



Performance training:

Een missing link tussen revalidatie en de terugkeer tot sport?

Autor: Bart Dingenen

Als we met een sporter werken tijdens het revalideren, is de grootste doelstelling (meestal) terug te keren tot sport, en liefst op minstens hetzelfde niveau als voordien. Een sporter wil terug presteren, goals scoren, hoog kunnen springen, ver kunnen werpen, snel kunnen rennen, ... en bovenal wedstrijden winnen zonder nog verder rekening te moeten houden met de blessure. Deze blog is opgebouwd uit 3 kritische vragen betreffende het proces tussen een revalidatie van een blessure en de succesvolle terugkeer tot sport, waarna duidelijk zal worden dat er op dit moment een heel aantal zaken bestaan die voor verbetering vatbaar zijn.

1. Zijn onze patiënten bij het einde van ons revalidatietraject eigenlijk wel terug performant?

Waarvoor ga ik een patiënt voorbereiden? Wat zijn de specifieke vereisten van de desbetreffende sporter op het niveau waarop hij/zij actief wil zijn? Wat zijn de doelen van de patiënt? Dit zijn slechts enkele voorbeelden van vragen waarmee we rekening dienen te houden. Nog maar al te vaak zijn fysiotherapeuten reeds tevreden wanneer een patiënt enkele basiskarakteristieken terug herwonnen heeft (bijvoorbeeld pijn, mobiliteit, kracht). De vraag kan echter gesteld worden of dit daadwerkelijk voldoende is om vanuit een revalidatie de stap te kunnen gaan zetten naar een succesvolle sporthervatting. Vanuit de huidige literatuur wordt deze zeer enge visie en werkwijze sterk in vraag gesteld.^{1,4} En zelfs op het niveau van het herstel van deze basis karakteristieken wordt meer en meer vastgesteld dat het sporten wordt hervat met nog ernstige tekorten. Een voorbeeld hiervan is een recent gepubliceerde paper van Toole et al.⁶ Binnen een groep van jonge sporters met een voorste kruisband reconstructie, slaagde slechts 13.9% op een combinatie van enkele return to sport testen, waaronder hop testen en kracht testen. Deze resultaten kunnen toch wel zorgwekkend genoemd worden, wanneer je weet dat al deze sporters de toelating hadden gekregen van hun medische team om het sporten volledig te hervatten!

Bovendien is het niet omdat een therapeut denkt dat een sporter klaar is om te sporten, dat een sporter dit automatisch ook zo ervaart, of dat andere relevante personen in de omgeving (bijvoorbeeld een trainer) hier ook op eenzelfde manier over denken. De beslissing om terug te gaan sporten dient in overleg te gebeuren, en gebaseerd te zijn op duidelijke criteria, met een duidelijke communicatie tussen alle personen die verbonden zijn in dit beslissingsproces.¹ De fysiotherapeut speelt in dit proces een centrale rol.

Samengevat kan je wel stellen dat er op dit moment een duidelijke grijze zone bestaat (in het Engels een "gap") tussen het revalideren en het opnieuw succesvol sporten en presteren (performance).

2. Wat kunnen de redenen zijn waarom de gap tussen revalidatie en performance bestaat?

- Underloading van patiënten tijdens revalidatie

Fysiotherapeuten zijn typisch nog te voorzichtig bij het belasten van patiënten, ook in de eindfase van een revalidatie. Krachttraining heeft bijvoorbeeld nog altijd maar in onvoldoende mate zijn echte integratie gekend binnen de gemiddelde fysiotherapie praktijk. Bovendien moeten we onszelf ook de vraag stellen hoe we deze krachttraining structureren. Dikwijls wordt aan een patiënt gevraagd om aan een bepaalde intensiteit (bijvoorbeeld 10 RM) te gaan trainen. Maar is de belasting die we hier geven werkelijk ook 10 RM? Ik durf te stellen dat dit dikwijls een stuk lager ligt, en de patiënt onderbelast wordt wanneer er

krachttraining gegeven wordt. Belasting (loading) is essentieel om de mogelijkheid om belasting aan te kunnen (load capacity) te verhogen.³

- Gebrekkige return to sport criteria en criteria-gebaseerd progressies tijdens revalidatie
Klassiek is de beslissing om terug te keren tot sport gebaseerd op geen enkel criterium, louter op basis van tijd, of op basis van enkele lokale factoren van de betreffende lichaamsregio.⁴ Door dit gebrek aan testing keren sporters zoals eerder reeds aangehaald terug tot sport met belangrijke tekorten, dikwijls zelfs zonder dat men zich hier bewust van is. Hierbij gaat het dan niet alleen over fysieke parameters zoals spierkracht of spronghoogte die in onvoldoende mate hersteld zijn, maar ook over fysiologische parameters zoals inspanningscapaciteit, of psychologische aspecten zoals angst om opnieuw geblesseerd te geraken of nog te veel intern gefocust zijn op het desbetreffende geblesseerde lichaamsdeel. Therapeuten én patiënten denken nog te vaak dat een revalidatie compleet kan zijn wanneer de symptomen verdwenen zijn.
- Geen adequate herintegratie in sport
Het gevolg van een combinatie van een te lage belasting tijdens de revalidatie en een plotse blootstelling aan de belasting van een specifieke sport, is dat er een zeer plotse toename is in de workload, dewelke gerelateerd kan zijn met een toegenomen risico om opnieuw een blessure op te lopen.² Een verhoging van de workload tijdens de revalidatie en een graduele integratie in de specifieke sport met een goede monitoring van de workload wordt hierbij sterk aangeraden.² We bereiden een sporter voor om terug een sporter te zijn, niet om een chronische revalidatie-expert te worden. Echter, workload wordt nog slechts in zeer beperkte mate gebruikt binnen het beslissingsproces om terug te sporten.
- Praktische aspecten
Elke fysiotherapeut is uiteraard gekoppeld aan de wetgeving binnen zijn/haar land, en de specifieke beperkingen in het aantal keer dat een sporter kan opgevolgd worden. Hierbij komen we dan tot enkele belangrijke aspecten: spreiding en timing van je behandelsessies, de sporter zelf controle over zijn/haar probleem doen krijgen en zelfstandig tot actie aanzetten, en communicatie met andere personen (eventueel trainers) die een brug kunnen slaan tussen revalidatie en performance.

3. Hoe kan ik als therapeut deze gap tussen revalidatie en performantie overbruggen?

In punt 2 werden op basis van de huidige tekortkomingen reeds enkele suggesties gedaan ter optimalisatie. Indien we in de toekomst willen bekomen dat de gap tussen revalidatie en performance gedicht wordt, zullen er nog enkele zaken moeten gaan verbeteren:

In de eerste plaats zullen de therapeuten deze gap moeten gaan herkennen. De tijd dat men bijvoorbeeld 9 sessies gedurende een half uur louter en alleen passieve behandelingen gaf, om het zagezegde lichamelijke tekort te gaan herstellen en men vervolgens patiënten terug klaar acht om te gaan sporten, is definitief voorbij. Jammer genoeg gebeuren zulke praktijken nog steeds.

Indien therapeuten niet over de accommodatie beschikken om tot high load training over te gaan terwijl dat voor de betreffende patiënt wel is aangewezen, werkt men best samen met bijvoorbeeld een fitness centrum, of verwijst men deze patiënten best door naar gespecialiseerde praktijken waarbij dit wel kan.

Tracht de workload zo hoog mogelijk te houden tijdens de revalidatie, rekening houdend met het niveau waar je naar wil werken. Dikwijls is er wel een alternatieve manier mogelijk om dit te bereiken (bijvoorbeeld crosstrainer in plaats van hardlopen).⁷

Durf in vermoeidheid en in zware belasting te gaan, ook in vroegere fases van de revalidatie. Pijn hoeft niet altijd een contra-indicator te zijn voor progressies in oefentherapie, integendeel.⁵ Uiteraard kan dit van patiënt tot patiënt verschillen en blijft je klinisch redeneer proces hierbij belangrijk. Veel klinische aanpakken zijn dikwijls gebaseerd op historische gewoonten, maar daarom niet zozeer op sterke evidentie. Waarom zouden we na een spierblessure pas excentrisch spierwerk gaan doen wanneer we eerst isometrisch en concentrisch werk hebben gedaan? Voor een verdere onderbouwing van dit verhaal met een specifieke toepassing naar spierblessures verwijst ik graag naar de recente podcast van collega Jack Hickey. https://www.clinicaledge.co/podcast/physio-edge-podcast/72?utm_source=MeetEdgar&utm_medium=Twitter&utm_campaign=TWpodcastEdgar&utm_term=TWPE072Edgar&utm_content=TWPE072Edgar.

Tijdens een revalidatie wordt best doelgericht gewerkt, en worden de progressies binnen het hele proces gemaakt op basis van een combinatie van criteria en tijd, en niet op louter op basis van tijd.⁴ Samenwerking, communicatie, workload monitoring, en een aanpak van een patiënt binnen een biopsychosociaal perspectief zijn essentieel.⁴

Het betoog om zwaarder te gaan belasten tijdens de revalidatie, betekent absoluut niet dat laag belastende (low load) oefentherapie geen rol kan spelen. Opnieuw maak ik hier een verwijzing naar de term klinisch redeneren, waarbij je op basis van alle aanwezige informatie de best mogelijke beslissing maakt in functie van het herstel van je patiënt.

Veel succes!

Met sportieve groeten,

Bart Dingenen

REFERENTIES:

1. Ardern CL, Glasgow P, Schneiders A, Witvrouw E, Clarsen B, Cools A, Gojanovic B, Griffin S, Khan KM, Moksnes H, Mutch SA, Phillips N, Reurink G, Sadler R, Silbernagel KG, Thorborg K, Wangensteen A, Wilk KE, Bizzini M. 2016 consensus statement on return to sport from the first world congress in sports physical therapy, bern. Br J Sports Med. 2016;50(14):853-864.
2. Blanch P, Gabbett TJ. Has the athlete trained enough to return to play safely? The acute:Chronic workload ratio permits clinicians to quantify a player's risk of subsequent injury. Br J Sports Med. 2016;50(8):471-475.
3. Cook JL, Docking SI. "Rehabilitation will increase the 'capacity' of your ...Insert musculoskeletal tissue here...." Defining 'tissue capacity': A core concept for clinicians. Br J Sports Med. 2015;49(23):1484-1485.
4. Dingenen B, Gokeler A. Optimization of the return-to-sport paradigm after anterior cruciate ligament reconstruction: A critical step back to move forward. Sports Med. 2017;47(8):1487-1500.
5. Smith BE, Hendrick P, Smith TO, Bateman M, Moffatt F, Rathleff MS, Selfe J, Logan P. Should exercises be painful in the management of chronic musculoskeletal pain? A systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(23):1679-1687.
6. Toole AR, Ithurburn MP, Rauh MJ, Hewett TE, Paterno MV, Schmitt LC. Young athletes cleared for sports participation after anterior cruciate ligament reconstruction: How many actually meet recommended return-to-sport criterion cutoffs? J Orthop Sports Phys Ther. 2017;47(11):825-833.
7. Vanrenterghem J, Nedergaard NJ, Robinson MA, Drust B. Training load monitoring in team sports: A novel framework separating physiological and biomechanical load-adaptation pathways. Sports Med. 2017.