

Inhoudsopgave

COLOFON	4
VOORWOORD	7
1 INLEIDING	17
1.1 Belangrijkste effecten	17
1.2 Contra indicaties	17
1.2.1 Absolute contra-indicaties	17
1.2.2 Relatieve contra-indicaties (vaak alleen lokaal)	17
1.3 Materiaal	18
1.3.1 Kenmerken van goed tapemateriaal	19
1.3.2 Kleur van de tape	19
1.3.3 Schaar	21
1.3.4 Spraylijm	22
1.3.5 Basisuitrusting	22
1.4 Verloop van een behandeling met tape	23
2 GRONDSLAG VAN DE WERKING	25
2.1 Fascieprincipe	25
2.2 Pijnprincipe	25
2.2.1 Remming van nociceptie door proprioceptoren	25
2.2.2 Invloed van de tape op de WDR-neuronen	26
2.3 Microcirculatieprincipe	27
2.4 Huidprincipe	28
2.4.1 Lichaampjes van Ruffini en vrije zenuwuiteinden als overbrengers van tape informatie?	28
2.4.2 Structuur van de huid	29
2.4.3 Werking van de tape via dermatomen	29
2.4.4 Werking van de tape via viscerocutane en cutoviscerale reflex	30
3 DIAGNOSESCHEMA	33
3.1 De Body Balloon-theorie	33
3.1.1 Fasciale verbanden met de Body-Balloon theorie	35
3.1.2 Lichaamsbandensysteem (bodystraps)	37
3.2 Myofasciale meridianen – myofasciale ketens volgens Myers	39
3.2.1 Oppervlakkige ruglijn – Superficial Back Line (SBL)	40
3.2.2 Oppervlakkige frontaallijn – Superficial Front Line (SFL)	40
3.2.3 Diepe voorste lijn – Deep Front Line (DFL)	41
3.2.4 Zijlijn – Lateral Line (LL)	41
3.2.5 Spiraallijn – Spiral Line (SL)	42
3.2.6 Armlijnen	42

4	EFFECT BIJ VERSCHILLENDE INDICATIES – STAND VAN DE WETENSCHAP	47
4.1	Overzicht wetenschappelijke onderzoeken	47
4.2	Effectiviteit van de spiertechniek	47
4.2.1	Onderzoeksopzet	49
4.2.2	Tests	49
4.2.3	Fysiotherapeutische interpretatie	50
4.2.4	Discussie	51
4.2.5	Conclusie	52

5	KNIPTECHNIEKEN (VORM)	55
5.1	Y-vorm	55
5.2	I-vorm	55
5.3	X-vorm	57
5.4	F-vorm	57
5.5	W-vorm	58
5.6	D-vorm	59
5.7	KK-vorm	60

6	SCREENINGTESTS	63
6.1	Onderzoek en beoordeling	63
6.1.1	Keuze van de tapetoepassing	64
6.1.2	Factoren waarmee rekening moet worden gehouden	65
6.1.3	Waarom maken we gebruik van screeningtests?	65
6.2	Testbeschrijving	65
6.2.1	Cervicale extensie/flexietest	65
6.2.2	Upper Extremity Test	66
6.2.3	Upper Spine Test	67
6.2.4	Lower Spine Test	67
6.2.5	Abdominal Pressure Test	69
6.2.7	Straight Leg Raise (SLR)	70
6.2.8	Patrick's test	71

7	SPIERTECHNIEKEN	73
7.1	Algemene informatie	73
7.2	Cervicale wervelkolom	74
7.2.1	M. splenius cervicis/capitis	75
7.2.2	M. sternocleidomastoideus	77

7.2.3	Mm. Scalenii	79
7.2.4.	M. trapezius, pars descendens	81
7.3	Thoracale wervelkolom	84
7.3.1	M. trapezius, pars ascendens	84
7.3.2	M. rhomboideus major	86
7.4	Lumbale wervelkolom	88
7.4.1	M. erector spinae (sacrospinaal deel)	89
7.4.2	M. quadratus lumborum	91
7.5	Buikspieren	94
7.5.1	M. rectus abdominis	94
7.5.2	M. obliquus externus abdominis	95
7.5.3	M. obliquus internus abdominis	96
7.5.4	M. transversus abdominis	97
7.6.	Schouders	99
7.6.1	Insufficiëntie van de rotatorenmanchet	100
7.6.2	M. supraspinatus	102
7.6.3	M. infraspinatus	104
7.6.4	M. teres minor	106
7.6.5	M. deltoideus	108
7.6.6	M. biceps brachii	110
7.6.7	M. pectoralis major, pars clavicularis	112
7.6.8	M. pectoralis major, pars costosternalis	114
7.7	Bovenste extremiteit	116
7.7.1	Extensoren – m. extensor carpi radialis longus et brevis/m. extensor digitorum communis	116
7.8	Heupen	118
7.8.1	M. iliopsoas	118
7.8.2	M. gluteus medius	121
7.8.3	M. gluteus maximus	123
7.8.4	M. piriformis	125
7.8.5	Adductoren	127
7.9	Onderste extremiteit	130
7.9.1	M. rectus femoris	130
7.9.2	Hamstrings – combinatietoepassing	131
7.9.3	M. triceps surae	133

8	LIGAMENTTECHNIEK/SPACETECHNIEK	135
8.1	Algemene informatie	135
8.2	Schouders	136
8.2.1	Lig. scapulohumerale	136
8.2.2	Acromioclaviculaire gewricht	137
8.2.3	Sternoclaviculaire gewricht	138

8.3	BOVENSTE EXTREMITÉIT	139
8.3.1	Laterale kapsels van het humeroradiale gewricht – Spottoepassing	139
8.3.2	De Pols – kapsel van de articulatio radiocarpalis en articulatio mediocarpalis	140
8.3.3	Ligamenttechniek bij vingerdistorsie bijvoorbeeld van het proximale interfalangeale gewricht (PIP)	141
8.3.4	Duimdistorsie in het carpometacarpale gewricht/ rhizartrose	142
8.4	Onderste extremiteit	143
8.4.1	Lig. collaterale mediale, binnenband	143
8.4.2	Lig. collaterale laterale, buitenband van de knie	144
8.5	Triggerpointbehandeling (gehernieerd triggerpoint)	145

9	FASCIETECHNIKEN	147
9.1	Algemene informatie	147
9.2	Fascietechniek	147
9.2.1	Schouderfascie	149
9.2.2	Schouderluxatie	150
9.2.3	Acute ribben disfuncties	152
9.2.4	Kniedrainage, hiatus tendineus adductorius	154
9.3	Correctie- en fascietechniek	155
9.3.1	Correctietechniek regio supraclavicularis	155

10	CORRECTIETOEPASSINGEN/MECHANISCHE CORRECTIETECHNIEK	157
10.1	Algemene informatie	157
10.1.1	Mechanische correctietechniek 1	157
10.1.2	Mechanische correctietechniek 2	157
10.2	Onderste extremiteit – knie	157
10.2.1	Correctie van de patella naar mediaal	157
10.2.2	Tibialis-anteriorsyndroom	159

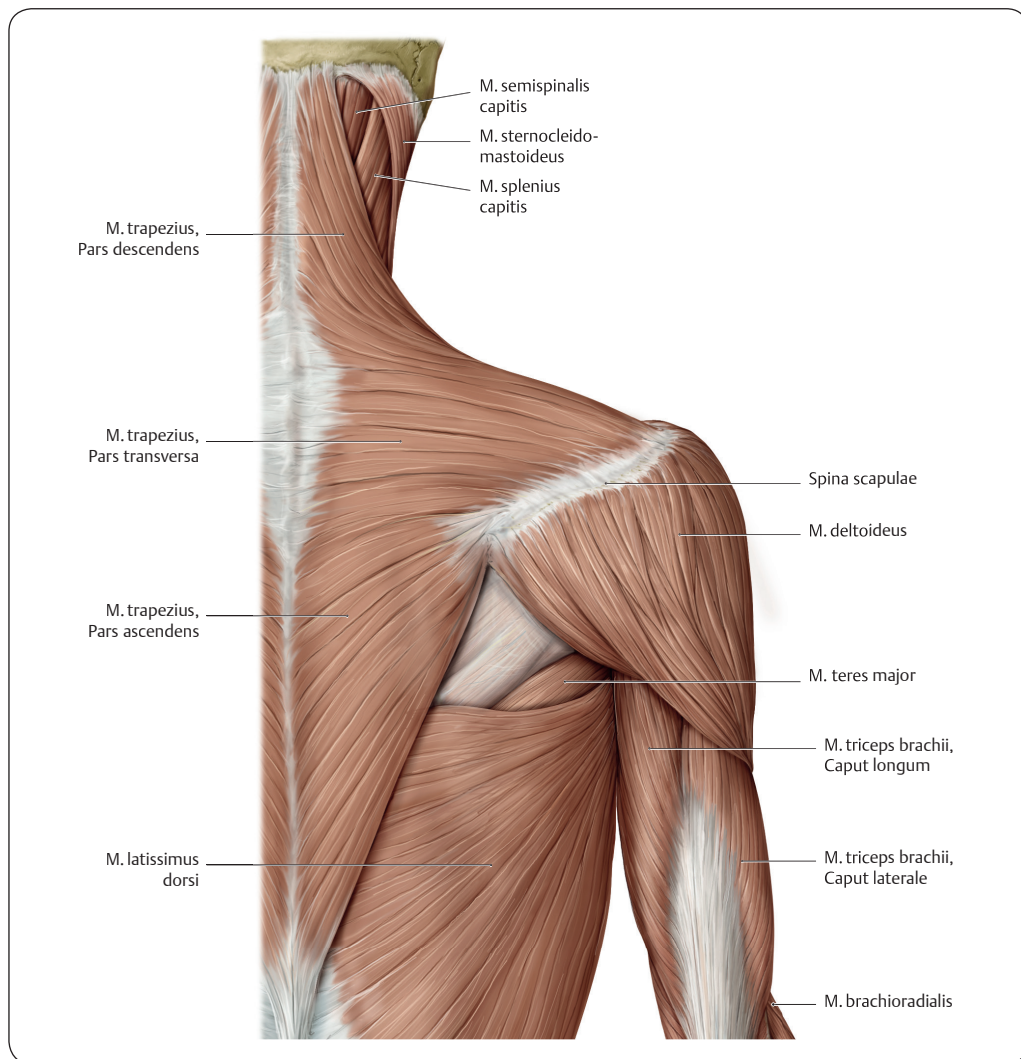
11	NEUROLOGISCHE TAPETECHNIKEN	161
11.1	Algemene informatie	161
11.2	Bovenste wervelkolom	161
11.2.1	Plexus brachialis	161
11.3	Onderste wervelkolom	163
11.3.1	N. ischiadicus	163

12	LYMFTAPEN	165
12.1	Algemene informatie	165
12.1.1	Lymfestelsel	165
12.1.2	Toepassing van tape na lymfedrainage	167
12.1.3	Invloed op de venen	167
12.1.4	Hematomen	167
12.2	Lymftapen gezicht	169
12.2.1	Lymfewaaier met 5–8 tapestroken	169
12.3	Lymftapen extremiteiten	171
12.3.1	Bovenste extremiteit – lymfewaaier met 4–6 tapestroken	171
12.3.2	Onderste extremiteit en romp – lymfewaaier met 4–6 tapestroken	173
12.4	Lymftapen romp	175
12.5	Behandeling van eiwitfibrose	177
12.5.1	Tape aanbrengen bij eiwitfibrose	177
13	FUNCTIONELE CORRECTIETECHNIKEN	179
13.1	Algemene informatie	179
13.2	Bovenste extremiteit	179
13.2.1	Toepassing bij de hand	179
13.2.2	Abductieproblemen van de schouder	181
13.3	Onderste extremiteit	182
13.3.1	Klapvoet	182
14	VISCERAAL TAPEN	183
14.1	Maag/Lever	183
14.1.1	Diafragma abdominale (unilateraal)	183
14.1.2	Indicatietoepassing enteroptose (bij viscerale ptosis)	187
14.2	Darm	189
14.2.1	Colon ascendens, Colon transversum	189
14.2.2	Colon descendens	191
14.2.3	Colon descendens/ascendens – Variant	192
14.2.4	Combinatie ileocaecaalstreek en n. cutaneus femoralis lateralis	193
14.2.5	Dunne darm	194
14.3	Blaas	196
14.3.1	Incontinentie en verzakkingen	197

15	TOEPASSINGEN PER INDICATIE	199
15.1	Wervelkolom	199
15.1.1	CWK acuut – Whiplash	199
15.1.2	TWK-houdingscorrectie	201
15.1.3	Scoliose	202
15.1.4	Monosegmentale werveldisfuncties	204
15.1.5	Spacetechniek LWK	205
15.2	Thorax	206
15.2.1	Diafragma abdominale in inspiratiedisfunctie (beperking van de expiratie)	206
15.2.2	Diafragma abdominale in expiratiedisfunctie (beperking van de inspiratie)	208
15.3	Schouder en bovenste extremiteit	209
15.3.1	Schouderpijn bij sporters	209
15.3.2	Rotatorenmanchetruptuur	209
15.3.3	Acromioclaviculaire gewricht – acute blessure	211
15.3.4	Acromioclaviculaire gewricht – distorsie graad I–II (Tossy I–II)	212
15.3.5	Tennisarm – Epicondylitis lateralis humeri	213
15.3.6	Golfersarm – Epicondylitis medialis humeri	214
15.4	Knie en onderste extremiteit	215
15.4.1	Ontlasting van het retropatellair glijmechanisme	215
15.4.2	Gonartrose	217
15.4.3	Verstoorde aansturing van de knie in extensie	219
15.4.4	Gescheurde voorste kruisband	221
15.4.5	Inversietrauma	222
15.4.6	Talus- en fibulacorrectie – aangepaste Mulligantechniek	223
15.4.7	Achillespees, spiertechniek mm. gastrocnemii, correctie van de fascia plantaris	225
15.4.8	Hallux valgus	227
15.5	Disfuncties van het os ilium	228
15.5.1	Ilium anterior disfunctie	229
15.5.2	Ilium posterior disfunctie	230
15.5.3	Sacrum in nutatie, bilaterale flexiedisfunctie	231
15.5.4	Insufficiëntie van de Spiral Line ter hoogte van het bekken	232
15.6	Gynaecologie	233
15.6.1	Menstruatiepijn	233
15.6.2	Abdominale herstelltape	234
15.6.3	Rectusdiastase	235
15.6.4	Viscerale ptosis	236
15.6.5	Ontlasting van de borst – X-vorm	237
15.6.6	Ontlasting van de borst – KK-vorm	238

16	LITTEKENBEHANDELING	239
16.1	Thorax	239
16.1.1	Correctie op het abdomen	239
16.2	Onderste extremiteit	241
16.2.1	Correctie op bovenbeen op de tractus iliotibialis	241
16.2.2	Correctie op de knie	243
17	LITERATUUR	245
18	AUTEURS	248
19	ILLUSTRATIEOVERZICHT	249
	REGISTER OP HOOFDSTUK	250
	INDICATIEREGISTER	253

7.2.4. M. trapezius, pars descendens

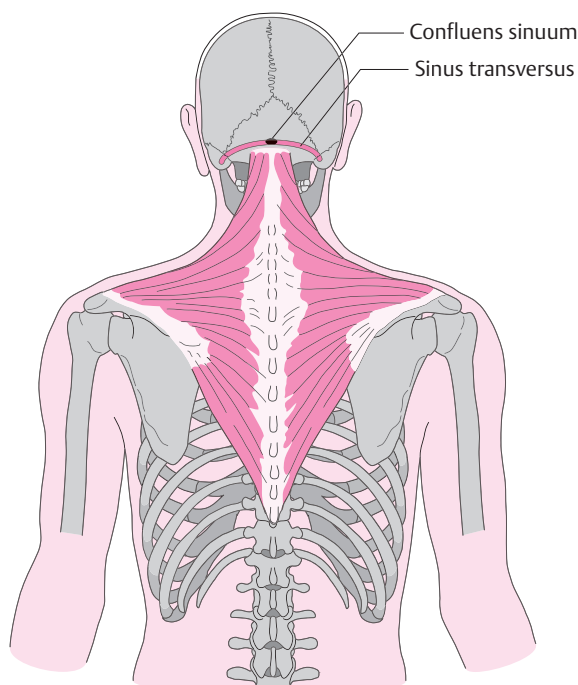


Afb. 7.15 Anatomie van de nek-, schouder- en rugspieren. Dorsaalaanzicht oppervlakkige laag. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2011, Abb.A, blz 330).

Fasciale verbanden

Travell en Simons [60] melden dat het triggerpoint in het midden van de m. trapezius, pars descendens, het meest voorkomende triggerpoint van het hele lichaam is. De sinus transversus ligt op een lijn met de linea nuchae, de origo van de m. trapezius, pars descendens (afb. 7.15). Volgens

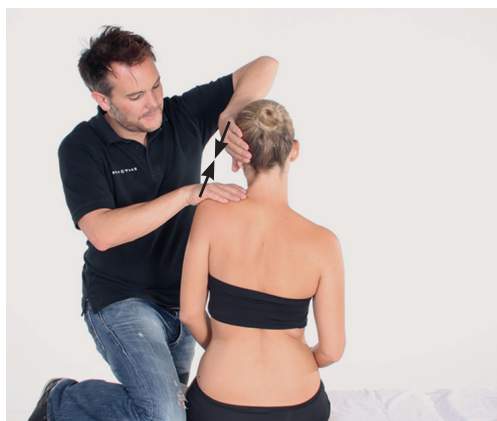
Richter [47] is het lig. nuchae buiten de schedel de verlenging van de falx cerebri en de fascia van de mm. trapezii kunnen worden gezien als verlenging van het tentorium (afb. 7.16). Hier tapetoepassings kunnen zo het craniosacrale systeem beïnvloeden. Upledger en Vredevoogd [62] benadrukken dat een behandeling van de schedelbasis pas nut



Afb. 7.16 Fascie van de mm. trapezii als verlenging van het tentorium.
(Richter P, Hebgen E. Triggerpunkte und Muskelfunktionsketten in der Osteopathie und Manuellen Therapie. 2. Aufl Stuttgart: Haug; 2007, Abb. 4.4 blz 48).

heeft na normalisering van de spiertonus, omdat disfunctie van de trapezius de occipitale flexiebeweging tegengaat. Dat heeft wel als voorwaarde dat er inderdaad sprake is van flexie, zoals in de craniosacrale literatuur wordt beweerd. Dat de schedelnaden fysiologisch beweeglijk zijn, staat buiten kijf, evenals het feit dat dit wordt beïnvloed door een restrictie/tonusverhoging van de m. trapezius.

De m. trapezius, haalt, net als de m. sterno-cleido-mastoïdeus, motorische innervatie uit de spinale tak van de XIe hersenzenuw (n. accessorius). Upledger en Vredevoogd wijzen erop dat een verhoogde spiertonus van de m. trapezius in een vicieuze cirkel komt wanneer een probleem bij het foramen jugulare de zenuwfunctie van de n. accessorius beïnvloedt [62]. Overige negatieve invloeden kunnen (bij sommige mensen) ontstaan door de gezamenlijke spiervezels van de m. sternocleidomastoïdeus ([33], [48]; hoofdstuk 7.2.2).



Afb. 7.17 Spiertest.



Afb. 7.18 Op rek brengen van de huid.



Afb. 7.19 Tapetoepassing variant Y-vorm.

Werkwijze

Spierketen: Superficial Back Line (SBL), Lateral Line (LL), Superficial Back Arm Line (SBAL).

Screeningstest: cervicale flexie/extensietest, unilateraal handcontact.

Spiertest: de patiënt voert een lateroflexie uit naar dezelfde zijde en de therapeut biedt excentrische weerstand tegen het hoofd en de schouders (afb. 7.17).

Op rek brengen van de huid: lateroflexie naar andere zijde, lichte flexie en rotatie naar andere zijde (afb. 7.18).

Basis: afhankelijk van het resultaat van de test wordt de basis aangebracht bij het acromion of aan de processus transversus C3 tot C4.

Applicatie: om de druk te ontlasten, kan een variant in de vorm van een Y-tape worden aangebracht (afb. 7.19).

PRAKTIJK TIP!

De tape mag niet te ver naar anterior worden aangebracht! De tape kan eenzijdig en aan beide zijden worden aangebracht. Bij contra-indicaties die een krachttest van de CWK niet toelaten, is het afdoende de spierkracht te testen door een schouderelatie. Twee kniptechnieken zijn te gebruiken: I-tape of een Y-tape.

Indicaties: hypertone spieren, triggerpoint, cervicogene hoofdpijn, CWK-syndroom, duize-licheid, whiplash.

KNIPTECHNIEK



Lengte: ca. 20–25 cm