

Triggerpunktmassage ved kroniske smerter

- en case rapport

Fysioterapeut Edith Wiik¹; fysioterapeut, ph.d., lektor Hans Lund². University College Sjælland¹, Forskningsinitiativet for Fysioterapi, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet².

Wiik E, Lund H (2008, april). Triggerpunktmassage ved kroniske smerter – en case rapport. Forskning i Fysioterapi (online). 6. årg., s. 1-11. Webadresse: www.faf0.fysio.dk/sw17361.asp

Baggrund

Et stort antal af patienter lider af kronisk spændingshovedpine, i Danmark estimeret til cirka tre procent af befolkningen (1-3). Kliniske erfaringer tyder på, at denne type af kronisk smerte i mange tilfælde forårsages af triggerpunkter (TP) i specifikke muskler i hoved, nakke og skulder (4;5). Headache Classification Committee klassificerer kronisk spændingshovedpine som en bilateral, pressende eller trykkende hovedpine, som er til stede cirka 15 dage om måneden, og som ikke forværres ved fysisk aktivitet (6). Kronisk spændingshovedpine udgør et stort problem for samfundet dels på grund af de store socio-økonomiske omkostninger, som for eksempel at samfundet mister 820 arbejdsdage/1.000 personer om året (7), men også på grund af en markant forringelse af livskvalitet hos patienterne.

Hidtidig forskning har ikke fundet en tilfredsstillende forklaring på denne lidelse. En mulig forklaring kan være, at en forringet blodtilførsel til et specifikt kontrakt muskelområde fører til op-hobning af affaldsstoffer i denne muskulatur og deraf følgende smerte (8; s. 37). Klinisk kan man palpere ømme og hårde muskelfibre i nakke-skulder område, og ved palpationen udløses mere eller mindre voldsom smerte, der ofte reproducerer den kendte hovedpine (8; s. 3).

Smertebilledet ved myofascielle smerter, karakteriseret ved aktive TP, adskiller sig fra lokale smerter i musklen (tender points eller myalgia), idet palpation af TP udløser en meddelt smerte (eng: referred pain) i et andet område (8; s.1, 3-4, 24) (9). Et myofascielt TP er blevet beskrevet som et hyperirriterabelt, lokaliseret bundt af stramme muskelfibre, på størrelse med en ært eller som et tovlignende stramt bånd af muskelfibre (8; s. 3) (5), men en egentlig definition af TP eksisterer ikke (9).

Et latent TP kendetegnes ved, at en refereret reproduceret smerte først udløses ved tryk på dette, mens smerten ikke forekommer uden palpation (8; s. 2, 13). Et latent TP kan udvikle sig til et aktivt TP (8; s. 4, 14). Autonome reaktioner som f.eks. kvalme, svimmelhed og øget svedsekretion kan forekomme, hvis patienten er stærkt smertepreget (8, s. 14-15). Har patienten flere TP, danner det grundlaget for diagnosen Myofascial Pain Syndrome (MPS eller myofascielt smertesyndrom) (8; s. 3, 10).

En undersøgelse fra 1990 af 269 kvindelige sygeplejestuderende med ansigtssmerter viste en høj prævalens af TP i tyggemuskulaturen (10). Når det gælder undersøgelser af patienter med kronisk hovedpine, viser en opgørelse fra 1985

(10), at 55 procent ud af en gruppe på 164 patienter med kronisk hoved- og nakke-smerter af over 6-måneders varighed havde aktive TP som årsag. Kroniske smerter, der antages forårsaget af TP, menes at dominere hos patientklientellet i smerteklinikker (11).

Kroniske smerter forårsaget af TP er dog påvirkelige af behandling. Forskellige behandlingsmetoder har været forsøgt, herunder is, varme, terapeutisk ultralyd, injektioner, akupunktur, kuldespray og udspænding, transkutan nervestimulation og post-isometrisk afspænding, men få kontrollerede studier har vist effekt af disse (10;12).

Travell og Simon (8; s. 88) henviser til et studie fra 1942, der indikerer, at en intensiv og hård friktionsmassage har en god effekt på TP (13). Intensiv massage af TP har ikke været udført i et kontrolleret og randomiseret forsøg, men et senere ukontrolleret klinisk studie indikerer en mulig effekt af massage (14). Et andet studie viste, at kortvarig TP-massage resulterede i nedsat puls, systolisk og diastolisk blodtryk og ændringer i både muskelspænding og følelsesmæssig status, hvilket tydede på en afslappende effekt af TP-massagen (8;15). En tidligere publiceret kasuistik, som omfattede tre patienter, fandt, at kliniske tegn og ledsagesymptomer i form af occipital neuralgi udløst fra TP, kunne behandles med TP inaktiverende massage (5). TP-massagen går i al enkelthed ud på at bearbejde vævet i cirkelbevægelser (frikationer), på tværs af muskelfiberretningen (tværfrikationer) og at anvende dybe tryk for at opnå en kortvarig iskæmisk kompression. Ved at anvende disse teknikker antages det, at der kommer en efterfølgende forhøjet blodtilførsel, som kunne tænkes at påvirke det lokale biokemiske miljø. Der er dog ingen dokumentation for, at de anvendte teknikker reelt har denne effekt.

I det følgende beskrives en sygehistorie, der illustrerer, hvor kompliceret et smertebillede kan blive, når en patient har udviklet et myofascielt smertesyndrom over længere tid. Formålet med denne caserapport er dels at beskrive behandlingsforløbet for en patient med TP-betingede

kroniske smerter og et forslag til behandling af et sådant syndrom.

Casebeskrivelse

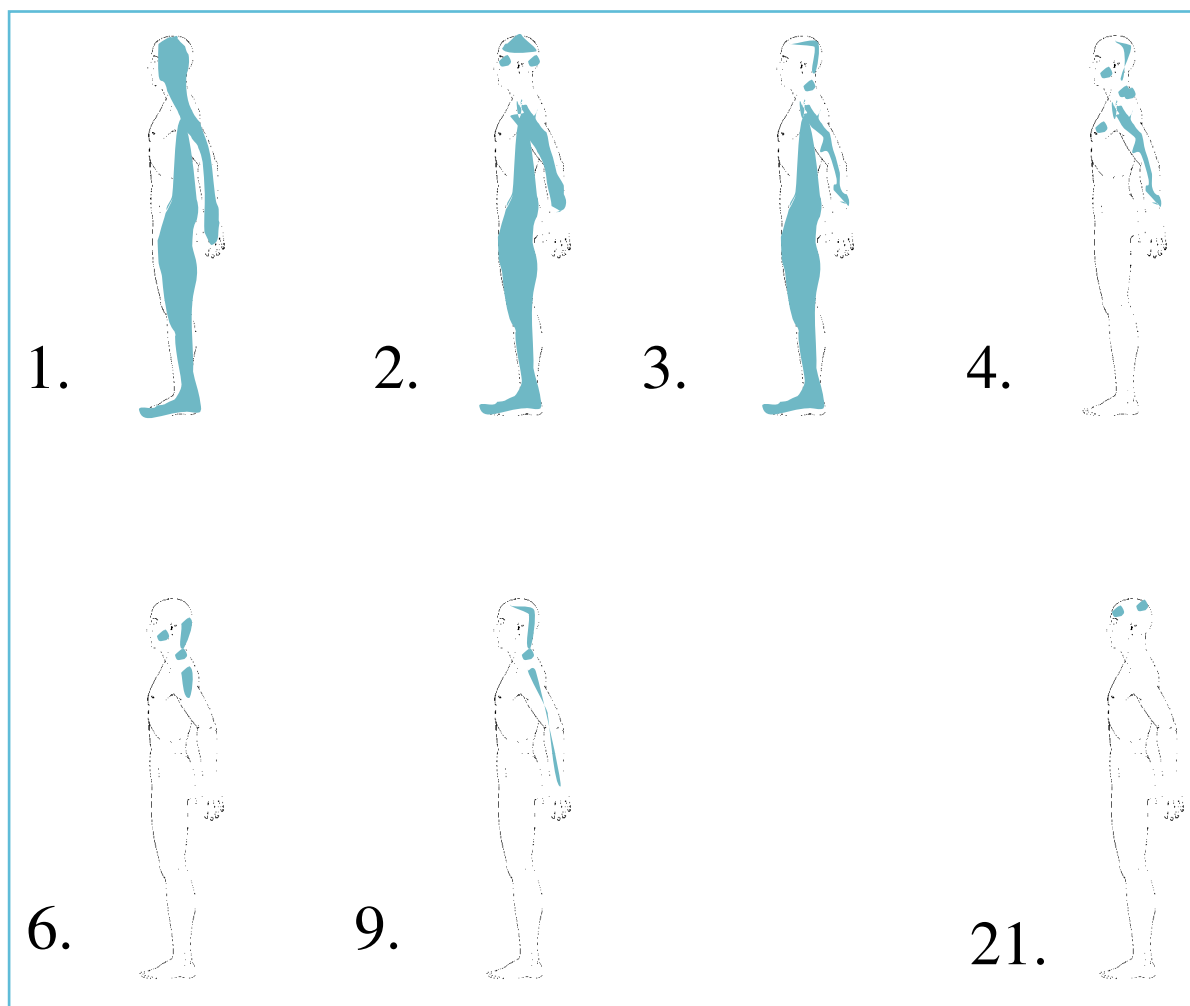
Patienten er en kvinde på 44 år, som vejer 76 kg, er 172 cm høj, gift og har tre børn. Hun har bil og bor i eget hus. Kvinden havde tidligere fuldtidsarbejde som budgetkoordinator i en hjælpeorganisation, men er nu på halv tid. Patienten er glad for sit arbejde og meget ansvarsbevidst.

Som 40-årig oplevede patienten gradvist forværende smerter i venstre skulder. Da disse smerter først opstod to år efter, at hun var kommet hjem fra et langtidsophold i et uland, hvor der opstod borgerkrig, opfattede patienten ikke, disse to hændelser som relaterede. Patienten havde pådraget sig malaria, men anfaldene kom meget sjældent efter hjemkomsten, og medicinen påvirkede ikke smerterne. Der var ingen traumer eller andre smerteudløsende faktorer. Senere udviklede hendes smerter sig til en svær hovedpine. I de fire år, inden patienten kom til TP-massagebehandling, blev hun undersøgt af flere forskellige læger og tandlæger. Undersøgelserne viste intet abnormt bortset fra, at en hjernescanning viste, at cirkulationen var "noget unormal i højre hemisfære", og man mente, at det kunne være relateret til hendes smerter. På grund af de neurologiske symptomer overvejede lægerne også diagnosen dissemineret sklerose.

Udover de nævnte undersøgelser gennemgik patienten en række undersøgelser og behandlinger hos forskellige fysioterapeuter. Smerteproblemet var blevet forsøgt behandlet med generel massage og manipulation af cervical columna, men uden effekt, og havde siden spredt sig til næsten hele den venstre side af hovedet og ansigt, venstre arm og ben (figur 1). Under gang oplevede hun på et tidspunkt, at venstre ben svingede udad i en cirkumduktions-bevægelse. Kognitivt måtte hun benytte al sin styrke for at fungere på arbejdspladsen og i familien, og hun følte, at smerterne begrænsede hendes liv. Intellectuelt fungerede hun, som hun plejede, men hun havde svært ved at koncentrere sig i længere tid.

Figur 1

Det indscannede behandlingskort viser smerteudbredningen på venstre side af kroppen fra behandlingsgang 1 til 21. Det ses tydeligt, at smerteudbredningen aftager i løbet af behandlingsperioden.



Aktuelt beskriver patienten sin smerte som svi-dende i arm og hånd, og hun har konstante tandpinelignende smerter i ansigt, arm og ben. Ansigtet føles som vat og lammet, og det samme fornemmes i arm, hånd og fingre. Patienten beskriver, at dybt inde i hovedet er der en følelse af en "jernstang", som giver smerte, hun har flimrer og ringe for øjnene, og øret føles lukket med fornemmelse af klukkelyde og smerte. Smerterne forværres, når patienten er på arbejde, som primært består i skrivebords- og computerarbejde. Patienten oplyser, at der imidlertid ikke er nogen stillinger eller arbejdsrutiner, som specielt fremmer smerten. Patienten kan ikke begynde dagen uden at tage sin smertemedicin (den står på natbordet), og det er ikke derudover muligt at beskrive nogle karakteristiske døgn-

rytmer. Hun lider tillige af svimmelhed, og har haft en kortvarig facialispase.

Patientens døgntilgift er aktuelt: met-hadon (5 mg, 6 tabl. dgl.), nortriptylin (25 mg, 3 tabl. dgl.), amitriptylin (1 tabl. til natten) og para-cetamol (500 mg, 5 tabl. dgl.).

Fysioterapeutisk undersøgelse

Patientens gang er velkoordineret. Lodlinjen falder delvis ubrudt igennem kroppen, men patienten står med vægten på hælene og med indadroterede skuldre. Hun placerer vægten på lateralsiden af højre fod. Der observeres en lille skoliose svarende til thorakolumbal-overgangen med konveksiteten mod venstre, og her er midjevinklen dybere. Den venstre skulder holdes løf-

tet og margo vertebralis er prominente og løftet lidt fra thorax.

I siddende stilling observeres en tendens til cervikalt paradoks (fremskudt hoved), og respirationen foregår lavt thorakalt. Alle funktionsundersøgelser (herunder ADL-funktioner) er normale og velkoordinerede, ligesom balance og afværgereaktioner foregår normalt. Ingen abnorme fund i kæbeledet, hvilket patient oplyste var bekræftet af tidligere tandlægeundersøgelser. Cervikalcolumnas rotation mod højre er lidt nedsat på grund af stramme muskler på modsatte side af halsen, men normal ekstension/fleksion i cervicalcolumna. De enkelte led i cervicalcolumna blev ikke undersøgt, da patienten gennem længere tid havde fået gentagne mobiliseringer af de cervikale led, uden nogen effekt.

Normal muskelstyrke i alle ekstremiteter. Tonus er normal, og der er ingen tegn på facialispause på undersøgelsestidspunktet. En generel neurologisk undersøgelse viser normale plantar-reflekser bilateralt, mens quadricepsrefleksen på den højre side ("den raske side") viser tegn på hyperrefleksi. Den proprioceptive sans testes med forskellige positionstest: finger/næse, finger/finger, hæl/knæ og hæl langs skinneben; alle findes normale. Ved berøring med undersøgers hånd og en vatpind findes sensibiliteten let nedsat i venstre side af ansigt, venstre arm, hånd og ben. Der findes ingen tegn på ataxi, og Rombergs prøve er normal.

Ud fra Travell og Simons (8; eksempler side 184, 237) atlas over potentielle placeringer for TP i relation til nærværende patients symptombillede foretages en palpationsundersøgelse på langs og på tværs af musklernes fibre. Ved manglende spontan respons i form af udstrålende smerte i et genkendeligt mønster, benyttes iskæmisk kompression, hvor det dybe tryk holdes i 30 sekunder for at se om det vedvarende tryk kunne fremprovokere en udstrålende smerte (8; s. 86-87).

I bugleje undersøges vævet og musklerne for TP ved hjælp af tværfriktioner, friktioner og iskæ-

misk kompression. Håndroden benyttes, der, hvor det er for smertefuldt at benytte tommel og fingre. Subcutis over TP-området er meget væskefuldt og ømt, hvorfor det er svært at komme dybt ned i musklerne og palpere de enkelte fibre. Patienten har TP med karakteristisk smerteudbredning i de fleste muskler i ryggen på venstre side, og der er TP i gluteal muskulaturen, som giver udstråling til benet (16; eksempel s. 169). Smerterne i benet kunne patienten leve med, men hovedpinen var uudholdelig, hvorfor hoved, nakke, hals og øverste del af ryggen prioriteres i den efterfølgende behandling.

Det var muligt at udløse de for patienten kendte smertemønstre fra TP i tolv muskler i skulder, hals og hoved på begge sider (mm.: trapezius, sternocleidomastoideus, masseter, temporalis, de suboccipitale muskler, semispinalis capitis / cervicis, subscapularis, teres major/minor, infraspinatus, supraspinatus, subclavius og pectoralis major/minor). Tryk på m. temporalis genkendte patienten som den kroniske smerte dybt inde i hovedet, i øret, i øjet og ned i venstre arm. Latente triggerpunkter kunne findes på højre side, men ingen af disse udløste smerter, som patienten kendte.

Konklusion på undersøgelsen

Da flere læger opfattede patientens situation som et neurologisk problem, var der meget fokus på neurologiske aspekter ved den fysioterapeutiske undersøgelse, primært for at udelukke eventuelle neurologiske problemer. Imidlertid kunne den fysioterapeutiske undersøgelse ikke støtte diagnosen sklerose. Derimod viste undersøgelsen en sammenhæng mellem smertebilledet og TP-konceptet. Det ville i praksis sige, at der var en sammenhæng mellem palpationsfund ved palpering af TP og de smerter, som patienten havde i de efter TP-teorien forventede områder med meddelt smerte (referred pain). Denne sammenhæng blev observeret i tolv muskler omkring skulder, nakke, ansigtet og hovedet på begge sider. Som eksempel kan nævnes, at den vedvarende ændring i hovedets stilling (fremskudt, cervikalt paradoks) medfører et konstant statisk arbejde for de suboccipitale

muskler. Dette konstante statistiske arbejde kunne tænkes at være en medvirkende faktor til fremkaldelsen af TP i netop disse muskler. Den nedenfor beskrevne behandling tager udgangspunkt i den af Williams' foreslåede "firm, heavy, friction type massage" og følger anvisningerne ganske nøje (13). Dog anvendes også andre massagegreb kortvarigt i situationer, hvor patienten havde brug for at kunne slappe af før næste provokation af et TP. På grund af de mange afficerede muskler varede hver behandlingsseance ca. 60 min.

Intervention

Principperne for TP-massagen er kort beskrevet i faktaboksen. Massagegreb, som blev benyttet til undersøgelsen, blev også anvendt i behandlingen. TP blev masseret på tværs med tværfriktioner eller friktioner alt efter, hvad der gav det bedste resultat i form af nedsat modstand mod tryk på musklen. Den nedsatte modstand opfattes som værende udtryk for mindre smerte i området. Behandlingen blev givet både fra medial- og lateralsiden af TP og blev udført med det dybeste tryk, patienten kunne tolerere. Der blev arbejdet nogle minutter på samme sted. Der blev benyttet iskæmisk kompression i ca. 30 sekunder og trykket øgedes i styrke i løbet af de 30 sekunder. Der blev oftest kun påført iskæmisk kompression en gang pr. TP, da dette greb kan være meget smertefuldt. Derefter blev musklerne bearbejdet med nogle få petrissage eller massagegreb med håndroden, så patienten kunne slappe godt af efter de dybe tryk. Var fingertryk for smertefulde for patienten, blev håndroden også benyttet til tværfriktioner. Dette øgede patientens tolerancegrænse, og der kunne gives en mere dybdegående massage. Efter nogle ganges behandling blev de enkelte muskler bearbejdet fra udspring til fæstet for at sikre, at de smerteudløsende områder i musklerne ikke blev forbigået. Undersøgelse og behandling varede en time, og blev givet en gang i ugen.

Resultatmål

11 punkt boks skala (17): Patienten angav med tal fra 0-10 sværhedsgraden af de totale smerte før hver behandlingsseance blev påbegyndt.

Faktaboks

Principper for behandling med triggerpunkt-massage

Hvert triggerpunkt (TP) markeres på et kort over patientens krop. Den følgende beskrivelse er behandlingen i hvert TP og varer ca. 2-3 minutter dog maksimalt 5 minutter per punkt.

TP palperes frem idet patienten tilkendegiver, at den kendte smerte er fremkaldt ved palpationen. Først behandles TP med tværfriktioner ved forskellige intensitet og tryk, dog mest med dybe tryk.

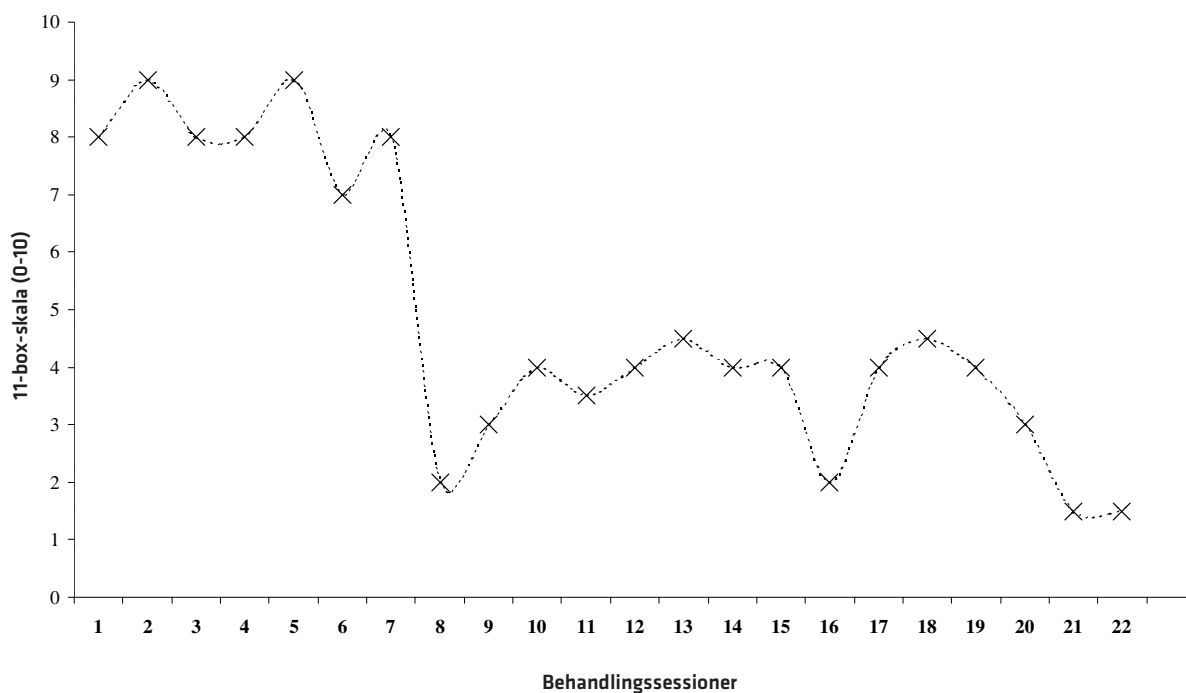
Nogle gange behandles hvert punkt udelukkende med tværfriktioner, men behandlingen kan suppleres med friktioner, hvis tværfriktionen ikke alene kan dæmpe den henviste smerte.

I få meget svære tilfælde anvendes også de dybe tryk. Disse kan dog være meget hårde for fysioterapeuten, da trykket skal holdes mindst 30-60 sekunder per tryk.

McGill Pain Questionnaire (MPQ) (18): Skemaet består af 20 hovedklasser, hver med undergrupper af smertebeskrivende ord (fafo.fysio.dk/sw4947.asp). Ordene er opstillet i rækkefølge, så det første ord svarer til det, der repræsenterer mindst smerteintensitet i netop denne undergruppe. I originaludgaven af MPQ indcirkles kun det ord, der beskriver den smerte, som patienten har den aktuelle dag, skemaet udfyldes. Patienten må kun vælge et ord fra hver gruppe pr. dag. Endvidere skal grupper, hvortil der ikke findes ord, der repræsenterer den følte smerte, udelades. Dansk udgave er fundet sammenlignelig med den oprindeligt engelske i 1993 (19).

Figur 2

Figuren viser smerten udtrykt på en 11-box skala over hele behandlingsperioden. Det store fald efter ottende behandling skyldes, at patienten genoptog det samme forbrug af smertestillende medicin, som ved behandlingens begyndelse. Det interessante er, at denne mængde smertestillende medicin før behandlingsstart, ikke kunne dæmpe smerterne, mens den samme mængde kunne efter ottende TP-behandling.



Tabel

Ord anvendt til at beskrive smerten (McGill)			
Ordgruppe	Behandling 1	Behandling 4	Behandling 22
3	borende	borende	borende
4		skærende	
5	gnavende	gnavende	gnavende
6	vridende	vridende	
7	svidende	svidende	
8	tærende		
9	kraftig	dump	
10	spændt		
11	udmattende	trættende	
12	kvælende	kvælende	
13	forfærdelig		
14	modbydelig	modbydelig	
15	ødelæggende	ødelæggende	
16	intens	intens	
17	gennemborende	gennemtrængende	
18	knugende		
20	pinefuld	pinefuld	

Se indvidere fafo.fysio.dk/sw4947.asp

Patientens subjektive udsagn blev registreret løbende ved hver behandlingsseance. Endelig blev patienten bedt om at registrere sit medicinforbrug ved at notere ændringer i dosis og/eller type i en kalender.

Resultater

Behandlingsforløb

Det første besøg hos fysioterapeut bestod i ovenstående anamneseoptagelse og undersøgelse. Her udfyldte patienten smertetegningen første gang samt oplyste om medicinforbrug og smerteintensitet. På baggrund af dette blev der lagt en behandlingsplan.

Inden for otte dage efter undersøgelsen blev selve behandlingen påbegyndt som beskrevet ovenfor. Efter den første behandling oplevede patienten en generel lettelse, følte sig afslappet og træt.

Patientens initiale indtegning af smerteudbredning illustreres i figur 1. For at få et så sandt billede af smertegrad og udbredelse som muligt, blev patienten opfordret til midlertidigt at undlade analgetika, den morgen behandlingen fandt sted.

Fra tredje behandling havde patienten undladt at tage sin morgenmedicin. Hovedpinesmerten blev da registreret til 8 (figur 2). Efter fjerde behandling var den konstante smerte i tommel, pegefinger og underekstremiteten væk. Efter syvende behandling kunne fysioterapeuten imidlertid se, at det var for belastende for patienten ikke at indtage morgenmedicinen, før hun kom til behandling, for hovedpinen svandt kun langsomt. Patient og fysioterapeut enedes derfor om, at vende tilbage til den oprindelige medicinering som ved behandlingens start.

Natten før den trettende gang havde patienten følt smerte i den højre side af ansigtet, det vil sige "den raske side". Patienten blev på ny undersøgt for aktive TP i både højre og venstre side. De tidligere observerede latente TP i højre side af ansigtet var nu blevet aktive. Herefter blev begge sider af hovedet, ansigtet og nakken

behandlet, ikke mindst fordi patienten var angst for, at smerterne nu skulle blive dobbeltsidige. Smerterne i højre side vendte dog ikke tilbage. Ved behandlingens start denne dag var smerteneiveauet på 4-5, men umiddelbart efter behandlingen var den kun på 1. Efter fjortende gang sluttede patienten med at indtage amitriptylin, og sov dybt og roligt fra nu af uden at vågne på grund af smerter.

Før patienten påbegyndte nærværende TP-behandling, var hun indkaldt til undersøgelse på en smerteklinik. Denne konsultation fandt sted efter den femtende behandling. Lægen på smerteklinikken foreslog at supplere med mere medicin, for at gøre hende helt smertefri. Efter gensidige overvejelser enedes fysioterapeut og patient om, at hun skulle fortsætte den aktuelle medicinindtagelse til femogtyvende behandling var givet. Herefter skulle der gøres status, og patienten kunne på dette tidspunkt konsultere smerteklinikken. Mellem den tyvende og enogtyvende behandling havde patienten en pause i behandlingen på fem uger. To af ugerne var et kursus kombineret med ferie i Østen. Hun ønskede at stoppe behandlingen efter den toogtyvende gang, hvor smerteintensiteten var på 1-2 på box-skalaen.

Resultater

Patienten modtog i alt 22 massagebehandlinger i perioden december 2000 til maj 2001. Smerterne var reduceret fra 8-1/2 på box-skalaen (figur 2). Smerter, som tidligere var udbredt til næsten hele den venstre side af kroppen (hoved, ansigt, skulder, arm, hånd, ben og fod), følte nu kun på et punkt fortil i venstre m. temporalis, hvor tryk stadig kunne udløse følelsen af smerte dybt inde i hovedet (figur 1).

Patienten benyttede 16 ord ud af de 20 mulige på MPQ smerteskemaet, da behandlingen startede, men ved afslutningen anvendte hun kun to af disse (tabel).

De kroniske smerter til hånd, tommel, arm og ben forsvandt efter fjerde behandling, men de udstrålende smerter fra de resterende latente

TP kunne fremprovokere smerter til armen op til den tyvende behandling, udløst fra den midterste del af m. temporalis. Udstrålingen til benet blev fremprovokeret op til elvte gang, udløst fra m. semispinalis cervicis. Ved afslutningen var de latente TP, som ikke blev færdig behandlet bl.a. i venstre mm. supraspinatus, subscapularis og i gluteal regionen.

Tegningen, som blev benyttet til at illustrere smertens udbredning under behandlingsforløbet, viser tydelig ændring af smerteudbredningen, idet området fra hovedet til venstre fod var reduceret blot til et punkt (dybt inde i hovedet) (figur 1). Patienten følte, at hun var blevet et nyt menneske, men måtte have en behandlingspause, selv om hun ikke var helt smerte- og medicinfri.

Patientens medicinforbrug var nu reduceret med en tablet metadon, 1 tablet paracetamol, 1 tablet nortriptylin, og amitriptylin var blevet seponeret efter fjortende behandling. Hun var indstillet på at slutte helt med noritren på grund af dette medikaments væskeretinerende virkning.

Seks måneder senere, angav patienten, at hun nu ofte var helt smertefri, men tog stadig fem nogle dage seks tabletter metadon og fire nogle dage fem paracetamol i døgnet. Hun var ophørt med nortriptylin, havde tabt sig 7 kg og følte, hun havde fået "et nyt liv". Patienten havde haft overskud til at begynde på et antropologistudie, da hendes arbejde krævede denne viden. Hun havde været på to rejser til Afrika i embedets medfør. Hun trænede nu i varmtvandsbassin og cyklede lange ture med sin mand.

Diskussion

En midaldrende kvinde med kroniske smerter har i ovenstående caserapport gennemgået en fysioterapeutisk undersøgelse, og hovedårsagen til de kroniske smerter synes at være triggerpunkter i en lang række muskler omkring hoved, nakke og skuldre. Caserapporten beskriver undersøgelsen og behandlingen af disse TP. Såvel smerteudbredning, karakteristika samt intensitet forbedres væsentligt i løbet af behandlings-

perioden. Yderligere fandt vi, at selv vidt udbredte kroniske smerter af 4½ års varighed synes at kunne lindres så meget ved specifik TP-massage, at patientens smertemedicinforbrug blev reduceret, og at smerterne reduceredes sideløbende. Patienten følte, at hun havde "fået livet tilbage."

Tidligere studier har fundet, at dybe friktioner på TP var mere effektive end petrissage og effleurage (8; s. 88), og at TP-massage kunne give en lokal fysiologisk forandring i musklen (20). Hvorfor tværfriktioner af TP har denne effekt, vides ikke, men den kan sandsynligvis delvis forklares via gate-control-teorien, idet det kan antages, at tværfriktionerne hæmmer det sensoriske smerteinput. Men gate-teorien er næppe den eneste forklaring.

På grund af de ofte noget ukarakteristiske smerter og stor variation i smerteoplevelsen bliver patienterne ofte fejldiagnosticerede, og eventuelt opfattede som neurotikere. Dette var også tilfældet med denne patient. Lægerne havde mistanke om, at hun havde en tumor i hjernen og andre somatiske nervelidelser, herunder dissemineret sclerose. Da der fandtes en lang række aktive og latente TP, samtidig med at den neurologiske undersøgelse var negativ, påbegyndtes en behandling af disse TP. Da behandlingen syntes at have en god effekt på denne patient, antager vi derfor, at der næppe er tale om en neurologisk problemstilling. Smerternes udstråling svarede til TP-litteraturens angivelser, men udstrålingen fra enkelte TP viste sig i nogle tilfælde mere ekstensiv (smerteudstrålingen ud i armen og ikke blot i ansigtet fra m. temporalis) end tidligere beskrevet (8; eksempel s. 237), hvilket måske kunne skyldes både antallet af TP og varigheden af smerteproblematikken uden tidligere adækvat behandling.

TP-behandlingen fulgte stort set Travells og Simons meget generelle principper for TP-behandling (8; s. 87-88), dog var den givne behandling dyb fra starten, doseret efter patientens smertetolerance og vejledt af, om muskelspændingerne blev nedsat eller ej. Samtidig giver Travells

og Simons (8; s. 87-88) udtryk for, at TP-massagen i begyndelsen ikke må være for dyb, da dette kan forværre smerten. På trods af dette anvendtes i denne case en så dyb massage, som patienten kunne tåle, og mellem TP-massagegrebene blev der anvendt nogle få petrissagegreb for at afslappe patienten.

Da antallet af både aktive og latente TP hos denne patient var meget stort, var det til tider vanskeligt at skelne mellem aktive og latente TP. Denne vanskelighed består i, at en gruppe af TP, der meddeler smerte til samme område, kan bestå af både latente og aktive, hvorfor det først er muligt at skelne entydigt mellem disse, når den meddelte smerte er væk; det vil sige, når de aktive TP ikke længere er til stede. Det gør dog ikke noget, at man behandler både latente og aktive TP, da der er en risiko for, at latente TP kan blive aktive. Dette antages, at kunne forhindres med specifik TP-massage. Det viste sig lidt uventet, at behandlingen havde så hurtig effekt i nogle af disse smerteområder, for eksempel forsvandt smerterne i arm og ben efter blot fjerde behandling.

Man kunne antage, at den væsentlige smertereduktion observeret efter ottende behandling primært skyldtes, at patienten genoptager et vist medicinforbrug (figur 2). Imidlertid fik patienten før massagebehandlingen af TP yderligere medicin tilbudt, hver gang hun søgte lægehjælp. Således var hendes medicinforbrug allerede et år før TP-massagebehandlingen blev påbegyndt oppe på det niveau, som da behandlingen startede. Denne dosis smertestillende medicin kunne dog ikke dæmpe smerterne på det givne tidspunkt, hvilket den dog kunne efter ottende behandling, hvorfor det i sig selv synes at tale for en positiv effekt af TP-massagen for denne patient.

Man kan overveje, om massagebehandlingen blev afsluttet for tidligt, da vi jævnligt erfarer i klinikken, at latente TP kan blive til aktive TP ved genoptaget belastning. Vore kliniske observationer synes også at vise, at et aktivt TP, som ikke bliver behandlet for eksempel med

massage, kan udvikle TP i andre muskler (de såkaldte satellit TP) enten inden for samme sides smerteområde eller til den tilsvarende muskel på den modsatte side af kroppen, som det var tilfældet med denne patient. Dette er ligeledes beskrevet tidligere (8; s. 4). Patienten havde symmetriske TP på begge sider, men følte kun smerten på venstre side. Efter tolv behandlinger oplevede hun dobbeltsidige smerter i ansigtet. Måske var venstre sides smerte dæmpet så meget, at hun følte smerten på højre side, eller var de latente TP blevet aktive? Det er ikke muligt entydigt at svare på dette. En tredje mulighed kunne være, at patienten generelt reagerer mere følsomt på diverse sensoriske input som for eksempel kulde, træk eller berøring. Det kan derfor ikke udelukkes, at patienten f.eks. havde været udsat for træk el. lign. Patienten gav dog ikke udtryk for at have været udsat for dette i perioden op til tolvte behandling. Efter denne oplevelse fik patienten behandling på begge sider af ansigtet, selvom højre sides ansigtssmerter forsvandt allerede efter en behandling. Selvom både undersøgelse og behandlingseffekten antyder, at der næppe er et neurologisk problem, kan dette ikke udelukkes som en medvirkende årsag til, at smerteproblematikken blev så omfattende, som den blev for denne patient. Det er dog udenfor denne caserapports rammer at give et entydigt svar på dette. En caserapport giver ikke mulighed for at svare på, hvad der i behandlingsforløbet reelt har givet effekten. En række samtidige hændelser, god behandler/patient kontakt, kort sagt en lang række confounders, kan ikke udelukkes som forklaring. For at kunne udelukke disse confounders må der iværksættes en klinisk kontrolleret undersøgelse, hvilket på nuværende tidspunkt er igangsat.

TP-betingede smerter kan også reducere udholdenheden i de muskler, hvori de forekommer, så musklerne hurtigt bliver trætte (8; s. 15). Patienten arbejdede mest ved en computer, hvilket er statisk muskelarbejde. Det ideelle ville være at starte med forsigtig træning af den ramte muskulatur, for eksempel ved at benytte medicinsk træningsterapi (MTT). MTT er netop udviklet

med henblik på at nuancere progressionen af træningen af smerteramte muskler, idet MTT anvender aflastning samtidig med træning af musklen (21;22). Et andet alternativ kunne være varmtvandsbassintræning, hvilket var patientens valg i dette tilfælde. Denne træning skulle påbegyndes umiddelbart efter, at massagebehandlingen var afsluttet, så hun derved ganske langsomt kunne øge arbejdsbyrden på jobbet. Dette kunne imidlertid ikke realiseres, da patientens arbejdsplads ikke kunne acceptere en fleksibel arbejdsdag for patienten.

Patienter med TP-betinget hovedpine beskriver smerterne fra at være dumpe, værkende, dybe, og varierende fra ubehag til torturlignende smerte (8; s. 13). Vores patient beskrev smerten som en "tandpine", hvilket synes at svare godt til de ord, patienten senere valgte i McGill-skemaet (tabel), og smerten påvirkede hendes søvn, hvilket gjorde hende energiforladt om dagen og medførte psykisk labilitet. Det kan diskuteres, om hendes ophold i Østen havde en psykisk såvel som fysisk positiv virk-

ning, så smerten af den grund blev nedsat, men dette kan næppe forklare det gunstige forløb, idet smerte- udbredningen og intensiteten var meget reduceret allerede før denne ferie, som blev afholdt efter den tyvende behandling.

Patienten fik massagebehandlingen en gang i ugen for at undgå, at hun havde restømhed efter forrige behandling. Dette gjorde, at den dybe TP-massage kunne gennemføres hver gang.

Perspektivering

Formålet med denne caserapport var at præsentere TP-massages effekt hos en kvinde med vidt udbredt smerteområder af flere års varighed. Erfaringerne fra denne caserapport og to tidligere kasuistikker (23) har dannet grundlaget for et større randomiseret, kontrolleret studie, som nu er i gang.

Taksigelse

Tak til overlæge, dr.med. Allan Wiik for hjælp ved udarbejdelsen af manuskriptet.

Litteratur

- (1) Olesen J. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. 1991. Headache Classification Committee of the International Headache Society.
- (2) Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA 1998; 279(5):381-383.
- (3) Gobel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. Cephalalgia 1994; 14(2):97-106.
- (4) Delaney JP, Leong KS, Watkins A, Brodie D. The short-term effects of myofascial trigger point massage therapy on cardiac autonomic tone in healthy subjects. J Adv Nurs 2002; 37(4):364-371.
- (5) Graff-Radford SB, Jaeger B, Reeves JL. Myofascial Pain May Present Clinically as Occipital Neuralgia. Neurosurgery 1986; 19(4):610-613.
- (6) Olesen J, Lipton RB. Headache classification update 2004. Curr Opin Neurol 2004; 17(3):275-282.
- (7) Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. J Epidemiol Community Health 1992; 46(4):443-446.
- (8) Travell JG, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction - the trigger point manual - Vol 1: Upper half of body. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- (9) Graven-Nielsen T, Andersen H. Eksperimentel kortlægning af muskelsmerter. Fysioterapeuten 2004;(22):6-16.

- (10) Hanten WP, Olson SL, Butts NL, Nowicki AL. Effectiveness of a home program of ischemic pressure followed by sustained stretch for treatment of myofascial trigger points. *Phys Ther* 2000; 80(10):997-1003.
- (11) Wheeler AH. Myofascial pain disorders: theory to therapy. *Drugs* 2004; 64(1):45-62.
- (12) Grosshandler SL, Stratas NE, Toomey TC, Gray WF. Chronic neck and shoulder pain. Focusing on myofascial origins. *Postgrad Med* 1985; 77(3):149-8.
- (13) Williams HL, Elkins EC. Myalgia of the head. *Arch Phys Ther* 1942; 23:14-22.
- (14) Puustjarvi K, Airaksinen O, Pontinen PJ. The effects of massage in patients with chronic tension headache. *Acupunct Electrother Res* 1990; 15(2):159-162.
- (15) Schiffman EL, Friction JR, Haley DP, Shapiro BL. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc* 1990; 120(3):295-303.
- (16) Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction - the trigger point manual - vol 2: the lower extremities. 1 ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
- (17) Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1978; 37(4):378-381.
- (18) Melzack R. The McGill questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-299.
- (19) Drewes AM, Helweg-Larsen S, Petersen P, Brennum J, Andreassen A, Poulsen LH et al. McGill pain questionnaire translated into danish: experimental and clinical findings. *The Clinical Journal of Pain* 1993; 9(2):80-87.
- (20) Rubin D. Myofascial trigger point syndromes: an approach to management. *Arch Phys Med Rehabil* 1981; 62(3):107-110.
- (21) Holten, Thorsteinsson. Medical exercise therapy - the basic principles. *Fysioterapeuten* 1991; 58 (9):27-32.
- (22) Holten O, Faugli HP. *Medisinsk treningsterapi*. 1 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 1993.
- (23) Wiik E. *Kasuistik - behandling af trigger points*. *Fysioterapeuten* 2000;(9):14-16.

Abstract

Triggerpoint massage to chronic headache
 Edith Wiik, PT, Hans Lund, PT, PH.D., Associate Professor. University College Sealand
 Forskningsinitiativet i Fysioterapi, University of Southern Denmark.

Background

A number of people are suffering from chronic headache, but the mechanism behind is unknown. In some cases the pain can be explained by the so called triggerpoints in muscles around the neck, shoulder and head.

Methods

The treatment technique and its effect are described by presenting a case with a woman suffering from serious chronic pain, located in several regions around the body.

Results

The triggerpoint massage is shown to have a positive effect, especially around the head and neck, and the case report discuss the possible mechanisms behind this effect. In addition, the case will be used as a pilot study for a randomized controlled trial who will examine the effect of triggerpoint massage as treatment for patients with chronic pain.

Keywords

Trigger point, chronic pain, massage