

Het Mulligan concept en de tenniselleboog

Inleiding

De vaste lezers van Fysioscoop zijn ondertussen waarschijnlijk al enigszins gewent aan de stukjes over het Mulligan concept. Ook in deze editie wordt voor u weer een onderwerp besproken, namelijk de tenniselleboog ofwel epicondylitis lateralis. Er zijn maar weinig onderwerpen binnen het spectrum van diagnoses aan het bewegingsapparaat die zoveel discussiestof hebben opgeroepen als juist deze. De reden hiervoor is mogelijk dat alles wat fysiotherapie heette erop is uitgeprobeerd. Slechts enkele van deze behandelmethoden konden achteraf de toets der kritiek doorstaan. Hiermee wordt uiteraard niet bedoeld dat de aanpak vaak ineffectief was, maar meer dat de meeste behandelingen slechts (heel) langzaam effect sorteerden. Achteraf werd dan ook vaak door critici de vraag gesteld of de behandeling of het beloop in de tijd de blessure had genezen. Het spontane beloop van dit beeld (het is een self-limiting aandoening) wordt in de literatuur meestal op een half tot twee jaar gesteld. Uiteraard zijn hierop uitzonderingen mogelijk. De huisartsen hebben dit gegeven wederom aangegrepen om in hun NHG-Standaard Epicondylitis (1997) te pleiten voor een terughoudend verwijzingsbeleid. In de standaard staat: "*van geen enkele behandel- methode is aangetoond dat het de duur kan bekorten*" en dat het aanbeveling verdient spontane genezing af te wachten. Gebruikers van de technieken van Brian Mulligan zullen hierover waarschijnlijk een andere mening hebben. Klinisch is gebleken dat patiënten met deze blessure spectaculair snel kunnen verbeteren met behulp van een pijnloze techniek die door Mulligan is ontwikkeld.

Aetiologie

Onder een tenniselleboog verstaat men de aandoening, waarbij pijn wordt gevoeld op

en rondom de laterale humerus epicondyl. Als oorzaak wordt vooral een overmatig en/of verkeerd gebruik van de pols extensoren gezien. Hierdoor valt het in de categorie van de weke delen letsels. Een direct trauma blijkt zelden de oorzaak van deze aandoening. Een tenniselleboog komt vooral voor bij mensen tussen de 30 en 60 jaar. Klinisch manifesteert het beeld zich door drukpijn ter plaatse van de origo van de pols extensoren en aanspannen tegen weerstand (dorsaalflexie en evt. supinatie van de pols) veroorzaakt heftige pijn. De pijn straalt vaak uit in de onderarm (C6/7 gebied) en soms tot in de pols. Het actief en passief bewegings- onderzoek van de elleboog levert over het algemeen geen beperkingen op. Aanhangers van de Cyriax methode onderscheiden 4 typen tennis elleboog. Type II, de origo van de extensor carpi radialis brevis, komt het meest frequent (> 90%) voor. Mulligan maakt bij zijn behandeling geen gebruik van dit gegeven.

Positional Fault ?

Mulligan gaat er ondanks een goede gewrichtsfunctie van uit dat er toch een positional fault in het ellebooggewricht aanwezig kan zijn. Een positional fault kan gezien worden als een hypothetische subluxatie die leidt tot disfunctie van het gewricht en/of de omringende weke delen. Om deze hypothese te testen neemt de patiënt in ruglig plaats op de behandelafel en wordt er proximaal om de ontspannen onderarm een tractiegordel aangelegd



Figuur 1: MWM techniek voor de tenniselleboog

De elleboog is hierbij gestrekt. Door van bovenaf tractie te geven ontstaat in de gewrichtsspleet een laterale translatie van de onderarm ten opzichte van de bovenarm. Om deze kracht zodanig te neutraliseren dat geen gapping optreedt in het gewricht worden de nog vrije handen van de therapeut nu op korte afstand van de tractiegordel op de boven- en onderarm geplaatst. De bovenarm dient zich enigszins in endorotatie ($\pm 45^\circ$) bevinden om een zuiver "laterale" translatie in het gewricht mogelijk te maken. In deze positie wordt de tractie rustig opgebouwd en gehouden. De patiënt wordt nu verzocht die handeling uit te voeren die in het ADL gebruik de klachten provoceert. Dit kan een knijpbeweging van de hand zijn of dorsaal- flexie van de pols tegen weerstand. Voor veel patiënten is het mogelijk om met deze techniek een forse tot maximale kracht te leveren zonder dat zij daarbij worden gehinderd door de bekende pijn. Indien dit het geval is wordt de patiënt aangemoedigd de knijpbeweging 10 maal onder hand- having van de translatiecomponent te herhalen. Indien door de techniek wel een duidelijk betere, maar geen volledig pijnvrije, situatie ontstaat kan de tractierichting vaak subtiel worden gewijzigd. Hierdoor kan vaak alsnog aan de 100% pijnvrij die Mulligan altijd wenst worden voldaan. Na 10 pijnvrije contracties (dit is tegelijkertijd functionele ADL-training!) wordt de patiënt uitgenodigd nu zonder de begeleidende translatie aan de elleboog de pijnlijke beweging zelfstandig uit te voeren. Een forse verbetering is, als aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan, meestal het gevolg. Net als de meeste door Mulligan beschreven MWM's worden per behandeling 3 series van 10 herhalingen uitgevoerd. Bij goed resultaat kan dit aantal

worden opgevoerd tot 5 series. Tevens kan het nodig blijken om in verschillende graden van flexie in de elleboog dezelfde techniek te herhalen. Het resultaat kan met een uiterst simpele huiswerk oefening



Figuur 2: huiswerk MWM voor de tenniselleboog

thuis worden onderhouden en verbeterd. Het pijnvrij en functioneel oefenen werkt hierbij enorm motiverend. Bij een optimaal resultaat kan de patiënt binnen enkele behandelingen grotendeels klachtenvrij zijn. Ook indien men aanwijzingen heeft dat de klachten meer vanuit de Cervicale of thoracale wervelkolom afkomstig zijn, kunnen daar, indien geïndiceerd, Mulligan technieken toegepast worden in combinatie met knijpbewegingen van de hand. Deze combinatie moet dan ook direct leiden tot pijnvrij knijpen en een sterke pijnvermindering na de behandeling.

Discussie

Een behandelresultaat dat op deze manier tot stand komt werpt uiteraard een heel nieuw licht op dit vermeende weke delen letsel. Hoe is het immers mogelijk dat een structuur die kort daarvoor nog erg pijnlijk was door een marginale verandering in het gewricht plotseling krachtig en pijnvrij kan aanspannen? Waarschijnlijk spelen naast mechanische ook neurofysiologische hier een belangrijke rol.

De effectiviteit van MWM's bij de tenniselleboog is een aantal jaren terug in het blad *Manual Therapy*¹ uitstekend

¹ B. Vicenzino and A. Wright, Effects of a novel manipulative physiotherapy technique on tennis elbow: a single case study, *Manual Therapy*, 1995 1 30-35.

beschreven. Het betrof hier (slechts) een single case study, waarbij zowel de pijn- als de functiescore (VAS) bij de patiënt opmerkelijk verbeterden. De aanbeveling van de schrijvers om het onderzoek op met grote aantallen te herhalen is, voor zover bekend, tot op heden nog niet uitgevoerd. Het CFO of CMO (consultatief manueeltherapeutisch onderzoek?) zou, om hiertoe een aanzet te geven, een mooi instrument zijn. Wij dagen elke nieuwsgierig geworden fysiotherapeut in Nederland uit deze techniek eens uit te proberen. Wees hierbij zorgvuldig en doe geen concessies ten aanzien van de pijn! Bij een goed resultaat kan de patiënt gewapend met deze uitkomst, de huisarts verslag doen. Misschien kunnen we zo in de toekomst weer wat van ons "verloren" prestige op dit terrein terugwinnen.

René Claassen
Peter van Dalen
Fysio- manueeltherapeuten