

# Triggerpoints – ‘de prijs van onwetendheid’

G. Verswijver

## Inleiding

Als deel van hun afstudeerwerk voor hun opleiding tot analgesietherapeut (pijnbestrijder) aan de Hogeschool Hanzesteden te Deventer deden Gerard Verswijver en Gea Werkman een studie naar triggerpoint-behandeling. Ze waren verrast van deze methode te horen, en om daarna zelf te ontdekken hoe effectief die kan zijn in de praktijk. Het verraste hen te ontdekken dat deze effectieve methode zo weinig bekend is. Ze besloten de methode te onderzoeken, en voor een breder publiek bekend te maken. Het leidde hen tot het maken van een handboek voor het herkennen en behandelen van triggerpoints (voor de bovenste extremiteiten) voor behandelaars en patiënten. Want het blijkt dat in de praktijk de problemen door triggerpoints vaak niet worden gediagnosticeerd; en dat – met hun boek in de hand – de patiënten het zelf kunnen herkennen. Dit artikel beschrijft hun verhaal. [Ed.]

## De ontdekking

Als studenten HBO Analgesie, een nieuwe opleiding destijds aan Hogeschool Hanzesteden, ontvingen we een introductie in de leer van triggerpoints. Het begon allemaal op een donderdagavond. Deze avond kregen we les van een Kroatische arts Dr. Tolic. Hij vertelde ons over een betrekkelijk onbekende methode van pijnbestrijding, ‘myofasciale triggerpoint-therapie’. Het gaat hier meestal om een ‘referred pain’, als gevolg van verhardingen in spieren. Deze verhardingen zijn goed lokaliseerbaar door palpatie op de spierbuik van de patiënt. De ligging van de punten is vrijwel identiek bij iedereen. Hetzelfde geldt voor de uitstralingszone van pijn. Dr. Tolic viel ons op door zijn manier van lesgeven. Hij is gedreven met zijn onderwerp bezig, heeft zijn

eigen gevoel van humor en heeft onze opleidingscoördinator binnen de kortste keren vol gestreept met krachtige viltstiftpatronen om alle pijnpatronen te accentueren. Onze aandacht werd getrokken door zijn aanstekelijke enthousiasme en zijn prachtige verhalen uit de praktijk. Dit zou een geweldig onderwerp voor een thesis kunnen zijn. Het onderwerp is niet nieuw want ook fysiotherapeute Ineke Peters uit Best maakte in het door haar geschreven handboek APS al melding van de krachtige werking van triggerpoints. Zij beschreef hierin een methode van triggerpoint-therapie door middel van microstroom-toepassingen. Bij naspeuren vonden we veel verwijzingen over triggerpoint-therapie in handboeken over TENS en Laser. Ook in de acupunctuur, misschien wel de eerste bron, kent men al duizenden jaren de essentie van behandeling van ashi-punten, een oosterse benadering van triggerpoints.

Aangezien we als behandelaars veel technieken in huis hebben die benodigd zijn, besloten we tot een keuze voor dit onderwerp en maakten we een selectie uit het patiëntenaanbod van onze eigen praktijk. Allereerst maakten we een afbakening van het onderwerp. Besloten werd om de bovenste extremiteiten te selecteren, als doel van het onderzoek. In de bovenste extremiteiten komen veel klachten voor onder de noemer RSI, CTS, whiplash, migraine. Deze klachten gaan vaak gepaard met triggerpoints en worden doorgaans niet goed begrepen en behandeld.

Tijdens de eerste behandelingen viel al op dat de effectiviteit van triggerpoint-behandeling enorm hoog kan zijn. We hebben het effect van deze methode onderzocht voor: stretching-technieken, behandeling met ijs, TENS-stroom, microstroom, laser. Het effect is meestal direct.

Bij het uitvragen van de klacht van onze eerste succes-patiënten, kwamen we er achter dat er in het voortraject een lange weg was bewandeld langs huisarts, fysiotherapeut, specialist, vaak gekoppeld aan medicijnen en injecties. Sommigen hadden zelfs een operatie achter de rug, zonder effect. In vergelijking daarmee is de triggerpoint-behandeling zo effectief, en simpel. Het riep bij ons de vraag op: wat is er nu eigenlijk bekend over de materie van myofasciale triggerpoints en de bijbehorende pijnpatronen? Wat weten we in het reguliere en complementaire circuit over dit onderwerp?

We besloten een aantal aanvullende workshops te volgen over triggerpoint-therapie bij Bonne Eigenhuis, een fysiotherapeut uit Amsterdam. Bonne heeft samen met de vertaler van het *Handboek triggerpointtherapie* van Clair Davies, Rob Beenker een aantal workshops opgezet voor belangstellende fysiotherapeuten, masseurs en andere therapeuten.

Steeds meer werd ons duidelijk dat het huidige niveau van kennis op het gebied van de afgeleide myofasciale pijnen gebrekkig was. Heel veel huisartsen schijnen dit verkeerd te diagnosticeren, wat tot lange behandeltrajecten leidt. Ook andere behandelaars lijken vaak in het duister te tasten wat betreft het ontstaan van de klachten die veroorzaakt worden door triggerpoints.

Het doel van onze thesis is om meer bekendheid te geven aan het fenomeen van de myofasciale triggerpoints, opdat de medische wereld ze leert herkennen en ze kan onderscheiden van de aandoeningen die soortgelijke symptomen veroorzaken. Daarnaast werd een doel om ‘gewone mensen’ of ‘leken’ in staat te stellen zichzelf te bevrijden van klachten die door myofasciale triggerpoints zijn ontstaan.

### De myofasciale diagnose

“Als het over pijn gaat wordt klinisch begrip en controle op het gebied van myofasciale pijn vaak over het hoofd gezien. Myofasciale pijn is gedefinieerd als een pijn of autonoom verschijnsel afgeleid van

actieve triggerpoints, met samenhangend disfunctioneren. Myofasciale pijn wordt slechts matig begrepen, wat te vaak resulteert in slechte diagnostiek en controle...” (Graff-Radford, 2004, *Myofascial pain: diagnosis and management*).

Volgens Travell en Simons (Travell en Simons, 1999) zijn triggerpoints de voornaamste oorzaak van pijn en lijden veel patiënten onnodig omdat veel artsen nog niet van triggerpoints op de hoogte zijn. Ze denken dat de behandeling van pijnklachten vaak wordt gekenmerkt door ineffectieve behandelingen en foutieve diagnose-stellingen, waarbij kosten gemaakt worden, zowel voor de portemonnee als voor de kwaliteit van het leven, die hadden kunnen worden vermeden (Travell en Simons, 1999, p.12, 14, 36).

In het *Trigger Point Manual* noemen ze 24 voorbeelden van foutieve diagnoses, variërend van angina en appendicitis tot spanningshoofdpijn en de tennisarm, die artsen kunnen stellen wanneer zij niet weten dat de schuld kan liggen bij myofasciale triggerpoints (Travell en Simons, 1999, p.37).

Travell en Simons schrijven dat als de pijn van myofasciale oorsprong is, de arts de diagnostische plank maar al te vaak mislaat en de klacht doet als verbeelding of als onbehandelbaar categoriseert. Teveel mensen lijden een leven vol reële pijn, die heel goed behandelbaar zou zijn, als hun arts of therapeut eenvoudig de tijd zou nemen om de benodigde kennis op te doen (Davies, *Handboek Triggerpointtherapie*, H.2).

“Patiënten zijn gemakkelijk herkenbaar aan hun historie van spierpijnen en de aanwezigheid van myofasciale triggerpoints, hetgeen specifieke gebieden zijn van hyperirriteerbare plekken in een spier welke lokale en afgeleide pijnen veroorzaken door middel van druk of palpatie. Het gebrek aan kennis om myofasciale pijnpatronen te ontdekken, leidt vaak tot veelvuldig onderzoek, onnodige medicinale interventie en psychisch leed met serieuze daaraan verbonden kosten...” (Meyer, 2002, *Myofascial pain syndrome and its suggested role in the pathogenesis and treatment of fibromyalgia syndrome*).

Als we werkelijk op dermate grote schaal verkeerd diagnosticeren zouden we patiënten veel onnodig leed bezorgen. Voor ons was dit aanleiding om te verkennen of we de onbekendheid van triggerpoint-therapie zouden kunnen doorbreken, en hoe dit dan is te bereiken door kennisvergroting onder behandelaars en zorgvragers.

### Verkenningfase

In de vier inleidende hoofdstukken van *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*, geven Travell en Simons (1999) een gedetailleerd overzicht van alles wat bekend is over triggerpoints en afgeleide pijn. Ze staven hun beweringen met verwijzingen naar enkele honderden wetenschappelijke artikelen die op het onderwerp betrekking hebben.

Triggerpoints zijn echter niet echt nieuw. De medische wereld lijkt zich er niet in te verdiepen, omdat men denkt dat het gaat om ‘nieuwe en onbewezen’ ideeën over pijn. In een uitgebreid overzicht van medische publicaties hebben Travell en Simons erop gewezen dat de knooppachtige kenmerken van triggerpoints al ruim honderdvijftig jaar worden beschreven. Het feit dat ze afgeleide pijn kunnen veroorzaken, was al in 1938 bekend. Janet Travell gebruikte de term ‘triggerpoint’ voor het eerst in 1942 (1999, p.15).

De oude Chinese manuele therapieën, die tegenwoordig bekend staan als acupressuur en acupunctuur, geven al beschrijvingen en behandelingen van wat we tegenwoordig kennen als triggerpoints. De mensheid kampt waarschijnlijk al duizenden jaren met last van triggerpoints. ‘In de knoop zitten’.

Mensen hebben altijd al over ‘knopen’ in spieren geweten. Het verband tussen pijnen en ‘knopen’ is niet altijd begrepen.

Triggerpoints komen opvallend vaak voor. Travell en Simons beschrijven ze als de ‘gesel van de mensheid’ (Travell en Simons, 1999, p.14). Niemand ontkomt eraan, ook baby’s en kinderen niet (Travell en Simons, 1999, p.21). Triggerpoints kunnen zich ontwikkelen in elk van de 200 paar spieren van het li-

chaam, waardoor ze hun effect over een enorm gebied kunnen doen voelen (Travell en Simons, 1999, p.13). Triggerpoints kunnen een leven lang voortduren en zelfs na de dood nog zichtbaar zijn in het spierweefsel, waar ze aantoonbaar zijn tot de lijkstijfheid inzet (Travell en Simons, 1999, p.68).

Travell en Simons citeren onderzoeken waaruit blijkt dat triggerpoints betrokken zijn bij maximaal 93 procent van de pijn die men in pijnklinieken tegenkomt en bij 85 procent zelfs de enige oorzaak is (Travell en Simons, 1999, p.12; Gerwin, p.121; Fishbain, pp.181-197).

Er is altijd veel scepsis geweest over het bestaan van triggerpoints en die is er nog steeds onder degenen die niet op de hoogte zijn van het bewijsmateriaal dat Travell al in 1957 publiceerde. Zij ontdekten dat triggerpoints minuscule elektrische stroompjes produceren en ontvangen (Nordenström, dit jaarboek). Dit maakte duidelijk dat een triggerpoint met het zenuwstelsel communiceert en dat signalen worden teruggestuurd. De activiteit van een triggerpoint kan worden gekwantificeerd door deze kleine stroompjes te meten met elektromyografische instrumenten. De precieze locatie van een triggerpoint kan op dezelfde manier worden vastgesteld. Spierweefsel dat niet is samengetrokken is elektrisch inactief. Elektrische activiteit die zich tot een heel klein gebied beperkt, laat zien dat maar een klein deel van de spier zich samentrekt.

Opmerkelijk genoeg veroorzaakt druk op een triggerpoint een grotere elektrische activiteit. Het strekken van een spier doet dat ook, wat verklaart waarom strekken de pijn zo vaak verergert (1999, pp.58-69).

Het meest overtuigende bewijs voor het bestaan van triggerpoints krijg je als je ze met je eigen vingers voelt. Actieve en latente triggerpoints geven beide een pijnlijke reactie op vingerdruk. Als een triggerpoint dicht onder de huid ligt en je hebt gevoelige vingers, kun je voelen dat het warmer is dan het omringende weefsel. Dit temperatuurverschil, dat ontstaat door een verhoogde celstofwisseling in het triggerpoint, is meetbaar (1999, pp.29-30).

Aangezien triggerpoints zacht weefsel zijn, zijn ze op röntgenfoto's onzichtbaar. Ze zijn met een elektronenmicroscopioop echter wel waargenomen in spierweefsel van pasgestorven mensen die hun lichaam ter beschikking hadden gesteld aan de wetenschap.

Travell en Simons definiëren een triggerpoint als ‘een heel gemakkelijk te irriteren, hevig pijnlijke plek in een knobbeltje, in een palpeerbare strakke streng spierweefsel’. Het betekent dat een triggerpoint bijzonder veel pijn doet als je erop drukt. Als een triggerpoint actief genoeg is, zul je waarschijnlijk schrikken, ineenkrimpen en terugdeinzen. De (afgeleide) pijn ontstaat door een dysfunctie in het musculoskeletale stelsel.

Het pijngevoel wordt gekenmerkt door:

- 1 een karakteristieke pijnbeleving, al of niet uitstralend;
- 2 een pijngevoel op een andere plaats dan de pathologische lokalisatie;
- 3 bijkomende spierspanningen;
- 4 functionele beperkingen;
- 5 oorzakelijke triggerpoints.

Het deel van een spiervezel dat de feitelijke contractie verzorgt is een microscopisch kleine eenheid die ‘sarcomeer’ wordt genoemd. Een sarcomeer trekt zich samen als zijn twee delen bij elkaar komen en zich als vingers in elkaar vouwen. In je spieren moeten miljoenen sarcomeren zich samen trekken om ook maar de geringste beweging te veroorzaken. Een triggerpoint bestaat als *elektrisch* te sterk gestimuleerde sarcomeren *chemisch* niet langer in staat zijn hun samengetrokken toestand te verlaten.

Figuur 1 is een getekende weergave van meerdere spiervezels binnen in een triggerpoint. De tekening is gebaseerd op een fotografische opname via een elektronenmicroscopioop.

Letter A is een spiervezel in een normale ruststand, uitgerekt noch samengetrokken. De afstand tussen de korte dwarsverbindingen (Z-verbanden) binnen de vezel definieert de lengte van de individuele sar-

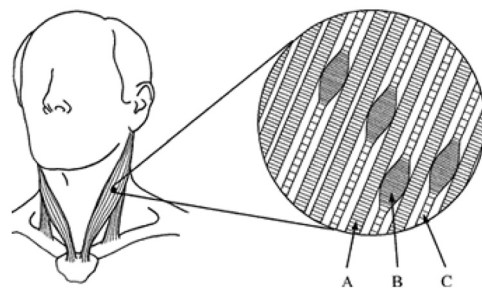
comeren. De sarcomeren lopen in de lengte van de vezel, loodrecht op de Z-verbanden.

Letter B is een knoop in een spiervezel die bestaat uit een aantal sarcomeren in de toestand van continue maximum contractie die kenmerkend is voor een triggerpoint. De opgebolde verschijning van de spierknoop laat zien hoe dat segment van de spiervezel is samengetrokken en korter en dikker is geworden. De Z-verbanden zijn heel dicht bij elkaar getrokken.

Letter C is het deel van de spiervezel dat zich uitstrekt van de spierknoop tot aan de aanhechting van de spier (in dit geval aan het borstbeen). Let op de grotere afstand tussen de Z-verbanden, wat aangeeft hoe de spiervezel wordt uitgestrekt door de spanning binnen in de spierknoop. Deze overstreekte segmenten veroorzaken het strakke en verkorte gevoel in een spier.

Normaal gesproken werken de sarcomeren als kleine pompjes. Ze trekken zich samen en ontspannen om het bloed, dat in hun metabolische behoeften voorziet, door de capillairen te laten circuleren. Als de sarcomeren in een triggerpoint hun contractie vasthouden, stopt in feite de bloedcirculatie in het betreffende gebied. Het gebrek aan zuurstof en de ophoping van afvalstoffen irriteren het triggerpoint. Het triggerpoint reageert op deze noodtoestand met

**Figuur 1**  
Detailschets van ‘knopen’ in spierbundels



het versturen van pijnsignalen: spierpijn.

De zintuiglijke symptomen die door myofasciale triggerpoints worden veroorzaakt, kunnen, naast pijn, een aantal vormen aannemen. Symptomen zoals spierstijfheid, zwakte, oedeem, misselijkheid, duizeligheid en afwijkingen in de lichaamshouding zijn heel divers en vaak verrassend.

Het bepalende symptoom van een triggerpoint is de *afgeleide* pijn. Deze pijn wordt typisch gevoeld als een deprimerende diepe pijn die door beweging kan verergeren. Als je hoofdpijn en pijn in de rug niet meetelt, is pijn die is afgeleid naar de gewrichten, de meest voorkomende manifestatie van het myofasciaal pijnsyndroom. Rugpijn heeft altijd een myofasciale component, wat de officiële diagnose verder ook maar mag zijn. Hoewel artritis, versleten tussenwervelschijven en verschoven wervels snel worden genoemd in verband met rugpijn, is het vaak niets meer dan afgeleide pijn van myofasciale triggerpoints. Pijn in je onderrug kan afkomstig zijn van triggerpoints op verbazingwekkende plaatsen, zoals je billen, je buikspieren en zelfs je kuitspieren. De behandeling van rugpijn helpt vaak niet als myofasciale triggerpoints niet in aanmerking worden genomen als mogelijke oorzaak (1999, pp.804-809; Rosomof, pp.114-118).

Spieren die door triggerpoints zijn verkort en verdikt, drukken vaak op zenuwen die daar vlakbij lopen. Zenuwen die door een spier heen lopen, zijn nog kwetsbaarder. Druk op een zenuw kan de elektrische signalen die erdoorheen lopen, verstoren. Dat kan leiden tot abnormale sensaties zoals verdooftheid, jeuk, een brandend gevoel en overgevoeligheid in de gebieden die door een zenuw worden bediend (1999, p.448; pp.516-523).

De afleidende effecten van myofasciale triggerpoints op het autonome zenuwstelsel kunnen verrassend zijn. Het autonome zenuwstelsel beheerst de klieren en de gladde spieren van het spijsverteringsstelsel, de bloedvaten, het hart, het ademhalingsstelsel en de huid.

Om te bewegen is het nodig dat sommige spieren zich verkorten en dat andere langer worden.

Triggerpoints kunnen ervoor zorgen dat een spier geen van beide graag doet. Uittrekken en samen-trekken zijn beide irritant voor triggerpoints en verergeren de pijn, waardoor je geneigd bent steeds minder te bewegen.

Onbehandelde myofasciale symptomen kunnen je gemoedstoestand nadelig beïnvloeden. De bijbehorende spierspanningen duren dan soms maanden of jaren, en zijn een enorme belasting op het lichaam. Depressiviteit is vaak een gevolg van zulke chronische pijn.

De chronische overbelasting van spieren op het werk komt tegenwoordig zoveel voor dat het bekendstaat onder een aantal verschillende benamingen. Het staat bekend als RSI (repetitive strain injury), RMI (repetitive motion injury), cumulatieve traumatoornis, overbelastingssyndroom en arbeidsgerelateerde myalgie. Het gaat ook daarbij om lokale verkramping van spieren.

De plaatselijke verkramping van de spieren hebben een chemische en een elektrische component. Het triggerpoint ontstaat door een verstoring in de elektrische regulatie (cf een fibrilatie-kringloop in het hart). Door de chemische uitputting verliest de verkrampde triggerpoint haar spierfunctionaliteit (cf een infarct).

Triggerpoints ontstaan in spieren als deze geconfronteerd worden met plotselinge schokken, zoals bij botsingen en valpartijen. De plotselinge draaiing die dan plaatsvindt, waardoor de spieren zich hevig aanspannen of worden uitgerekt, kan ook triggerpoints tot gevolg hebben. Triggerpoints zijn de belangrijkste pijnoorzaak van whiplash, al wordt dit vaak niet ingezien en blijven de punten onbehandeld.

Volgens Travell en Simons kunnen veel soorten medisch handelen onvermoed oorzaak zijn van triggerpoints en myofasciale pijn. Triggerpoints worden veroorzaakt door immobiliteit vanwege beugels, draagbanden en gipsverband. Als een operatie lang nadien nog pijn veroorzaakt, kan men vermoeden dat triggerpoints bestaan in de spieren waarin is gesneden, die zijn opgerekt of die op een andere

manier zijn getraumatiseerd. Artsen blijven soms proberen de pijnlijke plek te behandelen als zij niet inzien dat het afgeleide myofasciale pijn betreft. Ze zien dus de oorzaak over het hoofd en kunnen deze daardoor ook niet doeltreffend behandelen.

Een eenvoudige injectie in de bilspiers kan een triggerpoint veroorzaken. Een injectie met steroïden in een pijnlijk gewricht mag verlichting bieden, maar is misschien niet de juiste behandeling als de pijn een myofasciale oorzaak heeft. Het probleem is dat de patiënt gedachteloos doorgaat met de belastende activiteit die de klachten heeft veroorzaakt.

Het is niet helemaal duidelijk of triggerpoints fibromyalgie veroorzaken of andersom. Wel duidelijk is dat iemand tegelijkertijd fibromyalgie en triggerpoints (myofasciaal pijnsyndroom) kan hebben. Beide worden gekenmerkt door overgevoelige plekken op diverse delen van het lichaam.

Een kort been, een asymmetrisch bekken, korte bovenarmen en een lang tweede middenvoetsbeentje zijn omstandigheden die het lichaam voortdurend tot compensatie dwingen, wat een constante spanning op bepaalde spiergroepen veroorzaakt.

Steeds dezelfde bewegingen maken vormt een overbelasting voor spieren, zelfs als ze maar een heel kleine inspanning vergen. Herhaalde bewegingen die kracht kosten, kunnen zelfs gezonder zijn, omdat je het eerder zult voelen als de spieren vermoeid raken.

Travell en Simons melden dat bijna de helft van alle patiënten die zij voor chronische pijn behandelen, een tekort heeft aan bepaalde vitaminen of mineralen die voor een blijvende verlichting noodzakelijk zijn. Het gaat hierbij om onder andere de B-vitamines 1, 6 en 12, vitamine C en foliumzuur. De mineralen calcium, ijzer, magnesium en kalium zijn ook heel belangrijk.

Het is moeilijker om van triggerpoints af te komen als er in je lichaam een chemische of hormonale disbalans bestaat die storend werkt op de celstofwisseling in de spieren. Er zijn nog andere factoren die invloed kunnen hebben op de effectiviteit van

de behandeling. Chronische infecties, waaronder sinusitis, kunnen triggerpoints in stand houden.

## Hoe bekend zijn Triggerpoints?

### —Onderzoek en bevindingen

Voor onze afstudeeropdracht besloten wij tot het houden van een enquête naar het kennisniveau op het gebied van triggerpoints onder behandelaars. Reden hiervoor was ons idee dat triggerpoints niet voorkwam in de differentiaal-diagnostiek ten aanzien van ‘afgeleide’ myofasciale pijnen bij eerstelijns behandelaars. Deze behandelaars zouden daardoor teveel vasthouden aan conservatieve behandelmethoden.

Voor deze vasthoudendheid wordt een flinke prijs betaald. Patiënten konden wel eens door een foutieve diagnose naar huis worden gestuurd met de mededeling dat er niets te doen viel aan hun klachten. Sommigen zouden wel eens ten prooi kunnen vallen aan een onnodige invasieve ingreep. Velen zouden terecht kunnen komen in een ellenlang traject met dure onnodige onderzoeken. Hoe zat het bijvoorbeeld met de groep hoofdpijnpatiënten?

Koos men voor de medicamenteuze weg, de weg langs de psychiater of werd de musculatuur meegenomen tijdens de inspectie?

Myofasciale pijn is een gebruikelijke oorzaak van plaatselijke chronische hoofdpijn. Myofasciale triggerpoints kunnen pijn doorgeven naar het hoofd en het gezicht in het cervicale gebied en op die manier bijdragen aan cervicale hoofdpijn. Wanneer deze punten degelijk geïdentificeerd worden, is cervicale myofasciale pijn een goed behandelbare component van hoofdpijn management (Borg-Stein, 2002, *Cervical myofascial pain and headache*).

Conservatieve behandelmethoden zouden wel eens voor veel onnodig leed kunnen zorgen onder zorgvragers. Niet alleen door de lange weg van onderzoeken die ze moeten ondergaan maar ook door de ontkenning van hun klachten door medici.

### De enquête

Wij waren vooral benieuwd of er in de studies van

artsen, fysiotherapeuten, bedrijfsartsen, complementaire therapeuten en in bij- en nascholingen voldoende aandacht werd geschonken aan triggerpoints en bijbehorende pijnpatronen. Ook werd gekeken naar het afstudeerjaar. Was er verschil in oude en jongere behandelaars? Er werd onderzocht of de behandelaars zelf zorgvragers hadden ontdekt met myofasciale triggerpoints en met welke klachten zij deze in verband brachten. Daarnaast werd gecontroleerd of bepaalde aandoeningen, die voor een groot deel met myofasciale problematiek te maken hebben, veel voorkwamen in onze behandelpraktijk. Aansluitend op deze vraag werd gevraagd wat in dergelijke gevallen hun beleid was. Ook de bekendheid met behandelmethoden op het gebied van triggerpoint-therapie en de bekendheid van triggerpoint-therapeuten werd uitgevraagd. Tenslotte kwam de vraag naar hun bereidheid om kennis te vergaren op dit gebied.

De geënuquëerde zorgvragers kwamen in onze praktijken. Zij werden allen behandeld voor myofasciale problematiek aan een van de bovenste extremiteiten. De doelgroep moest zoveel mogelijk een doorsnee zijn van de totale groep pijnpatiënten in de praktijk. Het doel was om met deze groep te onderzoeken wat ze eigenlijk van hun klachten wisten. Hoe ze hun klachten hadden ervaren, hoe ze waren behandeld door de verschillende behandelaars en wat voor effect dat allemaal op hen had gehad.

Verder hadden wij interesse in hun bereidheid tot het volgen van zelftherapie. Op die manier zouden myofasciale klachten ook al in de thuissituatie aangepakt kunnen worden. Dit zou chronische pijnsituaties in een vroeg stadium kunnen voorkomen. Ook zouden zij door een stuk zelfkennis mondiger worden naar behandelaars. Het zou hun behandelproces zeker ten goede kunnen komen.

Wij waren ook benieuwd naar hun arbeidsomstandigheden. Waren zij nog in het arbeidsproces en zo niet, wat waren dan hun voornaamste bezigheden. Daarnaast werd geprobeerd om een variatie aan pijnpatronen te vinden.

**Figuur 2**



Allereerst werd de aanvankelijke diagnose uitgevraagd en door wie die gesteld was. Het begin van de klachten werd nagevraagd, evenals het totale verloop van de klachten. Hoe hadden de patiënten hun verloop beleefd en wat was hun bijgebleven? Onderzocht werd of ze wisten waar hun pijnpatronen vandaan kwamen en waarmee ze eventueel verband hielden. Een van de belangrijkste dingen was het behandeltraject dat ze ondergaan hadden. Had dit traject verkort kunnen worden? Ook werd gevraagd of ze inmiddels van hun klachten verlost waren. Als laatste werd gevraagd naar hun bereidheid om zelf aan hun klachten te werken.

## **Resultaten enquête**

### Behandelaars

Uit de enquête onder behandelaars blijkt dat het pover gesteld is met het kennisniveau onder alle onderzochte behandelaars; niet alleen in de reguliere hoek maar ook onder de complementaire beoefenaars van gezondheidszorg in Nederland. Slechts fysiotherapeuten en acupuncturisten scoren redelijk op onze vragen. In de praktijk blijkt diagnostiek te gebeuren aan de hand van een beperkt protocol. Wat daar niet in voorkomt kan niet worden gediagnosticeerd. Hoewel de omvang van ons onderzoek beperkt was, lijken de conclusies meer algemeen geldig: zonder voldoende kennis is het diagnosticeren van een myofasciale problematiek onmogelijk.

De gestelde diagnoses van het myofasciale pijnsyndroom zullen minder betwist worden als de klinische criteria beter gedefinieerd zullen worden. De mechanismen zijn niet goed bekend en het syndroom verschijnt in een rijke variëteit (McClaffin,





gers noemen: overbelasting, (werk)stress en verkeerde houding. De klachten ontstaan dus relatief vaak door repeterende handelingen. Opvallend detail is dat de werkeloosheid onder vrouwen met chronische klachten aanzienlijk hoger ligt dan bij mannen. De gestelde diagnoses zijn, buiten de behandelingen in de praktijk van onderzoekers, nooit in verband gebracht met myofasciale triggerpoint-problematiek. Klachten die het meest genoemd worden zijn hoofdpijn, altijd pijn, vermoeidheid, slapeloosheid en zeurende pijn.

De meeste zorgvragers legden een traject af in het reguliere circuit dat globaal bestond uit: bezoek aan de huisarts (rust, aangepast beleid, uitleg, medicatie, injectie), fysiotherapeut (oefeningen, massage, uitleg, stroomtherapie), manuele therapie (oefeningen, massage), specialist (onderzoek, scans, invasieve ingreep), intake bij onderzoekers (triggerpoint-therapie). Tussen de 47% en 65% van de zorgvragers reageerde op onze triggerpoint-therapie met directe afname van hun pijnklachten.

Onze conclusie is dat triggerpoint-therapie een effectieve manier is om myofasciale problematiek te lijf te gaan. Van een aantal klachten valt moeilijk te doorgronden of het daadwerkelijk om myofasciale problematiek gaat. Er kunnen toch nog een aantal differentiaal-diagnoses over het hoofd zijn gezien door onderzoekers. In dat geval zal het genoemde percentage van zorgvragers die positief reageerden in de praktijk nog veel hoger kunnen liggen.

*Onze eindconclusie is dat bij een vermoeden van myofasciale problematiek triggerpoint-therapie altijd overwogen moet worden door de behandelaar.*

Het opleidingsniveau over triggerpoints van eerstelijns behandelaars kan aanzienlijk omhoog.

Ditzelfde ook geldt voor de complementaire behandelaars. Zorgvragers wensen instructie over zelftherapie bij myofasciale pijnproblematiek.

Een thuisprogramma, bestaande uit ischemische druk en verdraagbare stretching-methodes, heeft een gunstig effect laten zien in het reduceren van de gevoeligheid van triggerpoints en de bijbehorende intensiteit van pijn bij individuele patiënten met

nek en rugpijn. De resultaten van deze studie indiceren dat behandelaars myofasciale triggerpoints kunnen behandelen door het monitoren van een thuisprogramma met ischemische druk en stretching (Hanten, Olsen, Butts, Nowicki, 2001, *Effectiveness of a home program of ischemic pressure followed by sustain stretch for treatment of myofascial trigger points*, [www.pubmed.nl](http://www.pubmed.nl)).

Een algemene conclusie kan zijn dat de gezondheidszorg en de zorgvragers een ‘prijs van onwetendheid’ moeten betalen voor het gebrek aan kennis wat zij beiden hebben op het gebied van triggerpoint-therapie, triggerpoints en bijbehorende pijnpatronen.

### De voorgestelde verandering

“Myofasciale dysfuncties (MPS) is een van de slechtst begrepen, vaak ontkende problemen die een patiënt kan overkomen. Het myofasciale pijnsyndroom is een frustratie voor patiënt en arts. Helaas wordt het myofasciale pijnsyndroom vaak niet herkend, onjuist gediagnosticeerd en verkeerd behandeld. Dit lijdt weer tot onnodige pijn, onnodig lijden en onnodig functieverlies. Als het myofasciale pijnsyndroom goed behandeld wordt dan heeft het een goede prognose tot herstel. Een multidisciplinaire samenwerking van professionals in de gezondheidszorg is essentieel om het myofasciale pijnsyndroom te herkennen en te behandelen. Het kennisniveau van de eerstelijns gezondheidszorg, ten aanzien van myofasciale pijn is aan het veranderen. Op deze manier is men straks beter in staat om myofasciale pijn eerder te identificeren en adequaat te behandelen...” (Auleciems, 1995, *Myofascial pain syndrom, a multidisciplinary approach Hastings Family Practice Clinic*, Regina Medical Center, MN, USA).

Het is duidelijk dat de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland niet anders functioneert dan uit deze citaten blijkt. Men lijkt zich liever te houden aan de bekende conservatieve behandelmethoden. Het probleem in de gezondheidszorg zit in de conservatieve opvatting over pijn. Lokaal wordt gekeken

naar de klacht, en daar is niets te vinden. Lokale injecties werken niet of nauwelijks, Sommige fysiotherapeut blijven dezelfde lokale zone behandelen, de specialist maakt foto's van het lokale gebied. Scans laten de triggerpoints niet zien; zelfs al zouden ze liggen in hetzelfde gebied. Vaak leidt dat tot de conclusie dat het gehele diagnostiserende traject voor niets is geweest, want er is niets te vinden. Vaak wordt een patiënt weer weg gestuurd met de mededeling dat er niets aan zijn klachten te doen is.

Een dergelijke patiënt wordt onnodig opgezadeld met een leven van pijn. Doorverwijzing naar een specialist brengt het triggerpoint-probleem meestal niet in beeld.

Sinds we de lessen van Dr. Tolic toepasten in onze eigen praktijk ontdekten we de opmerkelijke resultaten van triggerpoint-therapie. Door de resultaten van de behandeling konden een aantal mensen hun al geplande operatie afzeggen. Sommigen zagen hun mobiliteit weer fors toenemen. Bij anderen zakte de pijn direct fors weg.

Ons uiteindelijke doel is om een bijdrage te gaan leveren aan de bekendheid van triggerpoint-therapie. Controle op triggerpoints een vaste plaats in de

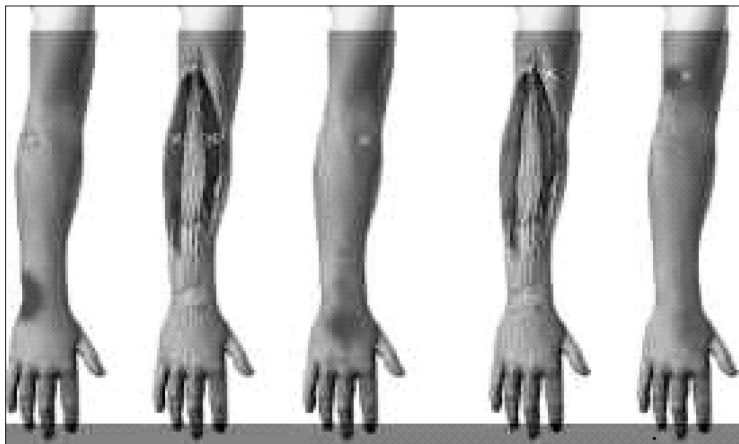
anamnese te geven, opdat we onnodig lange en zinloze behandeltrajecten kunnen voorkomen. Behandelaars moeten de mogelijkheid van triggerpoints zorgvuldig afwegen in hun uiteindelijke diagnose. Het tekortschieten in kennis op het gebied van triggerpoints op dit moment bij veel eerstelijns behandelaren maar ook complementaire therapeuten, achten we voldoende bewezen in deze thesis. Daarnaast is het doel om de zorgvragers beter te informeren over systemen van zelfbehandeling voor hun myofasciale pijn. Uit de enquête is immers voldoende gebleken dat deze behoefte er is. Ook is vastgesteld dat de meeste zorgvragers niet op de hoogte zijn van nieuwe denkwijzen op het gebied van ‘afgeleide pijn’.

### Het handboek

De enquêtes hebben ertoe geleid dat er instructiemappen zijn ontworpen, zowel voor behandelaren als zorgvragers zelf.

De instructiemappen zijn beide op dezelfde manier opgebouwd. Ze beginnen met de toelichting hoe de instructiekaart te gebruiken. Er zijn dan verschillende overzichten te vinden; overzicht spieren bovenste extremiteiten, schema's pijnzones bovenste ex-

Figuur 4



tremiteiten, en een overzicht van de spieren per pijnzone.

Dan volgen de pijnpatronen die onderverdeeld zijn in het hoofd, onderarm, schouder, bovenarm en bovenrug. Deze pijnpatronen spreken eigenlijk al voor zich. Je hebt in één keer in beeld wat het pijnpatroon is en welk triggerpoint daarbij hoort, die vervolgens behandeld zou kunnen worden. Daartoe zijn een aantal behandelingsmogelijkheden gegeven van myofasciale triggerpoints. In de toelichting ‘gebruik instructiemap’ staat omschreven hoe de instructiemap is te gebruiken.

Het doel van de map voor behandelaars is dat een behandelaar op een vrij eenvoudige wijze pijnpatronen kan herkennen en uiteindelijk weet hoe en waar deze te behandelen. Er wordt ingegaan op verschillende behandelingstechnieken die redelijk eenvoudig toepasbaar zijn. Daarnaast wordt ingegaan op het geven van zelfbehandelingsadviezen aan zorgvragers.

Het doel van de map voor zorgvragers is dat een zorgvrager zelf zijn pijnpatronen kan herkennen om er vervolgens zelf iets aan te doen. Eenvoudige technieken van zelfbehandeling worden besproken. Voorts wordt een traject aangegeven naar professionele hulp.

Wat hier een logisch gevolg van zou moeten zijn, is dat de trajecten die de zorgvragers doorlopen, korter worden, waardoor minder onnodige (pijn-)klachten ontstaan met alle gevolgen vandien.

## Conclusies

Vanuit de gehouden enquêtes is het overduidelijk dat de ‘prijs van onwetendheid’ betaald wordt door een gebrek aan kennis op het gebied van myofasciale triggerpoints bij nagenoeg alle onderzochte behandelaars. Die prijs wordt door de gezondheidszorg zelf betaald door onnodige medische handelingen maar niet op de minste plaats door de zorgvrager zelf, door het persoonlijke leed wat hem ten deel valt.

Dit gebrek aan kennis is niet nieuw. Vele wetenschappelijke publicaties (Graff-Radford, 2004;

Meyer, 2002; Auleciems, 1995; McClafin, 1994) wijzen op het gevaar van het onjuist diagnosticeren van myofasciale triggerpoints. Ook de grondleggers van de triggerpointtherapie Dr. J. Travell en Dr. D.G. Simons onderkennen deze problemen. Zij hebben met hun ervaring dezelfde gevaren in hun onderzoeken blootgelegd. Deze gevaren kunnen de onderzoekers alleen maar onderstrepen.

Van de zorgvragers mag op dit moment geen actieve rol worden verwacht als het gaat om het herkennen van triggerpoints en de afgeleide pijnen. Zij zijn hiervoor afhankelijk van goed opgeleide behandelaars. Mits behandelaars goed ondersteunen en monitoren, zal de zorgvrager heel goed kunnen werken aan een thuisprogramma voor zijn triggerpoints en afgeleide pijn (Hanten, 2001).

De eerste conclusie is dan ook dat het gros van de geënquêteerde behandelaars, met uitzondering van fysiotherapeuten en acupuncturisten, de benodigde kennis over triggerpoint-therapie, triggerpoints en hun afgeleide pijnpatronen ontberen. Zij diagnosticeren daardoor regelmatig verkeerd als het gaat om myofasciale pijnproblematiek. Hun huidige beleid is over het algemeen protocollair van opzet. Zij hebben geen adequaat antwoord op het behandelen van triggerpoints omdat het in hun protocol nog niet voorkomt. Wel zijn ze over het algemeen bereid deze kennis te vergaren.

De tweede conclusie is dat zorgvragers nog geen actieve rol spelen in hun myofasciale pijnproces maar dit over het algemeen wel zouden willen.

De derde conclusie is dat de zorgvragers uit de enquête, net als werd gesuggereerd, een geschiedenis kennen van onnodige medische onderzoeken en behandelingen. Hun pijnproblematiek is nooit in verband gebracht met myofasciale triggerpoints, dit terwijl minimaal 47% tot 65% goed reageerde, na de vereiste behandeling van triggerpoints.

De vierde conclusie is dat triggerpoint-therapie bij myofasciale pijnproblematiek een adequate behandeling is met veel mogelijkheden.

Onze conclusies leiden tot de volgende aanbevelingen:

Bij een vermoeden van myofasciale problematiek moet de behandelaar altijd een differentiaal-diagnose kunnen stellen op triggerpoints. Hij moet hiervoor een gedegen kennis bezitten of besluiten om zorgvrager door te kunnen verwijzen naar een deskundige triggerpoint-therapeut. Daarvoor is bij alle behandelaars in de gezondheidszorg kennis van het bestaan van triggerpoints nodig. We hebben in onze scriptie een instructiemap-behandelaars uitgewerkt, welke behandelaars kunnen gebruiken bij hun behandelplan.

De zorgvragers moeten meer kennis krijgen over hun myofasciale pijnproblematiek. Zij moeten actief betrokken worden bij hun herstelproces en dienen daarvoor juiste oefenprogramma's te krijgen. Indien opleiders of behandelaars deze oefenprogramma's en behandeltechnieken goed monitoren, kan dit leiden tot een gunstig effect ten aanzien van hun pijnklachten en hun triggerpoints. We hebben ook voor deze groep zorgvragers instructiemappen geschreven op hun eigen begripsniveau. Deze instructiemap kunnen zorgvragers gebruiken om, onder begeleiding, aan de slag te gaan met hun pijn.

Indien van de kant van behandelaars en zorgvragers de nodige bereidheid bestaat te investeren in kennis op het gebied van triggerpoints en afgeleide pijnpatronen, zullen we fors afrekenen met ‘de prijs van onwetendheid’.

“Myofasciale pijn is waarschijnlijk de meest voorkomende oorzaak van pijn in het spier/bottenstelsel ofwel het bewegingsapparaat in de medische praktijk...” (Imamura, Fischer, Imamura et al, 1997).

### Literatuur

- Davies, C (2003) *Handboek Triggerpoint-therapie, verminder zelf pijnklachten*, 1e druk, Altamira-Becht BV, Haarlem, Nederland
- Eigenhuis, B (2000) *Zelftherapie bij RSI, Deel 1*, 1e druk, PrRé, Amsterdam
- Jonckheere, P (1993) *Spielen en Dysfuncties, Trigger punten, Basisprincipes van de Myofasciale therapie*, 1e druk, Satas NV, Brussel
- Travell & Simons (1999) *Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual, Volume 1, upper half of body*, Second Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Maryland, USA

**Samenvatting****Triggerpoints – ‘de prijs van onwetendheid’**

Wat zijn triggerpoints? Hoe kan het dat triggerpoint-therapie zo effectief is? Waarom is dit niet algemeen bekend? Is daar wat aan te doen?

Triggerpoints worden niet gediagnosticeerd, omdat therapeuten en artsen ze niet kennen. Voor hun afstudeerwerk bestudeerden de schrijvers het onderzoek naar triggerpoint-therapie, en besloten hun

bevindingen beschikbaar te maken in de vorm van een handboek om triggerpoint-problemen te kunnen herkennen, en te kunnen behandelen.

Voorkomen is beter dan genezen, en gezien de vele klachten die door triggerpoints worden veroorzaakt is er een enorme wist te behalen als meer mensen ze kennen, en ermee kunnen omgaan.

**Summary****Trigger points – ‘the costs of ignorance’**

What are trigger points? How can trigger point therapy be so effective? Why is this not generally known? Can we do something about this? Trigger points are not diagnosed, because therapists and doctors use protocols in which they do not figure. As part of a graduation thesis, the authors studied

trigger point therapy, and decided to make their findings available to the general public: therapists and their clients alike. Especially in the case of trigger points, prevention is better than cure, as many problems that are caused by them could be readily resolved if trigger points are known.

**Key words**

trigger point therapy ■ theory ■ practice  
■ education ■ prevention

**Auteur**

Gerard Verswijver is analgesietherapeut (pijnbestrijder) te Raalte.

E [info@matera.nl](mailto:info@matera.nl)

Gea Werkman is analgesietherapeut te Leeuwarden.