

UITZIJEN VOOR DE PRAKTIJK

HOOFDPIJN ALS GEVOLG VAN CONSERVERENDE BEHANDELING

Hoofdpijn kan zonder aarzeling als één van de meest vóórkomende menselijke kwalen worden beschouwd. Er is in de loop der jaren zóveel over dit onderwerp gepubliceerd dat het bij het geven van een literatuuroverzicht onbegonnen werk zou zijn, naar volledigheid te streven. De oorzaken zijn talrijk en lopen zeer uiteen. Onder de lichamelijke aandoeningen waarvan hoofdpijn een begeleidend verschijnsel kan wezen, nemen die van het gebit een belangrijke plaats in. Uitstralende pijnen naar het hoofd naar aanleiding van gebitsafwijkingen zijn iedere practicus bekend. In de meeste gevallen is de samenhang wel duidelijk en de hoofdpijn verdwijnt dan ook gewoonlijk heel snel na het treffen van de nodige voorzieningen. Het is juist een van de aantrekkelijke zijden van het beroep, dat de practicus dikwijls in staat is, spoedige en algehele verlichting van dergelijke kwellingen te bewerkstelligen.

Niettemin kunnen zich situaties voordoen, waarin de genoemde samenhang verborgen is, en wel zó, dat men sterk in de verleiding komt, een dentogene oorzaak van de hoofdpijn te ontkennen. Zulk een geval wordt door CARNES in het novemnummer 1960 van *Oral Surg. Med. Path.* beschreven. Het betrof een patiënt bij wie de hoofdpijn een gevolg was van conserverende behandeling, doch de correlatie was zeer onduidelijk en kon niet dan proefondervindelijk worden vastgesteld.

Geval

De patiënt was een 38-jarige man van goede algemene gezondheid en over het geheel genomen gematigde levensgewoonten, alleen rookte hij zeer veel: ongeveer 40 sigaretten per dag. Hij kon niet worden gerekend tot de geregelde bezoekers van de tandarts, aangezien hij zich slechts dan onder behandeling stelde wanneer hij klachten had. Er waren thans twee jaren verlopen sedert de laatste visite. Bij inspectie van de mond werden dan ook duidelijk zichtbare carieuze defecten aangetroffen, zomede vrij veel tandsteen. Diverse restauraties, in de loop van de tijd aangebracht, waren van middelmatige kwaliteit. De patiënt miste intussen al verschillende molaren, zodat hier en daar migratie was opgetreden. Voorts kon worden gesproken van een traumatische occlusie: deze had evenwel geen aanleiding gegeven tot merkbare beweeglijkheid der elementen. Ook bleek geen percussiegevoeligheid te bestaan. Afwijkingen in het kaakgewricht konden niet worden vastgesteld; er waren geen tekenen van gevoeligheid van de condyli bij openen en sluiten van de mond.

De mondslijmvliezen waren normaal, met uitzondering van tong en mondbodem: hier werden fibromateuze veranderingen gevonden. De diagnose op grond van pathologisch-anatomisch onderzoek luidde: leuoplakie, wellicht mede een gevolg van het vele roken. De patiënt werd de raad gegeven het roken

te staken, althans drastisch te beperken en geen hete of prikkelende spijzen te gebruiken. Een mondspoeling van natriumbicarbonaat werd voorgeschreven, alsmede preparaten, die vitamine A, B-complex en C bevatten.

Na zorgvuldige mondreiniging en de vervaardiging van een volledige röntgen-status werden de nodige conserverende behandelingen verricht. De preparaties geschiedden steeds onder plaatselijke verdoving, de vullingen bestonden uit zilveramalgaam. In alle caviteiten werd ter bescherming van de pulpa een onderlaag aangebracht van een zinkoxyde-eugenol-preparaat (Vitec); deze werd nog afzonderlijk bedekt met een cementlaag. Aangezien de patiënt geen prijs stelde op volledige rehabilitatie van zijn gebit, werden geen prothetische voorzieningen getroffen. Na het polijsten van de vullingen werd de patiënt ontslagen met de instructie, over vier maanden terug te komen voor controle.

Binnen twee maanden na de laatste behandeling meldde de patiënt zich echter weer, met klachten over zware hoofdpijnen, die een week of drie na de laatste behandeling waren begonnen en dus nu 5 of 6 weken bestonden. De pijn was continu en nam tegen de nacht in hevigheid toe. Zij concentreerde zich boven het linker oog en ging soms zelfs gepaard met een gevoel van onpasselijkheid.

Aangezien de patiënt zelf niet een dentogene oorzaak vermoedde, had hij aanvankelijk zijn huisarts geconsulteerd. De door deze voorgeschreven pijnstillende middelen waren echter verre van afdoende. Daarom werd de patiënt doorgestuurd naar de oor-neus-keelarts, speciaal met het oog op de mogelijkheid van een aandoening van de sinus maxillaris. Het desbetreffende onderzoek leverde echter geen enkel aanknopingspunt op. De omstandigheid, dat de laatste tandheelkundige behandelingen ook aan de linkerzijde waren verricht, deed een samenhang weliswaar vermoeden, doch de klachten betroffen merkwaardig genoeg niet de elementen. Deze waren niet gevoelig voor warm of koud, evenmin voor percussie; ook reageerden zij normaal op elektrische vitaliteitstests.

Na 48 uur te hebben afgewacht kwam de patiënt opnieuw terug, ditmaal met nog heviger pijnen. Wederom werden alle gebitselementen aan de linkerzijde grondig onderzocht. Wel bestond nu hier en daar enige kloppgevoeligheid, doch deze leverde weinig of geen aanknopingspunten op. De aard van de pijn deed nog steeds aan sinusitis denken, doch deze mogelijkheid was, gelijk gezegd, door deskundig onderzoek uitgesloten. Verwijdering van de laatstgelegde vulling in een ondermolaar bracht geen merkbare verlichting teweeg.

Na nog een week bleek de pijn zich meer in de bovenmolaarstreek te concentreren. Op goed geluk werd een eveneens kort te voren aangebrachte vulling in een bovenmolaar verwijderd en de caviteit afgesloten met zink-oxyde-eugenol. De pijn verdween nog tijdens deze behandeling en kwam niet meer terug. Zes weken nadien werd de molaar op dezelfde wijze en met hetzelfde merk amalgaam gevuld als voorheen, zonder dat naderhand nog enigerlei klacht optrad.

Conclusie

Het geval leert dat de tandarts er onder dergelijke omstandigheid goed aan doet,

niet te gauw het gebit als oorzaak van de klachten uit te sluiten, ook al doet de aard van de pijnen een andere bron vermoeden. Vooral wanneer de klachten betrekkelijk kort na een tandheelkundige behandeling optreden, is waakzaamheid geboden. Te snel ingrijpen kan natuurlijk ongewenst zijn, doch een voortdurend afwachtende houding heeft ook grote bezwaren. Het feit dat bepaalde middelen, (zoals bv. het vervangen van een vulling door een verzachtend preparaat) worden beproefd, ook al moet dit soms op goed geluk geschieden, verschaft de patiënt tenminste de aangename zekerheid dat aandacht aan zijn klachten wordt besteed. Wanneer men dan, hetzij bij intuïtie, hetzij bij toeval, in de roos schiet, bespaart men bovendien de patiënt onnodige bezoeken aan allerlei specialisten, tot wie hij zich in zijn wanhoop geneigd is te wenden.

Met betrekking tot het hier beschreven geval kan de auteur overigens geen verklaring van de ware oorzaak der pijnen geven; hij denkt aan de mogelijkheid van overexpansie van het gebruikte amalgaam of aan chemische irritatie door de materialen, die als onderlaag dienden.

Literatuur:

J. C. CARNES. Or. Surg. Med. Path. 13:1314, 1960.