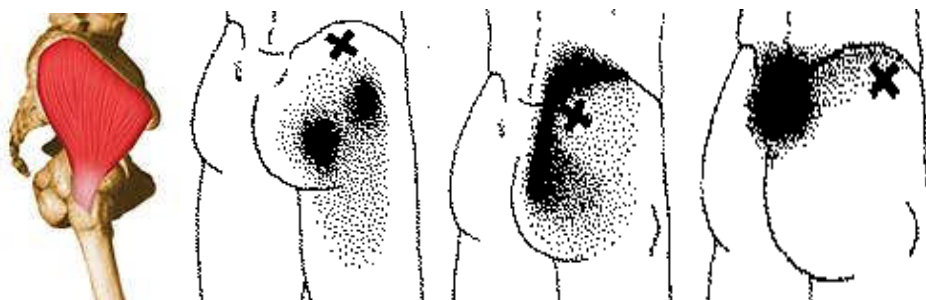


## Myofasciaal pijn syndroom

*Het hier beschreven fysiotherapeutisch onderzoek behoort bij het artikel zoals dat is verschenen in de InFysio nummer 11 jaargang 2006. In dit artikel vindt u achtergronden en mogelijke theoretische verklaringsmodellen.*

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. De pijnpatronen geven een goede indicatie van de spieren die mogelijk betrokken zijn bij MPS. Travell en Simons hebben het referred pain patroon van iedere individuele spier beschreven in hun boeken; zie figuur 3 (72,79,80).



**Figuur 3. Triggerpoints van de m. gluteus medius en haar mogelijk referred pain patronen: vergelijk 'heup', 'SI gewricht' en 'lage rug' pijnen.**

### Inspectie en ADL

Notitie wordt gemaakt van karakteristieke houdingsveranderingen passend bij bepaalde spierverkortingen. Tevens is er speciale aandacht voor bijvoorbeeld voetafwijkingen en verschillen in beenlengten, aangezien deze belangrijke onderhoudende factoren van MPS kunnen zijn.

### Bewegingsonderzoek

Verhoogde spierspanningen kunnen leiden tot bewegingsbeperkingen in de betrokken gewrichten. Sommige spieren leiden tot meer beperkingen dan anderen, onafhankelijk van het formaat van de spier; bijv. een schouderbeperking is groter bij MTrP's in de m.subscapularis dan bij m. latissimus dorsi. Fysiotherapeuten zijn doorgaans meer geneigd de gevonden beperkingen direct te relateren aan de gewrichten. Vaak is er echter een directe verbetering in de gewrichtsmobiliteit te constateren na succesvolle behandeling van de betrokken MTrP's.

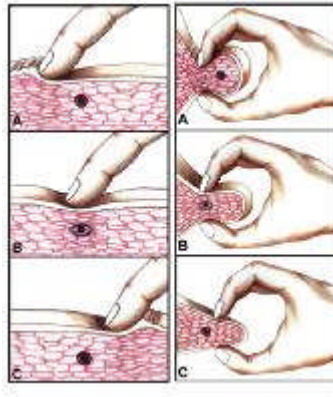
### Spiertesten

Krachttesten laten vaak een verschil van 0.5 tot 1 zien bij vergelijking met de niet aangedane zijde. Naast het verlies aan kracht kan er tevens sprake zijn van verminderde coördinatie en uithoudingsvermogen van de betrokken spieren.

De tendens is om tot oefentherapie over te gaan bij het constateren van bewegingsbeperkingen en verlies aan kracht. Het is echter verstandiger om eerst de MTrP's te behandelen om zodoende kracht, coördinatie en uithoudingsvermogen van de betrokken spieren te herstellen en tot een meer een succesvolle revalidatie te komen.

### **Palpatie**

Palpatie is essentieel om tot een diagnose van MPS te komen. Het gebeurt gewoonlijk in een hoek van ongeveer 90 graden op de spiervezels, waarbij naast de gekozen techniek, ook de juiste hoeveelheid druk van belang is; zie figuur 4.



***Figuur 4. Schematische voorstelling van de twee gangbare palpatievormen bij het onderzoek naar een strakke band en een 'triggerpoint' ( MTrP; naar72).***

Links, huid wordt weggeduwd naar een zijde bij het begin van de vlakke palpatie (A). De vingertop glijdt over de spiervezels om de strakke band eronder te voelen met daarin een triggerpoint (B). De huid wordt naar de andere kant gedrukt bij het einde van de beweging (C).

Rechts, spiervezels worden omringd door vingers en duim in een 'knijpgreep' ('pincer') (A). De hardheid van de strakke band met daarin het triggerpoint wordt duidelijk gevoeld tijdens het rollen tussen vingers en duim (B). De palpabele rand van de strakke band is scherp gedefinieerd als het 'ontsnapt' uit de greep (C)

Frank Timmermans

**Frank Timmermans is fysio- en manueel therapeut, CIMS, MCPA. De auteur is te bereiken via de Uplands Physiotherapy Clinic 185 S. Middle Bench Road, Penticton B.C. CANADA. Tel: (250) 770-3235 / Fax: (250) 770-3236 / E-mail via: [www.uplandsphysio.com](http://www.uplandsphysio.com)**