

# Het Mulligan Concept en de grote teen

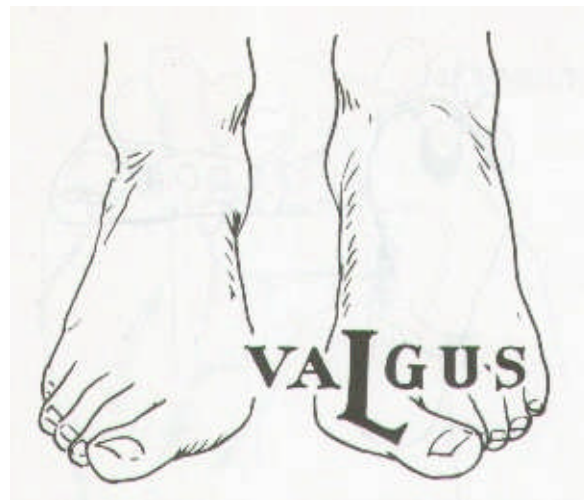
## Inleiding

Fysiotherapeuten worden door de meeste mensen gelukkig nog altijd gezien als specialist op het gebied van het bewegingsapparaat. De meeste patiënten die zich aanmelden in de praktijk komen echter vooral met klachten aan de grote gewrichten en de rug. Problemen aan kleinere onderdelen van het lichaam, zoals de tenen worden in de gemiddelde praktijk nauwelijks gezien. Toch kunnen mensen met pijn in bijvoorbeeld de grote teen behoorlijk gehinderd worden in hun dagelijks leven, werk en sport. Bij functionele klachten verdienen ze derhalve serieuze aandacht. Mogelijk is voor de huisarts een verwijzing naar de podotherapeut of de orthopedische schoenmaker bij voetklachten zelfs een meer voor de hand liggend alternatief. Indien er echter een direct oplosbaar mechanisch probleem aan de klachten ten grondslag ligt kan de fysiotherapeut of manueeltherapeut ook vaak hulp bieden. Het Mulligan concept kent voor de grote teen een aantal aanvullende testen en behandeltechnieken die in dit artikel zullen worden besproken.

## Aetiologie-functie

Bij het gaan is de grote teen van groot belang voor de afzet (toe off) en het evenwicht tijdens de achterste standfase. Om deze functie goed te kunnen uitoefenen wordt in de literatuur beschreven dat het MTP 1 gewricht ten minste een graad of 60 extensie moet kunnen halen. Bij lichamelijk onderzoek wordt echter niet zelden een veel kleinere bewegingsuitslag gemeten. Dit hoeft lang niet altijd tot problemen te leiden, omdat een symmetrische links rechts stijfheid/ beperking in het MTP 1 gewricht in de praktijk vaak in de middenvoet of enkel wordt gecompenseerd. Klachten zien we vooral bij een asymmetrisch beeld met pijn. Pijn tijdens het afwikkelen bij het lopen en tijdens staan zal dan als voornaamste stoornis worden aangegeven.

Bij de inspectie van de voet kan vaak een valgusstand (*figuur 1*) van de grote teen worden waargenomen, maar dat is niet strikt noodzakelijk. Dat onze schoenmode bij het ontstaan van de hallux valgus door alle tijden vaak een rol lijkt te spelen is evident. De klachten treden dan ook statistisch meer op bij vrouwen dan bij mannen, omdat zij de smalle neus om modieuze redenen vaak prefereren boven een brede. De hallux valgus met klachten kent vaak een sluipend begin, maar na een trauma kunnen uiteraard ook acuut problemen optreden.



**Figuur 1: de bekende valgusdeformatie van MTP1**

Hier valt te denken aan een voetballer wiens grote teen hard in aanraking komt met de schoen van de tegenstander. In de grond schoppen of struikelen op blote voeten is anamnestic ook een veelgenoemde oorzaak.

Met het bovenstaande is de *positional fault* (een minieme subluxatie) hypothese van Mulligan wederom op een eenvoudige manier bij (grote) teenklachten te verklaren.

## Onderzoek

Tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek dienen allereerst mogelijke contra-indicaties (o.a. fracturen) te worden uitgesloten. Daarna kan met specifiek gewrichtsonderzoek getracht worden behandelbare aspecten te vinden. Een pijnlijke stijfheid in een bepaalde richting kan bijvoorbeeld met de principes van Kaltenborn worden behandeld. Een praktisch nadeel van Kaltenborn technieken is echter dat de grote teen, in tegenstelling tot andere lichaamsdelen, weinig houvast biedt om op een voor de patiënt acceptabele manier de passieve mobilisaties uit te voeren.

Mulligan heeft voor de grote teen een aantal aantrekkelijke alternatieven ontwikkeld die volgens het Mobilisation with Movement principe (*bij een MWM wordt een passieve translatie of rotatie van het pijnlijke gewricht gecombineerd met een door de patiënt pijnvrije actief uitgevoerde beweging*) kunnen worden uitgevoerd.

Het MTP 1 gewricht wordt als een scharniergewricht gezien en volgens de daarvoor geldende regels onderzocht. Zowel de onderzoeks- als de behandeltechniek moet volledig pijnvrij kunnen worden uitgevoerd.

## Techniekbeschrijving

Positional faults in een scharniergewricht kunnen, indien geïndiceerd, in principe met een mediale, een laterale translatie of een rotatie worden behandeld.

De empirisch meest gebruikte correcties bij het MTP 1 gewricht zijn een mediale translatie en een endorotatie. Deze geven, zo blijkt in de praktijk, mechanisch beide een soort anti-valgus effect aan het MTP1 gewricht. De andere opties blijven theoretisch uiteraard ook mogelijk. De duimen bevinden zich bij de translatie techniek proximaal op de metatarsale 1, de beide wijsvingers distaal op de 1<sup>e</sup> phalanx (figuur 2).



**Figuur 2: beginstand MWM techniek MTP1**

Door met de duimen MT1 te fixeren en met de wijsvingers de proximale phalanx licht naar mediaal te transleren kan een nieuwe pijnvrije stand in het gewricht worden verkregen.

Na het passief manueel aanbrenge van deze correctie wordt van de patiënt gevraagd de teen actief in de pijnlijke richting (meestal extensie) te bewegen. Indien geïndiceerd kan de techniek 10 maal worden herhaald en daarna worden geëvalueerd zonder de manuele correctie. Bij duidelijke functiewinst kan de techniek dan nogmaals 2 series van 10 worden herhaald. Bij MWM technieken aan de grote teen zal de in eerdere artikelen genoemde *overpressure* zeker onderdeel van de behandeling moeten uitmaken. Een correctie met een minieme rotatie kan ook tot goede resultaten leiden. Vooral bij posttraumatisch klachten verdient deze techniek in de praktijk vaak de voorkeur boven de translatie. Zelfs bij reeds op de röntgenfoto zichtbare artrose kan de techniek zonder gevaar voor complicaties worden uitprobeerd. Immers indien de behandeling niet zonder pijn kan worden toegepast is zij gecontraïndiceerd.

De valgusstand van de teen zal, hoewel u dit wellicht zou verwachten, door de behandeling niet zichtbaar veranderen, maar de functionele klachten zullen vaak sterk afnemen of verdwijnen. Voor zowel de translatie- als de rotatietechniek bestaan goede tapetechnieken (*figuur 3+4*) die na het toepassen van MWM's het resultaat kunnen versterken en consolideren.



**Figuur 3: mediale translatietape MTP 1 gewricht**



**Figuur 4: endorotatietape MTP 1 gewricht**

Bijna iedere fysiotherapeut kent vanuit zijn basisopleiding de mogelijkheid van het gebruik van nachtspalen bij een dreigende hallux valgus. Door het statische karakter van deze interventie mag echter op het belast en actief bewegen slechts een gering effect worden verwacht.

## Conclusie

Het grote teengewricht wordt slechts zelden ter behandeling aangeboden. Wellicht doet de gelegenheid een dergelijk probleem te behandelen zich zelfs eerder voor in uw kennissenkring dan in uw praktijk.

Soms zijn in een eerder stadium al zooltjes of andere zaken uitprobeerd, maar het resultaat is niet altijd bevredigend en niemand wil graag naar de chirurg. Veel mensen hebben reeds baat gehad bij het toepassen van MWM's aan hun grote teen. Help daarom ook uw patiënten met MWM's weer op de been.

**René Claassen  
Peter van Dalen**