

**'It is a fact, the intestine and the brain maintain a close relationship that influences emotional and cognitive well-being, the intestinal microbiome plays a crucial role in this connection.'**

Michael Gershon (1996), discoverer of 'the second brain'.



## 7. COLON

## 8.12. THERAPIE COLON

De verschillende onderdelen van het Colon worden met dezelfde handgrepen behandeld als bij het onderzoek. Het weefsel wordt na een impuls op rek gehouden, waarna er op interactieve wijze direct en/of indirect gewerkt wordt met de dynamiek van het weefsel. De duur van een normalisatie van een Colon deel kan lang duren, dit in verband met enerzijds het langdurige bestaan van dysfuncties en anderzijds met de langzame visco-elastischeiteit van het Peritoneum.

### 8.12.1. Directe techniek Ileo-Caecale Valvule (ICV)



Patiënt: in ruglig (met of zonder opgetrokken knieën).

Osteopaat: staat rechts van de patiënt.

Uitvoering: het Caecum wordt gepalpeerd zodat de mediale rand voelbaar wordt. In cranio-dorsale richting komt men de ICV tegen. Eenmaal daar, plaatst de osteopaat de vingers van de rechterhand tegen het Caecum en de duim over het Os Ilium. De duim van de linkerhand plaatst de osteopaat op het terminale Ileum en de vingers omvatten het linkerdeel van het Intestinum (foto1). (De handen kunnen ook omgewisseld worden).

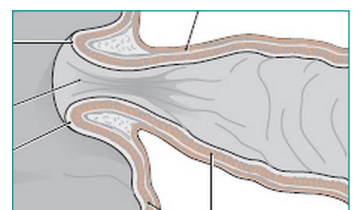
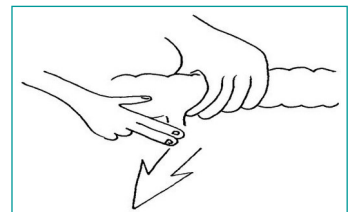
Vervolgens vraagt de osteopaat de patiënt op diens linkerzijde te draaien (foto 2) In samenwerking met de ademhaling en het weefsel van de patiënt brengt de osteopaat duim en vingers uit elkaar, waarbij de intestinale massa 'als het ware als een soort gewicht' uithangt. Op deze wijze mobiliseert de ICV beetje bij beetje.

Normalisatie: de duim blijft aanwezig op het Ileum terminalis, vlak voor de ICV.

Direct: uitvegen van het Ileum in de richting van de Symphyse / linker SIAS. Deze techniek een paar maal herhalen en het pakket steeds oppakken. Uiteindelijk dient een totaal vrij mobiele ICV het gevolg te zijn.

#### Opmerkingen:

1. Bij het op de zij draaien van de patiënt is het van belang dat de osteopaat contact houdt met de ICV. Wanneer het contact verloren gaat, wordt de rektechniek al gauw te oppervlakkig uitgevoerd.
2. Een lang bestaande Immobiele Discrepantie van Het ICV is het ondenkbaar dat deze in één consult wordt opgelost.
3. De techniek is pijnlijk, vanwege de behoorlijke impact op het peritoneum. Het peritoneum is zeer rijk sensibel geïnnerveerd.



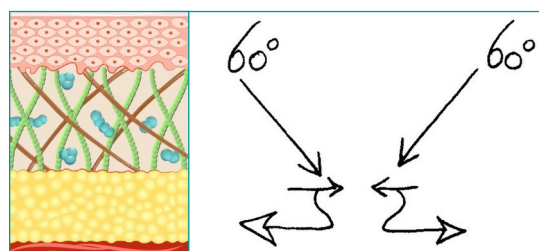
### 8.12.2. Indirecte techniek Ileo-Caecale Valvule (ICV)

Patiënt: bevindt zich in ruglig.

Osteopaat: staat rechts van de patiënt.

Uitvoering: de osteopaat plaatst van beide handen de wijs- en middelvinger aan weerszijden van de ICV. Vervolgens worden de vingers naar elkaar toegebracht (V-vorm in 60°) tot het moment dat er een vrije beweging van het weefsel ontstaat.

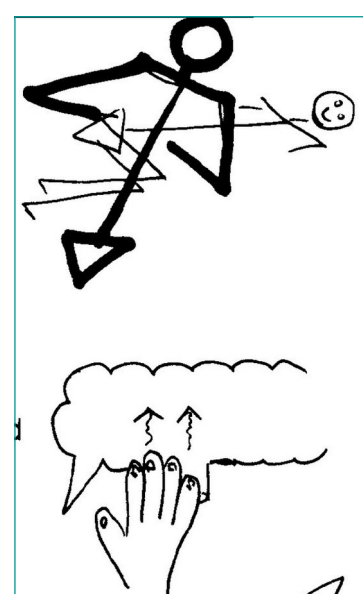
Normalisatie: de osteopaat dient het weefsel, langzaam, te volgen in de vrije richting, bij ieder spanningsevenwicht (PBLT) wordt een nieuwe vrije richting gezocht. Tot uiteindelijk een vrije beweging van het gehele weefsel ontstaat.



**Opmerking:** deze techniek kan zeer lang duren.

**Indirecte techniek,** de mobiliteit van de ICV wordt indirect genormaliseerd, door middel van een PBLT.

### 8.12.3. Vibratie techniek Ileo-Caecale Valvule (ICV)



**Vorbereidende techniek**

Patiënt: bevindt zich in ruglig.

Osteopaat: staat links van de patiënt.

Uitvoering: de osteopaat maakt een kantel-kiep beweging van het bekken naar de linker zijde. Vervolgens wordt de linkerhand ter hoogte van het rechter SI-gewricht geplaatst en de rechterhand ter hoogte van de ICV (foto 1). De vingers van de rechter hand voeren een vibratie uit in de richting van de linkerhand op een inspiratie van de patiënt.

Normalisatie: de osteopaat beoordeelt de mate van relaxatie (voorbereiding) van de ICV en de verandering van mobiliteit in relatie tot het Caecum en de rechter pelvis-regio.

**Opmerkingen Vibraties:**

1. Passieve rotatie van ruglig naar linker zijlig;
2. Linkerhand osteopaat op het rechter SI-gewricht (tegenactie & fijn afstelling);
3. ICV palperen (digiti I-III in een driehoek geformeerd);
4. Bij expiratie: vibratie op de ICV;
5. Volgende Inspiratie: beweeg het Caecum verder naar lateraal;
6. Volgende expiratie: vibratie;
7. Paar maal herhalen.

## Hand Arm Vibration



**Opmerkingen Mobilisatie Caecum globaal:**

1. Patiënt in linker zijlig;
2. Sternum osteopaat op rechter Os Ilium (bekken) van de patiënt;
3. Rechterhand osteopaat heft het dunne darmpakket naar rechts lateraal;
4. Linkerhand osteopaat fixeert het Caecum op rechter Os Ilium van de patiënt;
5. Rechter Duim osteopaat op de mediale rand van het Caecum (tegen vingers linkerhand);
6. Gecombineerde beweging van sternum osteopaat en beide handen;
7. Bewegingen van mediaal  $\leftrightarrow$  lateraal en druk  $\leftrightarrow$  ontspanning met het sternum.

NB. Het geheel van Caecum en Ileum wordt gemobiliseerd ten opzicht van het Peritoneum Pariëtale Posterior (PPP). Dit is een vrij grote mobilisatie ter voorbereiding van verfijndere technieken.

### 8.12.4. Mobilisatie Caecum lokaal

Patiënt: bevindt zich in ruglig.

Osteopaat: staat rechts van de patiënt.

Uitvoering: de osteopaat palpeert het Caecum met vingers en duimen en mobiliseert vervolgens het Caecum in een 'zuivere' mediaal-lateraal-beweging.

Normalisatie: de osteopaat beoordeelt of de mobiliteit zich verbeterd. Tevens kan hij actief met de ademhaling mee laten werken: inspiratie naar lateraal en expiratie naar mediaal.

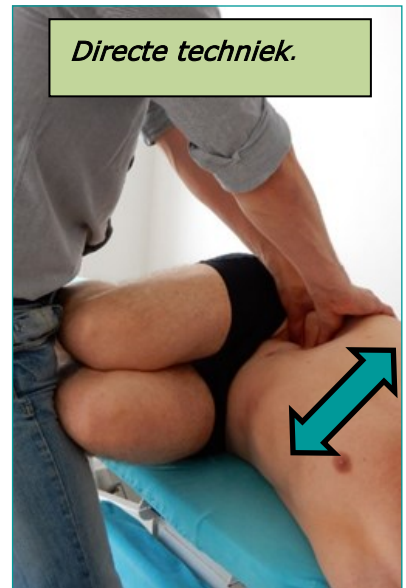
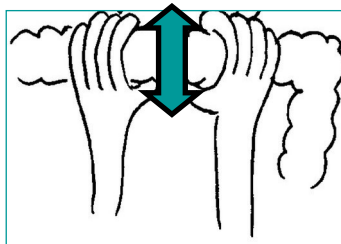


**Directe techniek, de mobiliteit wordt direct genormaliseerd.**

### 8.12.5. Mobilisatie Colon Ascendens

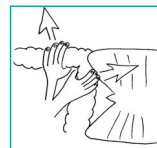
**Patiënt:** is gedraaid volgens passieve rotatie op de linker zijde.  
**Osteopaat:** plaats beide duimen aan de mediale zijde van Colon Ascendens, handen en vingers aan de laterale zijde.  
**Uitvoering:** inspiratie: Colon Ascendens craniaal & lateraal → volgen.  
 expiratie: houdt Colon Asc. omhoog & lateraal (rem terug).  
**Normalisatie:** na relaxatie (voorbereiding) volgt een mobilisatie in een 'zuivere' mediaal-lateraal-beweging.

**Opmerking:** De osteopaat dient de *M. Quadratus Lumborum* uit te rekken door passieve anteflexie van de knieën van de patiënt met het bekken van de osteopaat. Hierdoor ontstaat een voorspanning op het achterste retroperitoneale glijvlak.



### 8.12.6. Bevrijden Flexura Coli Dextra

**Patiënt:** bevindt zich in linker zijlig na passieve rotatie.  
**Osteopaat:** staat links van de patiënt in de uitgangshouding.  
**Uitvoering:** de osteopaat plaatst de duim van de linkerhand aan de mediale zijde van het Colon ascendens. De duim van de rechterhand plaatst hij haaks op de linker duim, caudaal van het Colon transversum. Beide duimen worden zo veel mogelijk cranio-lateraal richting de Hepar toe geplaatst.  
**Normalisatie :** inspiratie: hoek opent → volgen  
 expiratie: hoek sluit → tegenhouden



### 8.12.7. Glijvlakken Colon Transversum

**Patiënt:** ruglig, opgetrokken knieën.  
**Osteopaat:** **Gaster:** staat aan linkerzijde van de patiënt.  
 Rechter duim op pylorus, hand op maag.  
 Linker hand: vingers ventraal op Colon Transversum.  
**Hepar:** staat aan rechterzijde patiënt.  
 Linker duim onderboord van de lever, hand op de lever.  
 Rechter hand: vingers ventraal op Colon Transversum.  
**Uitvoering:** inspiratie en expiratie: volgen en mobiliseren.



**Directe techniek, de mobiliteit van de glijvlakken worden direct genormaliseerd.**

**Opmerkingen:**  
 1. Het betreft hier geen echte glijvlakken, maar de mobilisatie levert veel relaxatie & dynamiek op, met name in de supra-mesocolische ruimte. Het is relatief ten gevolge van de ligamenten.  
 2. De mobilisatie van Gaster / Hepar ten opzichte van het Colon Transversum dient tegengesteld te zijn, daarmee wordt de dynamiek verhoogd.

### 8.12.8. Bevrijden Flexura Coli Sinistra

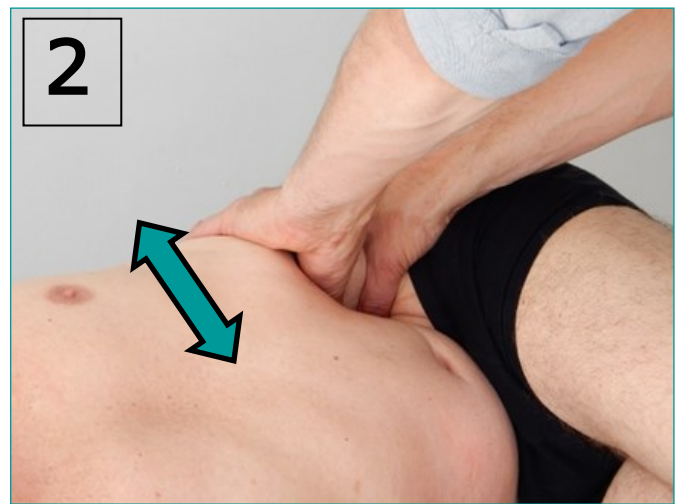
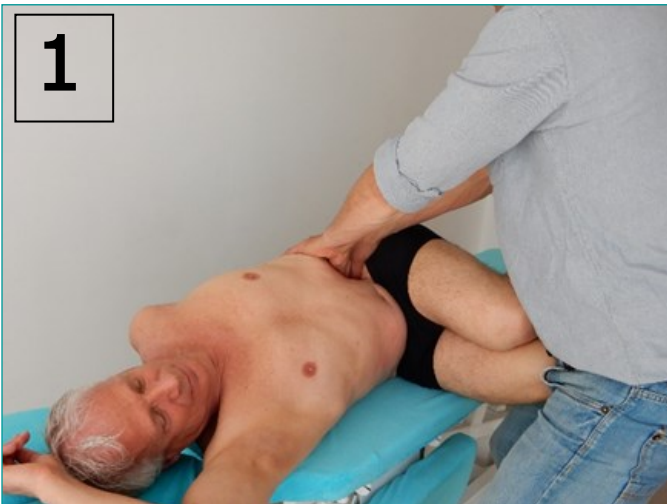
- Patiënt: bevindt zich in rechter zijlig na passieve rotatie.
- Osteopaat: staat rechts van de patiënt in de uitgangshouding
- Uitvoering: de osteopaat plaatst de duim van de rechterhand aan de mediale zijde van het Colon descendens. De duim van de linkerhand plaatst hij haaks op de rechterduim, caudaal van het Colon transversum. Beide duimen worden zo veel mogelijk cranio-lateraal richting de milt toe geplaatst.
- Normalisatie: inspiratie: hoek opent → volgen.  
expiratie: hoek sluit → tegenhouden.

#### Directe techniek



#### Directe techniek, de mobiliteit wordt direct genormaliseerd.

### 8.12.9. Mobilisatie Colon Descendens



- Patiënt: bevindt zich in rechter zijlig na passieve rotatie uitgevoerd door de osteopaat.
- Osteopaat: staat rechts van de patiënt in de uitgangshouding na de uitgevoerde passieve rotatie.
- Uitvoering: de osteopaat plaatst de beide duimen aan de mediale zijde van het Colon Descendens en de vingers aan de laterale zijde.
- Normalisatie: de osteopaat mobiliseert Colon Descendens van mediaal naar lateraal en vice versa.

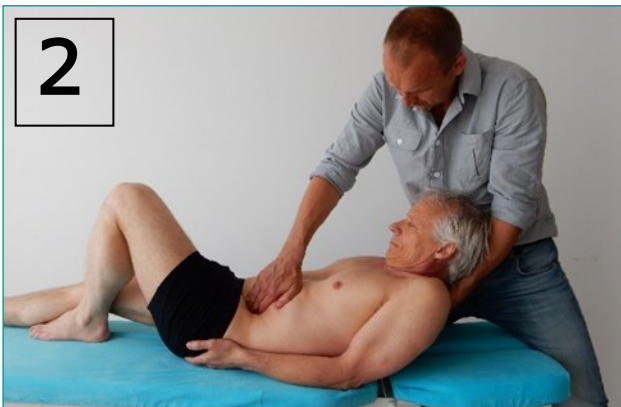
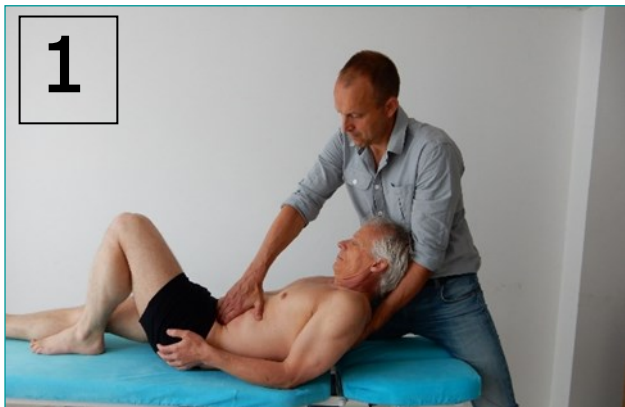


#### Opmerkingen:

1. De Flexura Coli Sinistra ligt dieper (posterior) dan de Flexura Coli Dextra, daar naast is de hoek van de FCS scherper (40-50°) dan die van de FCD (80-90°). De handen van de osteopaat moeten derhalve dieper indringen om op het gewenste niveau te komen.
2. Ook het Colon Descendens ligt dieper (posterior), het vormt een glijvlak met het Intestinum op de Fascia van Toldt, diep in de buik gelegen. Verderop (naar caudaal) vormt het Intestinum een posterior glijvlak met het Mesosigmoid.

### 8.12.10. Normalisatie Sigmoid

Directe techniek



Patiënt: bevindt zich in ruglig met opgetrokken knieën en steunt op ellebogen.

Osteopaat: staat rechts achter het hoofdeinde bij de rechterschouder van de patiënt. Zo nodig wordt de knie c.q. het bovenbeen onder de rug (Twk) van de patiënt geplaatst als ondersteuning.

Uitvoering: de osteopaat maakt met de rechterhand een scheppende beweging in ventro-craniale richting (foto 1). Vervolgens ondersteunt de osteopaat deze beweging met een tractie van de linkerhand op de fasciale structuren van de romp in combinatie met een lichte flexie van Twk en Cwk.



Normalisatie: de osteopaat normaliseert de mate van bewegingsvrijheid.

**Opmerking:** De steun op de ellebogen creëert een voorspanning op de posterieure loge. De voorspanning maakt de normalisatie gemakkelijker. Techniek staat bekend als 'pickpocket-movement'.

### 8.12.11. Mobilisatie Sigmoid

Directe techniek

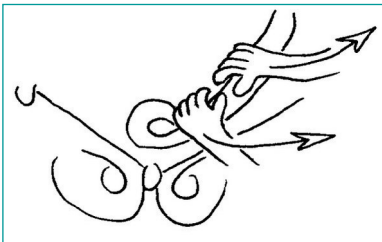
Patiënt: ruglig, opgetrokken knieën.

Osteopaat: staat aan de linkerzijde ter hoogte van het bekken. Plaatst de vingers beide handen aan binnenzijde van de Sigmoid-lus en plaatst beide duimen aan de buitenzijde van de Sigmoid-lus.

Uitvoering inspiratie: sigmoid komt naar lateraal en craniaal. De osteopaat volgt sigmoid actief mee in haar beweging.

Normalisatie: expiratie: de osteopaat beweegt het Sigmoid actief naar de rechter schouder van de patiënt.

Extra: de mobilisatie kan begeleidt worden door apnoe.  
 Apnoe: sigmoid normaliseert vanzelf (indirect).



**Nota Bene:**

- Het Sigmoid kan in een forse retractie functioneren. Daarbij is het Sigmoid dan niet meer dan een pinkdikte in doorsnede en ligt dan meestal diep tegen het linker SI-gewricht. Dat wil ook zeggen posterieur van het Intestinum.
- Zowel het Caecum als het Sigmoid kunnen veel pariëtale klachten veroorzaken, zoals gezegd. De patiënt zal dit ervaren als sensaties in het been, variërend van tintelingen, 'stromen', kloppen, 'energie', pijn, etc.

### 8.12.12. Immobiele discrepanties Colon (IDC)

Patiënt: ruglig, opgetrokken knieën.

Osteopaat: staat aan de zijde van de patiënt ter hoogte van bekken.

Uitvoering:

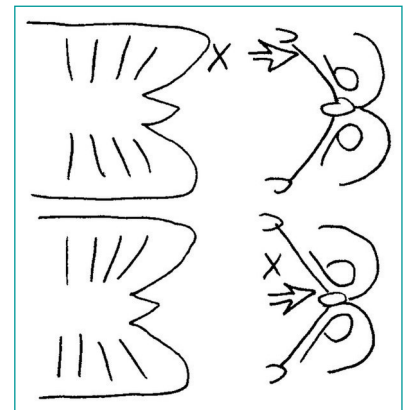
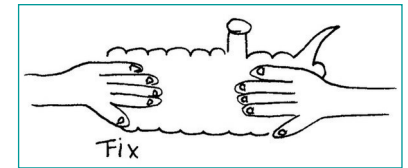
#### Colo-Cecaal:

Linkerhand in 60° op colon ascendens (FCD) ter fixatie.

Rechterhand in 60° op Caecum → Expiratie en apnoe.

*Direct:* Linkerhand fixeert (superior), rechterhand rekt uit (inferior).

*Indirect:* Druk beide handen naar dorsaal tot weerstand, volgen.



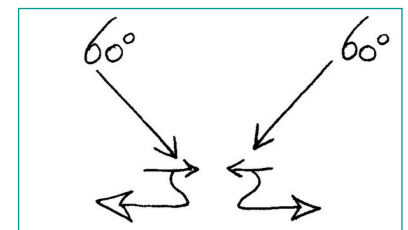
#### Colon Descendens - Sigmoid:

Rechterhand in 60° op Colon descendens (FCD) ter fixatie.

Linkerhand in 60° op Sigmoid, → Expiratie en apnoe.

*Direct:* Rechterhand fixeert (superior), linkerhand rekt uit (inferior).

*Indirect:* Druk beide handen naar dorsaal tot weerstand, volgen.



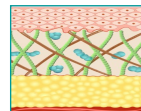
#### Sigmoid - Rectum:

Rechterhand in 60° op Sigmoid ter fixatie.

Linkerhand in 60° op Rectum (diep)

*Direct:* Rechterhand fixeert (lateraal), linkerhand rekt uit (inferior).

*Indirect:* Druk beide handen naar dorsaal tot weerstand en volgen



**Nota Bene:** denk aan de 60° oriëntatie van de handen, in verband met de oriëntatie van collageen-vezels

*Directe of indirecte technieken, al naar gelang de uitvoering.*

#### Opmerking:

1. De directe actie is het deel van het colon waarin ingestulpt is fixeren en het ingestulpte deel vervolgens uitrekken.
2. De indirecte actie is druk met beide handen naar dorsaal, tot er weerstand optreedt, dan het weefsel volgen in de vrije richting.

*Fixatie & Uitrekken.*

**DIRECT**

*Druk naar dorsaal tot Weerstand dan volgen.*

**INDIRECT**

#### Nota Bene:

- De Immobiele Discrepanties Colon ('invaginaties') van zowel het Colon als het Intestinum zijn zeer moeilijk te voelen.
- Allereerst dient uiteraard de 'normale' tensie en mobiliteit van ieder onderdeel van de 8 meter darm gekend en zeer vaak gevoeld te zijn.
- In het kader van compleetheid en het preventieve karakter van de Osteopathie, zijn de normalisaties in dit boek vermeld.