van veel fysio- en manueeltherapeuten bij het behandelen van klachten aan de wervelkolom. Voor de Cervicale wervelkolom zijn in de oktoberuitgave van *Fysioscoop* (2002) de behandeltechnieken NAG's en Reverse NAG's voor de Cervicale wervelkolom beschreven. Deze technieken worden gekenmerkt door een passieve oscillerende mobilisatie parallel aan de gewrichtsvlakken van de facetten. Ze worden uitgevoerd bij de zittende patiënt en over het algemeen worden meerdere niveaus in een behandeling gemobiliseerd.

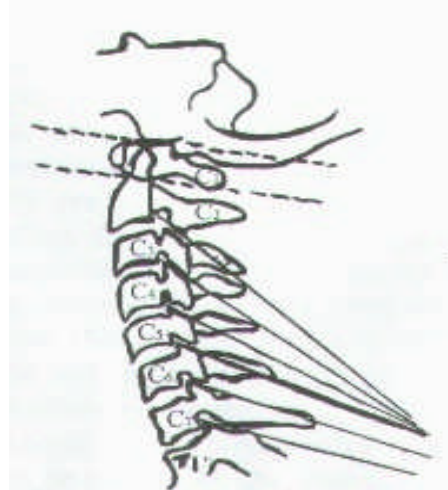
Door René Claassen en Peter van Dalen

SNAG's (sustained natural apophyseal glides) daarentegen zijn specifiek gericht op het optimaliseren van de beweeglijkheid van 1 niet goed 'sporend' bewegingssegment, waarbij één of meerdere facetgewrichten hypothetisch een causale rol spelen. Net als bij alle technieken van Mulligan is het pijnvrij kunnen uitvoeren van de SNAG techniek een voorwaarde om te mogen behandelen. Het gebruik van SNAG's bij het behandelen van klachten aan de wervelkolom (ook thoracaal en lumbaal) zijn in het algemeen het meest effectief als de symptomen optreden tijdens actief en belast bewegen. Er zijn in het bewegingsonderzoek duidelijke aanwijzingen voor een mechanische component, vaak met het kenmerkende patroon van een facetblokkade.

SNAG's

Net als bij MWM's voor de perifere gewrichten wordt tijdens een SNAG, door een subtiele uitwendige manuele druk, een passieve correctie aangebracht in de onderlinge stand tussen 2 wervels. De best werkzame richting wordt door ervaring en trial & error bepaald. In deze nieuwe (pijnvrije) uitgangssituatie wordt de patiënt uitgenodigd de beweging uit te voeren die in het onderzoek pijnlijk en of beperkt was. Bij een juiste indicatiestelling zal de beweging pijnvrij verlopen en kan de techniek enkele malen worden herhaald. De correctieve druk kan centraal gegeven worden via een processus spinosus of direct op het facetgewricht, dus in feite unilateraal. Daarnaast bestaan nog de zgn. positional SNAG's, echter deze worden niet besproken in

dit artikel. De techniekkeuze wordt voornamelijk bepaald door de locatie van de pijn en de richting waarin deze optreedt tijdens de beweging. Bovendien wordt sterk rekening gehouden met de richting waarin het te behandelen facet of segment staat georiënteerd (figuur 1). Wordt hoog cervicaal gesnagt, bijvoorbeeld op C1-C2, dan zal de passief corrigerende druk nagenoeg horizontaal zijn.



Figuur 1: oriëntatie Cervicale facetten

Wordt de techniek op lagere niveaus toegepast, dan is de drukrichting veelal ventro-craniaal. Uiteraard is een en ander ook sterk afhankelijk van de positie van het hoofd (en dus de nek) tijdens de behandeling.

Techniekbeschrijving

Brian Mulligan heeft in zijn lange carrière ondervonden dat een groot deel van de klachten in het Cervicale gebied wordt veroorzaakt door niet goed sporende facetten.

Stel dat een patiënt tijdens extensie van de nek een pijnlijke beperking ervaart centraal ter hoogte van het segment C5. Hypothetisch zou dit het gevolg kunnen zijn van het feit dat in een dergelijke situatie de bij dit segment behorende facetten zich al wat meer in hun eindpositie van extensie bevinden. Als gevolg van deze stand kan tijdens de actieve extensiebeweging een veranderde en onacceptabel hoge lokale druk ontstaan in een of beide facetgewrichten, of eventueel in andere bij het segment C5/6 behorende structuren (discus). Deze situatie zal er in de regel toe leiden dat de patiënt pijn ervaart tijdens het extenderen van de nek. De pijn kan zich lokaal manifesteren, maar ook bij een uitstralende sensatie, eventueel in de schouder of arm, kan een SNAG (centraal of unilateraal) veilig worden uitgeprobeerd. Immers de beweging bij behandeltechnieken uit het Mulligan concept ten allen tijde onder controle van de patiënt en wordt, zonder het optreden van de symptomen, slechts een beperkt aantal malen uitgevoerd. Door te interveniëren in deze situatie met een via de duimen goed gelokaliseerd een cranioventraal gerichte druk (fig. 2) op de processus spinosus van C5 wordt het geleadeerde facet/segment vanuit zijn 'eindstand' passief in een meer neutrale positie gebracht. De daaroverheen gevraagde actieve extensie van de nek, zal nu, indien de onderzoekshypothese juist was, pijnvrij verlopen.



Figuur 2: Handpositie SNAG C5 beginsituatie)
De corrigerende druk dient door de therapeut over het gehele bewegingstraject te worden vastgehouden

Een goede instructie en samenwerking met de patiënt zijn in deze fase essentieel. Indien de gebruikte techniek werkzaam blijkt kan deze een aantal malen worden herhaald om het juiste bewegingsverloop in te slijpen en de beweeglijkheid van het totale segment beter te laten verlopen. De bij de MWM's

onontbeerlijke overpressure (zie eerdere versies van *Fysioscoop*) is in dit voorbeeld niet nodig omdat het eigen gewicht van het hoofd voor voldoende overdruk zorgt. Overpressure wordt cervicaal wel vaak gebruikt bij beperkingen van de rotatie en lateroflexie. SNAG-technieken kunnen op heel veel manieren worden aangepast om in verschillende situaties effectief te behandelen. Indien bijvoorbeeld de rotatie naar rechts beperkt en pijnlijk is op het niveau C2/ C3, kan de druk gegeven worden op het via het onderzoek gelokaliseerde segment (via het linker of rechter facet) en manueel worden bijgestuurd. Bij een rotatieprobleem bestaat tevens de mogelijkheid de patiënt via een eenvoudige huiswerk oefening (self-SNAG) de gewonnen beweeglijkheid thuis te laten onderhouden. Voor deze techniek (fig. 3) is een niet te grote handdoek nodig die om de nek wordt aangelegd over het te behandelen niveau.



Figuur 3: Self-SNAG startpositie niveau C2/3

De handen worden hierbij gekruist zodat de linkerhand via de enigszins schuin verlopende smalle kant van de handdoek het onderste C3-segment relatief fixeert, terwijl het bovenste (C2) deel via een actieve rotatie en passieve tractie via de handdoek wordt gemobiliseerd. In de praktijk kan de therapeut checken of de techniek correct door de patiënt wordt uitgevoerd alvorens hij als huiswerk wordt meegegeven. Tevens kan hij eindgradig een aantal malen, indien dit pijnvrij mogelijk is, wat overpressure geven op de beweging. (fig. 4).



Figuur 4: Eindpositie Self-SNAG + OP

Collega's die vanuit andere concepten veel met passieve 3D bewegingen werken kunnen deze technieken eenvoudig integreren in hun praktijk door de SNAG uit te voeren in een meerdimensionale bewegingsrichting. Uiteraard is de actieve bijdrage van de patiënt aan de beweging wel medebepalend voor het resultaat.

Mogelijke verklaring

Mulligan verklaart het snelle resultaat van deze technieken vooral door de toevoeging van de actieve medewerking van de patiënt. Gewrichten zijn bij ieder mens uniek (er bestaan immers veel anomalieën!), en zo ontworpen dat de vorm van de gewrichtsvlakken, de dikte van het kraakbeen, de oriëntatie van de vezels in kapsels en ligamenten pijnvrij bewegen mogelijk maken. Een normale proprioceptieve feedback vanuit deze structuren, maar ook vanuit de

musculatuur, tijdens het actief bewegen houdt dit systeem in balans. Een verstoring in een of meer van bovengenoemde elementen zou tot een subluxatie en/of sporingprobleem kunnen leiden met pijn, stijfheid of krachtsverlies tot gevolg. Door nu actief pijnvrij bewegen (opnieuw) te faciliteren wordt het CZS (vooral de achterhoorn), dat op het betrokken niveau geïrriteerd is, gebombardeerd met pijnloze afferente informatie. Dit normaliseert de stroom afferente informatie en leidt via terugkoppeling tot een normale efferentie naar de structuren die het gewricht controleren. Hiermee is het doorbreken van de vaak hardnekkige vicieuze cirkel een feit.

Conclusie

SNAG's als behandeltechniek kunnen op elk gewenst spinaal niveau worden toegepast. Ze bieden de mogelijkheid om een (facet)-gewricht dat in zijn beweging wordt beperkt door pijn, maar soms ook door stijfheid, weer op de rails te krijgen. Het niet goed sporen van een gewricht als gevolg van een tracking probleem of positional fault blijft de ongecompliceerde centrale mechanische gedachte achter het concept. De juiste correctie op het gewricht gecombineerd met het actief pijnvrij herhalen van de beweging vormen de belangrijke elementen van deze succesvolle behandelmethode.