

DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN PIJN IN HET
KAAKGEWRIGHT*)

HAMISH THOMSON, H.D.D., L.D.S., D.D.S.

Inleiding

De behandeling van pijn in het kaakgewricht of in het omliggende gebied behoort thans tot de taak van de tandarts, vooropgesteld dat de diagnose juist is gesteld. Dertig jaar geleden beschreef COSTEN (1934) een syndroom, dat de pijn in het kaakgewricht in verband bracht met storingen in de verhoudingen tussen de gebitselementen en de kaken, doch de symptomen in dit syndroom waren uitgebreider dan door veranderde kaakverhoudingen konden worden veroorzaakt. Vele van de beweringen in deze publicatie werden later achterhaald.

Voorliggend onderzoek van gewrichtspijn is gebaseerd op waarnemingen, verricht gedurende de laatste dertien jaar in het Eastman Dental Hospital te Londen. Gehoopt wordt dat een herkenbaar beeld zal oprijzen, dat zich zal onderscheiden van andere pijnen in het laterale gebied van het gezicht en het hoofd.

Onderzoek

Twee groepen patiënten, die klaagden over pijn in het gebied van het kaakgewricht, werden onderzocht en behandeld. Serie 1 bestond uit 100 patiënten, behandeld tussen 1950 en 1957, en serie 2 omvatte 213 patiënten uit de periode tussen 1958 en 1961.

Methode van onderzoek

Bijzonderheden als leeftijd en geslacht werden genoteerd, voorts de anamnese, een omschrijving van de klachten door de patiënt, de lokalisatie, alsmede eerste optreden van pijn en verloop.

Navraag werd gedaan naar beperking van de mondopening en stijfheid van de kaak. De verhoudingen tussen onder- en bovenkaak werden onderzocht, waarbij het bestaan van de gewoonte van tandenknarsen werd nagegaan en ook de wijze van kauwen. Tenslotte werden vragen gesteld omtrent een mogelijk aanwezige emotionele stoornis of spanning. Deze navraag werd alleen bij de 2e serie gedaan.

*) Naar een voordracht, in de Engelse taal gehouden voor de Ned. Ver. v. Tandartsen op 22 november 1963.

Resultaten van het onderzoek

1. Leeftijd en geslacht

De uit het onderzoek verkregen gegevens werden als volgt opgesteld:

Leeftijd	Geslacht			
	serie 1		serie 2	
	M%	V%	M%	V%
beneden 40	17	53	15	59
boven 40	9	21	8	18

De verhouding vrouwen tot mannen was in beide series dezelfde namelijk 3 : 1, met het grootste percentage (meer dan 50 %) in de groep vrouwen beneden de 40 jaar.

2. Symptomen

De symptomen en hun voorkomen vindt men in de volgende tabel:

	% serie 1	% serie 2
doffe pijn	59	70
bepaalde mondopening	35	36
pijn bij kauwen	41	60
pijn bij wijde mondopening	46	69
pijn bij druk	63	59
stijfheid bij het ontwaken	17	35

De symptomen kwamen overwegend eenzijdig voor. In slechts 13 % van de patiënten was de klacht beperkt tot een enkel symptoom. De meerderheid had twee of drie van de symptomen en in vier gevallen werden alle zes aangetroffen.

3. Ziekteverloop

Vragen werden gesteld over de wijze waarop de pijn was begonnen en de duur ervan; over een mogelijk verband met activiteiten van de kaak voor-

afgaand aan het optreden van de pijn of daarmee samenvallend; en tevens over het voorkomen van enige aandoening of pijn in andere gewrichten en over andere ziekten, waaraan de patiënt zou kunnen lijden.

De pijn kwam geleidelijk op in 47 % en plotseling in 53 % der gevallen. Zij had in alle gevallen een intermitterend karakter. In 30 % van alle gevallen vermeldde de anamnese een activiteit van de kaak, zoals wijd gapen of een extractie.

Het bestaan van een aandoening of stoornis in andere gewrichten als ook van andere systeemziekten was te verwaarlozen.

4. Lokalisatie van de pijn

Bij 93 % der patiënten was de pijn gelokaliseerd in het gebied van de condylus, maar in wisselende percentages straalde zij uit naar andere gebieden opzij van het hoofd en het gezicht.

Bij 60 % der patiënten werden ook pijnklachten aangegeven in de opstijgende tak van de onderkaak en in 22 % in de kaakhoek.

5. Klinische aspecten in de verhouding tussen de kaken

Deze klinische aspecten werden als volgt opgesteld:

	% serie 1	% serie 2
gebrek aan steun in de molaarstreek	70	39
eenzijdige kauwgewoonte	53	64
tanden knarsen en persen	40	42
verplaatsing onderkaak bij sluiten	79	53

Deze factoren doen een dusdanige verstoring veronderstellen van de normale activiteit van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak, dat een irritatie wordt veroorzaakt voor de gewrichtsweefsels of een verandering in de functie van de spieren.

Het voorkomen van een emotionele stoornis werd in serie 1 niet nagegaan. In serie 2 werden dienaangaande vragen gesteld zoals „Wordt U momenteel gemakkelijk uit Uw evenwicht gebracht?“, en werden voorts veronderstellingen geuit dat spanningen in de werkkring, irritaties in het gezin of zorgen oorzaak zouden kunnen zijn van psychische gespannenheid. Door 41 % werd op dergelijke vragen een bevestigend antwoord gegeven. Dit leek een voldoende aanwijzing, dat het hier een factor, ver-

antwoordelijk voor het ontstaan van de afwijking, betrof, mogelijk ook in de vorm van een versnellende of verergerende invloed.

Controle der klinische kenmerken

In een met serie 1 gelijklopend onderzoek werden honderd patiënten in het ziekenhuis, die geen pijnklachten in het gewricht of het aangezicht hadden, onderzocht op de in deze serie genoemde speciale aspecten der kaakverhoudingen.

De navolgende gegevens werden uit dit onderzoek verkregen:

	% pijn serie	% controle serie
gebrek aan steun P-M-streek	70	74
eenzijdige kauwgewoonte	53	47
tanden knarsen en persen	40	35
verplaatsing onderkaak bij sluiten	79	54

Het is duidelijk, dat het voorkomen van deze kenmerken bij beide series gelijk is. Het aantal is niet groot genoeg om hieruit te mogen concluderen, dat de bevolking in het algemeen een hoog percentage stoornissen in de kaakverhoudingen vertoont.

Wel mag gesteld worden, dat deze stoornissen niet de enige oorzaak van gewrichtspijnen zijn. De variabele factor zou de eerder vermelde nerveuze spanning kunnen zijn.

Aard van de afwijking

De symptomen wijzen op een ontstekingsreactie in de gewrichtsweefsels op een geringe beschadiging of een voortdurend zich herhalend trauma van lichte graad. Dit zou het resultaat kunnen zijn van een geforceerd openen van de kaak of een verplaatsing bij het sluiten. Ligamenten of kapselvezels kunnen worden gerekt of gescheurd en een vochtuitstorting kan in de gewrichtsholte optreden. Daarenboven kunnen de spieren op dergelijke prikkels reageren in de vorm van een gelokaliseerd spasme om zo beweging te verhinderen terwijl de genezing plaats vindt. De toestand kan ook gezien worden als een reflectoire reactie van de spieren op een verandering in de gewone activiteiten van de mandibula, veroorzaakt door stoornissen in gebitsverhoudingen. Zo kan een plaatselijk spasme of een vermoeiheid in een spier of een groep spieren het gevolg zijn van eenzijdig kauwen, of van pers- of knarsgewoonten, of van een verplaatsing

van de onderkaak bij het sluiten. Dit moet worden beschouwd als een reflex activiteit als antwoord op een perifere stimulus uitgaande hetzij van de periodontia der gebitselementen, hetzij van de spieren zelf of van de gewrichten. Nogmaals moet er met nadruk op gewezen worden, dat deze veranderingen gewoonlijk zonder stoornis worden verdragen. Andere omstandigheden kunnen een pathologische reactie op gang brengen, zoals bijvoorbeeld bij een toestand van emotionele spanning.

Differentiële diagnose

Afwijkingen, die met het syndroom zouden kunnen worden verward zijn de volgende:

1. Arthritis rheumatica chronica. Hierbij kunnen gelijke, doch meestal bilateraal voorkomende symptomen optreden. Gewoonlijk zijn ook andere gewrichten aangedaan en voelt de patiënt zich ziek. Bij twijfel dient contact met de huisarts worden opgenomen.
2. Osteo-arthritis. Dit ziektebeeld wordt meestal bij de oudere leeftijdsgroepen aangetroffen en betreft dan de belaste gewrichten. De symptomen zijn gelijk.
3. Trigemini neuralgie. De pijnen zijn hierbij veel ernstiger en houden langer aan. Terwijl de oorsprong gevonden wordt in de centrale pijnbanen, kan een aanval door een perifere prikkel worden opgewekt.
4. Aangezichtspijnen van dentogene aard. Hierbij kan het oor, het kaakgewricht of de laterale zijde van het aangezicht zijn betrokken; de oorsprong is echter gewoonlijk gemakkelijk te herkennen.
5. Migraine van het aangezicht. Dit is een karakteristiek, periodiek terugkerend, syndroom, dat gemeenlijk door de arts is herkend, voordat de patiënt de tandarts raadpleegt.
6. Arthritis, veroorzaakt door een specifieke infectie. Een bacteriële arthritis en ziektebeelden zoals lupus erythematosus en het syndroom van REITER kunnen pijnklachten in het kaakgewricht geven, en een juiste diagnose bemoeilijken. Maar ook hier zal de arts waarschijnlijk de patiënt het eerst hebben onderzocht.

Het syndroom, dat thans onderwerp van studie is, schijnt dus een patroon van symptomen en klinische kenmerken te bezitten, waardoor het te onderscheiden is van andere pijnen opzij van het gezicht. De diagnose kan door de tandarts worden gesteld en ook de behandeling kan door hem geschieden door het corrigeren van stoornissen in de verhoudingen van tanden en kaken.

De behandeling

Voor serie 1 is reeds een overzicht van de behandeling gepubliceerd (THOMSON, 1959), terwijl de gegevens van serie 2 nog niet beschikbaar zijn. De hierna volgende werkwijze is voor serie 2 gebruikt en wordt ook toegepast voor alle in behandeling zijnde gevallen:

1. *Geruststelling.* Hierbij ontvangt de patiënt een duidelijke uitleg van de aard van zijn afwijking, waarbij de nadruk wordt gelegd op de noodzaak een normale functie te herstellen. Ter illustratie wordt de uitdrukking „kreupel kauwen” gebruikt. Zo wordt de angst van de patiënt, dat er iets ernstigs achter zou kunnen steken, bestreden en daarmee tevens de emotionele factoren bij de pijn. Ook wordt verklaard, hoe emotionele spanning een rol speelt en dat de pijnen kunnen verdwijnen als deze problemen worden opgelost.

2. *Herstel van de normale spierfunctie.* De patiënt krijgt het eenvoudige advies om aan twee zijden gelijktijdig te kauwen. Soms zal echter enig gebitsherstel noodzakelijk zijn om dit mogelijk te maken.

3. *Isometrische contractie van de openingsspieren van de onderkaak.* Dit wordt bereikt door de mond te openen tegen de, overigens niet al te krachtdadige, druk van de hand in. Zo wordt de contractie van de betrokken spieren bevorderd en bijgedragen tot het herstel van de normale functie der onderkaaksmusculatuur.

4. *Verbetering van de verplaatsing van de onderkaak door selectief inslijpen of door opbeetplaten, ontworpen teneinde de verplaatsing te voorkomen.* Bij toepassing van de opbeetplaten worden deze gedurende een proefperiode gedragen, en, bij een goed resultaat, weer weggelaten gedurende een tweede proefperiode. Indien tijdens deze tweede periode de pijn terugkeert, wordt een permanent apparaat ontworpen. Dit bestaat gewoonlijk uit een uitneembare metalen prothese met beetverhoging, waarbij een zo gering mogelijk gedeelte van de kauwvlakken der gebitselementen wordt bedekt. Soms kan ook wel gebruik gemaakt worden van vaste restauraties. Op deze wijze wordt de verbetering, verkregen met de tijdelijke opbeetplaat, permanent gemaakt.

5. *Het voorkomen van de gewoonten van tandenknarsen en -persen.* Hiertoe kan men met goed resultaat gebruik maken van opbeetplaten ontworpen om contact tussen de gebitselementen te verhinderen. Zij worden gedragen gedurende de slaap of wanneer de gewoonte voorkomt.

Boven omschreven behandelmethoden zijn eenvoudig en geven vaak een goed resultaat, vooropgesteld dat de diagnose juist is en de verhouding tandarts-patiënt is gebaseerd op kennis, tact en geduld.

Samenvatting:

1. Verslag wordt uitgebracht over een onderzoek van patiënten met kaakgewrichtsklachten, waarbij gedetailleerde gegevens worden verstrekt over leeftijd, geslacht, symptomen, lokalisatie van de pijn, ziektegeschiedenis en klinische verschijnselen.
2. Bijzonderheden over een controleonderzoek van patiënten zonder deze pijnklachten worden gegeven en in discussie gebracht.
3. De aard van de pijn wordt besproken en enige suggesties over de oorzaak aan de hand gedaan.
4. De differentiële diagnose wordt besproken.
5. Enige bijzonderheden over toegepaste behandelingsmethoden worden gegeven.

Summary:

1. Details of an investigation of patients with mandibular joint pains are given, and details of age, sex, symptoms and sites of pain, histories and clinical features are compiled.
2. Details of a control investigation of patients not suffering from the pain are compiled and discussed.
3. The nature of the pain is discussed and some suggestions as to its cause are given.
4. The differential diagnosis is discussed.
5. Some details of the treatment measures adopted are given.

Literatuur:

- J. B. COSTEN (1934) Ann. Otol. (St. Louis) 43.1.
H. THOMSON (1959) Brit. D.J. 107.9.