

³³ New York Public Aids Statute. HIV and AIDS related information - Confidentiality. Ch 584. McKinneys Session Law News of New York: 1132-43. St Paul: West Publishing Company, 1988.

³⁴ Gevers JKM. Het gebruik van afgenomen lichaamsmateriaal in epidemiologisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 173-5.

³⁵ Drijver M, Kok J, Pieters JLL (namens de Geneeskundige Hoofdininspectie van de Volksgezondheid). Bewakingsprogramma Mens & Voeding - revisievoorstel humane deel: tabel 3. Rijswijk: Staatstoelicht op de Volksgezondheid, 1988.

³⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek. Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1986. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.

³⁷ Fehrs LJ, Fleming D, Foster LR, et al. Trial of anonymous versus confidential human immunodeficiency virus testing. Lancet 1988; ii: 379-82.

Aanvaard op 23 januari 1989

Orthomanuele geneeskunde

M. SICKESZ EN E. B. BONGARTZ

INLEIDING

Pijnklachten die segmentaal via een dermatoom verlopen, hebben een radicaire oorsprong. In de orthomanuele geneeskunde krijgt men vaak te maken met reflexverschillen, sensibiliteit- en (of) krachtverlies als de uitstraling in een van de ledematen plaatsvindt. Kennis van de segmentale innervatie is van belang voor het opsporen van de plaats van een eventueel neurogeen letsel. Zeer vaak zijn de door een patiënt geuite klachten echter niet in dit kader te rangschikken en kunnen bij onderzoek ook geen uitvalsverschijnselen vastgesteld worden. Bij afwezigheid van andere oorzaken, zoals capsulaire of tendo-myogene, wordt van een pseudoradicaire pijn gesproken; m.a.w. er bestaat geen consensus over een diagnostisch systeem voor pijnklachten van het bewegingsapparaat. Therapeutisch komt dan een conservatieve aanpak in aanmerking, variërend van rust tot fysiotherapie of van medicatie tot alternatieve, additieve methoden.¹⁻⁴ Er zijn op dit moment vele alternatieve, additieve methoden in omloop.

In dit artikel wordt één empirische methode beschreven, nl. de orthomanuele geneeskunde.⁵ Deze methode is erop gericht door middel van palpatie en inspectie een afwijkende positie van de skeletdelen van het bewegingsapparaat op te sporen en deze met behulp van lokale druk, met wisselende kracht, te corrigeren. Deze afwijkende positie is soms gekoppeld aan een lokale functiestoornis. De afwijkende positie en het hieraan ten grondslag liggende pseudoradicaire klachtenpatroon dient door de manipulatie (mobilisatie) in positieve zin beïnvloed te worden.

DIAGNOSTIEK

Bij de diagnostiek stellen wij als orthomanuele behandelers afwijkingen vast in de onderlinge stand der verschillende wervels door middel van palpatie en inspectie. Daartoe wordt een denkbeeldige lijn getrokken tussen de

vingers van de onderzoeker die op bepaalde plaatsen op het lichaam gezet zijn. Deze plaatsen worden o.a. aan de wervelkolom bepaald door de processus spinosi, de processus transversi, etc. Rekening wordt gehouden met het feit dat aan de wervelkolom de gewrichtsvlakken tussen de verschillende wervels vrijwel alle verschillend in vorm en grootte zijn en hun positie ten opzichte van het assenstelsel zodoende telkens anders is. Kennis daarvan is noodzakelijk.

Welke zijn de standafwijkingen die een wervel in het assenstelsel kan tonen ten opzichte van het naburige, caudaalwaarts gelegen segment? (Tussen haakjes de bij orthomanuele geneeskunde geijkte afkorting.)

1. De wervel kan draaien om de anterior posterior-as (A.P. as). Verondersteld wordt dat deze draaiing zo ver doorgezet wordt door bijv. overbelasting, dat hij in die positie geblokkeerd raakt. Dit geldt voor cervicale, thoracale en lumbale wervels. De wervel kantelt als het ware; hij staat in een lateroflexie(LFP)-positie.

2. De wervel kan naar dorsaal verplaatst zijn, zowel een- als dubbelzijdig en zal dan door de vorm van de gewrichtsvlakken gedwongen worden om ook in de andere twee lichaamsassen iets te draaien. Dit geldt voor cervicale, thoracale en lumbale wervels. De wervel wordt als het ware naar achteren verplaatst en wij noemen dit een achterwaartse verplaatsing; hij staat in een dorso-positie (D.P.).

3. De wervel kan zijwaarts schuiven. Dit kan wederom bij cervicale alsook bij thoracale en lumbale wervels gebeuren. Lumbaal presenteert zich dat bij palpatie anders, door de vorm van gewrichtsvlakken, dan cervicaal en thoracaal. De wervel schuift als het ware naar lateraal; hij staat in een latero-positie (L.P.).

4. De wervel kan enkel- of dubbelzijdig naar ventrocraniaal verplaatst worden. Er vindt dan tevens een rotatie om een longitudinale as plaats, alsook om de anterior posterior-as; dit laatste gebeurt echter alleen bij een eenzijdige verplaatsing. Dubbelzijdige verplaatsingen worden gezien na het zgn. whiplash-trauma: de wervel staat in een ventro-positie (V.P.).

5. De wervel kan draaien om een lengte-as. Wanneer deze as door het wervellichaam loopt, verplaatst het dorsale deel van de wervel, met name de processus

Mw. M. Sickesz, arts voor orthomanuele geneeskunde, 's-Gravenhage. Slotervaartziekenhuis, afd. Neurochirurgie, Louwesweg 6, 1066 EC Amsterdam.

Dr. E. B. Bongartz, neurochirurg en arts voor manuele geneeskunde.

Correspondentie-adres: dr. E. B. Bongartz.

spinosus, zich uit de mediane lijn. De wervel draait; dit is een rotatie-positie (R.P.).

De posities kunnen alleen of in combinatie voorkomen, d.w.z. dat één wervel alle vijf de standafwijkingen gelijktijdig zou kunnen vertonen.

Hoe stelt men deze afwijkingen bij de afzonderlijke delen van de wervelkolom vast?

– Bij de cervicale wervels kan men de processus transversari en de processus spinosi uitstekend palperen en daarmee kan men de stand van de nek-wervels goed bepalen. Het onderzoek geschiedt terwijl de patiënt zit, met afhankelijk hoofd.

– Bij de thoracale wervels geven de ribben een vergroot beeld van de stand van de wervels. Te zamen met de palpatie van de musculatuur aan beide zijden naast de processus spinosus terwijl de patiënt rechtop zit en terwijl de patiënt op de buik ligt, geeft dit voldoende houvast voor het bepalen van standafwijkingen.

– Bij de lumbale wervels geschiedt de diagnostiek grotendeels terwijl de patiënt op de buik ligt. De stand van de individuele processus spinosus wordt bekeken en tevens wordt de stand ten opzichte van de onderliggende wervel bepaald, alsook de stand van de palperende duimen, gedrukt in het weefsel lateraal van de M. erector trunci.

– Additioneel wordt de stand van de wervels ten opzichte van elkaar bekeken terwijl de patiënt op de zij ligt, met het bekken op een kussen. Een goed functionerende rug moet dan een bepaalde curve laten zien. De bovenvermelde standafwijkingen kunnen zo gevonden worden.

Bij de diagnostiek van de standafwijkingen van de wervelkolom speelt het bekken een belangrijke rol. Aan het bekken kunnen drie afwijkingen vastgesteld worden, nl.:

a. het scheve sacrum, ten opzichte van een verticale lijn;

b. het gewrongen bekken zonder fixatie van de sacroiliacale (SI-)gewrichten en

c. het gewrongen bekken met fixatie van een of twee SI-gewrichten.

Ad a. Men stelt het scheve sacrum vast door de patiënt op de buik te leggen, eventueel met een kussen onder de buik als de patiënt zich onvoldoende ontspant. Vervolgens gaat men aan het hoofdeinde staan en legt beide wijsvingers links en rechts op de craniale kant van het sacrum naast de processus articularis superior en drukt de vingers naar caudaal. Wanneer één vinger verder naar caudaal staat, dan zit het sacrum scheef geklemd tussen de beide bekkenhelften. Ook als de patiënt zit is dit vaak reeds duidelijk zichtbaar. Deze afwijking kan ontstaan door een asymmetrische verticale kracht, zoals bij:

- een val op het zitvlak;
- zittend op de trap afglijden;
- expressie durante partu.

Ad b. Een gewrongen bekken is een bekken waarbij één of beide ossa ilii in ruststand geroteerd staan in het SI-gewricht, waardoor één van beide cristae iliacae meer craniaal staat dan het andere. Men constateert dit bij de zittende patiënt door de vingers links en rechts zuiver lateraal op de cristae te leggen.

Bij het gewrongen bekken zonder fixatie van de

SI-gewrichten controleert men de functie van het SI-gewricht als volgt: men gaat zitten achter de staande patiënt en legt de rechterduim op het sacrum naast de spina iliaca posterior superior aan de linkerzijde. In gedachten wordt een lijn getrokken naar de linker trochanter major en men zet de linkerduim 2 cm verwijderd van de rechterduim op deze lijn. Daarna laat men de patiënt de linker knie heffen tot aan de buik; hierbij mogen de handen behulpzaam zijn. Tijdens het laatste deel van het knieheffen moet de linkerduim een halfcirkelvormige beweging maken en boven de rechterduim uitkomen. Gebeurt dit, dan is de functie goed. Dit onderzoek geldt voor het linker SI-gewricht. Voor het rechter SI-gewricht dient de 'handzetting' omgekeerd symmetrisch plaats te vinden.

De oorzaak van het gewrongen bekken kan o.a. gevonden worden in standafwijkingen van de onderste lendewervels en in functie- of standafwijkingen van het heupgewricht. Ook een gefixeerde symfyse, die als syndesmose toch enige beweeglijkheid dient te tonen, kan de oorzaak zijn van een gewrongen bekken.

Ad c. Wanneer bij het functie-onderzoek van de SI-gewrichten bij een gewrongen bekken geen beweging in het SI-gewricht beiderzijds wordt waargenomen, bestaat bijna altijd een vrij aanzienlijk (schijnbaar) beenlengteverschil. Dit verschil is dus niet reëel omdat het berust op het feit dat het onderzoek naar de bepaling van de hoogte van beide cristae in stand niet in zittende positie herhaald wordt. Blijkt bij herhaling van dit onderzoek in zittende houding dat er nog steeds een bekkenscheefstand aanwezig is, dan is dus sprake van een 'schijnbaar' beenlengteverschil.

Het gewrongen bekken ten gevolge van beiderzijdse SI-gewrichtblokkering wordt veroorzaakt door fixatie van het ene os ilium naar ventraal, waardoor het acetabulum naar caudaal komt te staan; het andere os ilium is dan gefixeerd naar dorsaal waardoor het acetabulum meer naar craniaal komt te staan. Maakt men deze fixaties los, dan is de wringing meestal voor een belangrijk deel opgeheven. Wanneer men daarna, terwijl de patiënt zit, de vingers op de cristae legt, beiderzijds tegen de M. erector trunci, dan blijkt vaak dat één vinger nog steeds hoger staat dan de ander; men heeft dan te maken met een bekkenscheefstand, waarbij één van de ossa ilii naar craniaal of caudaal is verschoven.

Langdurig bestaande bekkenscheefstand wordt door de wervelkolom opgevangen door de wervels om de lengte-as te laten draaien en wel afwisselend links en rechts achterwaarts tot en met C.5. Deze torsies vormen een vast patroon met vaste keerpunten. Deze vaste patronen worden 'formules' genoemd. Een formule kan men zien indien men iemand met een anatomisch niet-afwijkende rug met een voet op een circa 2 cm dikke verhoging zet en hem met gestrekte knieën laat staan. Eén van de formules – er zijn er vier – zal zich dan vormen. Na het wegnemen van het voorwerp wordt alles weer normaal. De formules zijn derhalve fysiologische aanpassingen, die afwijkingen kunnen worden indien ze gefixeerd raken omdat de bekkenscheefstand permanent wordt. Na correctie van de bekkenscheefstand verdwijnt

nen de formules niet, tenzij men ze adequaat behandelt. Deze behandeling, manipulaties, heeft een vaste, wetmatige volgorde. De formules worden in vijf behandelingen gecorrigeerd.

De oorzaak van de bekkenscheefstand is een te zware belasting van het sacrum met tegendruk in een van de acetabula; dit geschiedt bij het zijwaarts 'vertillen' of bij een val op een der zitbeenderen.

De standafwijkingen van de afzonderlijke wervels worden grotendeels overdekt door de formules. Pas na ca. drie behandelingen kan men alle aanwezige extra afwijkingen van de wervels afzonderlijk beoordelen en behandelen.

KLACHTEN EN VERSCHIJNSELEN

De vermelde standafwijkingen van de wervels, vaak gekoppeld aan functiestoornissen, veroorzaken vaak klachten 'op afstand'. De klachten zijn gelegen in het dermatoom, viscerotoom of myotoom. Zo is het mogelijk dat pijnklachten in het been waarbij de uitslagen van de neurologische radicaire-compressieproeven negatief zijn, veroorzaakt worden door laag-lumbale afwijkingen in manueel geneeskundige zin. Hetzelfde geldt natuurlijk voor de cervico-brachialgie en voor duizeligheid en hoofdpijnen van verschillende origine.⁶ Met betrekking tot de viscerotomen zij vermeld dat vaak een samenhang wordt gevonden tussen diffuse cardiale klachten en afwijkingen van het midthoracale gedeelte van de wervelkolom. Ook bij de onduidelijke buikklachten wordt vaak een samenhang gezien met afwijkingen van de lumbale wervelkolom. Er is dus ook sprake van een therapeutische benadering van vegetatieve klachten die niet vastgesteld kunnen worden aan de hand van instrumentele diagnostiek en die gevoelig zijn voor de wervelkolommanipulatie.⁷

THERAPIE

De behandeling bestaat in het algemeen uit een lichte druk in de tegengestelde richting van de standafwijking, waardoor de wervel zijn normale stand in het assenstelsel weer inneemt. Daarvoor is meestal een aantal gecombineerde handelingen noodzakelijk. Empirisch is gebleken dat de wervelkolom vaste wetmatigheden kent. Deze wetten houden onder meer in dat:

- elke wervel apart behandeld moet worden;
- elke standafwijking apart behandeld moet worden en
- er een bepaalde volgorde is in de behandeling van deze standafwijkingen.

Deze lokale en gerichte druk wordt uitgeoefend op processus transversus of processus spinosus, waarbij de aangrenzende segmenten gerelaxeerd dan wel in een eventuele torsie gefixeerd dienen te worden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van kussens van verschillende hoogten.

De auteurs betuigen hun dank aan collega E. Keizer, arts voor orthomanele geneeskunde te Lelystad, voor zijn waardevolle opmerkingen.

LITERATUUR

- ¹ Cyriax F. Textbook of orthopaedic medicine. Vol I, II. London: Baillière Tindall, 1980.
- ² Lewit K. Manuele therapie. Deel 1 en 2. Lochem: De Tijdstroom, 1979.
- ³ Niboyet JEN. La pratique de la médecine manuelle. Saint-Ruffine: Maisonneuve, 1968.
- ⁴ Williams PC. The lumbosacral spine. New York: McGraw-Hill, 1965.
- ⁵ Sikesz M. Orthomanipulatie. Alphen a.d. Rijn: Stafleu, 1981.
- ⁶ Biesinger E. Diagnosis and therapy of vertebrogenic vertigo. Laryngol Rhinol Otol (Stuttg) 1987; 66: 32-6.
- ⁷ Kunert W. Wirbelsäule, vegetatives Nervensystem und innere Medizin. Stuttgart: Enke Verlag, 1978.

Aanvaard op 29 september 1988

Voor de praktijk

Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde: zwelling in de axilla tijdens zwangerschap en kraambed

B. BLACKSTONE EN C. T. FELDMANN

INLEIDING

Een 31-jarige vrouw merkte in de vijfde maand van haar eerste zwangerschap in beide oksels een kleine zwelling op. De zwellingen groeiden geleidelijk tot 36 uur post partum. Op dat moment kwam de lactatie op gang. Nu vergrootten de axillaire zwellingen zich sterk. In beide oksels was een weke, niet-pijnlijke, ronde zwelling aanwezig met een diameter van ca. 5 centimeter. De zwelling

hadden geen tepel of tepelhof. Bovendien had patiënte een extra tepel onder haar rechter borst, die in de zwangerschap geen veranderingen had ondergaan.¹

Met deze korte ziektegeschiedenis willen wij uw aandacht vragen voor axillaire polymastie (mamma aberrata axillaris), een vorm van polymastie. Polymastie is het voorkomen van overtollig borstklierweefsel met of zonder tepel en (of) tepelhof. De aandoening berust op een embryonale ontwikkelingsstoornis.² Polymastie kan worden ingedeeld naar gelang de aan- of afwezigheid van de drie componenten van een borstklier, te weten mammaparenchym, tepel en tepelhof, of de verschillende

Rijksuniversiteit, faculteit der Geneeskunde, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Postbus 9605, 2300 RC Leiden.
Mw. B. Blackstone, basisarts; mw. C. T. Feldmann, huisarts.
Correspondentie-adres: mw. C. T. Feldmann.