

## MYOFASCIALE PIJN: BRON VAN VERWARRING

Bij wijze van bladvulling werden de lezers van dit tijdschrift erop gewezen dat de term 'myofasciaal' frequent verkeerd gespeeld wordt.<sup>1</sup> Dit is inderdaad het geval. Het is echter onbegrijpelijk dat de gegeven motivering, die principieel onjuist is, kritiekloos werd geplaatst. De verwarring rond de terminologie van aandoeningen van het kaakgewricht en kauwmusculatuur is reeds groot en zal door dergelijke onzorgvuldigheden nog toenemen.

De analyse van de termen 'myofasciaal' en 'myofaciaal' was juist, de uitleg (interpretatie) daarvan door de auteur is echter onjuist: het gaat niet speciaal om een aandoening of een syndroom van de *faciale* musculatuur. Deze interpretatie illustreert de neiging van sommige leden van de tandheelkundige professie hun gebied te eng te zien en niet als een deel van de geneeskunde als geheel.

Met het 'myofasciaal pijn-dysfunctiesyndroom' (een ongelukkig gekozen term, die niet voorkomt in 'Dorland's Medical Dictionary') wordt het optreden van pijn en/of autonome fenomenen bedoeld, afkomstig van zogenaamde myofasciale 'trigger points' (ook wel 'tender spot' genoemd). Een 'trigger point' is een lokaal voorkomende induratie *in de spier of omgevend fascie*, die pijnlijk is bij digitale

compressie. Het *lokale* karakter van deze musculaire pijn moet worden onderscheiden van de diffuse myalgie, welke vaak optreedt secundair aan 'internal derangements' of arthrosis van het kaakgewricht.

Hoe een myofasciaal 'trigger point' precies ontstaat is niet bekend. Algemeen wordt aangenomen dat het om een lokale spasmus gaat. Een myofasciaal 'trigger point' moet volgens Travell en Simons (1983) onderscheiden worden van een in andere weefsels gelokaliseerd 'trigger point' (bij voorbeeld: ligament, periost).<sup>2</sup> Fasciaal wil dus zeggen: voorkomend in de fascie. Daarom dient de juiste spelling van deze term '*myofasciaal*' te zijn en niet 'myofaciaal', zoals gesuggereerd.<sup>1</sup>

Myofasciale 'trigger points' kunnen in principe in iedere spier voorkomen; zij worden echter het meest frequent waargenomen in de nekspier, met name in de m. sternocleidomastoideus en in de m. trapezius. Ook in de kauwspier kunnen soms pijnlijke induraties worden gepalpeerd, die door een, volgens sommige auteurs, specifiek 'referred pain'-patroon worden gekenmerkt.<sup>2,3</sup>

In de tandheelkundige literatuur wordt de term 'myofasciaal pijn-dysfunctiesyndroom' vaak in verband gebracht met een

verminderde functie van het kaakgewricht. Zelfs in het tandheelkundig onderwijs wordt deze term, naast de nog vagere term 'pijn-dysfunctiesyndroom', gehanteerd.<sup>4</sup> Als men de term 'myofasciaal pijnsyndroom' als diagnose wenst te hanteren moet daarbij specifiek de spier of de spiergroep, die het 'trigger point' bevat, worden vermeld.<sup>2</sup> Deze diagnose mag niet worden verward met (secundaire) myalgie. Als geen 'trigger point' kan worden aangetoond mag de term niet worden gehanteerd, zeker niet als daarmee een aandoening van het kaakgewricht wordt bedoeld.

### LITERATUUR

- SCHNEIDER JR. Bladvulling. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 147.
- TRAVELL JG, SIMONS DG. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Baltimore, London: Williams & Wilkins, 1983.
- BELL WE. Temporomandibular disorders: classification, diagnosis, management. 2nd ed. Chicago, London: Yearbook Med Publishers, 1985.
- VAN DE POEL ACM, DUINKERKE ASH, DE JONG HP. Functies van het kauwstelsel: beschrijving van een geïntegreerde onderwijsopzet. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 37-41.

B. Stegenga,  
Ant. Deusinglaan 1,  
9713 AV Groningen.

## WEERWOORD

Al voor het begin van onze jaartelling heeft men zich beziggehouden met het denken over een begrip als 'waarheid'. Bestaat er één universele waarheid, die altijd en overal geldig is, dus ook zonder menselijk bestaan? Of is waarheid een relatief begrip zoals de sofisten meenden, waaronder Protagoras: 'Van alle dingen is de mens de maat, van de zijnden dat zij zijn, van de niet-zijnden dat zij niet zijn?' Socrates was het met deze laatste stelling niet eens: De waarheid moest een algemeen geldig begrip zijn, onafhankelijk van de mens en zijn grilligheden.

Als we zien dat deze discussie tot op de dag van vandaag voortduurt, merken we wel dat in de loop van de tijd toch een consensus is bereikt over bepaalde aspecten die verband houden met dit onderwerp.

Om bij het begin te beginnen, Parmenides (540 v.Chr.) stelde reeds: 'Hetzelfde kan niet tegelijkertijd zijn en niet-zijn.' In de later ontwikkelde (mathematische) logica stelde o.a. Bertrand Russell dat het een kenmerk van een principiële onjuistheid is, als een bepaalde bewering iets oplevert wat in strijd is met de uitgangspunten van

die redenering zelf. Over de tegenhanger hiervan, te weten principiële juistheid, kan men veel minder stellige uitspraken doen, reden dat hierover het laatste woord nog niet gesproken zal zijn.

Als wij de reactie van collega Stegenga tegen het licht van de logica bekijken, noteren wij de volgende stellingen:

- De term myofasciaal pijn-dysfunctiesyndroom (hierna te noemen: 'MP') komt buiten de tandheelkunde niet voor.
- Het MP is gerelateerd aan 'trigger points' in de spieren.
- Hoe een trigger point ontstaat is niet



bekend.

4. Deze trigger points kunnen in iedere spier voorkomen.

Op grond van deze uitgangspunten komt mijn waarde opponent tot de conclusie, dat de spelling 'fasciaal' dient te zijn. Het is niet duidelijk op grond van welke logische redenering deze conclusie wordt getrokken; is die fascia dan toch zo belangrijk ondanks stelling 3?

Wij kiezen ervoor, door het woord als 'faciaal' te spellen, de nadruk te leggen op de spieren van het gezicht; wij zien er niets verkeerd in om voor de tandheelkunde een deelverzameling van spieraandoeningen een aparte naam te geven. Dit komt zelfs overeen met stelling 1, immers buiten de tandheelkunde wordt de term MP niet

gebruikt.

Wij zijn derhalve bang, dat het betoog van onze opponent aan het basis criterium van een zgn. 'principiële onjuistheid' voldoet, door een bewering op te leveren die in strijd is met de uitgangspunten waaruit die bewering is ontstaan. Dit in tegenstelling tot de hierna volgende reactie, waarin collega A. S. H. Duinkerke op zijn manier een pleidooi houdt voor zijn eigen voorkeurspelling.

Wat de plaatsing van mijn eigen stelling betreft: Het lijkt mij dat, zolang wij accepteren dat het begrip 'waarheid' nog niet scherp is gedefinieerd, en zeker niet in het geneeskundig vakgebied, de redactie van een wetenschappelijk tijdschrift de innerlijke samenhang van een betoog als belang-

rijkste toetssteen heeft. Niet iedereen hoeft het als 'waar' te erkennen, als het maar voldoet aan de elementaire eis van coherentie. In bepaalde sferen is dit begrip niet bekend; het is echter vanouds de taak van wetenschapsbeoefenaars, al dan niet aan een universiteit verbonden, ook bespiegelingen te wijden aan hun *manier* van denken en doen. Misschien ligt hier nog een mooie taak?

#### LITERATUUR

DE VOS H. Inleiding tot de wijsbegeerte. 10e dr., Callenbach 1979.

J. R. Schneider,  
Randweg 31,  
3074 BH Rotterdam.

## MYOFASCIAAL OF MYOFACIAAL?

In een recent gepubliceerde bijdrage over de spelling van het myofasciaal pijn-dysfunctiesyndroom wordt gepleit voor het woord myofaciaal in plaats van myofasciaal.<sup>1</sup> De reden die daarvoor wordt gegeven, is de volgens de betreffende auteur secundaire rol van de fascia van de spier bij het ontstaan van pijn-dysfunctieklachten. In deze reactie wordt echter aangegeven waarom niet het Latijnse woord *facies* (= gezicht) maar *fascia* (= band of bindweefselomhulling) kan worden gekoppeld aan pijn en dysfunctie van het kauwstelsel.

Bij het contraheren van spieren neemt hun volume af,<sup>2</sup> waardoor de interstitiële vloeistof (in het spierweefsel), die niet samendrukbaar is, een mechanische druk zal uitoefenen op het bindweefsel van de spier. Dit bindweefsel bevat vrij-eindigende zenuwvezels, die waarschijnlijk pijn kunnen registreren.<sup>3</sup> Dit is in overeenstemming met de klinische observatie, dat palpatie van zo'n spier, door druk met de vinger erop uit te oefenen, pijnlijk is.<sup>4</sup> Er bestaat, in gevallen van spierhypertonie, een vermoeden van een teveel aan interstitiële vloeistof (oedeem) in het spierweefsel. Dit wordt bevestigd door een gemeten verhoogde druk in de musculus masseter na experimenteel knarsen<sup>5</sup> en door de observatie, dat de pijnklachten na experimenteel knarsen twee uur later ontstaan.<sup>4,5</sup> Dit laatste sluit ischemische spierpijn, die na één minuut knarsen optreedt, uit.<sup>6,7</sup> Het verschijnsel dat de pijnklachten na experimenteel knarsen door een koude omgeving

kunnen worden opgewekt,<sup>5</sup> duidt erop dat door de koude omgeving ontstane onwillekeurige spiercontracties de pijn kunnen doen ontstaan.

Oedeem in het spierweefsel gaat gepaard met fibrositis van het bindweefsel tussen de spierbundeltjes in de spieren. Het chloride- en hexosaminegehalte in de spier neemt dan met ongeveer 50% toe.<sup>8-10</sup> Een verhoging van het chloridegehalte in een spier toont, dat het eerste symptoom van fibrositis een ernstige ontstekingsreactie is.<sup>9</sup> Het hexosaminegehalte is representatief voor de hoeveelheid mucopolysacchariden en glycoproteïnen in een spier en verhoging daarvan duidt eveneens op ontstekingsreacties in het bindweefsel.<sup>11</sup> Ook deze verschijnselen kunnen de pijn bij palpatie van spieren verklaren.

Elektromyografische registraties van de veranderingen in spiertonus bij patiënten met pijn en dysfunctieverschijnselen van het kauwstelsel, in vergelijking met in dit opzicht symptoomvrije personen, hebben aangetoond dat de eersten een onder allerlei omstandigheden hogere spiertonus hebben dan de 'gezonde' personen.<sup>12,13</sup> Hiermee is echter alleen een correlatie tussen de etiologische factor en het symptoom aangetoond. In een recente serie experimenten is echter ook een oorzakelijk verband aangetoond.<sup>5,14-16</sup> Er werd bij voorbeeld aan negen personen zonder pijn of dysfunctie van het kauwstelsel gevraagd om gedurende 30 minuten de kiezen aan de rechterkant zo hard mogelijk op elkaar te

klemmen.<sup>5</sup> Bij acht van de negen proefpersonen ontstond vanaf ongeveer twee uur daarna een geringe tot matige 'diep gelokaliseerde' pijn, vooral ter plaatse van de slapen, de wangen, supra-orbitaal, bij het kaakgewricht en in de gebitselementen. Het was een scherpe en drukkende of doffe pijn, die verergerde of kon worden opgewekt door bewegingen met de onderkaak en door een koude omgeving. De klachten duurden tot ongeveer twee dagen na het experiment. In een ander onderzoek werd aan 30 'gezonde' proefpersonen gevraagd om deel te nemen aan één van de volgende twee experimentele condities:<sup>15</sup> 1. hyperactiviteit van de musculi pterygoidei laterales door de onderkaak gedurende vijf minuten krachtig te protruderen of 2. een controle zonder experimentele activiteit. De proefpersonen die de onderkaak protrudeerden, meldden significant meer pijn dan de mensen van de controlegroep. De pijn was vlak voor de uitwendige gehoorgang gelokaliseerd en het karakter van deze pijn was gelijk aan dat van mensen met pijn en dysfunctie van het kauwstelsel. De resultaten van de hier besproken onderzoeken zijn in overeenstemming met soortgelijke onderzoeken naar hoofdpijnklachten.<sup>17,18</sup>

Zoals uit voorgaande blijkt, kan bij patiënten met pijn en dysfunctie van het kauwstelsel, wanneer de oorzaak ervan niet in het kaakgewricht is gelegen, worden gesproken van myofasciale pijn-dysfunctieklachten.