

ingrepen kan tegenwoordig in de meeste gevallen adequaat worden bestreden met lokale anaesthetica of door middel van algemene narcose.

Een groter probleem echter vormt de postoperatieve pijn die in sommige gevallen na tandheelkundige ingrepen kan optreden. Dit is bij uitstek het indicatiegebied van de medicamenteuze pijnbestrijding. Een terrein dat door de Nederlandse tandheelkundige professie tot nu toe schoorvoetend werd betreden. De pijnbestrijding in deze soort gevallen werd veelal aan het initiatief van de patiënt overgelaten.

In de Nederlandse literatuur vinden wij weinig bijdragen over dit onderwerp. Wel geeft sinds het begin van de zestiger jaren de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde het „Vademecum” uit waarin enige richtlijnen worden gegeven voor de medicamenteuze pijnbestrijding.

De Stichting voor Wetenschappelijk Tandheelkundigen Arbeid van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen

meende dan ook dat aan een behoefte zou worden voldaan als er een symposium over dit onderwerp zou worden gehouden.

De grote belangstelling hiervoor bewijst dat het Bestuur zich hierin niet heeft vergist. Tevens bleek het mogelijk dat de Werkgroep Klinisch Geneesmiddelenonderzoek TNO, met bemiddeling van de W.T.A., een onderzoek kon opzetten naar de werkzaamheid van enige moderne pijnstillers. De resultaten van dit onderzoek worden in de laatste bijdrage aan de orde gesteld.

Ook wil ik gaarne diegenen die dit onderzoek hebben verricht of hieraan hebben deelgenomen van harte danken. Dat zijn in de eerste plaats Dr. F. A. Nelemans en Drs. R. H. Booy van de Werkgroep Klinisch Geneesmiddelenonderzoek TNO.

In dit dankwoord wil ik ook Prof. Dr. G. Boering betrekken, die de klinische zijde van het onderzoek heeft begeleid en voorts alle hoofden van universitaire en buiten-universitaire afdelingen voor Mondheelkunde en Kaakchirurgie, die bereid waren om hun patiënten aan dit onderzoek te laten deelnemen.

Prof. Dr. P. A. E. Sillevius Smitt,
voorzitter Stichting voor
Wetenschappelijk Tandheelkundigen
Arbeid van de Nederlandse
Vereniging van Tandartsen.

PIJNEN IN HET MAXILLO-FACIALE GEBIED

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

G. BOERING

Pijn en tandheelkunde zijn voor velen onafscheidelijk met elkaar verbonden. Het is de taak van de tandarts ervoor te zorgen dat onnodig pijn lijden wordt voorkomen.

Het spreekt vanzelf dat een goede diagnostiek, gevolgd door een doelgerichte behandeling, in principe de beste vorm van pijnstilling is. Niet altijd echter is het mogelijk de pijnen in gebit of kaken op deze wijze onmiddellijk te doen verdwijnen. Een symptomatische, op de pijn zelf gerichte medicatie kan in sommige gevallen niet gemist worden.

Omdat de gewone tand- en kiespijn en hun causale

therapie een ieder van u vermoedelijk bekend zijn, zal ik vooral die pijnklachten bespreken, waarvan de ervaring heeft geleerd dat de juiste interpretatie en behandeling soms moeilijkheden opleveren en daardoor ook de pijnbestrijding.

1. Atypische pulpitis

De eerste patiënt, die ik u wil voorstellen, is een 45-jarige aannemer. Hij heeft sinds 1½ maand pijnen in zijn rechter gelaatshelft, die wisselen in intensiteit. Vooral 's avonds, als patiënt wil gaan slapen, treedt vaak een sterke toeneming op. Dit maakt dat hij spoel-

dig zijn bed weer moet verlaten en door het huis loopt te ijsberen. De pijn kan zo hevig zijn dat hij wel met zijn hoofd tegen de muur zou willen lopen. Koude tegen de rechterwang doet de pijn soms afnemen. Patiënt gaat daarom wel met de wang op een koude betonnen vloer liggen. De tabletten, die hij van zijn huisarts heeft gekregen, bieden slechts weinig verlichting. Hij wordt er suf en zweverig van. Het hele huisgezin gaat onder het steeds slechter wordende humeur gebukt. Op aandringen van zijn echtgenote consulteert hij een zenuwarts. Het steeds vreemder wordende gedrag van de aannemer was hiervan mede de oorzaak. Zijn werklust was geheel verdwenen en hij raakte steeds geprikkelder. Daar het eind van het jaar naderde en patiënt zijn boekhouding moest afsluiten en bovendien nog berekeningen moest maken voor een nieuw project, werd zijn gedrag toegeschreven aan „overspanning”. Er was sinds het begin van de klachten inmiddels ongeveer een maand verstreken. De zenuwarts kon geen duidelijke neurologische afwijking vinden, met name geen aanwijzingen voor een echte neuralgie, waarover ik straks nog met u zal spreken. Hij gaf patiënt sterke pijnstillende middelen. Bovendien verwees hij hem naar zijn tandarts voor onderzoek van het gebit. Deze kon echter geen afwijking in het gebit ontdekken, waaruit de pijn te verklaren zou zijn. Alvorens patiënt te verwijzen naar de neurochirurg werd een consult aangevraagd bij de kliniek voor Mondheelkunde. Er waren inmiddels 1½ maand verstreken. Patiënt maakte een vermoeide, lusteloze indruk. Het uitwendig onderzoek leverde geen afwijkingen op, er waren geen symptomen, duidend op een echte neuralgie. Hij had nog steeds pijn in de kaak, soms leek deze in de bovenkaak, soms in de onderkaak gelokaliseerd te zijn, soms leek het op oorpijn. Er was geen duidelijke toeneming bij het nuttigen van warme of koude spijsen. Het gebit maakte een goed verzorgde indruk. Er waren vele grote restauraties. Een duidelijke caviteit was niet te sonderen, wel bleek de eerste molaar rechtsonder iets percussie-pijnlijk te zijn. Bij koude-applicatie was er nauwelijks een verhoogde reactie; bij het appliceren van hete baseplate trad een zo heftige reactie op dat patiënt helemaal verstarde van de pijn. Op de hierna gemaakte röntgenfoto was distaal in dit element onder de grote amalgaamrestauratie een grote radiolucentie te zien ten gevolge van uitgebreide secundaire cariës. De diagnose was hierna wel duidelijk, nl. een *pulpitis* in de 46 (*pulpitis partialis purulenta?*).

Na het geven van een mandibulaire anesthesie fleurde patiënt plotseling op, hij betastte voortdurend zijn

wang, de pijn was finaal verdwenen. De oude amalgaamvulling werd verwijderd, de caviteit gereinigd, de pulpakamer geopend en euparal geapliceerd, waarna een tijdelijke restauratie werd aangebracht.

De avond van dezelfde dag belde patiënt nog eens op. Hij deelde mee dat de verdoving inmiddels was uitgewerkt, doch dat de pijn nog steeds verdwenen was. Hij informeerde of er kans bestond dat de pijn nog weer terug zou komen, zo wantrouwde hij het succes van de behandeling, na alle voorgaande mislukte pogingen.

Uit bovenstaand, misschien wat dramatisch verhaal, kan men leren dat een pulpitis verantwoordelijk kan zijn voor heftige, moeilijk te lokaliseren pijnen. Vaak is er toeneming bij het slapen gaan, meestal eveneens bij het nuttigen van koude, doch vooral van hete spijsen. Een onderzoek van zowel onder- als boventandboog met spiegel en sonde, door middel van percussie en door warmte- en koude-applicatie mag niet achterwege blijven, evenmin als een röntgenfoto van het suspecte element of van de elementen in beide kaakhelften.

Soms kan een proefanesthesie een aanwijzing geven over de globale lokalisatie van de oorzaak van de pijn. Zo zal bij het verdwijnen van de pijn na een mandibulaire anesthesie de oorzaak ergens in de onderkaak gelokaliseerd moeten zijn.

De diagnostiek van de pulpitis kan moeilijk zijn, vooral als het beeld een meer chronisch karakter heeft. Het is daarom van belang alle diagnostische criteria zorgvuldig te evalueren.

De tandheelkundige behandeling is bij een pulpitis de beste pijnbestrijding.

2. *Het acuut veretterde granuloom*

De tweede patiënt is een jonge burgemeester. Op de eerste Kerstdag 's morgens vroeg belde hij zijn tandarts op in verband met een hevige, kloppende pijn rechts in zijn bovenkaak, uitstralend naar het oog en naar de slaapstreek. Hij heeft de gehele nacht geen oog dichtgedaan en vergaat van de pijn. De pijnstillende middelen van zijn huisarts hebben vrijwel geen effect. Reeds enige dagen voordien was er af en toe een zeurende pijn, doch patiënt hoopte dat deze vanzelf zou afnemen. Hij vermoedt dat een stifttand, die reeds vele jaren geleden werd geplaatst, de oorzaak van zijn klacht is. De tand is sinds kort zeer drukpijnlijk en voelt sinds de afgelopen nacht te hoog aan bij het dichtbijten. Er is geen toeneming van de pijn bij warm of koud drin-

ken. Bij de tandarts blijkt inderdaad dat de laterale snijtand met stiftkroon de oorzaak is. Het element is zeer percussiepijnlijk en er is drukpijn ter hoogte van de apex. Op de tandfilm is een radiolucentie aan de apex te zien als gevolg van een wortelgranuloom.

Hoe kunnen we nu de hevige pijnklacht verklaren?

Een acute ontsteking met zijn sterke hyperemie in een door starre botwanden omgrensde ruimte, zoals dit bij de laterale incisief in de bovenkaak het geval kan zijn, is aanleiding tot een grote spanning. Het is deze spanning, die zeer waarschijnlijk de hevige pijn veroorzaakt. Bij een pulpitis heeft men in principe hetzelfde, hier is het het acuut ontstoken pulpaweefsel, omgeven door de starre wanden van de pulpakamer.

De behandeling van dit *acuut veretterde granuloom* of dento-alveolair of peri-apicaal abces zal moeten bestaan uit het wegnemen van de spanning door drainage van de pus. Soms is het mogelijk dit te bereiken door de pulpakamer te openen. Men ziet een druppel pus opwellen op de bodem. Vaak is het nodig het kanaal ruim open te leggen en op te vijlen tot door de apex. Men kan de pulpaholte het best tijdelijk open laten teneinde een voldoende drainage mogelijk te maken.

Bij onze patiënt was deze behandeling niet mogelijk in verband met de stift in het wortelkanaal. Er werd onder lokale anesthesie een incisie in de mucosa gemaakt en met een scherpe excavator het buccale bot geperforeerd, waarna de onder spanning staande pus afvloeide. Reeds dezelfde dag nog verdwenen de pijnklachten. Enige weken later werd aan de tand een apexresectie verricht en een retrograde amalgaamvulling aangebracht.

Natuurlijk kan in deze gevallen door extractie van het schuldige element ook afvloed van de pus en daardoor verdwijnen van de pijn worden verkregen. Vaak zijn patiënten met hevige pijn bovendien snel tot extractie bereid; men moet hiermee echter terughoudend zijn, wanneer er nog goede mogelijkheden tot behoud zijn. Bovendien is een extractie vaak bijzonder pijnlijk. Ook hier is dus de tandheelkundige behandeling de beste pijnbestrijding.

3. Alveolitis

De derde patiënt is een jonge vrouw. Zij heeft een ondraaglijke pijn rechts in haar onderkaak, uitstralend in de gehele gelaatshelft en naar het rechter oor. Daar de gewone pijnstillende middelen geen effect hebben, besluit de echtgenoot aan het begin van de avond het ziekenhuis te bellen. Bij binnenkomst van patiënte in

de kliniek wordt ze ondersteund door twee vrouwen, de echtgenoot volgt op enkele passen afstand. Uit het verhaal van de vrouwen blijkt dat de patiënte in verband met kiespijn enige dagen geleden een kies heeft laten extraheren. Nadat de pijn aanvankelijk was verdwenen, kwam deze geleidelijk weer terug en is nu heviger dan ooit tevoren. Patiënte voelt zich ziek, slap en suf, voor een deel vermoedelijk als gevolg van de vele geslikte pijnstillende middelen. Uitwendig zijn er geen duidelijke afwijkingen.

Bij inspectie van de mond blijkt de extractiewond van de 46 er „onfris” uit te zien. De wanden zijn bedekt met een grijsgraauw beslag. De alveole is niet gevuld met een coagulum, doch met een putride massa, die een sterke foetor veroorzaakt. De diagnose is nu wel duidelijk: *alveolitis*. We hebben hierbij te maken met een acute oppervlakkige osteomyelitis van het alveole-bot. In de mergruimten ontstaat een grote spanning als gevolg van de ontstekingshyperemie, hetgeen zeer waarschijnlijk de oorzaak van de hevige pijn is, terwijl mogelijk de overvloedige innervatie van dit gebied ook een rol speelt. Om patiënte onmiddellijk verlichting van de pijn te geven, werd een mandibulaire anesthesie gegeven. Na 5 à 10 minuten was de pijn, zij het tijdelijk, geheel verdwenen. De ontstoken alveole werd voorzichtig gereinigd en uitgespoten met warme H₂O₂ (1½ pct.), hierna werd een gevaselineerde jodoformtampon aangebracht. In deze gevallen kan het nodig zijn een sterk werkend pijnstillend middel voor te schrijven. Of het tegenwoordig veel geadviseerde paracetamol-coffeïne of Glifanan in deze gevallen voldoende effect heeft, is mij niet bekend.

Wij hebben in het verleden meestal het bekende „vijftablet” voorgeschreven.

<i>R. Phenacetini</i>	200 mg
<i>Coffeini</i>	50 mg
<i>Phenobarbitali</i>	30 mg
<i>Codeini Hydrochloridi</i>	23,5 mg
<i>Acetosali</i>	200 mg
<i>m.f. tab./pulv. d.t.d. VI</i>	
<i>S. bij pijn 1 tablet/poeder (maximaal 4 per dag)</i>	

In uiterste nood kan men nog overgaan op Methadon. Het is een sterk werkend middel vallend onder de opiumwet. Het is een veilig middel dat echter bij voortgezet gebruik aanleiding kan geven tot verslaving.

Bij de bestrijding van de pijn bij alveolitis dreigt verslaving echter vrijwel nooit. De ergste pijnen duren immers meestal maar enige dagen.

Het moet niet toegepast worden bij patiënten met ademhalingsmoeilijkheden. Ook moet men de patiënt waarschuwen het medicament niet in te nemen op een lege maag (collapsneiging).

R. *Methadoni Hydrochl.* 10 mg
m.f. tab./pulv. d.t.d. III
S. bij pijn 1 tab./poeder voor het slapen gaan (max. 3 per nacht)

Een snellere werking krijgt men bij toediening per subcutane injectie.

R. *Methadoni Hydrochl.* 10 mg
m.f. sol. ad inject 1 ml
d.t.d. no. I
S. voor het slapen gaan 1 injectie

De volgende dag was de pijn aanzienlijk afgenomen, doch nog niet verdwenen. In de loop van 3 à 4 dagen namen de klachten echter snel verder af.

4. *Acute lokale parodontitis*

De vierde patiënt is een 30-jarige K.N.O.-arts. Hij heeft reeds een halfjaar lang af en toe een zeurende pijn in de bovenkaak links. De achterste kiezen zijn dan iets drukpijnlijk. Soms heeft hij het gevoel dat er spanning op de tandboog bestaat. Daar een vage pijn in de bovenkaak en percussie-pijnlijkheid van de achterste elementen ook kunnen voorkomen bij een ontsteking van de kaakholtte, liet hij een röntgenfoto van de bijholten maken. Er was hierop weinig te zien. De pijnen hielden echter aan. Door een collega liet patiënt een bijholtepunctie verrichten. Er werd echter geen pus gevonden. Tenslotte bemerkte patiënt dat hij, als hij aan de pijnlijke kiezen zoog, een vieze smaak in zijn mond kreeg. De oorzaak moest nu wel in het gebit gezocht worden. Op een dag dat hij weer een hinderlijke, zeurende pijn had meldde hij zich voor onderzoek en behandeling. Uitwendig waren er geen afwijkingen. Bij het onderzoek van de mondholte bleken de 26 en 27 licht percussie-pijnlijk te zijn. De pulpae reageerden positief op de vitaliteitstests. Bij druk tegen de processus alveolaris trad pijn op en ontweek pus tussen de 26 en 27. Er was hier een *diepe pocket* te sonderen. Dit sonderen bleek zeer pijnlijk te zijn en een verheviging te geven van de voordien reeds aanwezige pijn. Op de röntgenfoto was een resorptie van het interdentale bot te zien.

De oorzaak van de afwijking was vermoedelijk een slecht contactpunt tussen de 26 en 27 door een insuf-

ficiënte restauratie distaal in de 26. Hier werd vaak voedsel ingebeten, hetgeen de oorzaak van de ontstekingsverschijnselen was. De behandeling bestond uit een voorzichtige, doch grondige reiniging van de aan de pocket grenzende wortels en uitsputten van de pocket met waterstofperoxyde. De klachten verdwenen hierna snel. De vulling in de 26 werd gecorrigeerd, waarbij speciale aandacht werd besteed aan het contactpunt. Patiënt kreeg het advies de betrokken interdentale ruimte regelmatig te reinigen met een tandenstoker. Ofschoon er rekening mee werd gehouden dat eventueel later nog een lokale gingivectomie gedaan zou moeten worden, bleek dit niet nodig. De klachten bleven weg. Pijnstillende middelen hoefden niet te worden gegeven.

5. *Chronische sinusitis maxillaris*

De vijfde patiënt die ik aan u wil voorstellen, is een vrouw van 54 jaar. Niettegenstaande zij reeds vele jaren geleden haar gebit liet extraheren, heeft zij periodiek pijn in de bovenkaak rechts. Haar tandarts maakte röntgenfoto's van de betrokken bovenkaakhelft, doch vond hierop geen duidelijke afwijkingen. De pijn is meestal zeurend en wordt meestal in de bovenkaak gevoeld, doch soms ook in de koon van de wang, langs de jukboog en in de temporaalstreek. Soms straalt de pijn uit rond het oog en is er een gevoel van druk achter de oogbol. Als de klachten hevig zijn, nemen deze toe bij voorover bukken of inspanning. Er is dan een drukpijnlijke plaats onder het oog. Het rechter neusgat is vaak verstopt.

Bij uitwendig onderzoek is weinig bijzonders te zien, er is geen drukpijn op het foramen infra-orbitale (zoals tijdens een acute fase). In de mond is evenmin iets afwijkends te zien. Er is geen zwelling te zien of te voelen en geen fistel te sonderen.

De klachten doen denken aan een afwijking in de sinus maxillaris. Ter completering van het onderzoek wordt een röntgenfoto van de bijholten gemaakt (Waters' opname) en tandfilms van de rechter bovenkaakhelft.

Inderdaad is de rechter sinus maxillaris sterk gesluisd. Op de tandfilms zijn geen afwijkingen te zien, die aangemerkt zouden kunnen worden als een odontogene oorzaak. Vermoedelijk hebben we hier te maken met een *chronische rinogene sinusitis* met acute opvlammingen. In ons achterhoofd houden we echter, mede gelet op de leeftijd van patiënte, rekening met een maligne afwijking.

Dit is het moment dat wij de patiënte overdragen

aan de zorg van de K.N.O.-arts, na onze bevindingen met hem te hebben besproken.

Vaak zal door hem worden besloten tot een punctie van de sinus maxillaris via de onderste neusgang. Cytologisch onderzoek van het spoelvocht kan soms een indicatie geven of we te maken hebben met een sinusitis of met een nieuwvorming.

Daar de behandeling van deze patiënte verder grotendeels buiten ons terrein ligt, zal ik deze hier niet bespreken.

Tenslotte nog een opmerking. In het algemeen is het op grond van de aard en lokalisatie van de pijnklachten niet mogelijk met zekerheid te zeggen, dat de oorzaak van de pijnklachten in de bovenkaak, is gelegen in een afwijking in de sinus maxillaris en ook niet wat hiervan de oorzaak is. Het pijnpatroon kan namelijk zeer sterk wisselen. Toch moet men er altijd op verdacht zijn. Een opname volgens Waters van de bijholte mag in deze gevallen niet achterwege blijven.

Ook in dit geval schrijven we in de regel geen pijnstillende middelen voor.

6. Stoornissen in het kaakgewricht

De 25-jarige onderwijzeres, die ik u thans wil voorstellen, heeft reeds geruime tijd pijn in en rond het rechter oor. Zij consulteerde haar huisarts, doch deze kon aan het oor geen afwijkingen vinden. Hij schreef haar oordruppels en pijnstillende middelen voor, doch het effect hiervan was zeer gering.

Tenslotte werd patiënte naar de K.N.O.-kliniek verwezen, doch ook hier werden de oren in orde bevonden. Zij werd nu naar de mondheeskundige kliniek doorgestuurd voor verder onderzoek.

Bij het opnemen van de anamnese bleek dat patiënte niet precies kon aangeven, waar de pijn gelokaliseerd was; soms had zij de indruk dat het inderdaad in het oor was, doch soms leek het meer vóór het oor te zijn. Er traden uitstralingen naar de jukbeenstreek en naar de onderkaak op. Soms was de kauwspier (m. masseter) pijnlijk. Soms overheerste de pijn in de slaapstreek met uitstraling boven het rechter oog. Patiënte had dan hoofdpijn. Wanneer zij de mond wijd opende bij geeuwen of bij afbijten, nam de pijn voor het oor toe. Soms had zij de indruk dat zij aan het rechter oor doof was. Soms voelde het ook of het gebied voor het rechter oor iets gezwollen was, doch uitwendig was hiervan nooit iets te zien. 's Morgens gaf het rechter kaakgewricht vaak een gevoel alsof het iets vastgeroest zat, na enige bewegingen van de kaak verdween dit altijd snel weer.

Op onze vraag of het gewricht een knappend geluid produceerde, antwoordde patiënte dat dit ongeveer acht jaar geleden wel het geval was. Soms had zij dan het gevoel dat de kaak uit de kom zou schieten en zij de mond niet meer zou kunnen sluiten. Tot een echte luxatie met fixatie in geopende stand was het echter nooit gekomen.

Dit knappen is de laatste jaren nooit meer voorgekomen. Wel heeft patiënte de indruk dat zij de mond niet meer zo ver kan openen als vroeger. Dit stoort haar echter weinig. Het is vooral de zeurende pijn, die hinderlijk is, niet zozeer vanwege zijn ernst, als wel vanwege zijn continue karakter. Als patiënte in de koude wind komt neemt de pijn toe, zij moet dan altijd een hoofddoek dragen. Zij maakt zich ongerust dat er ergens in het pijnlijke gebied een ontsteking zetelt. Bij navraag blijkt patiënte de laatste tijd altijd rechts te kauwen; waarom weet zij eigenlijk niet, het gaat eenvoudig gemakkelijker. Als zij gespannen is klemt zij vaak haar kiezen stijf op elkaar, tandenknarsen doet zij echter niet.

Bij het uitwendig onderzoek valt op dat bij maximaal openen de onderkaak iets afwijkt naar rechts. Het linker kopje komt hierbij iets verder naar voren dan het rechter. Bovendien treedt voor het rechter oor een geringe „trekkende” pijn op. Het rechter gewricht is drukpijnlijk, vooral als men de vinger in de rechter gehoorgang plaatst en dan naar voren drukt. Er is bij bewegingen van de onderkaak geen duidelijk knappen te horen. De kauwspieren, speciaal de masseters, zijn fors ontwikkeld. De rechter m. masseter is bij palpatie met één vinger aan de binnenkant en één aan de buitenzijde van de wang pijnlijk, vooral aan de voorrand. Het gebit is goed onderhouden, er zijn geen diastemen, en de occlusie en articulatie lijken goed. Er zijn geen duidelijke abrasieën. De röntgenfoto volgens Parma van het rechter kaakgewricht, gemaakt bij maximaal geopende mond, vertoont een lichte erosie aan de voorzijde van het kopje, bovendien is het kopje niet zo ver naar voren gekomen als het linker. Op de opnamen volgens Schüller is de schuine projectie van het rechter kopje iets kleiner dan van het linker. De diagnose is hier: *lichte arthrosis van het rechter kaakgewricht*.

Het bespreken van de behandelingsmogelijkheden van kaakgewrichtsklachten zou in dit verband te veel tijd kosten, ik wil er dan ook van afzien. Niet altijd staat bij een beginnende arthrosis de pijn op de voorgrond, doch het zijn vaak juist de gevallen, waarbij dit wel zo is, die de meeste diagnostische moeilijkheden geven.

Als pijnstillend middel wordt wel Butazolidin aanbevolen, 2 à 4 dragees à 200 mg per dag. Het middel heeft echter talrijke bezwaren, o.a. kans op agranulocytosis, maag- en darmklachten, verminderde bloedstolling en overgevoelighedsreacties (pyrazolon) en wordt daarom door ons eigenlijk niet toegepast.

7. *Dehiscentie van de canalis mandibulae*

De zevende patiënt is een 63-jarige vrouw. Zij draagt reeds 40 jaren een totale onder- en bovenprothese. De onderprothese is reeds vele malen overgemaakt, doch blijft aan de linkerkant pijn veroorzaken als patiënte kauwt en als zij de kiezen stijf op elkaar klemt. Het geeft soms het gevoel alsof er een zenuw van een kies bloot ligt. Er zijn geen ontstekingsverschijnselen geweest en geen drukplaatsen. De onderprothese vindt weliswaar weinig houvast op de sterk geresorbeerde kaak, doch past volgens patiënte wel goed. Na de maaltijd blijft de pijn nog een tijdlang bestaan, om daarna weer langzaam af te zakken. Soms treedt er een prikkelend gevoel op in de onderlip links.

Bij het uitwendig onderzoek is er weinig bijzonders op te merken. Bij het onderzoek van de mondholte valt vooral de sterk geresorbeerde processus alveolaris op. De onderprothese is aan de onderzijde meer convex dan concaaf en ligt vooral links in een diepe sleuf. Druk op de prothese geeft een uitstralende pijn in de onderkaak. Er zijn geen duidelijke pathologische afwijkingen aan het slijmvlies te zien.

Op de röntgenfoto is een sterk geresorbeerde onderkaak te zien, waarbij de canalis mandibulae vrijwel aan de oppervlakte verloopt. Zeer waarschijnlijk hebben we bij deze patiënte te maken met een canalis, waarvan aan de bovenzijde de benige wand is verdwenen. Druk op de prothese wordt hierdoor vrijwel direct overgebracht op de in de canalis verlopende n. alveolaris inf. De behandeling is niet eenvoudig. Men kan de prothese van een zachte basis voorzien of deze zo trachten te maken dat deze het pijnlijke gebied zo min mogelijk belast. Bovendien kan men de patiënt adviseren aan de andere zijde te kauwen. Het verleggen van de nervus of het bedekken met een vrij bottransplantaat, zoals wel wordt aanbevolen, is niet eenvoudig. Voor een doorsnijding van de zenuw voelde patiënte niet. Er werd een soort compromis gesloten. Patiënte krijgt op de pijnlijke plaats periodiek een injectie (0,5 ml) met het langwerkende lokale anaestheticum ureacaïne (oplossing van 2 pct. benzocaïne en 35 pct. urethaan in water). De pijn verdwijnt niet geheel, doch is draaglijk.

8. *Trigeminus-neuralgie* (Tic douloureux)

De achtste patiënt is een 67-jarige gepensioneerd ambtenaar. Hij heeft reeds enige jaren perioden met af en toe hevige pijnscheuten in de bovenkaak links. Het laatste halve jaar is de frequentie van de pijn aanvallen sterk toegenomen. Opeens onderbreekt hij het gesprek, verstart helemaal als verwacht hij iets en plotseling vertrekt zijn gezicht door een hevige pijnscheut. Hij grijpt naar zijn linkerwang. De tranen schieten hem in de ogen. Hij kreunt van pijn. Na korte tijd gaat hij weer rechtop zitten en lacht verontschuldigd. Hij is altijd goed gezond geweest en beklagt zich erover dat nu zijn oude dag wordt vergald door deze hevige pijn aanvallen. Hij vindt het bovendien erg dat er geen afwijkingen te vinden zijn, waaruit de pijnen te verklaren zijn, het zou daardoor de indruk kunnen wekken dat hij zich aanstelt. Hij heeft zijn gebit altijd goed onderhouden, doch in de loop van enige jaren zijn alle elementen links in de bovenkaak geëxtraheerd. Er waren geen duidelijke afwijkingen aan te zien, doch om alle mogelijkheden uit te schakelen werd het beter geoordeeld ze maar op te offeren. Zijn huisarts gaf hem aanvankelijk pijnstillende middelen, doch patiënt was hiermede niet gebaat. Hij werd daarom naar een neuroloog verwezen. Daar de pijnen meestal links in de bovenkaak begonnen, gaf deze een alcohol-injectie ter plaatse van het foramen palatinum majus met het doel de hier uitredende zenuw uit te schakelen. Het effect was echter een sequestratie van een deel van het aangrenzende bot. Na afstoting van het sequester genas het defect langzaam. De pijnen waren echter niet verdwenen. Soms wees patiënt als lokalisatie van de pijn de tuberstreek links aan, soms de cuspidaatstreek en soms de bovenlip links. Soms was een lichte aanraking van de bovenlip, bijv. bij het scheren of wassen, al voldoende om een pijn aanval uit te lokken. Uitgebreid klinisch noch röntgenologisch onderzoek bracht objectieve afwijkingen aan het licht. Door een proefanesthesie was het soms mogelijk de pijn aanvallen bij aanraking van de bovenkaak uit te schakelen, soms echter ook niet.

Aanvankelijk werd getracht de *triggerzone* – dit is het gebied, waar de pijn aanvallen bij aanraking zijn op te wekken – uit te schakelen door ter plaatse injecties met het reeds genoemde langwerkende lokale anaestheticum te geven. Dit scheen aanvankelijk succes te hebben. Een jaar later kwam patiënt echter terug met dezelfde pijn aanvallen. Een behandeling met het langwerkende anaestheticum had nu geen effect meer. Er werd daarom een afspraak gemaakt met de neurologische afdeling. De diagnose *neuralgie* van de tweede

trigeminustak werd bevestigd. De oorzaak van de echte neuralgie is nog onbekend. Aan de zenuw zelf zijn microscopisch geen afwijkingen te zien.

Patiënt kreeg Tegretol voorgeschreven, een middel, waarop sommige patiënten met een neuralgie goed reageren. Bij patiënten, bij wie dit niet het geval is, blijft tenslotte niet veel anders over dan een neurochirurgische ingreep, waarbij het perifere deel van de zenuw wordt verwijderd. Het grote nadeel hiervan is echter dat de patiënt zijn leven lang verder een groot anesthesisch gebied van zijn gelaat heeft. Hij voelt b.v. niet dat hij zich brandt of dat er voedselresten achter zijn kiezen blijven zitten. Het spreekt vanzelf dat men dan ook alleen dán tot een dergelijke ingreep overgaat, als andere mogelijkheden totaal zijn uitgeput.

9. Neuralgiforme pijnen

De negende patiënt is een 48-jarige huisarts. Hij heeft sinds kort een hevige pijn rechts in de bovenkaak. De pijn treedt spontaan op en is dan bijzonder hevig. De aanvallen kunnen vele uren duren. Patiënt kan ze niet opwekken. Het nuttigen van warme of koude spijzen heeft geen effect op de pijn. De aanvallen zijn alleen te bestrijden door morfine. De morfine-injectie is het enige middel, waarop de patiënt nog kan slapen. Hij beseft zeer wel dat het in verband met de kans op verslaving een zeer gevaarlijk middel is.

Bij een uitgebreid neurologisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, waaruit pijnklachten te verklaren zouden zijn. Hij kreeg vitamine-B-injecties voorgeschreven, welke echter geen succes hadden. Patiënt kreeg toen het advies zich op de kliniek voor Mondheekunde en de kliniek voor Keel-, neus- en oorheekunde te laten onderzoeken. Op het gebied van de K.N.O.-arts werden geen afwijkingen gevonden. Het spoelen van de sinus maxillaris leverde helder spoelvocht.

Bij het onderzoek van gebit en kaken werd evenmin veel gevonden. Volgens patiënt zetelde de pijn niet in het gebit, doch meer in de bovenkaak rechts naast de neus, vlak boven de wortel van de hoektand. Dit element was echter volkomen gaaf. De 14 vertoonde een endodontische behandeling, doch apicaal was op de röntgenfoto nauwelijks een verbreding van de periodontalspleet, als teken van ontsteking, waar te nemen. Op de röntgenstatus van het gebit waren verder geen afwijkingen te zien, noch in de onder-, noch in de bovenkaak. De bijholte-opname vertoonde rechts een ronde configuratie, die aan een kersgrote kyste in de sinus zou kunnen doen denken, doch het feit, dat het

gebied dezelfde radio-opaciteit had als de omgeving, zou ervoor kunnen pleiten, dat we hier te maken hadden met een uitbocht van de sinus. Exploratie van het rechter antrum door de K.N.O.-arts bevestigde deze veronderstelling. De pijnklachten van patiënt bleven. Hij was inmiddels opgenomen en had zijn reeds geplande vakantie afgeschreven. Besloten werd nu toch ook maar de 14 te behandelen door middel van een apexresectie. Het apicale gebied bleek volkomen rustig. De pijnklachten waren na deze ingreep heviger dan ooit en nog vermeerderd door de pijnen van de exploratie van de sinus maxillaris en van de apexresectie.

Geheel spontaan echter namen de klachten na enige dagen langzaam af om in de loop van een week geheel te verdwijnen. Na nog een week was patiënt klachtenvrij. Zijn vakantie was inmiddels verstreken en hij kon geheel hersteld zijn praktijk weer op zich nemen.

Als diagnose werd hier gesteld: *neuralgiforme pijn*. De typische scherpe pijntoppen met pijnloze intervallen en het opwekken van pijn door lichte aanraking, het zogenaamde triggermechanisme, ontbraken volledig, reden waarom de diagnose neuralgie hier niet op zijn plaats was. Wat wel de oorzaak van de pijnklachten is geweest, is in het duister gebleven.

10. Psychalgie

De tiende patiënt is een 45-jarige huisvrouw. Ongeveer 6 jaar geleden consulteerde zij wegens pijn in de nek en schouders een homeopatisch arts. Deze adviseerde haar haar gebit te laten trekken. Na de extractie bleef het voorste deel van de onderkaak pijnlijk en maakte een ontstoken indruk. Er bleef een hevige pijn bestaan die de oren „uit trok”. Een keel-, neus- en oorarts, die vermoedde met een neuralgie te maken te hebben, heeft getracht de onderkaakzenuw stil te leggen d.m.v. injecties. De kaak bleef echter pijnlijk. Hij heeft patiënte daarna in de keel geopereerd, patiënte weet niet waarvoor. De pijn veranderde echter niet. Zij werd hierop naar een specialist voor mondheekunde verwezen, deze excochleerde een chronische osteomyelitisshaard rechts in de onderkaak, die zich tot de n. alveolaris inferior had uitgebreid. Ook na de genezing van deze ontstekingshaard bleef de pijn bestaan. Het is een soort kiespijn, die wel uit te houden is, doch die door zijn continue en zeurende karakter tenslotte bijzonder irriterend is. De onderlip is rechts vrijwel volledig doof, en geeft soms het gevoel erg koud te zijn, in werkelijkheid is dit echter niet het geval. Af en toe steekt het in de lip.

Klinisch noch röntgenologisch zijn er duidelijke afwijkingen te vinden. Ter plaatse van de vroegere operatiewond is vrij veel littekenweefsel te zien.

Door middel van proefinjecties met een lokaal anaestheticum wordt getracht de pijn te lokaliseren. De uitslagen hiervan zijn echter zeer wisselend. Tenslotte, er is inmiddels bijna een jaar verstreken, wordt besloten de n. alveolaris inferior te verwijderen.

Veertien dagen na deze ingreep, als de operatiewond vrijwel genezen is, vertelt patiënte meer pijn te hebben dan ooit tevoren. Het is opvallend dat patiënte dit vertelt op een ongeëmotioneerde, zeurderige wijze. Het is niet de gelaatsuitdrukking van iemand die veel pijn heeft. Twee maanden later zijn de pijnen onveranderd. De huisarts gaf haar ten einde raad gedurende enige tijd 2 d.d. 2 mg morfine, het enige middel waarop patiënte gunstig reageerde. Omdat zij aan dit middel verslaafd raakte, moest zij een ontwenningsskuur volgen.

Zij werd nu een jaar na het eerste consult en 3 jaar na haar eerste klachten opgenomen op de afdeling Neurologie op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts. Ook hier werd niets gevonden. Patiënte ontvluchtte de kliniek omdat zij was opgenomen op een zaal met allemaal „getikte juffrouwen”. Herhaalde opname mislukte doordat patiënte niet op de afgesproken tijd verscheen. Inmiddels was zij weer verslaafd aan de morfine.

Tenslotte werd zij, 5 jaar na haar eerste klachten, en 3 jaar na ons onderzoek, opgenomen in een psychiatrische kliniek. Nadat zij voordien reeds tweemaal opgenomen was geweest voor een ontwenningsskuur, werd zij hier nogmaals ontwend. Als diagnose werd gesteld: morfinisme bij een karakterneurose.

De indruk werd gekregen dat patiënte haar pijnklachten gebruikte als een excuus voor haar mislukte leven en als een middel om haar man en haar lastige zoon te manipuleren.

Prognostisch lijkt er weinig kans op verbetering. Men zou in dit geval kunnen spreken van een *psychalgie*. Welke middelen men ook geeft en wat men ook doet, als de psychische toestand niet wordt verbeterd zal het resultaat altijd teleurstellend zijn.

Bij het onderzoek en de behandeling van patiënten met een echte neuralgie of heftige neuralgiforme pijn, zonder duidelijke oorzaak in gebit of kaken, dient de patiënt altijd door diverse specialisten onderzocht te worden. De tandarts moet erop verdacht zijn dat deze patiënten druk op hem zullen uitoefenen tot het extraheren ook van gave elementen aan de pijnlijke zijde.

Soms lijkt dit inderdaad effect te hebben, doch dit is altijd van korte duur.

Bij het onderzoek van mond en kaken bij deze patiënten houden wij naast het routine-onderzoek altijd een vast schema aan. Bij de anamnese vragen wij naar de invloed van warm en koud drinken op de pijn, naar een toeneming van de pijn bij stijf dichtbijten. Wij informeren naar de symptomen passend bij een arthrosis van het kaakgewricht of bij een aandoening van de sinus. Alle gebitselementen worden grondig onderzocht op caviteiten, en uitvoerig getest door warmte- én koude-applicatie (*pulpitis*) en door percussie (*periodontitis*). Er wordt een volledige röntgenstatus of orthopantomogram van het gebit gemaakt, waarbij behalve op granulomen, ook wordt gelet op verborgen caviteiten, op achtergebleven wortels, geretineerde elementen (*verstandskiezen*), diepe pockets, etc. Er wordt een Waters' opname gemaakt om de toestand van de neusbijholten te beoordelen en tenslotte worden kaakgewrichtsopnamen van beide gewrichten gemaakt. Het onbevredigende onderzoekresultaat bij de laatstgenoemde patiënten heb ik met opzet geschilderd. De bedoeling hiervan was u te demonstreren, dat wij in sommige gevallen geen oorzaak van de pijn kunnen vinden en dat men in deze gevallen zeker niet moet schromen bij het onderzoek zoveel mogelijk specialisten in te schakelen. In tandheelkundig opzicht heeft men de plicht alle in de kaak gelegen ongerechtigheden (*granulomen*, wortels, geretineerde elementen) op te ruimen of te behandelen.

Het is de bedoeling hier slechts de meest voorkomende pijnsyndromen in het maxillo-faciale gebied te bespreken. Tot de meer zeldzame vormen behoren de brandende continue pijn bij een neuritis; de causalgie, een pijn, welke kan optreden na doorsnijding van een zenuw en waarbij de pijnen mogelijk verlopen via de sympathische takken langs de bloedvaten; de neuralgieën van de diverse kopzenuwen; de pijnen lateraal in de hals bij een hypertrofie van de proc. styloideus; de postherpetische pijnen, de vasculaire migraine-achtige aangezichtspijnen, de arteriïtis temporalis, enz. Het zou echter te ver voeren al deze beelden hier te beschrijven.

Het onderstaande overzicht van de besproken symptomen heeft tot doel de diagnostiek te vergemakkelijken.

1. *Pulpitis acuta*

Anamnese:

– hevige, uitstralende, moeilijk te lokaliseren pijn;

- toeneming bij het slapen gaan;
- soms toeneming bij warme spijsen;
- pijnstillende middelen bieden geen of weinig verlichting.

Onderzoek (van beide kaakhelften aan de zijde van de pijn):

- spiegel en sonde;
- percussie;
- warmte- en koude-applicatie (heftige reactie);
- röntgenonderzoek (diepe caviteit; geen apicale afwijkingen);
- proefanesthesie.

2. *Acuut veretterd granuloom* (peri-apicaal abces, dento-alveolair abces)

Anamnese:

- hevige kloppende pijn, vaak wel te lokaliseren;
- duidelijke percussiepijn, drukpijn;
- dichtbijten is pijnlijk, element voelt te hoog aan;
- geen toeneming bij warm en koud drinken;
- pijnstillende middelen helpen vaak niet.

Onderzoek:

- spiegel en sonde;
- percussie;
- warmte- en koude-applicatie (geen reactie);
- drukpijn ter hoogte van de apex;
- röntgenonderzoek (apicale radiolucentie).

3. *Alveolitis*

Anamnese:

- zeer hevige constante pijn;
- recente extractie van gebitselement;
- gewone pijnstillende middelen geven weinig verlichting.

Onderzoek:

- inspectie;
- lege alveole;
- putride foetor (wattentamponnetje in alveole dopen);
- röntgenonderzoek (lege alveole, ziet er normaal uit).

4. *Acute lokale parodontitis* (ontstoken diepe tandvleespocket)

Anamnese:

- periodieke zeurende pijnklachten;
- soms sterke toeneming;
- percussiepijn van een paar elementen;
- zuigen geeft vieze smaak;

- pijnstillende middelen hebben wel effect (zijn meestal niet nodig).

Onderzoek:

- spiegel en sonde (diepe pocket);
- percussie;
- druk tegen processus alveolaris (pijnlijk; pusafvloed);
- vitaliteitstests kunnen positief zijn;
- röntgenonderzoek.

5. *Sinusitis maxillaris*

Anamnese:

- chronische pijnklachten in de bovenkaak;
- irradiatie naar de zygomastreek en naar temporaal;
- pijn rond het oog en druk achter het oog;
- verstopte neusgang aan de pijnlijke zijde;
- toeneming bij bukken of inspanning (acuut stadium).

Onderzoek:

- drukpijn op foramen infra-orbitale (acuut stadium);
- drukpijn in de fossa canina (acuut stadium);
- percussiepijn van de premolaren en molaren in de betrokken bovenkaakhelft (acuut stadium);
- vitaliteitstest (odontogene oorzaak);
- pusafvloed uit de neus;
- röntgenonderzoek (Waters' opname: sluiering; tandfilms);
- punctie;
- onderzoek K.N.O.-arts.

6. *Stoornissen in kaakgewricht*

Anamnese:

- zeurende chronische pijn voor of in het oor;
- intensiteit wisselt, koude doet de pijn toenemen;
- irradiaties naar het oor, de slaapstreek, de zygomastreek en in de onderkaak;
- trekkende pijn bij maximaal openen of bij afbijten;
- vroeger knappend geluid en instabiliteit;
- ochtendstijfheid van het gewricht.

Onderzoek:

- drukpijn t.p.v. het gewricht en in de uitwendige gehoorgang;
- deviatie van de onderkaak naar de zieke zijde bij maximaal openen;
- pijnlijke zijde = kauwzijde = meest intacte zijde van het gebit;
- röntgenonderzoek (Parma- en Schüller-opnamen van beide gewrichten).

7. Dehiscentie van de canalis mandibulae

Anamnese:

- pijn bij belasting van de onderprothese;
- dragen van prothese gedurende vele jaren;
- stoornissen in het gebied van de n. mentalis.

Onderzoek:

- pijn bij druk op de onderprothese (geen drukulcus);
- zeer sterke resorptie proc. alveolaris inf.;
- röntgenopname (halve kaak, O.P.G.): canalis ligt aan de oppervlakte.

8. Trigeminius-neuralgie

Anamnese:

- paroxysmale, hevige pijnaanvallen, vaak ongeveer gebonden aan verzorgingsgebied van een zenuw;
- spontaan optreden mogelijk;
- triggermechanisme;
- pijnloze intervallen;
- vaak multipale extracties, zonder effect;
- geen aanwijzingen voor een bepaalde afwijking.

Onderzoek:

- spiegel en sonde (caviteiten);
- percussie;
- warmte- en koude-applicatie;
- proefanesthesie;
- röntgenonderzoek (x-status; Waters' opname; kaak-gewrichtsopnamen);
- geen afwijkingen te vinden;
- onderzoek K.N.O.-arts (bovenkaak);
- onderzoek neuroloog, c.q. neurochirurg.

9. Neuralgiforme pijnen

Anamnese:

- hevige of minder hevige zeurende pijn;
- meer continu gedurende langere tijd;
- geen typische pijntoppen en pijnloze intervallen;
- geen triggermechanisme.

Onderzoek:

- spiegel en sonde;
- percussie;
- warmte- en koude-applicatie;
- proefanesthesie;
- röntgenonderzoek (x-status; Waters' opname; kaak-gewrichtsfoto's);
- vaak geen afwijkingen te vinden;
- onderzoek K.N.O.-arts (bovenkaak);
- neurologisch onderzoek.

10. Psychalgie

Anamnese:

- vaak continue zeurende pijn, die soms hevig is;
- pijn bestaat meestal maanden tot jaren;
- pijn is vaak niet gebonden aan anatomische structuren;
- plaats van de pijn kan wisselend worden aangegeven;
- vaak reeds door diverse specialisten onderzocht;
- geen of zeer tijdelijk effect van therapeutische maatregelen in het verleden;
- leeftijd vaak 40 jaar of ouder;
- pijn lijkt expressie van psychische toestand (opwekken van continu medelijden; angst, bijv. carcinofobie).

Onderzoek:

- spiegel en sonde;
- percussie;
- warmte- en koude-applicatie;
- proefanesthesie (soms een niet „anatomisch verklaarbaar” effect; pijn verdwijnt vaak niet);
- röntgenonderzoek (x-status; O.P.G.; Waters' opname; kaakgewrichtsfoto's);
- geen of geringe afwijkingen te vinden;
- prognose vaak slecht, ondanks langdurige „behandeling”;
- eventueel psychiatrisch onderzoek (via huisarts).

Summary:

Title: Forms of maxillo-facial pain; diagnosis and treatment.

Based on characteristic case-reports the most occurring forms of maxillo-facial pain are discussed.

A description is given of pulpitis, dento-alveolar abscess, dry socket, deep local periodontitis, maxillary sinusitis, muscle and T.M.-joint pain, dehiscence of the mandibular canal, trigeminal neuralgia, atypical facial neuralgias and psychogenic pains.

The article concludes with a survey of the most important symptoms of these pain-syndromes in order to facilitate a correct diagnosis.

Adres: Prof. Dr. G. Boering,
Alg. Prov., Stads- en
Academisch Ziekenhuis,
Oostersingel 59,
Groningen.