

De invloed van mobilisatie van het sacro-iliacale gewricht en een stabiliserend of relaxerend oefenprogramma op de pijn, de functie van de bekkenbodem, de m. Transversus Abdominus en de functionele status bij patiënten met bekkenpijn

Gepubliceerd: 15-05-2018 Laatste bijgewerkt: 15-05-2024

Wat is de invloed van mobilisatie technieken van het sacro iliacale gewricht in combinatie met een stabiliserend of relaxerend oefenprogramma op de pijn, de functie van de bekkenbodem, de m. Transversus Abdominus en de functionele status bij...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Gewrichtsaandoeningen
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON53037

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Usual care binnen de bekkenfysiotherapie bij patiënten met bekkenpijn

Aandoening

- Gewrichtsaandoeningen
- Zwangerschaps-, weeën-, partus- en postpartumproblemen

Synoniemen aandoening

bekkeninstabiliteit, bekkenpijn

Betreft onderzoek met
Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Leids Universitair Medisch Centrum

Overige ondersteuning: subsidie is aangevraagd bij de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT)

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: bekkenbodemp, bekkenpijn, EMG, vragenlijsten

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Veranderingen in de score op de NPRS

Secundaire uitkomstmaten

Veranderingen in de EMG signaal

Meetuitslagen van de VBA voorwaarts en zijwaarts

Veranderingen in de PeLFIs, PSK en QPBDS

Veranderingen in de echografie

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Lage rug- en bekkenpijn (LRP/BP) tijdens en na de zwangerschap komt veel voor in Nederland. Bij vrouwen die een historie hebben van LRP/BP blijkt een puntprevalentie van 88,5% tijdens de zwangerschap die afneemt tot 53,8 % twee weken na de bevalling. Bij vrouwen zonder dergelijke historie vindt men een puntprevalentie van 67,4% tijdens de zwangerschap afnemend naar 28,1% twee weken na de bevalling (1). Bekkenpijn tijdens zwangerschap heeft een incidentie van 20,1%. Bij 62,5 % van deze groep verdween de pijn binnen een maand na de bevalling. Bij 8,6 % van de vrouwen persisteerde de bekkenpijn nog twee jaar na de bevalling (2,3)

Bekkenpijn tijdens de zwangerschap leidt vaak tot beperkingen in het dagelijks

leven en arbeidsverzuim (4). Risicofactoren zijn: een geschiedenis van LRP en/of een voorafgaand trauma van het bekken. Er is conflicterend bewijs (één studie) voor: multipara en hoge werkdruk (5).

Ondanks de hoeveelheid onderzoek dat er is gedaan, blijft de diagnose en classificatie van bekkenpijn controversieel. Er is tot op heden voor het merendeel van de bekkenpijn aandoeningen geen duidelijk pathologisch-anatomisch substraat gevonden (6).

De Europese conceptrichtlijn (5) voor diagnosticeren en behandeling van bekkenpijn vermeldt een consensusdefinitie van bekkenpijn: *Bekkenpijn komt over het algemeen voor in relatie tot zwangerschap, trauma, osteo-arthrose en artritis. Pijn wordt gevoeld tussen de achterzijde van de crista en de bilnaad, vooral in de buurt van de sacroiliacaal gewrichten(SIG). De pijn kan uitstralen in de achterzijde van de dij en kan optreden (in combinatie of separaat) met pijn in de symphyse. Het duurvermogen van staan, lopen en zitten is afgenomen. De diagnose bekkenpijn kan men stellen na uitsluiting van lumbale oorzaken. Pijn en beperkingen als gevolg van bekkenpijn moeten reproduceerbaar zijn door specifieke klinische testen, zoals de Active Straight Leg Raise (ASLR) en Posterior Pelvic Pain Provocation (PPPP)-test.*

O*Sullivan en Beales (6) beschrijven een hypothetisch *mechanisme- gebaseerd* classificatie systeem ingebed in een biopsychosociaal model. Volgens hen helpt het classificatie systeem bij de keuze van een passende behandeling. Binnen de groep a-specifieke bekkenpijn onderscheiden zij de volgende subgroepen: centraal geïnduceerde bekkenpijn en perifeer geïnduceerde bekkenpijn. Centraal geïnduceerde bekkenpijn wordt vaak geassocieerd met uitgebreide, ernstige, constante, niet-mechanisch geïnduceerde pijn. In deze groep staat vaak de psychosociale component op de voorgrond.

De perifeer geïnduceerde bekkenpijn valt uiteen in twee subgroepen: De excessieve krachtsluiting groep (excessieve activatie van het lokale motorische systeem van het bekken) en de verminderde krachtsluiting groep (het verlies van functionele patronen van cocontractie van de lokale krachtsluitende musculatuur van het bekken) .

Kenmerken van de excessieve krachtsluiting groep: een negatieve active straight leg raise test (ASLR). Klachten worden geprovoceerd door compressie van de SIG en activatie van de bekkenbodemp musculatuur, M. transversus abdominus (MTrA), Mm. multifidi, M. iliopsoas en de gluteaal musculatuur. Als gewoonte vlakt de excessieve krachtsluiting groep hun lordose lumbosacraal af geassocieerd met cocontractie van diverse van bovenstaande musculatuur.

Kenmerken van de verminderde krachtsluiting groep: een positieve ASLR, die verbetert bij compressie van de SIG. Functieverlies van de bekkenbodemp musculatuur, MTrA, Mm. multifidi, M. iliopsoas en de gluteaal musculatuur. Functionele beperkingen in zitten, staan, lopen en fietsen. Een sway-back houding, hangen op één been en slumb-zit komen voor.

Het *selflocking-mechanisme* is een combinatie van krachtsluiting en vormsluiting. Een nutatie stand in de SIG verbetert de vormsluiting en draagt

bij aan de stabiliteit (7).

Er is weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van bekkenpijn.

De conceptrichtlijn adviseert een individueel trainingsprogramma. Beginnend met activatie en controle van de diepe lokale spieren van de lumbale wervelkolom (LWK) en het bekken, waaraan langzamerhand dynamische oefeningen van de oppervlakkige spieren toegevoegd worden. Dit is met name gericht op de subgroep verminderde krachtsluiting (6). Er is geen onderzoek gedaan naar het effect van manipulaties/mobilisaties bij bekkenpijn (5).

Voor de subgroep excessieve krachtsluiting wordt een vermindering van de krachtsluiting geadviseerd door onder andere ontspannings- en ademhalings oefeningen en cardiovasculaire training(6). Uit klinische ervaring blijkt dat dit werkt, het is echter nog nooit onderzocht.

In onze praktijk komen regelmatig patiënten met bekkenpijn. Vanuit klinische ervaring lijkt een combinatie van mobilisatie en een stabiliserend of relaxerend oefenprogramma van de locale en globale musculatuur zinvol te zijn. Het is derhalve van groot belang om dit wetenschappelijk te onderbouwen.

Het doel van deze studie is om het effect van een bekkenfysiotherapeutische / manueeltherapeutische behandeling (usual care) bij patiënten met bekkenpijn (subgroepen: verminderde krachtsluiting en excessieve krachtsluiting) te onderzoeken.

Doel van het onderzoek

Wat is de invloed van mobilisatie technieken van het sacro iliacale gewricht in combinatie met een stabiliserend of relaxerend oefenprogramma op de pijn, de functie van de bekkenbodem, de m. Transversus Abdominus en de functionele status bij patiënten met bekkenpijn

Onderzoeksopzet

Het betreft hier een longitudinale studie waarbij patiënten met bekkenpijn, subgroepen verminderde en excessieve krachtsluiting, die een usual care bekkenfysiotherapie / manueel therapie behandeling krijgen(mobilisaties van het sacro iliacale gewricht en een stabiliserend of relaxerend oefenprogramma), gevolgd worden.

Design:

Randomized Controlled Trail met twee groepen, een interventiegroep en een controlegroep.

De interventiegroep krijgt naast stabiliserend of relaxerend oefenprogramma en mobilisatie van het sacro-iliacale gewricht.

De controle groep krijgt de eerste 6 weken een stabiliserend of relaxerend oefenprogramma. Na 6 weken krijgen zij ook de mobilisatie van het

sacro-iliacale gewricht.

De patiënten worden ad random over de twee groepen verdeeld.

Deze studie zal uit 5 delen bestaan:

1. Vragenlijsten. Met de gevalideerde vragenlijsten Pelvic floor Inventories Leiden (PeLFIs) (8.9), Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDs) (10), Numeric Pain Rating Scale (NPRS) (11) Patiënt specifieke vragenlijst (PSK) (12) wordt bij deze patiëntengroep de klachten in de bekkenregio en de functionele status in kaart gebracht
2. Provocatietesten: Met de gevalideerde provocatie testen ASLR en PPPP-test wordt bij deze patiëntengroep de subgroep in kaart gebracht (5, 16,17).
3. Lichamelijk onderzoek: Met de Vingerbodemaafstand (VBA) voorwaarts (vooroverbuigen met gestrekte en gesloten benen, afstand middelvinger vloer meten) en zijwaarts (zijwaartsbuigen met gestrekte en gesloten benen, afstand middelvinger vloer meten) en jointplay (gewrichtmobiliteit) onderzoek wordt bij deze patiëntengroep de bewegingsfunctie van de sacro iliacale gewrichten (SIG) in kaart gebracht
4. Multiple Array Probe Leiden (MAPLe) (14): Met de gevalideerde MAPLe wordt bij deze patiëntengroep middels EMG de functie van de bekkenbodem in kaart gebracht
5. Echo: Met de echo wordt bij deze patiëntengroep de functie van de MTrA in kaart gebracht

Onderzoeksproduct en/of interventie

Mobilisatie van de bewegingsfunctiestoornis van het sacro-iliacale gewricht en een stabiliserend of een relaxerend oefenprogramma.

Inschatting van belasting en risico

Intake: interview, 4 vragenlijsten, lichamelijk onderzoek

Intake (vervolg): inwendig EMG onderzoek met vaginale probe, echografie (uitwendig)

3x Evaluatie: 4 vragenlijsten, lichamelijk onderzoek, inwendig EMG onderzoek met vaginale probe, echografie (uitwendig)

Met het inwendig EMG onderzoek wordt op een objectieve wijze de functie van de bekkenbodem in kaart gebracht (Usual Care) en met de echografie wordt op een objectieve wijze de functie van de dwarse buikspier inzichtelijk gemaakt. Dit draagt extra bij aan de bepaling in welke subgroep de patiënt valt, zodat de passende interventie kan worden toegepast. Door interpretatie van de resultaten van het inwendig EMG onderzoek en de echografie in de tijd kan men aantonen wat het effect van de interventie is op de bekkenbodem en de dwarse buikspier.

Contactpersonen

Publiek

Leids Universitair Medisch Centrum

Prinsstraat 13
Antwerpen 2000
NL

Wetenschappelijk

Leids Universitair Medisch Centrum

Prinsstraat 13
Antwerpen 2000
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

patiënten met bekkenpijn voor en na de bevalling

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Therapietrouw
Niet de Nederlandse taal machtig

Sacroilitis

Fracturen, neoplasma's en / of operaties aan de lumbale WK, bekken of heup in voorgeschiedenis

Radiculopathie

>30 weken zwanger

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blindering:	Enkelblind
Controle:	Geneesmiddel
Doel:	Diagnostiek

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestopt
(Verwachte) startdatum:	05-10-2018
Aantal proefpersonen:	46
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	15-05-2018
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
	metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO	
Datum:	26-08-2019
Soort:	Amendement

Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO
Datum: 15-01-2021
Soort: Amendement
Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO
Datum: 11-03-2021
Soort: Amendement
Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Goedgekeurd WMO
Datum: 31-08-2022
Soort: Amendement
Toetsingscommissie: METC Leiden-Den Haag-Delft (Leiden)
metc-ldd@lumc.nl

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

ID: 26047
Bron: NTR
Titel:

In overige registers

Register

CCMO

OMON

ID

NL57765.058.17

NL-OMON26047

Resultaten

Einddatum onderzoek: 09-02-2023

Totaal aantal deelnemers: 52