

Tijdschrift voor kinesithérapie:

Palpatie en inspectie: nog steeds de meest eenvoudige en betrouwbare klinische evaluatie voor de bekkenbodem.

Annemie Devreese, Filip Staes, Willy De Weerd

Tabel 1. Klinische evaluatie van de bekkenbodemspieren in lig

Klinische evaluatie van de bekkenbodemspieren in lig *	Score	
Tonus		
a. Oppervlakkig deel van de bekkenbodem		
• Indexvinger kan subtiel bewegen in de vagina	Normotoon	
• Vagina spant als stevige band rond tweede falanx van indexvinger	Hypertoon	
• Vaginale ring rond vinger is breed en erg zwak	Hypotoon	
b. Diep deel van de bekkenbodem (puborectalis en levator ani)		
• Normale lichte ondersteuning vinger door levatorhangmat in distale deel vagina	Normotoon	
• Distale falanx van vinger kan niet neerwaarts bewegen in distale deel vagina	Hypertoon	
• Vinger zakt weg in zone van verminderde spieromvang in distale deel vagina	Hypotoon	
Snelheid van contracties (vijf snelle contracties)		
• Patiënt contraheert binnen één seconde na de instructie van therapeut tot contractie	Normaal	
• Patiënt contraheert meer dan één seconde na de instructie van therapeut tot contractie	Traag	
Uithouding van de vaginale contractie (vijf contracties van maximum tien seconden en twintig seconden rustperiode)		Seconden
Spierkracht (vijf contracties)		
a. Oppervlakkig deel van bekkenbodem		
• Geen contractie waarneembaar	0	
• Geen inwaartse beweging, lichte trilling waarneembaar	1	
• Lichte inwaartse verplaatsing en duidelijke samentrekking rond proximale deel vinger	2	
• Palpabele inwaartse verplaatsing en sterke samentrekking rond proximale deel vinger	3	
b. Diep deel bekkenbodem (puborectalis and levator ani muscle)		
• Geen contractie waarneembaar	0	
• Geen inwaartse beweging, lichte trilling waarneembaar	1	
• Lichte inwaartse verplaatsing van distale deel vinger zonder totale extensie vinger	2	
• Palpabele inwaartse verplaatsing van distale deel vinger met totale extensie vinger	3	
• Palpabele inwaartse verplaatsing van distale deel vinger met totale extensie vinger. De vinger in extensie biedt weerstand ter hoogte van het caudale deel van de vagina. Patiënt kan de vinger in extensie houden zonder dat de onderzoekende vinger contact heeft met het craniale deel van de vagina.	4	

- Palpabele inwaartse verplaatsing van distale deel vinger met totale extensie vinger. De vinger in extensie biedt weerstand ter hoogte van het caudale deel van de vagina. Patiënt kan de vinger in extensie houden. De onderzoekende vinger heeft contact met het craniale deel van de vagina. 5

Coördinatie oppervlakkige en diepe deel bekkenbodem (vijf contracties)

- De oppervlakkige bekkenbodemspieren contraheren niet vóór of op het moment van de contractie van de diepe bekkenbodemspieren (niet-gecoördineerd). 0
- De oppervlakkige bekkenbodemspieren contraheren vóór of op het moment van de contractie van de diepe bekkenbodemspieren (gecoördineerd). 1

* Lig: de patiënt ligt in ruglig, knieën geplooid 90°, lichte abductie, flexie 35° heup.