

## Casus myofasciaal pijn syndroom

Kenmerkend in het algemeen is dat de meeste patiënten al langere tijd last hebben. Diverse medische onderzoeken leveren vaak niets op en voorafgaande behandelingen hebben meestal een kortdurend of geen resultaat<sup>1-8</sup>. Met name de referred pain bij MPS kan tot diagnostische dwaalsporen leiden. Een relatief eenvoudige casus wordt beschreven die dit illustreert en tevens een praktisch voorbeeld geeft van de diagnose en therapie bij MPS.

### VOORGESCHIEDENIS EN STATUS PRESENS

Een man van 45 jaar oud verzwikte drie maanden geleden tijdens het hardlopen zijn rechterenkel. Dit is de eerste keer in zijn leven dat dit gebeurt. Een röntgenfoto wordt gemaakt met negatief resultaat en hij wordt vanuit de eerste hulp naar huis gestuurd met krukken en adviezen.

Aanvankelijk was er sprake van klassieke symptomen zoals pijn, zwelling, verminderde beweeglijkheid en beperkte ADL. Echter na vier weken van relatieve rust, ijs en rekkingsoefeningen zijn al deze klachten naar de achtergrond verdwenen.

Patiënt heeft al meerdere marathons gelopen en is van plan de training weer op te pakken. Bij het begin van zijn loopsessies treedt echter een zeurende pijn op aan de buitenkant van zijn enkel, die hem er toe brengt langzamer te lopen. Soms kan hij na enige tijd weer harder lopen, maar meestal is hij gedwongen te stoppen.

Een onderzoek werd gedaan bij de podiatrist naar voet- en enkelmechanica tijdens lopen met verschillende snelheden, maar dit leverde geen bijzonderheden op. Besloten werd om geen steunzolen of andere voet- en/of schoencorrecties aan te brengen. Patiënt gebruikt al jaren hetzelfde merk loopschoenen en die leverden hem eerder geen problemen op.

Patiënt heeft een actieve copingstijl en traint meer op de fiets en in het water in de hoop dat met de tijd het probleem zal oplossen. Er worden geen relevante psychosociale factoren gevonden.

*Hulpvraag: de patiënt wil zonder problemen hardlopen*

### FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK

Het doel van het fysiotherapeutisch onderzoek is om de oorzaak van de beperking te achterhalen en te relateren aan mogelijke pathologie in het bewegingsapparaat om zodoende de fysiotherapeutische indicatie vast te stellen.

In stand is geen sprake van een beenlengteverschil. De aangedane enkel is qua kleur, grootte en vorm vergelijkbaar met de andere zijde. Patiënt is in staat op de tenen, de hielen en een voet te staan zonder provocatie van de klachten. Analyse van de loopschoenen laat geen bijzonderheden zien.

Verder onderzoek in rugligging toont geen bijzon-

derheden qua mobiliteit en passieve stabiliteit van de enkel in vergelijking met de andere zijde. Sneltesten voor de knie, heup en lage rug geven geen bijzonderheden.

Aanvullend neurologisch onderzoek is negatief.

Goede pulsaties zijn voelbaar van de bloedvaten. Drukgevoeligheid bestaat meer in de spiermassa aan de laterale zijde van het onderbeen dan aan de ventrale en dorsale zijde. Aanvullende palpatie van de mm. peronei geeft een aantal specifieke myofasciale triggerpoints (MTRP's) in het verloop van de longus, die bij druk een vage uitstralende pijn geven ter hoogte van de laterale zijde van de rechterenkel (zie figuur 2). Dit is een van de specifieke kenmerken van een actief MTRP (ATP).

Het is van groot belang om de gevonden MTRP's te relateren aan de klachten vanuit de anamnese van de patiënt, zodat deze mogelijk kunnen worden verklaard<sup>1-8</sup>.

Krachttesten zijn normaal en vergelijkbaar met de andere zijde. Een lichte pijn in het zelfde gebied treedt op bij aanspannen tegen weerstand naar eversie.

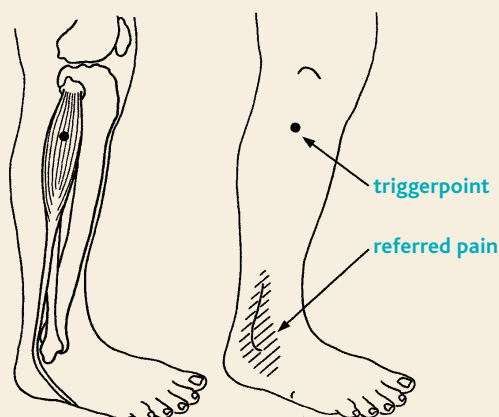


Figuur 2. Palpatie van een MTRP in de m. peroneus longus<sup>7</sup>.

### FYSIOTHERAPEUTISCHE DIAGNOSE EN BEHANDELDOEL

Na analyse van het onderzoek luidt de fysiotherapeutische diagnose: "MPS van de m. peroneus longus." Dit is het gevolg van een snelle overrekking van de spier tijdens het verzwikken van de enkel die kan leiden tot de vorming van ATP's. De belastbaarheid en het uithoudingsvermogen van de spier nemen hierdoor af.

Bij toenemende belasting (hardlopen) raakt de spier sneller overbelast en de referred pain treedt op ter hoogte van de laterale zijde van de enkel (zie figuur 3).



Figuur 3: Locatie van MTRP (triggerpoint) in de m. peroneus longus en haar referred pain patroon (donker gebied)<sup>naar 18</sup>.

#### BEHANDELPLAN

Besloten wordt om de gevonden MTRP's te behandelen via drukpuntmassage en dry needling. Een aantal fraaie lokale twitch responses (LTR) is het gevolg, waarbij de patiënt de referred pain naar de enkel voelt trekken. Deze combinatie van de objectieve LTR en de subjectieve pijnherkenning vormt een belangrijk onderdeel van een succesvolle interventie van MPS via dry needling<sup>3,4,7,44,72</sup>; zie figuur 4.



Figuur 4. Behandeling van een MTRP in de m. peroneus longus via dry needling<sup>7</sup>.

#### VERLOOP

Een volgende behandeling volgt een week later. Patiënt vertelt enthousiast dat hij iedere keer heeft kunnen hardlopen zonder te moeten stoppen. De pijn is grotendeels verdwenen, maar hij heeft het idee dat er nog wat lokale stijfheid is ter hoogte van de laterale zijde van zijn onderbeen. Bij palpatie is de lokale drukgevoeligheid ter hoogte van de m. peroneus longus verminderd. Er wordt nog een latent myofasciaal triggerpoint (LTR) gevonden.

Aanvullend wordt weer behandeld via massage en dry needling voor het LTP. Deze keer is er nog een

Het behandeldoel is het de-activeren van MTRP's binnen de aangedane spier. Dit leidt tot een spierontspanning en een verhoging van de belastbaarheid. Bij toenemende belasting moet dan de pijn wegblijven en zodoende kan de patiënt weer zonder problemen hardlopen.

Voor het stellen van de diagnose MPS moet er minimaal sprake zijn van: regionale pijn, referred pain, palpabele strakke band, lokale plekgevoeligheid en een beperkte beweeglijkheid. Na evaluatie van de literatuur, in combinatie met de gangbare klinische ervaring, kan men concluderen dat plekgevoeligheid, pijnherkenning en de palpabele strakke band de meest betrouwbare bevindingen zijn<sup>1-8</sup>.

Essentieel is de regionale verspreiding van pijn bij MPS. De patiënt is doorgaans niet goed in staat de pijn te lokaliseren en deze wordt omschreven als diep, dof en zeurend. Die pijn weerhoudt een spier met MTRP's om zich te verlengen tot haar normale lengte bij het bewegen en verlaagt tevens haar kracht en/of uithoudingsvermogen<sup>1-8</sup>. De pijnpatronen geven een goede indicatie van de spieren die mogelijk betrokken zijn bij MPS.

lichte LTR te bespeuren, zonder de pijnherkenning. Besloten wordt af te wachten hoe de training over de volgende twee weken zal verlopen en een voorlopige afspraak wordt geboekt. Twee dagen voor die afspraak belt hij op dat er geen problemen meer zijn en het dossier wordt gesloten. Intussen zijn we enige maanden verder en heeft hij succesvol zijn marathon beëindigd.

#### CONCLUSIE

Er is hier sprake van een MPS van de m. peroneus longus. Via onderzoek werd alle andere gangbare enkelproblematiek uitgesloten.

De peroneus longus verloopt van de fibula naar de basis van metatarsale I en cueniforme medialis; de peroneus brevis naar de basis van metatarsale V en een gedeelte van metatarsale IV. Innervatie verloopt via de n. peroneus superficialis (L 4-5, S1).

De functie is met name het behouden van de balans via de voet en enkel. Met de voet van de grond geeft de m. peroneus longus plantairflexie/eversie en de m. peroneus brevis dorsaalflexie/eversie. Pijn kan worden aangegeven ter hoogte van de laterale malleolus. Pijnvermeerdering treedt meestal op bij belastende activiteiten; pijnvermindering bij rust.

Oorzaken van MPS ter hoogte van het onderbeen kunnen zijn: een (verkeerde) brace, gips, verkeerd schoeisel, hoge hakken, trauma, voetafwijkingen en MTRP's van de gluteus minimus, die een overlap heeft qua referred pain in hetzelfde gebied.

Differentiaal diagnostiek moet entrapment n. peroneus communis, osteoarthrose van het enkelgewricht en radiculopathie L5-S1 uitsluiten. Tevens moeten eventuele bijkomende problemen opgelost worden zoals voetafwijkingen en andere MTRP's, zoals in de m. extensor digitoris, m. tibialis anterior en m. gluteus minimus moeten behandeld worden.

Fysiotherapie richt zich specifiek op de gevonden MTRP's. Na zorgvuldige palpatie kan er een scala aan therapieën worden toegepast<sup>51-76</sup>. Bij deze patiënt werd een combinatie van massage en dry needling toegepast.

## DISCUSSIE

De diagnostiek van MPS is niet gemakkelijk en leidt vaak tot onvoldoende onderkenning. De huidige literatuur laat geen eenduidige criteria zien. De praktijk wijst uit dat palpatoire vaardigheden essentieel zijn<sup>1-10</sup>.

Pijn van MPS is reëel en mag niet onderschat worden. Chronische vormen leiden tot soortgelijke veranderingen binnen het zenuwstelsel als bijvoorbeeld bij reumatoïde artritis<sup>5</sup>.

In de beschreven casus is er sprake van MPS van de m. peroneus longus. De referred pain wordt meestal verward met pijn van een meer lokale enkelpathologie. Deze was echter niet verklaarbaar op grond van de normale testresultaten. Na zorgvuldige palpatie en therapie van de betrokken MTRP's was er een snelle verbetering te constateren<sup>1-4,7</sup>.

Helaas is doorgaans het behandelen van MPS niet zo simpel, maar zelfs bij chronische nek- en rugproblematiek, 'whiplash' (WAD) en RSI-patiënten kan men resultaten bereiken<sup>3,4,7</sup>, eigen ervaring.

Tot op heden kunnen we geen duidelijke voorkeur uitspreken binnen het scala aan behandelingen van MPS. Verder gericht onderzoek is noodzakelijk om een 'evidence based' verantwoorde keuze te kunnen maken<sup>5,4,5,7,66-75</sup>.

## LITERATUUR

De omvangrijke literatuurlijst bij dit artikel (en bij het eerste deel uit *FysioPraxis* nummer 2 van 2005) is te vinden op FysioNet: [www.fysionet.nl](http://www.fysionet.nl).

Er wordt door de auteur, in samenwerking met een aantal anderen, gewerkt aan een cursus dry needling. Voor meer informatie kunt u terecht op [www.uplandsphysio.com](http://www.uplandsphysio.com) of neem contact op met de auteur.

Frank Timmermans is fysio- en manueel therapeut, CIMS (Acupuncturist), MCPA.

## Correspondentie-adres:

Uplands Physio Clinic  
185 S. Middle Bench  
Road, Penticton  
BC V2A 8S7 Canada  
Tel: (250) 770-3235  
Fax: (250) 770-3236  
E-mail:  
[uplandsphysio@shaw.ca](mailto:uplandsphysio@shaw.ca)



BRAM POLS



**L**ast van knobbels in de borst, aambeien, spataderen, hyperflatulentie, aanhoudende zweetvoeten of een

psychische kronkel als gevolg van voormalig huiselijk geweld? Zoek een ASR-therapeut. U wordt geheid van de hele bups verlost door een behandeling 'op reflexen in zones, acupuncten op meridianen, chakra's in segmenten, littekens en vlinderpatronen. Dat gebeurt met pressuur, massage, moxa, wit of gekleurd

licht en tussenstoffen'. ASR staat voor 'analytische synthetische respons', dus het kan al bijna niet meer mis.

Toch zijn de wondertherapeuten in opspraak. Boosdoener is het programma Radar. De redactie had in het najaar gezien dat de Consumentenbond, die voor de minister - gesubsidieerd - kwaliteitsonderzoek doet naar een vijftigtal alternatieve geneeswijzen, de ASR'ers van het rapportcijfer 7,4 had voorzien. Terwijl de programmamakers juist hadden begrepen dat niet elke patiënt in zijn nopjes de

sprekkamer verlaat. Dus werd een verslaggever met verborgen camera op pad gestuurd voor een 'intake-gesprek', waarbij hem een naakte masseuse door een blote therapeute in het vooruitzicht werd gesteld. Ook de jonge heer - het wemelt daar van de energiebanen - zou met oliën en vetten stevig onder handen worden genomen. Erectie of zaadlozing, de masseuse neemt ze gaarne voor lief. Ook hulpmaterialen kunnen van dienst zijn. Een strikje om de piep kan zeer bevrijdend werken, voor de andere kunne beho-

ren komkommers en bosjes peen tot het therapeutisch arsenaal. "De orgasmereflex is een eenheidscontractie van het lichaam als totaliteit. Deze delen wij met de primitiefste levensvormen. Zij herstelt de eenheidservaring in het lichaam en met de universele kosmos", luidt de aan Wilhelm Reich ontleende theorie. Twaalf grote verzekeraars hebben ASR in het pretpakket, maar Hooger-vorst stopt zijn subsidie aan de Consumentenbond. Want die 7,4 zou gemakkelijk kunnen worden opgevat als een ministerieel 'keurmerk'.