

CASUS

BLOK 1.2

Auteurs:

Lara Bormann

Miriam Müsgens

Debby Schouten



Mede mogelijk gemaakt door:

Alex Eurelings, Raymond Swinkels

Copyright © Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Zuyd te Heerlen.

VOORWOORD

Het doel van deze casus is het bevorderen van klinisch redeneren. Het klinisch redeneren kan hier middels een praktijkgerichte casus geoefend worden.

Deze casus is gericht op eerstejaars fysiotherapie studenten. Het bevat de thematiek van blok 1.2. Deze casus is gericht op een heupproblematiek.

De casus is zodanig opgebouwd, dat de student eerst moet overleggen welke informatie hij nodig heeft. Aan de ene kant informatie wat het theoretische gedeelte betreft (pathologie, anatomie enz.) en aan de andere kant informatie van deze patiënt.

Deze informatie kan aan de hand van antwoordbladen, behorend bij de casus, worden verkregen. Dit dient tevens om te kunnen beoordelen in hoeverre de student op de juiste weg is met het klinisch redeneren.

Voordat de student gaat beginnen moet duidelijk zijn welke doelen deze casus heeft:

Leerdoelen

- De student heeft kennis over de anatomie en biomechanica van het heupgewricht.
- De student heeft kennis over de pathologie van het heupgewricht.
- De student is in staat om gerichte anamnesevragen met betrekking tot het heupgewricht te formuleren.
- De student is in staat om op basis van de gegevens uit de anamnese hypothesen op te stellen.
- De student kan aan hand van de hypothesen een gericht onderzoek uitvoeren.
- De student is in staat om, na het onderzoek, de hypothesen te reflecteren
- De student is in staat om de anamnese- en onderzoeksgegevens zodanig te interpreteren en te gebruiken dat hij een fysiotherapeutische diagnose volgens het ICF op kan stellen.
- De student is in staat om uit de onderzoeksgegevens een gericht behandelplan op te stellen. Hierbij is de student in staat om met de persoonlijke context van de patiënt rekening te houden.

VERWIJZING

Mevrouw Smeets

Leeftijd: 52 jaar

Medische diagnose: Degeneratieve afwijkingen rechter heup

Mevrouw Smeets:

Ik heb al ongeveer twee jaar last van mijn rechter heup. Sinds een half jaar treden de klachten meer op de voorgrond. Ik heb pijn in mijn rechter lies die soms uitstraalt naar mijn rechter bovenbeen tot aan de knie. Mijn bewegingen zijn niet meer zo soepel als voorheen, dit is vervelend tijdens de danslessen.

Reflectie na de verwijzing:

- 1.1 Kun je bij de klachten die mevrouw beschrijft hypothesen opstellen? Welke structuren kunnen aangedaan zijn?
- 1.2 Bedenk na het lezen van de verwijzing en het verhaal van mevrouw Smeets enkele gerichte anamnesevragen.

ANAMNESE

Mevr. Smeets heeft pijn in haar rechter lies. Soms straalt de pijn uit in de ventrale zijde, ongeveer tot aan de knie. Ze voelt ook pijn rond haar rechter heup. Verder heeft mevr. het gevoel dat haar rechter been niet meer zo soepel beweegt als voorheen. Als ze fietst of een trap op- en afloopt heeft ze pijn. Ook is het niet prettig om op haar rechter zij te liggen. Vaak heeft ze last van ochtendstijfheid en als ze even heeft gerust, bijvoorbeeld na het zitten op de bank. Er is geen trauma in de geschiedenis waardoor de klachten eventueel ontstaan zijn. De klachten zijn al twee jaar aanwezig. In deze tijd zijn de klachten ongeveer hetzelfde gebleven. Echter in de laatste twee maanden zijn de klachten steeds erger geworden. Normaal consulteert mevr. Smeets zelden een arts en wacht liever af of de klachten vanzelf verdwijnen, maar deze keer was dit niet het geval. Mevr. weet niet hoe de klachten zijn ontstaan. Ze gebruikt geen medicatie tegen de pijnklachten. In rust is de pijn niet aanwezig, dus vindt ze het onzin om de hele tijd medicijnen te slikken. Een gezonde leefstijl is heel belangrijk voor haar.

De pijn treedt vooral op als mevr. een berg omhoog moet fietsen of bij tegenwind. Bij het dansen heeft ze vooral veel moeite bij het maken van een grand-plié*, dit gaat ook minder soepel als voorheen. Bij het trapaflopen treedt meer pijn op dan bij het trapoplopen. Dat het fietsen pijn doet is erg vervelend voor mevr., want ze houdt erg van fietsen. Ze is actief lid van een fietsclub. Ook gaat zij altijd op de fiets naar haar werk. Mevr. heeft een eigen dansschool waar ze nog met veel plezier zelf les geeft. Vroeger heeft ze professioneel gedanst bij het Nationaal Ballet en in verschillende grote ballet-producties zoals het Zwanenmeer en de Notenkraker. Een half jaar geleden is ze minder lessen gaan geven. Ze wil genieten van haar oude dag en meer tijd met haar man doorbrengen. Tot haar verbazing zijn de klachten sinds die tijd toegenomen. Ze merkt vooral dat ze tijdens het begin last heeft van wat stijfheid en pijn in haar rechter been. Tijdens de les neemt de stijfheid af maar de pijn blijft constant. Mevr. maakt zich zorgen over haar klachten, want ze verkeerde altijd in een goede gezondheid. Ook zijn er geen erfelijke aandoeningen in de familie bekend. Mevr. woont samen met haar man in een flat op de 3^{de} verdieping, in deze flat is geen lift aanwezig. Zij moet dus enkele trappen op om haar woning te bereiken. Daar heeft ze steeds meer moeite mee. Mevr. wil graag weer pijnvrij enkele lessen kunnen geven, kunnen fietsen met haar fietsclub en de trappen in haar flatgebouw oplopen. Ze is heel gemotiveerd omdat dansen nog steeds haar grote passie is.

* Grand-Plié: Beweging uit het ballet. Diep door de knieën gaan, met de voeten in exorotatie. De hakken alleen maar zoveel heffen als nodig.

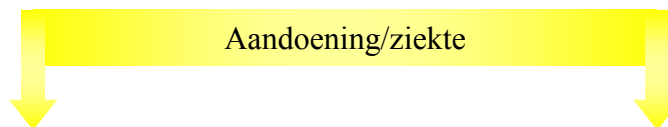
Reflectie na de anamnese:

- 2.1 Welke meerwaarde heeft het invullen van een RPS-formulier? Welke informatie uit de anamnese is relevant om in het formulier in te vullen?
- 2.2 Kunnen na de anamnese hypothesen uitgesloten worden en zo ja, welke en waarom?
- 2.3 Welke meetinstrumenten kunnen hier gebruikt worden en waarom?
- 2.4 Hoe ga je verder met het onderzoek? Welke onderzoeken ga je uitvoeren en wat zijn de redenen daarvoor?

RPS-formulier 1

Naam: Mevr. Smeets

Leeftijd: 52 jaar



volgens
patiënt

pijn rond de rechter heup en lies met uitstraling in
het bovenbeen,

stijfheid, bewegingen gaan niet meer zo soepel als
voorheen

functies en anatomische eigenschappen

volgens
therapeut

dansen, fietsen, traplopen

moeite met het uitvoeren van haar werk
(het geven van danslessen)

gaat niet meer vaak naar de fietsclub met
haar vrienden en haar man

activiteiten

participatie



persoonlijke factoren



omgevingsfactoren

volgens
therapeut

ze is heel gemotiveerd

ONDERZOEK

Meetinstrumenten:

VAS-Score: ¹

VAS / NUMERIC RATING SCALE

Freyd (1923)

Naam: *Mevr. Smeets*

Geb. dat.: *27-06-1957*

Datum van afname: *13-04-2010*

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)?

Geen pijn 1 2 3 4 **(5)** 6 7 8 9 10 Ergste pijn voorstelbaar

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)?

Geen pijn 1 2 3 4 5 6 7 **(8)** 9 10 Ergste pijn voorstelbaar

Onderzoek

Algofunctional Index Artrose Heup: ¹

ALGOFUNCTIONAL INDEX ARTROSE HEUP

M. Lequesne (1987)

Naam: <u>Mevr. Smeets</u>	Geb. dat.: <u>29-06-1957</u>
Datum: <u>13-04-2010</u>	Totaalscore: <u>7</u>

Pijn of onbehagen

Tijdens nachtelijke bedrust:

- niet of niet significant 0
- alleen bij bewegen of in een bepaalde positie ①
- in rust 2

Ochtendstijfheid

- 1 minuut of minder 0
- meer dan 1 minuut maar minder dan 15 minuten ①
- 15 minuten of meer 2

Na 30 minuten staan

Score: 0=nee, 1=ja

0-1 1

Met lopen:

- niet 0
- alleen na lopen van enige afstand ①
- snel na starten van het lopen en toenemend na enige tijd lopen 2
- na straten van het lopen, niet toenemend 1

Na lange tijd zitten (2 uur)

Score: 0=nee, 1=ja

0-1 N.V.T.

Maximaal te lopen afstand (mag met pijn lopen)

- Onbeperkt 0
- Meer dan 1 km, maar beperkt ①
- Ongeveer 1 km (in ongeveer 15 min) 2
- Tussen 500-900 m (in ongeveer 8-15 minuten) 3
- Tussen 300-500 m 4
- Tussen 100-300 m 5
- Minder dan 100 m 6

Lopen met één stok of kruk

1

Lopen met twee stokken of krukken

2

Activiteiten dagelijks leven

Score: 0=zonder problemen, 0.5= met enige problemen.

1=met matige problemen, 1.5=met veel problemen, 2=niet in staat

- Sokken aantrekken door vooroverbuigen 0-2 0
- Een voorwerp oppakken van de vloer 0-2 0
- Een normale trap op- en aflopen 0-2 1.5
- In- en uit de auto kunnen stappen 0-2 0.5

Naam: Mare. Smets

Datum: 13-01-2010

PSK scoreformulier

Selecteer de 3 belangrijkste activiteiten (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1. Werk

2. Fietsen

3. traplopen

Extra:

Invulvoorbeeld

Activiteit: wandelen

Scoort u 0, dan kost het wandelen u **geen enkele moeite**

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Scoort u 10, dan is het wandelen **onmogelijk** voor u

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Score van de eerste 3 activiteiten

Activiteit 1: Werk

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Activiteit 2: Fietsen

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Activiteit 3: traplopen

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk

Kwaliteit van leven vragenlijst (RAND 36): ²

Toelichting

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd.

Wilt U elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer U twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

uitstekend	☐
zeer goed	☐
goed	☒
matig	☐
slecht	☐

2. *In vergelijking* met een jaar geleden, hoe zou u *nu* uw gezondheid in het algemeen beoordelen?

Veel beter dan een jaar geleden	☐
Iets beter dan een jaar geleden	☐
Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden	☐
Iets slechter dan een jaar geleden	☒
Veel slechter dan een jaar geleden	☐

3. De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden.

Wordt u door uw gezondheid *op dit moment* beperkt bij deze bezigheden?

Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
a. Forse inspanning zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	☒	☐	☐
b. Matige inspanning	☒	☐	☐

zoals het verplaatsen van een
tafel, stofzuigen, fietsen

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. Tillen of boodschappen dragen | ☐ | X | ☐ |
| d. Een paar trappen oplopen | X | ☐ | ☐ |
| e. Eén trap oplopen | X | ☐ | ☐ |
| f. Buigen knielen of bukken | X | ☐ | ☐ |
| g. Meer dan een kilometer lopen | ☐ | X | ☐ |
| h. Een half kilometer lopen | ☐ | X | ☐ |
| i. Honderd meter lopen | ☐ | ☐ | X |
| j. Uzelf wassen of aankleden | ☐ | ☐ | X |

4. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- | | ja | nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | ☐ | X |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen | X | ☐ |
| c. U was beperkt in het <i>soort</i> werk of het soort bezigheden | X | ☐ |
| d. U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning) | X | ☐ |

5. Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- | | ja | nee |
|--|--------------------------|----------|
| a. U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | ☐ | X |
| b. U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen | ☐ | X |
| c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | ☐ | X |

6. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben van emotionele problemen u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

helemaal niet	☐
enigszins	☒
nogal	☐
veel	☐
heel erg veel	☐

7. Hoeveel pijn had u *de afgelopen 4 weken*?

geen	☐
heel licht	☐
licht	☐
nogal	☒
ernstig	☐
heel ernstig	☐

8. In welke mate heeft pijn u *de afgelopen vier weken* belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

helemaal niet	☐
een klein beetje	☐
nogal	☒
veel	☐
heel erg veel	☐

9. Deze vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft gevoeld. Wilt U bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe U zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende *de afgelopen 4 weken*:

	voortdurend	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a. voelde u zich levenslustig?	☐	☐	☒	☐	☐	☐
b. voelde u zich erg zenuwachtig?	☐	☐	☐	☐	☒	☐

c. zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	☐	☐	☐	☐	☐	☒
d. voelde u zich kalm en rustig?	☐	☐	☒	☐	☐	☐
e. voelde u zich erg energiek?	☐	☒	☐	☐	☐	☐
f. voelde u zich neerslachtig en somber?	☐	☐	☐	☐	☐	☒
g. voelde u zich uitgeblust?	☐	☐	☐	☐	☐	☒
h. voelde u zich gelukkig?	☐	☒	☐	☐	☐	☐
i. voelde u zich moe?	☐	☐	☐	☒	☐	☐

10. *Hoe vaak* hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen *gedurende de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

voordurend	☐
meestal	☐
soms	☐
zelden	☒
nooit	☐

11. Wilt U het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elke van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

	volkomen juist	grotendeel s juist	weet ik niet	grotendeel s onjuist	volkomen onjuist
a. Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen.	☐	☐	☐	☒	☐
b. Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken.	☐	☒	☐	☐	☐
c. Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal	☐	☐	☒	☐	☐

gaan.

- d. Mijn gezondheid is ☐ **X** ☐ ☐ ☐
- uitstekend.

Tabel 1: Score Mevr. Smeets Rand-36³

	Mevr. Smeets
fysiek functioneren	35/100
sociaal functioneren	75/100
rolbeperkingen (fysiek probleem)	25/100
rolbeperkingen (emotioneel probleem)	100/100
mentale gezondheid	84/100
vitaliteit	50/100
pijn	44,9/100
algemene gezondheidsbeleving	65/100
gezondheidsverandering	25/100

Inspectie in rust:**Dorsaal:**

- Exorotatiestand voeten
- Rechter bekkenhelft staat iets hoger dan de linker
- Luchtfiguur tussen arm en romp links kleiner dan rechts

Lateraal :

- Hyperextensie knieën
- Lichte hyperlordose lumbaal
- Afgevlakte kyfose thoracaal
- Schouders staan in retractie
- Spiercontour re bovenbeen en bilregio minder geprononceerd dan links

Ventraal:

- Exorotatie voeten
- Exorotatie knieën
- Exorotatie heupen
- Luchtfiguur tussen arm en romp links kleiner dan rechts
- Rechter bekkenhelft staat hoger dan de linker

In het geheel lijkt mevr. Smeets een gezonde vrouw. Haar lichaam is getraind en goed verzorgd. Geen teken van over- of ondergewicht. Er zijn geen tekenen van roodheid of zwelling rond de gewrichten.

Inspectie in gaan: ¹

Naam: Merve Smeels

Geb.datum: 27-06-1957 Datum: 13-04-2010

Ganganalyselijst Nijmegen

Afgenomen door:

Aangedane zijde: links (.....) rechts (.....)

Stapfrequentie: stappen/minuut

	Item	Vraag		STANDFASE			ZWAAIFASE		Prioriteit
				Vroeg	Midden	Laat	Vroeg	Laat	
Alg.	1.	Is er een verkorte standfase?	Links		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>
			Rechts		<u>ja</u> / nee				<u>ja</u> / nee
Romp	2	Valt de romp duidelijk voor de heupen?				<u>ja</u> / nee			<u>ja</u> / nee
	3	Valt de romp duidelijk achter de heupen				ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
	4	Is er een lateroflexie	Links		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>
			Rechts		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>
	5	Is er te weinig armzwaai?	Links			ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
			Rechts			ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
Bekken	6	Is er teveel achterwaartse rotatie?	Links			ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
			Rechts			<u>ja</u> / nee			<u>ja</u> / nee
Heup	7	Is er te weinig extensie?	Links			ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
			Rechts			<u>ja</u> / nee			<u>ja</u> / nee
Knie	8	Is er te weinig extensie?	Links				ja / <u>nee</u>		ja / <u>nee</u>
			Rechts				ja / <u>nee</u>		ja / <u>nee</u>
	9	Ontbreekt de flexiebeweging?	Links	ja / <u>nee</u>					ja / <u>nee</u>
			Rechts	ja / <u>nee</u>					ja / <u>nee</u>
	10	Is er te weinig flexie?	Links	ja / <u>nee</u>					ja / <u>nee</u>
			Rechts	ja / <u>nee</u>					ja / <u>nee</u>
	11	Is er te weinig extensie?	Links		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>
			Rechts		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>
Enkel	12	Is er te weinig plantaire flexie?	Links			ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
			Rechts			ja / <u>nee</u>			ja / <u>nee</u>
	13	Is er te weinig dorsale flexie?	Links		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>
			Rechts		ja / <u>nee</u>				ja / <u>nee</u>

Toelichting

- Omcirkel een (ja) bij het desbetreffende item indien het afwijkend fenomeen wordt waargenomen.
- Omcirkel een (nee) bij het betreffende item indien het afwijkend fenomeen afwezig is.
- In de kolom 'Prioriteit' wordt een (ja) omcirkeld indien verandering van het vastgestelde fenomeen door middel van looptraining voor dat onderdeel van het looppatroon absoluut noodzakelijk wordt geacht.
- In de kolom 'Prioriteit' wordt een (nee) omcirkeld indien het verbeteren van dit fenomeen van minder belang wordt gevonden bij de te geven looptraining.
- De beperkte dorsale flexie zou met name te zien moeten zijn in het middendeel van de standfase. Een beperkte dorsale flexie kan leiden tot een verkorte zwaai fase contralateraal.

Palpatie: ⁴

Trochantor regio: niet pijnlijk
 Lies: aanhechting van m. iliopsoas en adductoren licht gevoelig rechts
 Adductoren: hypertoon en drukgevoelig rechts
 Bilregio: hypertoon en drukgevoelig rechts
 Bovenbeenspieren: hypertoon

Functietesten: ⁴

Staan op een been: op het rechter been mogelijk, maar pijnlijk in de heup
 Gaan zitten: g.b.
 Uit de stoel opstaan: pijnlijk in de heup rechts
 Iets oppakken van de grond: steunt op het linker been, maar lukt haar zonder pijn
 Grand plié: pijnlijk rechts in de heup
 Schoenen aantrekken: pijnlijk rechts in de heup
 Trapaflopen: pijnlijk rechts in de heup
 Trapoplopen: gevoelig rechts in de heup

Passief onderzoek heup: ⁴

Beweging	ROM li	Pijn/ Eindgevoel li	ROM re	Pijn/ Eindgevoel re
Endorotatie	50°	g.b. / elastisch	35°	pijnlijk rond het gewricht / verhard
Flexie	120°	g.b./ elastisch	110°	pijnlijk rond het gewricht en de lies/ verhard
Abductie	50°	g.b./ elastisch	40°	pijnlijk/ verhard
Extensie	-15°	g.b./ elastisch	-5°	g.b./ elastisch
Adductie	25°	g.b./ elastisch	25°	g.b./ elastisch
Exorotatie	70°	g.b./ elastisch	70°	g.b./ elastisch

Tractie heup: pijnverlichtend

Weerstandstests: ⁴

Beweging	li isometrisch	li isotonisch (Pareseschema)	re isometrisch	re isotonisch (Pareseschema)
Flexie	g.b.	5	pijnlijk in het gewricht	4
Extensie	g.b.	5	g.b.	4
Abductie	g.b.	5	pijnlijk in het gewricht	4
Adductie	g.b.	5	g.b.	5
Endorotatie	g.b.	5	pijnlijk in het gewricht	5
Exorotatie	g.b.	5	g.b.	5

Spierlengte: ⁴

M. iliopsoas:	verkort re
M. semitendinosus:	g.b.
M. semimembranosus:	g.b.
M. biceps femoris:	g.b.
M. piriformes:	verkort re
M. rectus femoris:	verkort re
M. tensor fascia latae:	verkort re
Adductoren	verkort re

Beenlengte verschil: g.b.

Reflectie na het fysiotherapeutisch onderzoek:

- 3.1 Welke gegevens kunnen na het onderzoek in het RPS-formulier ingevuld worden?
- 3.2 Welke hypothesen blijven staan na het fysiotherapeutisch onderzoek?
- 3.3 Stel een fysiotherapeutische diagnose op.

RPS-formulier 2

Naam: Mevr. Smeets

Leeftijd: 52 jaar

Aandoening/ziekte

volgens
patiënt

pijn rond de rechter heup en lies met uitstraling in het bovenbeen,
stijfheid, bewegingen gaan niet meer zo soepel als voorheen

functies en anatomische eigenschappen

capsulair patroon heup met verhard eindgevoel,
endorotatie 15°, flexie 10°, abductie 10° en
extensie 10° beperkt in tegenstelling tot links

volgens
therapeut

rechts minder spierkracht dan links van de
heupflexoren (4), extensoren (4) en abductoren
(4)

spierverkortingen re (m. iliopsoas, m. piriformis)
VAS max: 8/10
VAS gemiddeld: 5/10

dansen, fietsen, traplopen

moeite met het uitvoeren van werk
(het geven van danslessen)

gaat niet meer vaak naar fietsclub met haar
vrienden en haar man

activiteiten

dansen PSK 8/10
fietsen PSK 6/10
traplopen PSK 5/10
Algofunctionaal Index: 7/24

participatie

werk
fietsclub

Rand 36:

fysiek functioneren (35/100)

sociaal functioneren (75/100)

gezondheidstoestand (65/100)

persoonlijke factoren

volgens
therapeut

ze is heel gemotiveerd

omgevingsfactoren

CONCLUSIE

Fysiotherapeutische diagnose:

Stoornisniveau:

Mevrouw Smeets is een 52 jaar oude balletdanseres. Ze heeft pijn (VAS: max 8/10, gemiddeld 5/10) in de rechter heup en bewegingsbeperkingen volgens capsulair patroon; endorotatie 15°, flexie 10°, abductie 10° en extensie 10° beperkt in tegenstelling tot links. Verder is de spierkracht van de heupflexoren (4), extensoren (4) en abductoren (4) rechts minder dan links. Spierverkortingen rechts zijn aanwezig in de volgende spieren: m. iliopsoas, m. piriformis, m. rectus femoris, m. tensor fascia latae en de adductoren.

Activiteitsniveau:

Startstijfheid is duidelijk aanwezig. Bij het dansen (PSK: 8/10) heeft ze in het bijzonder last van pijn tijdens het uitvoeren van een grand plié. Mevrouw ervaart ook beperkingen bij het fietsen (6/10). Het trapaflopen kost haar meer moeite dan het trapoplopen (5/10).

Participatieniveau:

Mevrouw is niet meer in staat om op de optimale manier haar danslessen te geven. Het niet meer kunnen fietsen met haar man en de fietsclub frustreert haar. Mevrouw is heel erg gemotiveerd om aan de therapie mee te werken. Ofwel mevrouw op de RAND 36 in fysiek functioneren minder scoort (35/100), voelt ze zich erdoor niet erg beperkt in het sociaal functioneren (75/100). Bovendien heeft ze volgens haar eigen mening een algemeen goede gezondheidstoestand (65/100).

Indicatie voor fysiotherapie is duidelijk aanwezig omdat er beperkingen in het bewegingsapparaat bestaan.

Reflectie na de conclusie:

- 4.1 Benoem de patiëntprofielen die volgens de KNGF-richtlijn horen bij artrose van de heup. Onder welke profiel valt Mevr. Smeets? Heeft dit invloed op het opstellen van een behandelplan?
- 4.2 Stel een voor de patiënt individueel behandelplan op. Zet de behandeldoelen in volgorde van prioriteit en beredeneer waarom je voor deze volgorde hebt gekozen. Geef ook de behandelduur en frequentie aan.

4.2 Welke persoonlijke- of omgevingsfactoren kunnen het herstel van mevr. Smeets bevorderen of belemmeren?

RPS-formulier 3

Naam: Mevr. Smeets

Leeftijd: 52 jaar

Aandoening/ziekte

volgens
patiënt

pijn rond de rechter heup en lies met uitstraling in
het bovenbeen,
stijfheid, bewegingen gaan niet meer zo soepel als
voorheen

functies en anatomische eigenschappen

capsulair patroon heup met verhard eindgevoel,
endorotatie 15°, flexie 10°, abductie 10° en
extensie 10° beperkt in tegenstelling tot links

volgens
therapeut

rechts minder spierkracht dan links van de
heupflexoren (4), extensoren (4) en abductoren
(4)

neurologische status (M. iliopectineus M)

VAS max: 8/10

VAS gemiddeld: 5/10

dansen, fietsen, traplopen

moeite met het uitvoeren van werk
(het geven van danslessen)

gaat niet meer vaak naar fietsclub met haar
vrienden en haar man

activiteiten

dansen PSK 8/10
fietsen PSK 6/10
traplopen PSK 5/10
Algofunctionaal Index: 7/24

participatie

werk
fietsclub

Rand 36:

fysiek functioneren (35/100)

sociaal functioneren (75/100)

gezondheidstoestand (65/100)

persoonlijke factoren

omgevingsfactoren

volgens
therapeut

ze is heel gemotiveerd

BEHANDELPLAN

Hoofddoel: Werk en hobbies weer zo normaal als mogelijk hervatten.

Subdoelen:

- a) Artrogene mobiliteit vergroten
- b) Spierkracht versterken
- c) Oefenen van activiteiten
- d) Informeren/ adviseren
- e) Pijnverminderen

Middelen:

- a) passieve en later actieve mobilisatie
- b) actieve spierversterking middels PNF
- c) functioneel trainen en opbouwen in intensiteit
- d) uitleg belasting-belastbaarheid en informatie over opbouw van intensiteit qua activiteiten
- e) tractie, passief bewegen

Reflectie na het behandelplan:

5.1 Hoe ga je het effect van de behandeling evalueren tijdens en na de behandeling?

Literatuurlijst

1. URL: www.ecmr.nl Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie
2. URL : <http://www.studies-obsgyn.nl/vesselseal/docs/Kwaliteit%20van%20leven%20vragenlijst.doc>
3. van der Zee, K. I., Sanderma, R. , RAND-36 Een handleiding, Den Haag: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek
4. Vaardighedencahier blok 1.2. Heerlen: Hogeschool Zuyd; 2006/2007

CASUS

BLOK 1.2

UITWERKING REFLECTERENDE VRAGEN

Auteurs:

Lara Bormann

Miriam Müsgens

Debby Schouten



Mede mogelijk gemaakt door:

Alex Eurelings, Raymond Swinkels

Copyright © Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Zuyd te Heerlen.

INHOUDSOPGAVE

1. Uitwerking reflecterende vragen na de verwijzing.....	1
1.1 Kun je bij de klachten die mevr. beschrijft hypothesen opstellen?.....	1
Welke structuren kunnen aangedaan zijn?.....	6
1.2 Bedenk na het lezen van de verwijzing en het verhaal van mevrouw Smeets enkele gerichte anamnesevragen.....	9
2. Uitwerking reflecterende vragen na de anamnese.....	12
2.1 Welke meerwaarde heeft het invullen van een RPS-formulier?.....	12
Welke informatie uit de anamnese is relevant om in het formulier in te vullen?.....	12
2.2 Kunnen na de anamnese hypothesen uitgesloten worden en zo ja, welke en waarom?.....	13
2.3 Welke meetinstrumenten kunnen hier gebruikt worden en waarom?.....	13
2.4 Hoe ga je verder met het onderzoek? Welke onderzoeken ga je uitvoeren en wat zijn de redenen daarvoor?.....	15
3. Uitwerking reflecterende vragen na het onderzoek.....	17
3.1 Welke gegevens kunnen na het onderzoek in het RPS-formulier ingevuld worden?... ..	17
3.2 Welke hypothesen blijven staan na het fysiotherapeutisch onderzoek?.....	17
3.3 Stel een fysiotherapeutische diagnose op.....	18
4. Uitwerking reflecterende vragen na de conclusie.....	19
4.1 Benoem de patiëntprofielen die volgens de KNGF-richtlijn horen bij artrose van de heup. Onder welke profiel valt Mevr. Smeets? Heeft dit invloed op het opstellen van een behandelplan?.....	19
4.2 Stel een voor de patient individueel behandelplan op.....	20
Zet de behandeldoelen in volgorde van prioriteit en beredeneer waarom je voor deze volgorde hebt gekozen. Geef ook de behandelduur en frequentie aan.....	20
4.3 Welke persoonlijke- of omgevingsfactoren kunnen het herstel van mevr. bevorderen of belemmeren?.....	20
5. Uitwerking reflecterende vragen na de behandelplan.....	22
5.1 Hoe ga je het effect van de behandeling evalueren tijdens en na de behandeling?.....	22

1. UITWERKING REFLECTERENDE VRAGEN NA DE VERWIJZING

1.1 Kun je bij de klachten die mevr. beschrijft hypothesen opstellen?

- Hypothesen:
- heupartrose
 - niet traumatische artritis
 - traumatische artritis
 - bursitis
 - insertie-tendinopathie adductoren

Bij alle hier genoemde hypothesen zijn bij de klinische bevindingen pijn in de lies en een uitraling in het bovenbeen te vinden. Alle hypothesen kunnen langdurig, dus ook twee jaar, klachten opleveren. Om hypothesen te kunnen uitsluiten is verder onderzoek nodig.¹

Heupartrose

Meest bij ouderen voorkomende degeneratie van één of meer gewrichten, niet berustend op ontsteking, gekenmerkt door o.a. deformatie van het gewrichtsbot, abnormale botwoekering en atrofie van slijmvlies en gewrichtskraakbeen, soms gevolgd door secundaire ontsteking van het omringende weefsel (banden, pezen, periost), meestal verergerd door jarenlange te zware belasting van het gewricht

Vormen:

- Primair wil zeggen dat de aandoening optreedt in een röntgenologisch qua bouw en stand normaal gewricht.
 - o meestal congenitale afwijkingen zoals heupdysplasieën, (sub)luxaties, coxa vara, coxa valga of coxa anteverta
 - o kan reeds vanaf het 40^e jaar ontstaan
- Secundair betekent dat de aandoening het gevolg is van ofwel een afwijkende anatomie van het heupgewricht, dan wel een reeds eerder doorgemaakte ziekte van het heupgewricht.
 - o meestal een epifysiolyse capitis femoris, de ziekte van Perthes of een arthritis van de heup
 - o kan reeds vanaf ca. het 25^e jaar ontstaan
- beide kunnen zowel uni- als bilateraal voorkomen
- onderscheid tussen expulserende en encerkerende vorm:

- expulserende vorm: laterale deel van de femurkop schijnbaar naar lateraal verplaatst → veroorzaakt meestal veel pijn en relatief weinig bewegingsbeperkingen
- encerklerende vorm: heupkom gaat de kop steeds meer 'omvatten' → meestal sterke bewegingsbeperking en relatief weinig pijn

Oorzaken:

- vaak onbekend
- obesitas
- trauma met gewrichtsbeschadiging
- operatie van heup of knie
- ontwikkelingsstoornissen
- zwaar beroep/sport met veel hurken
- knielen of zware lasten tillen

Klinische bevindingen:

- in het begin alleen pijn tijdens belasting, later ook kortdurende pijnperiodes zonder belasting
- in het eerste stadium alleen pijn in de lies en/of voorbinnenzijde bovenbeen, soms alleen in of distaal knie
- de in het begin lange pijnvrije periodes worden steeds korter
- uiteindelijk hebben vele patiënten minder last van pijn maar meer van bewegingsbeperkingen, dit volgens de kapsulaire patroon en afhankelijk van de mate van artrose
- stijfheid ontstaat en spieren worden slapper
- verlies van kraakbeen
- reactieve botwoekering (osteofyten)
- instabiliteit
- hydrops
- verlies van de normale anatomische verhoudingen

Mogelijke complicaties:

- corpus liberum, patiënt heeft last van onverwacht optredende kortdurende steken in de lies → steunen op het been even niet mogelijk
- functieonderzoek kan in dergelijke gevallen soms misleidende informatie geven, omdat de bewegingsbeperking niet altijd in capsulaire proporties bestaat ¹

Traumatische artritis

- zeldzaam letsel, dat in het bijzonder bij sportmensen (vooral voetballers) voorkomt
- wordt zelden gezien bij mensen jonger dan 20 jaar
- traumatische artritis ontstaat als gevolg van overbelasting of een ongeval bij patiënten met coxartrosis, dit wordt dan geactiveerde of getraumatiseerde artrosis genoemd

Klinische bevindingen:

- patiënt heeft liespijn, die naar de anterieure zijde van het bovenbeen kan uitstralen
- functieonderzoek: pijnlijke en beperkte endorotatie
- licht capsulair patroon kan aanwezig zijn ¹

Niet-traumatische artritis

Oorzaken:

- als gevolg van heupgewrichtsontstekingen kan – op elke leeftijd - een enkel of dubbelzijdige protrusio acetabuli optreden

Verskillende vormen van niet-traumatische artritis:

- de meest voorkomende zijn: reumatoïde artritis, jicht, spondylitis ankylopoetica en de artritis als gevolg van synoviitis villonodularis pigmentosa
- verder bestaat er nog de idiopathische artritis, deze geneest spontaan in een periode die een tot twee jaar kan duren

Klinische bevindingen:

- belastingsafhankelijke liespijn
- capsulaire bewegingsbeperkingen van de heup

Diagnose stellen kan alleen door beeldvormend onderzoek en laboratoriumonderzoek ¹

Bursitis iliopectinea (psoas-bursitis)

Verschil acute en chronische bursitis:

- acute bursitis: oorzaak een acuut trauma (trap in de lies)
- chronische bursitis: oorzaak eveneens traumatisch maar hier spelen chronische microtrauma een rol

Oorzaken:

- biomechanische factoren (beenverkorting, spierverskortingen of andere stand- of vormveranderingen van (een deel van) de onderste extremiteiten) leiden uiteindelijk tot irritatie van de bursa

- mogelijk zijn ook veranderingen van het heupgewricht oorzaak van bursa-irritatie, omdat bursitis iliopectinea ook wel bij coxarthrosis-patiënten wordt gezien

Klinische bevindingen:

- pijn in het liesgebied, soms uitstralingen voorzijde bovenbeen
- pijn is bewegingsafhankelijk, maar kan ook in rust voorkomen
- bij sommige zwelling in de lies palpabel

Diagnose:

- kan jaren al bestaan zonder symptomen te veroorzaken
- komt vaker voor bij niet sporters dan bij sporters
- passieve flexie meestal pijnlijkste beweging
- wordt de heup gelijktijdig geadduceerd, dan kan de pijn aanvankelijk toenemen, en na ca. 45° weer verminderen (painful arc heup)
- passieve exorotatie en passieve extensie meestal pijnlijk
- flexie tegen weerstand is negatief ¹

Bursitis subtrochanterica

- verzamelnaam van verschillende bursae rondom trochanter major

Oorzaken:

- oorzaak van klassieke bursitis subtrochanterica is waarschijnlijk traumatisch, zowel acuut als microtrauma kunnen tot irritatie en onstekingsverschijnselen leiden
- wordt vaak gezien bij hypermobiele atleten of sportvrouwen met een relatief breed bekken

Klinische bevindingen:

- lokale drukpijn
- pijn ter hoogte van de trochanter major en juist proximaal ernaar, vaak uitstralingen laterale zijde bovenbeen, soms tot onderbeen

Diagnose:

- moeilijk te differentiëren van pijn ter hoogte van de trochanter major als gevolg van insertie tendinopathie m. gluteus maximus of m. gluteus medius (met of zonder calcificatie) en wortelprikkeling L4 of L5
- functieonderzoek geeft niet altijd voldoende aanwijzingen, bevindingen zijn meestal vaag:
 - o passieve flexie, exorotatie en adductie kunnen pijnlijk zijn, pijn altijd laterale zijde bovenbeen

- abductie tegen weerstand kan pijnlijk zijn (compressie van de bursa), evenals soms extensie en exorotatie tegen weerstand
- lokale drukpijn aanwezig
- patiënt dient nauwkeurig te worden onderzocht op beenlengteverschillen en andere asymmetrieën van de benen ¹

Insertie tendinopathie adductoren (Pubalgie)

- verzamelnaam van alle aandoeningen die pijn veroorzaken rondom het tuberculum pubicum en van de aan het os pubis aanhechtende structuren

Verschil acuut en chronisch:

- in acute gevallen: blijkt vaker de m.adductor longus te zijn aangedaan
- in chronische gevallen : m.gracilis en/of m.adductor brevis.

Oorzaken:

- zogenaamde unipodale bewegingen: het standbeen wordt geroteerd en het vrije been voert een beweging uit (trappen van een bal)
- overbelasting of bij sporters door slechte voorbereiding/warming up
- dysbalans tussen de adductoren en de buikmusculatuur
- slecht looppatroon
- komt vooral voor bij de volgende sporten: voetbal, baan(piste-)atletiek, wegatletiek, baanschaatsen en zwemmen
- overbelasting van de adductoren, met als resultaat microrupturen van de spierbuik van de m.adductor longus en insertie-tendopathieën van de adductor longus en (minder frequent) van de m. gracilis, de m. adductor brevis en de m. pectineus

Pathogenese:

- direct gevolg van de genoemde overbelasting : vermoeidheid van de adductoren:
 - spierspanning wordt groter → spierverskorting en continue tractie aan de pezen en hun inserties → schuifkrachten die op de symfyse inwerken nemen sterk toe → cranioventrale ligamenten van de symfyse overrekken → uiteindelijk ontstaat instabiliteit van de symfyse met irritatie van de symfyse-discus

Klinische bevindingen:

- pijn treedt vooral op tijdens dynamische bewegingen
- Stadium 1: Liespijn, kortdurend, vooral na inspanning

- Stadium 2: Liespijn, vooral aan het begin van de inspanning, die na een dag vaak verhevigd terugkomt en met rust verdwijnt.
- Stadium 3: Liespijn en pijn in de onderbuik, eenzijdig, tijdens de gehele duur van de inspanning en gedurende enkele dagen daarna.
- Stadium 4: Chronische pijn, toenemend met inspanning, nauwelijks afnemend in rust.

Diagnose:

- veranderingen zijn gedeeltelijk röntgenologisch zichtbaar
- in ongeveer 70% vindt men een beenlengteverschil van meer dan 5mm
- Functieonderzoek:
 - onderzoek van de lumbale wervelkolom, meestal negatief
 - bekkengewrichten (SI-gewrichten en symfyse), meestal negatief tenzij instabiliteit van de symfyse
 - heup: passieve flexie, vooral in combinatie met passieve adductie, is in veel gevallen pijnlijk (compressie van de origo van de adductoren)
 - passieve abductie kan pijnlijk zijn (rek van de adductoren; differentiatie tussen aandoeningen van de m.gracilis en die van mm.adductor longus brevis en pectineus);
 - adductie tegen weerstand is meestal pijnlijk (test in verschillende standen: heup in 0°, 45° en 90° flexie). In 0° heupflexie is het vooral de m.gracilis die klachten veroorzaakt; in 45° flexie met name de m. adductor longus en de m. adductor brevis.
 - de m. pectineus veroorzaakt vooral pijn bij gecombineerde flexie en adductie tegen weerstand vanuit 90° flexie van de heup.
 - palpatie: vooral m. adductor brevis is drukgevoelig, men palpeert ‘diep’ tussen de pezen van de mm. adductor longus en gracilis.¹

Welke structuren kunnen aangedaan zijn?

- art. coxae
- bursae
- heupadductoren

Art. coxae

In het heupgewricht, de articulatio coxae, articuleert het caput femoris met de facies lunata acetabuli van het os coxae. De incisura acetabuli, die zich aan de onderzijde van het acetabulum bevindt, wordt overbrugd door het lig. transversum acetabuli, waardoor de gewrichtskom de vorm van een halve kogel krijgt. De kom wordt bovendien verdiept door een driehoekige rand van vezelig kraakbeen, het labrum acetabulare, dat aan de benige rand van het acetabulum vasthecht en ook overgrijpt op het lig. transversum. Op deze wijze wordt ongeveer tweederde gedeelte van de gewrichtskop bedekt. Het labrum acetabulare sluit als een ventiel om de kop van het femur en draagt hierdoor in belangrijke mate bij aan de stevigheid van het gewricht. Alleen het dragende oppervlak van het acetabulum, de facies lunata, is bedekt met kraakbeen; in de fossa acetabuli bevindt zich een vetkussen, bekleed met membrana synovialis, dat een schokdempende functie heeft. Het kapsel dat het gewricht omgeeft, is proximaal bevestigd aan het os coxae rondom het labrum acetabulare en aan het lig. transversum acetabuli. ²

Ligamenten:

Bij de belangrijkste vijf banden horen de vier capsulaire banden:

- zona orbicularis
- lig. iliofemorale
- lig. ischiofemorale
- lig. pubofemorale

De drie laatste genoemde banden versterken de kapsel maar remmen ook te sterke bewegingsuitslagen. Het laatste band loopt intra-articulair, het lig. capitis femoris. ²

Bursae

bursa iliopectinea

- is gelokaliseerd tussen de voorzijde van de gewrichtskapsel van het heupgewricht en de spier-peesovergang van de m. iliopsoas
- heeft een gemiddelde afmeting van 6x3cm
- in ongeveer 15 tot 20% van alle gevallen bestaat er een (congenitale) verbinding met het heupgewricht²

Rondom de trochanter major liggen gewoonlijk drie diepe bursae:

bursa trochanterica m. glutei maximi

- de grootste bursa ligt tussen het posterieure aspect van de trochanter major en de m. gluteus maximus

bursae intermuscularis m. gluteorum

- tweede bursa is gelegen tussen de pees van de m. gluteus maximus en die van de m. vastus lateralis ²

Adductoren

M. obturatorius externus

Origo: buitenzijde van de membrana obturatoria en aangrenzende botten
Insertie: fossa trochanterica van het femur
Functie: adductie en exorotatie in het heupgewricht, stabilisatie bekken in het frontale en het sagittale vlak ³

M. pectineus

- vierhoekige spier die juist mediaal van de m. iliopsoas ligt

Origo: pecten ossis pubis
Insertie: linea pectinea en proximale linea aspera van het femur
Functie: adductie, exorotatie en lichte flexie heupgewricht, stabilisatie bekken in het frontale en het sagittale vlak ³

M. adductor longus

- platte, driehoekige spier die mediaal van de m. pectineus ligt

Origo: ramus superior van het os pubis en voorzijde van de symfyse
Insertie: linea aspera: labium mediale in het bovenste derde deel van het femur
Functie: adductie en flexie (tot 70°) in het heupgewricht (extensie vanaf 80° buiging) exorotatie, stabilisatie bekken in het frontale en het sagittale vlak ³

M. gracilis

- lange en dunne, parallelvezelige spier die geheel oppervlakkig ligt

Origo: ramus inferior van het os pubis onder de symfyse
Insertie: mediaal van tuberositas tibiae in de pes anserinus superficialis

Functie: flexie en adductie van het heupgewricht, flexie en endorotatie van het kniegewricht ³

M. adductor brevis

- stevige, driehoekige spier die bij zijn oorsprong wordt bedekt door de m. pectineus en de m. adductor longus en, meer naar distaal, door de m. sartorius

Origo: ramus inferior van het os pubis

Insertie: linea aspera: labium mediale bovenste derde deel van het femur

Functie: adductie en flexie (tot 70°) in het heupgewricht (extensie vanaf 80° buiging), stabilisatie bekken in het frontale en het sagittale vlak ³

M. adductor magnus

- grote krachtige, driehoekige spier die uit drie delen bestaat

diep gedeelte - vleesaanhechting

Origo: ramus inferior van het os pubis, ramus ossis ischii en tuber ischiadicum

Insertie: labium mediale van de linea aspera

Functie: adductie, exorotatie en extensie in het heupgewricht, stabilisatie bekken in het frontale en het sagittale vlak ³

oppervlakkig gedeelte - peesaanhechting

Origo: ramus inferior van het os pubis, ramus ossis ischii en tuber ischiadicum

Insertie: epicondylus medialis van het femur

Functie: adductie, endorotatie en extensie in het heupgewricht, stabilisatie bekken in het frontale en het sagittale vlak ³

1.2 Bedenk na het lezen van de verwijzing en het verhaal van mevr. Smeets enkele gerichte anamnesevragen.

Anamnesevragen

- Inventarisatie gezondheidsprobleem qua aard, beloop (status praesens) en prognose.
 - Wanneer zijn de klachten begonnen, wat is het beloop in de tijd qua klachten en functioneren?
 - Waar en wanneer precies voelt de patiënt pijn en straalt deze uit?
 - Na hoeveel tijd verdwijnt de pijn of is deze constant aanwezig?

- Wat zijn reducerende en provocerende factoren?
- Welke gevolgen hebben de klachten op het dagelijks functioneren? Kan de patiënt de dagelijkse activiteiten, bijvoorbeeld huishouden, hobbies en werk uitvoeren?
- Welke gevolgen hebben de klachten voor het sociale participeren?
- Hoe beleeft de patiënt zijn klachten en de gevolgen daarvan?

Na deze vragen weet men de geschiedenis van de klachten en de problemen in stoornissen, activiteiten en participatie.

- Oorzakelijke factoren.

- Hoe zijn de klachten ontstaan?
- Zijn erfelijke of aangeboren factoren van invloed?
- Heeft er in het verleden een trauma plaatsgevonden met als gevolg een gewrichtsbeschadiging? Zo ja, hoelang is dat geleden en hoe was het herstel?
- Heeft de patiënt eerder klachten rond de heup gehad?
- Beoefent de patiënt een beroep/sport waarbij zware belasting van de gewrichten plaatsvindt?

Met behulp van deze vragen kan men een indruk krijgen over de reden van het ontstaan van de klacht.

- Bevorderende en belemmerende factoren.

- Wat doet de patiënt zelf aan de klachten?
- Heeft de patiënt het idee dat dit ook effect heeft?
- Gaat de patiënt rusten bij pijn? Heeft de patiënt een actieve leefstijl?
- In welke mate is de patiënt bezorgd dat bewegen schadelijk is? Is hij bang om te bewegen? Is hij bang om te vallen?
- Is de patiënt gemotiveerd om te bewegen?
- Heeft de omgeving een remmende of stimulerende invloed op het klachtenbeeld?

Dit zijn vragen die erop gericht zijn een indruk te krijgen over de factoren die de prognose kunnen beïnvloeden.

- Diagnostiek, behandeling en resultaat hiervan.

Dit is een belangrijk onderdeel van de geschiedenis van de patiënt.

- Huidige gezondheidstoestand in het algemeen; huidige behandeling, medicijngebruik en/of nevenbehandelingen/comorbiditeit.

- Heeft de patiënt nog andere ziekten of klachten en wordt hij daarvoor behandeld?
- Neemt de patiënt medicatie?

Dit zijn belangrijke vragen die je een indruk geven over de belastbaarheid van de patiënt.

- Inventarisatie hulpvraag en verwachtingen.

- Wat verwacht de patiënt van jou als therapeut en van de behandeling?
- Welke hulpvraag heeft de patiënt?

Met behulp van deze vraag kom je erachter wat de verwachtingen van de patiënt zijn, of deze verwachtingen reëel zijn en waar zijn/haar belangrijkste probleemgebieden liggen. ⁴

2. UITWERKING REFLECTERENDE VRAGEN NA DE ANAMNESE

2.1 Welke meerwaarde heeft het invullen van een RPS-formulier? Welke informatie uit de anamnese is relevant om in het formulier in te vullen?(zie ook casus blok 1.2, p.5)

Het RPS-formulier is door Steiner en collegae ontwikkeld⁵. Het formulier is gebaseerd op het ICF en is een hulpmiddel voor hulpverleners in de gezondheidszorg om het gezondheidsprobleem van een patiënt overzichtelijk in een schema te zetten.

Er worden verschillende doelen geformuleerd:

- a) bespreken van casuïstiek
- b) multi- en interdisciplinair overleg
- c) formuleren van behandeldoelstellingen
- d) formuleren van de onderzoeksvraag voor wetenschappelijk onderzoek
- e) inzichtelijk maken van het klinisch redeneren
- f) klinische besluitvorming

Door het formulier wordt een mogelijkheid geboden om de relaties tussen de verschillende ICF domeinen te beschrijven. De invloed van een pathologie op het functioneren van de patiënt bij verschillende activiteiten of in participatie kan door dit formulier in beeld gebracht worden.

Dit formulier wordt ingevuld door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek.

Het is verdeelt in een bovenst en een onderst gedeelte. In de bovenste deel worden gevolgen van de pathologie op de drie ICF domeinen ‘activiteiten en anatomische eigenschappen’, ‘functie’ en ‘participatie’ in het onderste de ‘omgeving en persoonlijke factoren’ opgeschreven. Bovendien wordt ook een onderscheid gemaakt tussen de visie van de patiënt op zijn klachten (subjectief) en die van de hulpverlener in de gezondheidszorg (objectief).

Een voordeel van het RPS-formulier is dat hiermee ook de verbanden c.q. de samenhang tussen diverse bevindingen duidelijk in beeld gebracht kan worden.⁵

2.2 Kunnen na de anamnese hypothesen uitgesloten worden en zo ja, welke en waarom?

- hypothesen:
- heupartrose
 - niet traumatische artritis
 - ~~- traumatische artritis~~
 - bursites
 - insertie-tendinopathie adductoren

Traumatische artritis

Een traumatische artritis is niet plausibel omdat er in de anamnese geen trauma wordt aangegeven.

Voor het uitsluiten van meer hypothesen is verder onderzoek nodig.

2.3 Welke vragenlijsten kunnen hier gebruikt worden en waarom?

Visual Analogue Scale (VAS), Numeric Pain Rating Scale (NPRS)

- is een specifieke meetschaal, die voor vele doeleinden gebruikt wordt
- de patiënt kan aangeven in welke mate hij de gevraagde sensatie beleeft
- evaluatieve en inventariserende meetschaal

VAS:

- opbouw is afhankelijk van de versie
- meest gebruikelijke is een 100mm lange lijn, met aan de linker (of onderste) kant de minimumscore en aan de rechter (of bovenste) kant de maximumscore

NPRS:

- opbouw is afhankelijk van de versie, gebruikelijk is een schaal met cijfers (0-10)

De VAS-score wordt bij mevr. Smeets gebruikt om een duidelijke uitspraak over de intensiteit van haar pijn te krijgen. In welke mate is de pijn voor haar gevoel aanwezig en in welke mate voelt zij zich door de pijn beperkt. Verder wordt dit meetinstrument evaluatief gebruikt.

Wordt de pijn na de behandeling minder? Het is een goed middel om te toetsen of de behandeling geschikt is voor de patiënt. ⁶

Algofunctional Index

- ook wel Lequesne-Index genoemd
- meet pijnintensiteit en functionele beperkingen bij mensen met heupaandoeningen

- vragenlijst met 11 items, die onderverdeeld zijn in de subcategorieën pijn of onbehagen, maximaal te lopen afstand en activiteiten dagelijks leven
- maximale totaalscore is 24 en komt overeen met de grootste pijnintensiteit resp. de grootste functionele beperking
- kan evaluatief/effectiviteit, prognostisch en inventariserend gebruikt worden

In deze vragenlijst wordt specifiek naar artrose heup gevraagd. Hier komt naar voren welke symptomen in welke mate aanwezig zijn. Het geeft een aanleiding waarop de behandeling zich precies moet richten. Het geeft een beeld van de patiënt en zijn artrose-gerelateerde problemen. Verder kan ook dit meetinstrument evaluatief gebruikt worden, indien het aan het begin, tussendoor en aan het eind van de behandelingsperiode wordt ingevuld. Hiermee wordt duidelijk in hoeverre de behandeling geschikt is voor de patiënt en ook tot een verbetering leidt. ⁶

Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

- functionele status van de individuele patiënt wordt bepaald
- patiënt selecteert de voor hem/haar 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten
- deze activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant zijn, de patiënt moet hinder ervaren bij de uitvoering en de uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (per week)
- kan evaluatief/effectief gebruikt worden
- per activiteit wordt een numerieke schaal (0-10) ingevuld

De patiënt specifieke klachtenlijst geeft de 3 belangrijkste activiteiten van de patiënt aan, waar hij pijn of hinder bij ervaart. Hierdoor weet de therapeut op welke activiteiten hij de behandeling moet richten. Ook dit meetinstrument wordt evaluatief gebruikt om de vooruitgang van de behandeling te bewaken. ⁶

RAND 36

- bevat in het total 36 items
- wordt gescored op de domeinen lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid
- deze worden onderverdeeld in subcategorieën: fysiek functioneren,

rolbeperkingen door fysieke problemen, rolbeperkingen door emotionele problemen, vitaliteit, geestelijke gezondheid, sociaal functioneren, pijn, algemene gezondheidsbeleving, gezondheidsverandering

- patiënt moet gesloten vragen invullen over standpunten t.a.v. zijn eigen gezondheid
- kan evaluatief/effactief gebruikt worden ⁶

De RAND 36 wordt bij mevr. Smeets gebruikt om een inschatting van haar eigen zichtwijze op haar kwaliteit van leven te krijgen. De vragenlijst kan evaluatief gebruikt worden.

2.4 Hoe ga je verder met het onderzoek? Welke onderzoeken ga je uitvoeren en wat zijn de redenen daarvoor?

Inspectie

- Waar bevindt zich de zwelling? Is er momenteel sprake van lichte, matige of forse zwelling? Diffuus of lokaal?
- Zijn er vormveranderingen?
- Is er kleurverschil (zoals roodheid)?
- Is er een standsverandering van het knie- en/of heupgewricht, bekken of wervelkolom?
- Zijn er standsafwijkingen van het onderbeen ten opzichte van het bovenbeen (bijvoorbeeld genu varum/ valgum). Zijn er standsafwijkingen van de voet? Zijn er standsafwijkingen van het onder-/bovenbeen in vergelijking met de niet-aangedane zijde?
- Is er contourverschil ten opzichte van het andere been?

Met behulp van inspectie kan men zich een eerste beeld van de patiënt vormen - over anatomische afwijkingen, voedingstoestand en tekenen van ontsteking. ⁴

Palpatie

- Is er sprake van zwelling?
- Is er sprake van temperatuurverhoging van het gewricht?
- Is palpatie pijnlijk?

Met behulp van palpatie kunnen pijnlijke structuren gevonden worden die de plaats van laesie kunnen aanduiden. Verder wordt gekeken of er tekenen van ontsteking of verhardingen in de spier zijn die in dit geval op een hypertonie kunnen duiden. ⁴

Functietests

- Beoordeling van het ‘staan’, ‘staan op één been’ en ‘lopen’ enzovoort. In welke mate kan de patiënt de heup belasten.

De functietests worden uitgevoerd om te beoordelen welke activiteiten het meest beperkt en pijnlijk zijn. Door de activiteiten te laten uitvoeren wordt duidelijk hoe de patiënte deze uitvoert, of zij compenseert en welke bewegingen in het gewricht precies de klachten provoceren. Stel een patiënt voor die aangeeft moeite te hebben met het aantrekken van schoenen. Dan is belangrijk te weten of de patiënt tijdens de activiteit staat of zit en of hij een schoenlepel gebruikt of niet. ⁴

Heuponderzoek

- Passief bewegingsonderzoek met beoordeling van totale bewegingstraject (‘Range of Motion’), eindgevoel en pijnprovocatie. Flexie/extensie, abductie/adductie en endorotatie/exorotatie worden beoordeeld.
- Tractie heup
- Weerstandstests: beoordeling van de spierkracht tijdens flexie/extensie , abductie/adductie en exorotatie/endorotatie. ⁴

Toegevoegd onderzoek

- Spierlengte onderzoek van de m. iliopsoas, m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. biceps femoris, m. rectus femoris, m.tensor fascia latae, m. piriformis
- Beenlengteverschil

Het been-lengte-verschil wordt hier onderzocht, omdat dit van invloed kan zijn op het ontstaan van artrose. ⁴

3. UITWERKING REFLECTERENDE VRAGEN NA HET ONDERZOEK

3.1 Welke gegevens kunnen na het onderzoek in het RPS-formulier ingevuld worden?

– voor uitwerking zie casus blok 1.2, p.18

3.2 Welke hypothesen blijven staan na het fysiotherapeutisch onderzoek?

- heupartrose
- niet traumatische artritis
- ~~- traumatische artritis~~
- ~~- bursitis~~
- ~~- insertie-tendinopathie adductoren~~

Heupartrose

Er zijn duidelijke tekenen die op een heupartrose duiden. Er bestaat een capsulair patroon met een verhard eindgevoel, de patiënte klaagt over ochtendstijfheid en startstijfheid en ze geeft pijn in het gewricht aan. Verder manifesteert de pijn zich meestal aan het begin van de inspanning. Er zijn spierverskortingen en spierverswakkingen aanwezig omdat de artrose al langer bestaat. ¹

Niet traumatische artritis

Symptomen die bij het beeld passen:

Belastingsafhankelijke liespijn, capsulaire beperkingen heup

De niet traumatische artritis kan eerst door middel van beeldvormend onderzoek en laboratoriumonderzoek worden uitgesloten. ¹

Insertie-tendinopathie

Symptomen die bij het beeld passen:

Pijn in de lies, met uitstraling in het bovenbeen, treedt vaak op bij sporters.

Symptomen die niet bij het beeld passen:

De liespijn treedt niet na inspanning op en de pijn verdwijnt niet met rust, adductie tegen weerstand is niet pijnlijk, peesaanhechtingen zijn niet overmatig pijnlijk. Tractie is pijnverlichtend. ¹

Bursitis iliopectinea

Symptomen die bij het beeld passen:

Pijn in de lies, met uitstraling in de voorzijde van het bovenbeen, passieve flexie is pijnlijk.

Symptomen die niet bij het beeld passen:

Er zijn geen verschijnselen van ontsteking aanwezig. Verder is er geen pijn in rust en mevrouw is een sporter. Passieve exorotatie of extensie zijn niet pijnlijk. ¹

Bursitis subtrochanterica

Symptomen die bij het beeld passen:

Pijn in de lies, treedt vaak op bij hypermobiele sporters, pijn in trochanter-regio.

Symptomen die niet bij het beeld passen:

Er zijn geen verschijnselen van ontsteking aanwezig, er bestaat geen lokale drukpijn en de pijn wordt altijd in het gewricht aangegeven en niet lateraal van het bovenbeen, exorotatie en extensie zijn niet pijnlijk. ¹

3.3 Stel een fysiotherapeutische diagnose op. (zie ook casus blok 1.2, p.19/21)

Bij het formuleren van de fysiotherapeutische diagnose gaat het om het samenvatten en interpreteren van de verzamelde gegevens. Tot de verzamelde gegevens behoren de verwijsgegevens en de informatie uit de anamnese als ook de gegevens uit het onderzoek inclusieve de resultaten vanuit de klinimetrie met maat en getal. Verder wordt in de diagnose aangegeven, of er een indicatie is voor fysiotherapie ja of nee. De diagnose wordt opgedeeld in de drie ICF domeinen: Stoornis-, activiteiten- en participatieniveau. ⁷

4. UITWERKING REFLECTERENDE VRAGEN NA DE CONCLUSIE

4.1 Benoem de patientprofielen die volgens de KNGF-richtlijn horen bij artrose van de heup.

Patiëntprofiel A:

De actieve ontstekingsreactie staat op de voorgrond; de belangrijkste klachten zijn pijn en stoornissen gerelateerd aan bewegen van knie en/ of heup.

Patiëntprofiel B:

De patient heeft episodes met klachten van pijn, stoornissen gerelateerd aan bewegen en geleidelijk ook in activiteiten; in het algemeen zoekt de patient zelf oplossingen voor zijn klachten en er is een hoge mate van zelfcontrole, alleen tijdens een episode van (intensievere) klachten heeft hij extra begeleiding nodig.

Patiëntprofiel C:

De patiënt heeft langdurige en/of chronische recidiverende klachten; de beperkingen en eventuele participatieproblemen staan centraal; de patiënt heeft vaak weinig tot geen zelfcontrole en zoekt zelf weinig oplossingen voor zijn problemen.⁸

Onder welke profiel valt mevr. Smeets?

Mevr. Smeets valt onder patiëntprofiel B. Ze stelt niet haar pijnklachten op de voorgrond, maar haar beperkingen in activiteiten zoals dansen, fietsen en traplopen. Ze heeft er zelf voor gekozen om geen pijnstillers te nemen wat een hoge mate van zelfcontrole toont.

Heeft dit invloed op het opstellen van een behandelplan?

Het accent m.b.t. de behandeling ligt bij patiëntprofiel B volgens de KNGF-richtlijn op het derde en vierde probleemgebied: 'stoornissen gerelateerd aan bewegen' en 'beperkingen in activiteiten'. Indien wenselijk wordt in de behandeling aandacht gegeven aan 'inadequaat pijngedrag' (zie patiëntprofiel C). De fysiotherapeut begeleidt de patiënt in het hervinden van zijn zelfcontrole in ADL, sport, hobby en/of werk. In de behandeling staat centraal het monitoren van de patiënt ofwel het volgen van de patiënt (over een bepaalde periode) in de tijd. De therapie is gericht op het stimuleren van functies en activiteiten en indien wenselijk op het bewerkstelligen van veranderingen in de wijze van omgaan met klachten.⁸

4.2 Stel een voor de patient individueel behandelplan op.

- voor uitwerking zie casus blok 1.2, p.22⁸

Zet de behandeldoelen in volgorde van prioriteit en beredeneer waarom je voor deze volgorde hebt gekozen.

Bij mevr. bestaan duidelijke beperkingen in artrogene en myogene mobiliteit en een vermindering van spierkracht. Daarom is ervoor gekozen om eerst de beperkingen te behandelen omdat dit een voorwaarde is om de activiteiten makkelijker te stimuleren en op te bouwen in intensiteit.

Informereren/adviseren is in de behandeling een belangrijk punt. Maar omdat deze patiënte gemotiveerd is om zelfstandig de activiteiten weer op te bouwen, is het hier belangrijker om praktisch met vaardigheden te beginnen. Het informeren/adviseren komt vaker tijdens de begeleiding van de patiënt terug.

Het pijnverminderen staat niet in de voorgrond en wordt alleen gedaan indien echt noodzakelijk.

Geef ook de behandelduur en frequentie aan.

Patiëntenprofiel B:

Meestal alleen een beperkt aantal settings.

In het algemeen is het advies de frequentie van de contacten tijdens de behandelperiode te spreiden over een langere tijd. Het gaat er bij de behandeling van atrose meer om de activiteiten van de patiënt te bevorderen. Dus bijvoorbeeld hobbies te hervatten, waar de patiënt mee gestopt is vanwege de klachten of ADL-activiteiten. Door het spreiden van de behandelsessies wordt een soort ‘monitoring’ gecreëerd die de patiënte stimuleert om aan haar eigen gestelde doelen te werken.⁸

4.3 Welke persoonlijke- of omgevingsfactoren kunnen het herstel van de patiënte bevorderen of belemmeren?

Mevr. Smeets is een heel sportieve vrouw met voldoende lichaamsbeweging en een gezonde leefstijl. Deze aspecten voorkomen negatief prognostische factoren zoals overgewicht en te weinig beweging. Verder is ze heel gemotiveerd en zal in de therapie goed meewerken om vooruit te gaan en haar activiteiten snel op te bouwen in intensiteit. Het gevaar bij mevr. is, dat ze mogelijk "te" gemotiveerd is en niet voldoende op haar lichaam let. Bij de negatief

prognostische factoren hoort zeker haar beroep. Ze moet haar belastbaarheid goed kunnen inschatten om zich niet te overbelasten. Ze moet op tijd rust kunnen nemen voordat de klachten erger worden.

5. UITWERKING REFLECTERENDE VRAGEN NA HET BEHANDELPLAN

5.1 Hoe ga je het effect van de behandeling evalueren tijdens en na de behandeling?

Na een aantal behandelsessies vindt een evaluatie plaats door middel van het uitvoeren van de gebruikte klinimetrie tijdens het onderzoek.

Verder kan bij elke sessie aan de patiënt gevraagd worden of de beperkingen op stoornis-, activiteiten- en participatieniveau veranderd zijn. Indien nodig worden aan de hand van de bevindingen de behandeldoelen en verrichtingen bijgesteld. ⁶

Literatuurlijst

1. Winkel D., Aufdemkampe G.. Orthopedische Geneeskunde en Manuele Therapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum;; 2007
2. Platzer W. Sesam Atlas van de anatomie, Deel 1 Bewegingsapparaat. Baarn: Georg Thieme Verlag; 2006
3. Schünke M., Schulte E., Schumacher U., Rude J.. Prometheus – anatomische atlas. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005-2007
4. Vaardighedencahier blok 1.2. Heerlen: Hogeschool Zuyd; 2006/2007
5. URL: http://www.fysiopedia.nl/Rehabilitation_Problem_Solving_formulier
6. URL: www.ecmr.nl Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie
7. KNGF- richtlijn fysiotherapeutische verslaglegging 2006
8. KNGF- richtlijn Artrose heup-knie 2005