

Diagnostiek en behandeling van myofasciale pijn

J.R. Friction, tandarts¹
M.H. Steenks, tandarts²

Samenvatting. Myofasciale pijn (MFP) is een regionale spierpijn. De aandoening is gekarakteriseerd door lokale spiergevoeligheid en pijn; het is de meest voorkomende oorzaak van persistente regionale pijn. Kenmerken zijn spierversmoedigheid, stijfheid, subjectieve spierzwakte, pijn bij bewegen en bewegingsbeperking zonder betrokkenheid van het gewricht. De diagnostiek van MFP is onder meer gericht op het lokaliseren van trigger points en op het vaststellen van de betrokkenheid van spieren en spiergroepen, alsmede op het herkennen van de bijdragende factoren. De behandeling bestaat uit spieroefeningen, behandeling van de trigger points, en het beperken van de bijdragende factoren.

FRICTON JR, STEENKS, MH. Diagnostiek en behandeling van myofasciale pijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 249-253.

Uit ¹het department of Diagnostic and Surgical Sciences van de University of Minnesota, School of Dentistry te Minneapolis in de USA en ²de vakgroep Mondziekten/Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van de Universiteit Utrecht te Utrecht.

Trefwoorden: Temporomandibulaire dysfunctie - Myofasciale pijn

Datum van acceptatie: 23 mei 1996

Adres: Dr. M.H. Steenks, UU, postbus 80.037, 3508 TA Utrecht.

1 Inleiding

Myofasciale pijn (MFP) is een aandoening die gekenmerkt wordt door gelokaliseerde spiergevoeligheid en pijn. Het is de meest voorkomende oorzaak van aanhoudende regionale pijn, zoals pijn in de nek, schouders, spanningshoofdpijn en pijn in het gelaat.¹

De klinische kenmerken van MFP zijn trigger points in de spieren, gerefereerde pijn en de aanwezigheid van bijdragende factoren (tab. 1). Een trigger point wordt gedefinieerd als plaatselijke diepe pijn in een spier, verantwoordelijk voor pijn in een gebied van gerefereerde pijn. De zone van gerefereerde pijn is het gebied, dat door de patiënt wordt waargenomen als het trigger point wordt gestimuleerd. Deze zone ligt gewoonlijk 'op' het trigger point of spreidt zich uit van dit punt naar een verder gelegen plaats (afb. 1).

Bloed- en urine-onderzoeken zijn gewoonlijk normaal. Opnamen met behulp van magnetische resonantie geven geen aanwijzing van pathologische veranderingen in spieren of bindweefsel. Vanwege het ontbreken van objectieve waarnemingen en diagnostische criteria, wordt MFP als oorzaak van pijn vaak over het hoofd gezien.²

In dit artikel worden de meest recente gegevens beschreven betreffende diagnostische criteria, klinische kenmerken, pathofysiologie en behandelingsstrategieën voor MFP.

2 Diagnostische criteria

De ontwikkeling van diagnostische criteria voor MFP is essentieel voor de verbetering van inzicht in MFP. Aangezien MFP in alle spieren kan voorkomen, zijn criteria nodig die voldoende breed zijn om van toepassing te zijn op verschillende regionale groepen van spieren, en toch een onderscheid maken tussen MFP en systemische spieraandoeningen zoals fibromyalgie. Bij het vaststellen van de diagnostische criteria moet worden gezorgd voor voldoende sensitiviteit en specificiteit, alsmede voor voldoende reproduceerbaarheid door dezelfde en andere onderzoekers. Op deze wijze zijn diagnostische criteria voor MFP in de kauwspieren ontwikkeld (MMFP: masticatory myofascial pain).³ Het percentage gevoelige spieren uit een vooraf vastgesteld aantal te palperen spieren bleek de meest voorspellende factor.

3 Klinische kenmerken

3.1 Trigger points

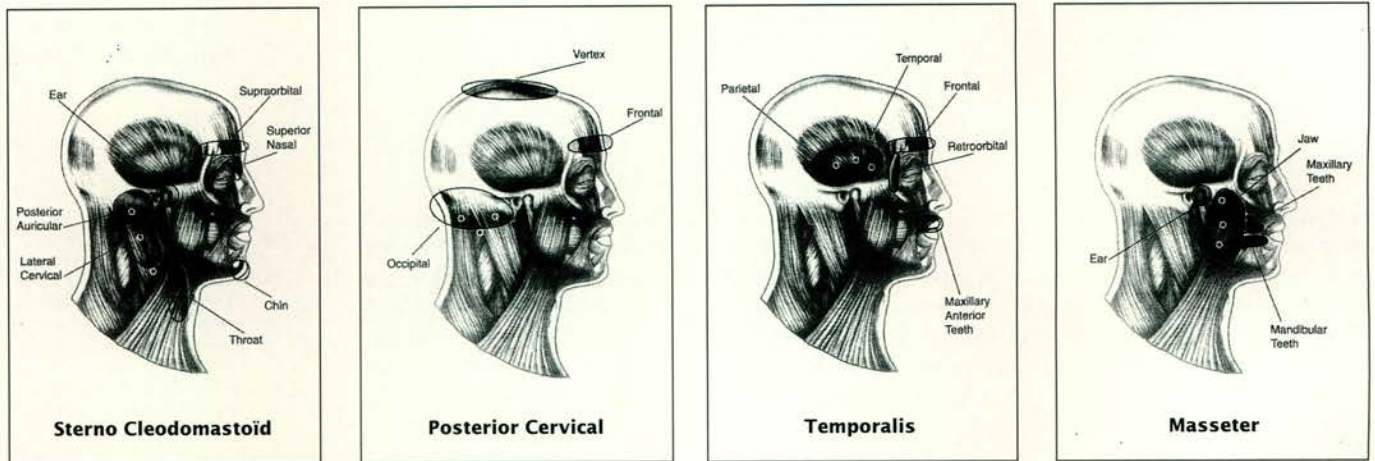
Trigger points zijn pijnlijke gebieden in spieren, pezen en bindweefsel, die variëren in grootte van 2 tot 5 mm. De gevoeligheid neemt af naarmate men verder van het trigger point verwijderd palpeert. Trigger points kunnen actief dan wel latent zijn.⁴ Actieve trigger points veroorzaken continue pijn in de zone van gerefereerde pijn, die door palpatie beïnvloed kan worden. Latente trigger points geven alleen gevoeligheid bij palpatie. De plaatselijke gevoeligheid bleek een betrouwbare indicator te zijn voor de aanwezigheid en ernst van MFP bij zowel palpatie als bij drukalgotrie.⁵

Indien het actieve trigger point met aanhoudende druk wordt gepalpeerd, zal een verandering optreden (toename of afname) van pijn in de zone waarin de gerefereerde pijn optreedt (gebied van de klacht), dan wel uitstraling naar deze zone. Dit kan onmiddellijk gebeuren of een paar seconden vertraagd zijn. De uitbreiding van de gerefereerde pijn is reproduceerbaar en vergelijkbaar met die van andere patiënten met trigger points op dezelfde locaties (afb.1). Dit maakt het voor de clinicus mogelijk om de zone van gerefereerde pijn te gebruiken als aanwijzing voor het opsporen van trigger points ten behoeve van de behandeling. Een injectie met een lokaal anaestheticum in het actieve trigger point vermindert of elimineert de pijn.⁶

De aangedane spieren kunnen in toenemende mate vermoeid, stijf, subjectief verzwakt zijn en bij beweging pijn veroorzaken. Er kan een lichte bewegingsbeperking bestaan die niet gerelateerd is aan gewrichtsbeperking.⁷ De spieren zijn pijnlijk indien ze worden gerekt. De patiënt probeert de spieren te beschermen door blijvende contractie en/of door een verkeerde houding aan te nemen.⁸

3.2 Relatie met andere aandoeningen

Veel van de kenmerken van MFP worden eveneens gevonden in andere spierpijnaandoeningen zoals fibromyalgie, spanningshoofdpijn, myositis en spierkramp. In de 'Guidelines for Diagnosis and Management of Temporomandibular Disorders' van de Academy of Orofacial Pain wordt het onderscheid tussen de verschillende vormen van spierpijn beschreven op grond van hun klinische kenmerken.⁹ Spierpijn wordt geïnclassificeerd als myofasciale pijn (regionale pijn en gelokaliseerde



Afb. 1. Trigger points met zones van gerefereerde pijn in hoofd en nek.

gevoeligheid), fibromyalgie (uitgebreide pijn met plaatselijk gevoelige punten), myositis (regionale pijn en diffuse gevoeligheid over de gehele spier), spierkramp (korte pijnlijke contractie met bewegingsbeperking), contractuur (al langer bestaande bewegingsbeperking) en muscle splinting

(spierpijn bij een gewrichtsprobleem). In de meest recente classificaties wordt de regionale pijn bij MFP onderscheiden van de uitgebreide spierpijn die voorkomt bij fibromyalgie (FM). Deze twee aandoeningen hebben veel op elkaar lijkende kenmerken en zouden de twee eindpunten kunnen zijn van een continu spectrum.

Tabel I. Klinische kenmerken van myofasciale pijn	
Trigger points in een gespannen spierband	
<ul style="list-style-type: none"> - Gevoeligheid bij palpatie - Vaste pijnlijke lokaties - Palpatie verandert lokale of distale pijn 	
Begeleidende symptomen	
<ul style="list-style-type: none"> - Otologische klachten - Paresthesieën - Maag-darm klachten 	
Zone van gerefereerde pijn	
<ul style="list-style-type: none"> - Constant doffe pijn - Fluctuerende intensiteit - Vaste plaatsen van gerefereerde pijn - Pijnvermindering na uitschakelen van het trigger point 	
Bijdragende factoren	
<ul style="list-style-type: none"> - Trauma en whiplash - Met het beroep verband houdende factoren - Fysieke aandoeningen - Parafunctionele spierspanning - Houding - Onderbelasting en verkeerd gebruik - Stofwisseling en voeding - Psychosociale en emotionele spanningen 	

Tabel II. Bepaling van behandeling van patiënten met myofasciale pijn in de kauwspieren.	
Acute klachten met een korte voorgeschiedenis	Oefeningen, adviezen en instructies
Enkelvoudige klachten één behandelaar	Oefeningen, spalk, spray en rek, behandeling parafunctionies en gewoonten
Complexe klachten in een centrum	Oefeningen, spalk, trigger point injecties, fysiotherapie, psychosociale behandeling

3.3 Bijdragende factoren

Zoals bij alle vormen van chronische pijn gaan sociale, psychologische en gedragsstoornissen vooraf aan MFP, of volgen de ontwikkeling van MFP. Patiënten geven frustratie, angst, depressie en ergernis aan, vooral als acute pijn chronisch wordt. Kenmerken zijn slechte slaap en eetgewoonten, gebrek aan lichamelijke activiteiten, een slechte houding, gewoonten die spierspanning veroorzaken en afhankelijkheid van geneesmiddelen.

Orale parafunctionies zoals klemmen, knarsen en kauwgom kauwen kunnen de spierspanning verder verhogen en tot MFP leiden. Deze gewoonten kunnen ontstaan als een vorm van spanningsvermindering, maar ook als aangeleerd gedragspatroon.^{10,11}

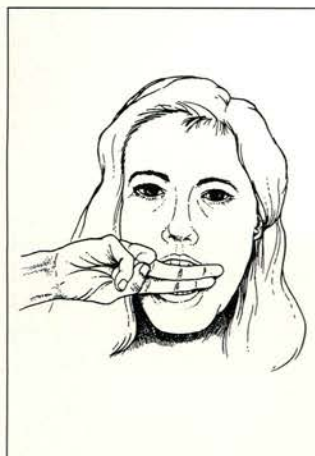
4 Pathofysiologie

De perifere intramusculaire pathologische en/of dysfunctionele veranderingen in de trigger points en de veranderingen in het centraal zenuwstelsel, die voorkomen bij regionale pijn, zijn nog niet voldoende bekend. Er zijn niet-specifieke anatomische veranderingen in de spieren en een gelokaliseerde toename van de oxidatieve stofwisseling gevonden; de energievoorraad is verminderd en er volgen veranderingen in de waarneming van spierpijn.

In histologisch onderzoek werden myofibrillaire lysis, beschadigde vezels en gefafelde rode vezels met afzetting van glycogeen en abnormale mitochondria gezien, maar nauwelijks ontstekingen.² Studies van het energiemetabolisme van spieren toonden een verminderd gehalte van ATP, ADP en phosphorylcreatine en een abnormale zuurstofverzorging in spierweefsel met trigger points. Deze veranderingen zouden het gevolg kunnen zijn van plaatselijk steeds toenemende oxidatieve stofwisseling en een uitputting van de energievoorraad.

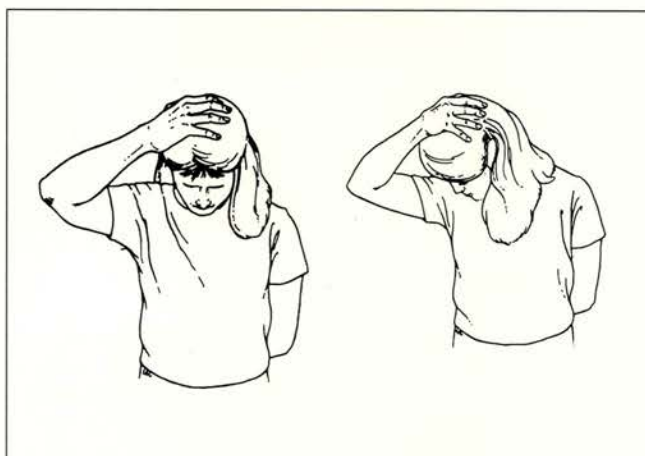
5 Behandeling van myofasciale pijn

MMFP kan met succes worden behandeld met behulp van uiteenlopende technieken zoals oefeningen, de injectie van trig-



Afb. 2. Spierrekking voor de kaak. Deze oefening kan zes keer per dag gedurende één minuut worden uitgevoerd. De spieren moeten iets verder gerekt worden dan het moment waarop een strak en pijnlijk gevoel wordt ervaren. Overrek moet worden vermeden in het bijzonder bij capsulitis van het temporomandibulaire gewricht.

Afb. 3. Spierrekking voor de nek. Deze oefening kan zes keer per dag gedurende één minuut worden uitgevoerd. Overrek moet worden vermeden.



Afb. 3

Afb. 2

ger point, koude spray en rek, de stabilisatiespalk, TENS, biofeedback, verbetering van de houding en medicatie (tricyclische antidepressiva, spierverslappers).^{12,13} De moeilijkheid bij de behandeling van MFP ligt in de keuze van de modaliteiten bij de individuele patiënt.

Het behandelplan hangt af van de complexiteit van de klacht: acuut, eenvoudig dan wel complex (Tab. II). Acute klachten kunnen gewoonlijk met adviezen en instructies worden behandeld (tab. III). Eenvoudige gevallen met minimale psychosociale factoren kunnen door de tandarts worden behandeld, bijvoorbeeld met een huiswerkprogramma, oefeningen, een stabilisatiespalk en met koudespray en/of spierrekkingstechnieken. Patiënten met complexe klachten kunnen in een centrum voor bijzondere tandheelkunde door gebruik te maken van de expertise van verschillende disciplines worden behandeld. Wijzigingen van de paradigma's bij de benadering van de patiënt is van belang (tab. IV). Voorts dienen de verschillende behandelaars in dezelfde termen te spreken. Teneinde recidief te voorkomen dienen ook lange termijn doelen te worden besproken met de patiënt (tabel V).

5.1 Spieroefeningen

Oefeningen bij myogene dysfunctie kunnen bestaan uit spierrekkingstechnieken, houdingscorrectie en oefeningen voor het versterken van spieren. Een huiswerkprogramma van actieve en passieve spierrekking oefeningen vermindert de activiteit van de trigger points terwijl de houdingscorrecties ertoe bijdragen dat de kans dat trigger points worden gereactiveerd, vermindert. Deze oefeningen verbeteren de bloedcirculatie, spierkracht en het uithoudingsvermogen van de spieren.

5.2 Spierrekking en houdingscorrectie

Actief rekken van de spieren vergroot de mondopening tot het normale bereik en vermindert de pijn. Actief rekken (thuis en op het werk) kan gebeuren door oefeningen (afb. 3). Snel, krampachtig rekken of overrekken van de spier moet worden vermeden.

Houdingscorrectie bij MFP is erop gericht de patiënt te leren een ontspannen houding aan te nemen. De patiënt wordt geleerd de tong zachtjes tegen het verhemelte te plaatsen en de gebitselementen van elkaar te houden. Voor patiënten die met pijn wakker worden is de slaaphouding op de zij of op de rug met het hoofd, maar niet de kaak, gesteund door het kussen van belang. Een verbeterde houding wordt bestendig door een regelmatig uitgevoerd trainingsprogramma.⁴

5.3 Stabilisatiespalk

De behandeling met een stabilisatiespalk kan beperkt blijven tot het gebruik van de spalk of kan worden gecombineerd met bovengenoemde therapiemodaliteiten. De spalk bedekt alle gebitselementen in de onder- of bovenkaak. De stabilisatie komt tot stand door een gelijkmatig en gelijktijdig contact in maximale occlusie. Bij articulatie kan om reden van eenvoud hoektandgeleiding worden toegepast.

Dentogene complicaties die inherent zijn aan het gebruik van de stabilisatiespalk zijn cariës en tandvleesontstekingen, in het bijzonder als patiënten de spalk langer dan gebruikelijk ongecontroleerd blijven gebruiken. Voorts moet men bedacht zijn op problemen met de spraak, op afhankelijkheid van de spalk en op ongewenste blijvende oclusale veranderingen.

Indien de behandeling correct wordt uitgevoerd en er vooraf voldoende uitleg en instructie is gegeven ten aanzien van deze punten, zullen bovenstaande problemen zich niet voordoen.

Tabel III.
Instructies en huiswerkprogramma voor acute perioden van myofasciale pijn

1. Zacht voedsel
2. Tong tegen het verhemelte en de gebitselementen van elkaar
3. Kauw aan beide kanten tegelijk of wissel tussen beide kanten af.
4. Vermijd orale parafuncties
5. Voorkom langdurige opening van de mond.
6. Vermijd buikslapen
7. Gebruik warmte of ijs voor de gevoelige spieren.

Tabel IV.
Het veranderen van de clinicus/patiënt paradigma's

Begrip	Boodschap
Zelfverantwoordelijkheid	U heeft meer invloed op uw probleem dan wij
Zelfzorg	U moet dagelijks veranderingen invoeren om uw klacht te verminderen
Instructie	Wij kunnen u leren hoe de veranderingen in te voeren
Lange-termijn veranderingen	Het zal tenminste zes maanden duren voordat de veranderingen blijvend effectief zijn
Goede arts-patiënt verhouding	Wij zullen u helpen om de veranderingen in te voeren
Patiëntenmotivatie	Wilt u de veranderingen invoeren?

5.4 Trigger point therapie

Gebruik van een koude spray, bijvoorbeeld fluoromethaan, tijdens het toepassen van passieve rek kan de pijn onmiddellijk doen verminderen; een permanent behandelresultaat vereist een volledig behandelingsprogramma.¹⁴ Bij deze methode wordt een fijne straal fluoromethaan gericht op de huid die direct boven de spier met het trigger point. De spray wordt eerst een paar keer gericht op het trigger point en de zone van gerefereerde pijn, voordat met de hand voldoende wordt gerekt om een lichte pijn op te wekken. De spier wordt in toenemende mate passief gerekt terwijl de spray vanuit een afstand van 30-50 cm onder een scherpe hoek wordt gericht: in één richting van het trigger point naar de zone van gerefereerde pijn met een langzame, gelijkmatige voorwaartse beweging in parallelle stroken, met een snelheid van ongeveer 10 cm per seconde.

De behandeling kan vier keer worden herhaald als de spier tussendoor wordt verwarmd om te sterke afkoeling te voorkomen. De grootte van de passieve en actieve beweging kan voor en na de behandeling worden beoordeeld om het behandel-effect te beoordelen. Oorzaken voor het ontbreken van een behandelresultaat kunnen zijn:

- 1) de onmogelijkheid om volledige spierlengte te bereiken, bijvoorbeeld in verband met gewrichtsafwijkingen, spiercontractie, of onvoldoende spierontspanning door de patiënt;
- 2) een onjuiste spraytechniek; of
- 3) het niet kunnen verminderen van de factoren die de klachten in stand houden.

Als desondanks de behandeling met spray en rek faalt, dan kunnen trigger point-injecties geïndiceerd zijn. Trigger point-injecties (lokaal anestheticum zonder adrenaline) verminderen pijn en vergroten de bewegingsmogelijkheden van de kaak.^{15, 16} Het behandelresultaat kan vele maanden duren, afhankelijk van de duur van de klacht. De nauwkeurigheid bij het aanpakken van het trigger point en de pijnintensiteit tijdens de behandeling zijn belangrijke factoren bij het inactiveren van de trigger points.¹⁷

5.5 Gedragstherapie voor de controle van bijdragende factoren

Eén van de meest voorkomende oorzaken voor het falen van MFP-behandeling is het niet herkennen en vervolgens het niet controleren van factoren, die de spierklacht in stand houden. Verbetering van slechte gewoonten en de levensstijl door adviezen en instructies is essentieel om te voorkomen dat een behandeld trigger point weer actief wordt.

Gedragstherapeutische strategieën zijn de meest gebruikte technieken om gewoonten te wijzigen. Hierbij kan worden

gedacht aan 'habit reversal' technieken. Hoewel veel eenvoudige gewoonten zullen veranderen zodra de patiënt er op gewezen wordt, vereist het veranderen van vaste gewoonten een gestructureerd programma, bij voorkeur verzorgd door een clinicus die ervaring heeft met gedragsstrategieën. De patiënten moet duidelijk worden gemaakt dat gewoonten niet vanzelf veranderen en dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor de gewenste verandering.

Habit reversal kan worden bereikt door (1) zich bewust worden van de gewoonte, (2) weten hoe deze te verbeteren (bijv. wat te doen met de kaak en de tong), en (3) weten waarom de gewoonte verbeterd moet worden. Indien deze kennis wordt gecombineerd met voldoende betrokkenheid van de patiënt, zullen de meeste gewoonten veranderen. De vooruitgang moet bij ieder patiëntcontact aan de orde komen. Om de gewoonteverandering op lange termijn te handhaven, dienen ze bij herhaald patiëntcontact te worden besproken.

5.6 Behandeling in een centrum

Hoewel iedere clinicus tot op zekere hoogte er in zal slagen de 'hele' patiënt te behandelen, maakt de behandeling in een centrum mogelijk dat verschillende aspecten van het probleem door verschillende specialisten behandeld worden.¹⁸ Behandeling in een centrum wordt gewoonlijk uitgevoerd door een tandarts, een psycholoog en een fysiotherapeut. De tandarts is verantwoordelijk voor de diagnose, het huiswerkprogramma, de zorg rond de stabilisatiespalk, de evaluatie en de coördinatie van de zorg. De psycholoog of gedragstherapeut is verantwoordelijk voor het herkennen, het behandelen of het doorverwijzen (vanwege primaire psychologische stoornissen) en biedt zijn kennis aan bij het opstellen van een programma om patiënt en familie te ondersteunen bij het invoeren van veranderingen. De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor het verlenen van steun en voorlichting, en het invoeren van oefenings- en trainingsschema's. Het zal duidelijk zijn dat de grenzen niet altijd scherp getrokken worden. Van belang is de keuze voor een centrumbehandeling te laten plaatsvinden tijdens een eerste beoordeling, in plaats van tijdens een behandeling die dreigt te falen. Het gebruik van een vragenlijst (screen) kan helpen bij de selectie (zie de bijdragen van Van der Meulen en De Leeuw).

Literatuur

- 1 Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, et al. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986; 26: 181-97.
- 2 Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kagedal B, et al. Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. *Scand J Rheumatol* 1986; 15: 340-7.
- 3 Fricton JR, Dall'Arancio D. Myofascial pain of the head and neck: controlled outcome study of an interdisciplinary pain program. *J Musculoskel Pain* 1994; 2: 81-99.
- 4 Travell J, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1983: 63-158.
- 5 Schiffman E, Fricton J, Haley D, Tylka D. A pressure algometer for MPS: reliability and validity. *Pain* 1987; 4: S291.
- 6 Jaeger B, Reeves JL. Quantification of changes in myofascial trigger point sensitivity with the pressure algometer following passive stretch. *Pain* 1987; 4: S292.
- 7 Fricton JR, Kroening R, Haley D, Siegert R. Myofascial pain syndrome of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 615-23.
- 8 Travell J. Indentification of myofascial trigger point syndromes: a case of atypical facial neuralgia. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 63: 100-6.
- 9 McNeill C. Temporomandibular disorders, guidelines for classification, assessment and management. *Am Acad Orofac Pain* 1993: 39-60.

Tabel V. Korte en lange termijn doelen bij de behandeling van myofasciale pijn	
Korte termijn doelen	
1. Verminder pijn	
2. Herstel spierlengte en normale bewegingsomvang van het gewricht.	
3. Verminder isometrische spieractiviteit	
Lange termijn doelen	
1. Herstel het normale activiteitspatroon	
2. Verminder bijdragende factoren	
3. Blijf regelmatig de oefeningen toepassen	
4. Correct gebruik van de spieren	

- 10 Kniffki KD, Mense S, Schmidt RF. Responses of group IV afferent units from skeletal muscle to stretch, contraction and chemical stimulation. *Exp Brain Res* 1978; 31: 511-22.
- 11 Mense S, Schmidt RF. Muscle pain: which receptors are responsible for the transmission of noxious stimuli? In: Rose FC red. *Physiological aspects of clinical neurology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1977: 265-78.
- 12 Clarke NG, Kardachi BJ. The treatment of myofascial pain-dysfunction syndrome using the biofeedback principle. *J Periodontol* 1977; 48: 643-5.
- 13 Graff-Radford SB, Reeves JL, Jaeger B. Management of chronic head and neck pain: effectiveness of altering factors perpetuating myofascial pain. *Headache* 1987; 27: 186-90.
- 14 Travell J. Myofascial trigger points: clinical view. In: Bonica JJ, et al red. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1976: 919-26.
- 15 Chifala JA. Myofascial (trigger point pain) injection: theory and treatment. *Osteopath Med* 1979; 4: 31-36.
- 16 Cooper AL. Trigger point injection: its place in physical. *Arch Phys Med* 1961; 42: 704-9.
- 17 Lewit K. The needle effect in the relief of myofascial pain. *Pain* 1979; 6: 83-90.
- 18 Friction JR, Hathaway KM, Bromaghin C. Interdisciplinary management of patients with TMJ and craniofacial pain: characteristics and outcome. *J Craniomandib disord* 1987; 1: 115-22.

Summary

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MYOFASCIAL PAIN

Key words: Temporomandibular dysfunction – Myofascial pain

Myofascial pain (MFP) is a regional muscle pain disorder characterized by localized muscle tenderness and pain and is the most common cause of persistent regional pain. MFP is frequently overlooked as a diagnosis because it is often accompanied by signs and symptoms in addition to pain, coincidental pathology conditions, and behavioral and psychosocial problems.

Evaluation of myofascial pain includes locating the trigger points and muscles involved as well as recognition of these contributing factors. Management of the syndrome follows with palliative care, splint therapy, muscle exercises, therapy to the trigger points, and behavioral therapy that depends on complexity of the case. The short term goals is to restore the muscle to normal length, posture, and full joint range of motion with exercises and trigger point therapy. The long term goals include reducing the symptoms and their negative effects while helping the patient return to normal function without need for further health care. The difficulty in managing MFP lies in the critical need to match the level of complexity of the management program with the complexity of the patient. Failure to address the entire problem through a team approach if needed, may lead to failure to resolve the pain and perpetuation of a chronic pain syndrome.