

POST ACADEMIAM

AANDACHT VOOR PSYCHOSOCIALE FACTOREN BIJ DE BEHANDELING VAN PIJN EN DYSFUNCTIE VAN HET KAUWSTELSEL

A. S. H. DUINKERKE
B. REITSMA, klinisch psycholoog
K. WIJMA, klinisch psycholoog

Uit de vakgroep Parodontologie-Prothetodontie-Sosiodontie en de vakgroep Medische Psychologie van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: Gnathologie – Psychologie – Pijn-dysfunctiesyndroom – Psychosomatiek

1. Inleiding

Een fysiologisch normale toestand van het kauwstelsel wordt gekenmerkt door harmonie tussen de functies van de gebitsbogen, de kauwspieren, de tong, de lippen, de wangen, het tandvlees en de mucosa, de kaken, het kaakgewricht, de bloedvoorziening en het zenuwstelsel.¹ Dagelijkse activiteiten veroorzaken in deze toestand geen symptomen van enige stoornis. Een toestand van fysiologisch normale weefselreacties wordt ook wel 'orthofunctie' genoemd (zie afbeelding 1).¹ Naast het begrip 'orthofunctie' wordt ook het begrip 'pathofunctie' gehanteerd. Het begrip 'pathofunctie' duidt zowel op een gestoorde functie als op het resultaat daarvan.¹ In een toestand van pathofunctie is de harmonie verstoord tussen de morfologie (bouw, vorm) van de weefsels en organen enerzijds en de functie ervan anderzijds. Deze verstoorde harmonie ontstaat door veranderingen in de morfologie en/of door veranderingen in de functie. Van beide oorzaken volgt nu een voorbeeld.

Voorbeeld 1

De morfologie van het kauwstelsel verandert door het aanbrengen van een restauratie die de articulatie in een bepaalde richting bemoeilijkt. Dit zal de patiënt in meerdere of mindere mate hinderen, hetgeen zich kan uiten in het 's nachts – tijdens de slaap – knarsen en/of overdag de desbetreffende kies, bewust, proberen 'in te bijten'.¹ Wanneer de restauratie is vervaardigd uit een materiaal dat snel slijt, zal het te hoge occlusale contactpunt al snel lager

worden. Indien de restauratie is vervaardigd van goud of porselein, slijt het kauwvlak veel minder. In een dergelijk geval gaat de patiënt zo'n te hoog contactpunt tijdens het kauwen vermijden, waardoor een ongelijkmatige occlusale slijtage van de gebitsboog ontstaat, die resulteert in nieuwe occlusale stoornissen.²

Voorbeeld 2

De wijze waarop het kauwstelsel functioneert kan veranderen onder invloed van stress.³⁻⁵ Stress betekent in dit verband: 'een (door de betrokkene gevoelde) wanverhouding tussen een eis en het vermogen daaraan te voldoen onder omstandigheden waarin het onvermogen om aan de eis te voldoen (door de betrokkene gevoelde) belangrijke gevolgen heeft.'⁶ Uit deze definitie volgt, dat de betekenis die de patiënt aan een gebeurtenis en/of de gevolgen daarvan verleent, bepalend is voor de mate van ervaren stress. Een voorbeeld van een stressor is een over enkele maanden volgend belangrijk examen, dat de patiënt vermoedt niet met succes te kunnen afleggen. Onder invloed van stress neemt de activiteit van zowel het sympathisch als het parasympathisch zenuwstelsel toe. Verhoogde activiteit van het sympathisch zenuwstelsel uit zich soms in bijvoorbeeld op de nagels en/of nagelriemen bijten en/of de kiezen in een ritmisch patroon op elkaar klemmen als een vorm van rustgevend activiteit tijdens het studeren.⁷ Verhoogde activiteit van het parasympathisch zenuwstelsel uit zich onder andere in een verhoogde tonus van de kauwspieren. Dit alles leidt op den duur tot aanpassingen in de

Samenvatting:

In dit artikel wordt ervoor gepleit bij patiënten met pijn-dysfunctieklachten van het kauwstelsel bij de anamnese, het tandheelkundig onderzoek en de behandeling een zogenaamd twee-sporenbeleid te hanteren. Dit wil zeggen, dat van meet af aan naast de somatische aspecten aandacht wordt besteed aan de psychologische en sociale factoren. De wijze waarop dit gestalte zou kunnen krijgen, wordt beschreven.

botstructuur van bijvoorbeeld het kaakgewricht,⁸ maar ook tot bijvoorbeeld een lokale ontstekingsreactie in het bindweefsel tussen de spierbundeltjes in de spieren.⁹⁻¹¹ Dit laatste uit zich in stijfheid van de desbetreffende spieren bij rust, pijn bij palpatie en soms een naar elders uitstralende pijn. Deze toestand wordt myofibrillitis genoemd.¹ Indien de ontstekingsreactie voornamelijk optreedt in de pezige aanhechting van een spier aan het bot, wordt dit tendonitis¹² of tractie-periostitis¹ genoemd. Indien zowel de spier als zijn pezige aanhechting zijn aangedaan, spreekt men van tenomyositis.¹² Er is dan een toestand van 'pathofunctie' bereikt.

Tussen de toestand van 'orthofunctie' en de toestand van 'pathofunctie' bevindt zich het stadium van adaptatie of reacties beneden een bepaald tolerantieniveau (afb. 1). Dit is een veel voorkomende toestand. Vele patiënten hebben bij palpatie van de kauwspieren wel pijn in een aantal kauwspieren, maar nog geen enkele klacht over de functie van hun kauwstelsel.¹³ Maar dit verandert zodra er bijvoorbeeld een ook maar enigszins te hoge restauratie wordt gemaakt, vooral wanneer de patiënt ook onder invloed van stress verkeert; zodra de restauratie is gecorrigeerd of de stress voorbij is, verdwijnen de klachten weer.¹⁴ Maar bij een aantal patiënten komen de klachten, ook na correctie van te hoge restauraties, weer terug wanneer de stress terugkeert.¹⁴

Het is van belang in gedachten te houden, dat er geen duidelijke grens bestaat tussen 'orthofunctie' en 'pathofunctie'. Vooral bij het hierboven beschreven type klachten is er een vloeiende overgang van normale naar gestoorde functie. De overgang van normale naar gestoorde functie hangt voornamelijk af van de pijn-, irritatie- of frustratietolerantie van de patiënt, met andere woorden: wanneer een patiënt vindt dat hij hulp nodig heeft.

Indien een patiënt zich met klachten tot de tandarts wendt, heeft deze (geredeneerd



Afb. 1. De grens tussen normale en gestoorde functie. (Uit: Krogh-Poulsen.¹)

vanuit het schema van afbeelding 1) tot taak om a. de lokalisatie van eventuele pathologische weefselreacties vast te stellen, b. te onderzoeken in hoeverre de oorzaak hiervan een gestoorde morfologie respectievelijk een gestoorde functie is, c. de algemene psychische en sociale omstandigheden te beoordelen in relatie met de klachten.¹

2. Somatiseren en somatische fixatie

Indien iemand onder invloed van stress bijvoorbeeld frequent op de nagels en/of de nagelriemen gaat bijten of heftig genoeg ritmisch de kiezen op elkaar klemt, raakt het kauwstelsel zoals hierboven werd beschreven in een toestand van 'pathofunctie'.¹¹⁻¹⁵⁻¹⁸ De daarbij optredende klachten moeten dan in eerste instantie worden gezien als de lichamelijke uiting van psychische spanningen of onlustgevoelens, ook wel somatiseren genoemd.¹⁹⁻²⁰ Er moet worden benadrukt, dat somatiseren op zichzelf geen verontrustend proces is. Somatiseren wordt pas een probleem als er sprake is van een habitueel somatisch reageren op spanningen resulterend in lichamelijke klachten, bijvoorbeeld als gevolg van als te belastend ervaren levensproblematiek. In een dergelijke situatie loopt iemand een grote kans om in een proces van somatische fixatie terecht te komen als alleen aan de somatische aspecten van de klachten/symptomen aandacht wordt besteed.²¹ Doordat de aandacht niet tevens uitgaat naar de 'achterliggende' psychosociale aspecten zullen de somatische symptomen pas verdwijnen als de patiënt zijn problemen de baas is of 'voor andere symptomen heeft gekozen' (symptoomsubstitutie). Bij verdwijning van psychosociale factoren (die gekoppeld zijn aan somatische symptomen) tijdens een tandheelkundige behandeling, kan de tandarts de indruk krijgen dat zijn therapie een goed effect heeft gehad.

Als alleen aan de lichamelijke symptomen aandacht wordt besteed, zal de patiënt, ondanks de therapeutische inzet van de tandarts, veelal in zijn symptomen persisteren. Zijn symptomen kunnen zelfs, niettegenstaande de behandeling, gaan toenemen, waardoor hij nog afhankelijker wordt van de medische hulpverlening en steeds meer in een ziekenrol terecht komt. Daardoor kan een patiënt, die geen adequate hulp krijgt (d.w.z. op zijn communicatie van 'Ik ben psychisch/sociaal te zwaar belast' door middel van pijn-dysfunctieklachten wordt steeds alleen gereageerd met een somatische behandeling) tenslotte het 'vechten' opgeven en 'vluchten' in een ziekenrol. Dergelijke patiënten worden dikwijls gekenmerkt door depressieve klachten. De mogelijkheid bestaat, dat de ziekenrol op zich tot nieuwe span-

ningen leidt, bijvoorbeeld door loondering of een gemiste promotiekans, of reeds aanwezige spanningen versterkt, waardoor de kans vergroot wordt dat de patiënt nog meer klachten krijgt. Wanneer het uiten van lichamelijke klachten wordt 'beloed' met aandacht uit de sociale omgeving of een excuus vormt voor het niet langer dragen van bepaalde verantwoordelijkheden, waardoor de ziekenrol 'aantrekkelijker' wordt, kan dit zich weer uiten in een toename van de klachten.²¹

3. Aandacht voor psychologische en sociale aspecten

Uit het bovenstaande volgt, dat het belangrijk is om bij somatiserende patiënten of bij patiënten met somatische fixatie naast aandacht voor het somatische aspect ook aandacht te besteden aan de psychologische en sociale aspecten van de klachten. De keuze voor deze benadering van de klachten van de patiënt wordt wel de tweesporige benadering²² of psychosomatische benadering²³⁻²⁴ genoemd. Deze benadering heeft niet alleen consequenties voor de anamnese,¹⁹ maar ook voor het overige diagnostisch en therapeutisch handelen. Hierop zal nu kort worden ingegaan.

3.1. De tandheelkundige anamnese

Bij de anamnese is het bij een tweesporige benadering van wezenlijk belang van meet af aan aandacht te schenken aan de psychische en sociale omstandigheden om daarvoor zicht te krijgen op de onderlinge samenwerking van somatische, psychologische en sociale aspecten van de klachten en/of symptomen. De behandelaar moet aan deze aspecten aandacht schenken, zodra hij dit nuttig of wenselijk acht in verband met de gepresenteerde klachten of symptomen. Bij elke patiënt met pijn en/of dysfunctie van het kauwstelsel dient de tandarts reeds bij de eerste anamnese alert te zijn op de volgende symptomen van somatisering:²⁵

1. De ernst van de klachten is niet in overeenstemming met de afwijking die op een röntgenfoto of in de mond wordt waargenomen.
2. Bij eerdere behandelingen zijn de klachten steeds teruggekomen.
3. De ernst van de symptomen fluctueert: er zijn perioden van weken tot maanden waarin de klachten ontbreken of sterk zijn verminderd en deze worden afgewisseld door perioden waarin de klachten weer toenemen.
4. Er bestaat dikwijls een opmerkelijke parallel tussen het begin en het verloop van de klachten en gebeurtenissen in de levensloop van de patiënt.
5. De patiënt is voor allerlei klachten in behandeling of in behandeling geweest bij meerdere medici en soms ook om allerlei

redenen geopereerd zonder blijvend of bevredigend resultaat.

De hierboven genoemde informatie is niet altijd bij het eerste contact met de patiënt beschikbaar. Het is denkbaar dat pas na meerdere contacten over voldoende informatie wordt beschikt om te kunnen concluderen dat er van somatiseren of somatische fixatie sprake is. Wordt met het verzamelen van deze informatie gewacht tot het moment waarop blijkt dat de therapie niet het gewenste resultaat geeft, dan leidt een vraag naar spanningen in het leven van de patiënt vaak tot verbazing en een ontkenkend antwoord. Een dergelijke vraag komt dan voor de patiënt niet alleen onverwacht, maar wekt tevens de indruk dat de (tand)arts hem niet kan helpen en de klachten als 'psychisch' probeert af te doen. Daardoor ontstaat de indruk dat de klacht niet 'echt' en de lijdensdruk 'dus' gering is. De patiënt zal zich dan in de steek gelaten voelen. Een begrijpelijke en veelal ook juiste reactie van de patiënt in een dergelijke situatie is: 'Ik ben niet gek, ik voel de pijn toch heel duidelijk?' In een vorig artikel werd aangegeven dat patiënten die somatiseren en/of gefixeerd zijn op hun klachten weinig openstaan voor een psychogene verklaring voor hun klachten.²⁰ Een rechtstreekse vraag naar spanningen in het leven zal bij hen veelal weinig informatie opleveren. Meestal is het beter om van de klacht uit te gaan, waarvoor de patiënt de tandarts om hulp vraagt.¹⁹ Dit leidt in het algemeen tot weinig weerstanden bij de patiënt.

3.2. Het tandheelkundig onderzoek

Het tandheelkundig onderzoek heeft in de eerste plaats tot doel vast te stellen in welke mate er sprake is van 'orthofunctie' of 'pathofunctie'. Daartoe moet het functioneren van het kauwstelsel systematisch worden beoordeeld, bijvoorbeeld volgens de methodiek van Helkimo*²⁶. Vervolgens worden de mogelijke etiologische factoren bestudeerd, waaronder de occlusie en articulatie. Zo nodig worden röntgenfoto's

* Het betreft de Klinische Dysfunctie Index. Deze bestaat uit vijf onderdelen: a. de beweeglijkheid van de onderkaak (waarbij maximale mondopening, maximale laterale beweging naar rechts en links en maximale protrale beweging worden beoordeeld); b. functie van het kaakgewricht (waarbij wordt gelet op geluiden in het kaakgewricht, deviaties bij openen en sluiten van de mond van 2 mm of meer en op slot zitten en/of luxaties van het kaakgewricht); c. pijn bij palpatie van de kauwspieren; d. pijn bij palpatie van het kaakgewricht; e. pijn bij bewegen van de onderkaak. Op grond van omschreven criteria krijgt ieder van deze onderdelen 0,1 of 5 punten. Het totaal aantal punten wordt de 'dysfunctiescore' genoemd.

to's van het kaakgewricht en/of andere delen van het kauwstelsel gemaakt. Ook worden andere oorzaken, bijvoorbeeld pulpitis, pericoronitis, parodontitis, parotitis en cariës, als mogelijke oorzaak van de klachten uitgesloten.

Specifiek voor de twee-sporen benadering is de aandacht voor parafunctionaliteiten van de mond als reactie op het ervaren van stress: knarsen, klemmen, lipbijten, wangbijten, nagelbijten, bijten op andere voorwerpen, tongpersen, zuigen op allerlei voorwerpen, etc. Daarbij wordt geprobeerd deze anamnestiche gegevens te verifiëren aan symptomen in de mond en aan de resultaten van de spierpalpatie.

Bij de twee-sporen benadering is het gebruik van de provocatietest volgens Krogh-Poulsen belangrijk.²⁷ Bij deze test wordt extra aandacht besteed aan abrasie-facetten die 'als een sleutel en een slot' op elkaar passen tijdens de articulatie-bewegingen.²⁸ Een mogelijk verband tussen een verdacht abrasie-facet en de objectieve en/of subjectieve symptomen wordt getest door de patiënt te vragen in die stand van de onderkaak gedurende een minuut zo hard mogelijk dicht te bijten. Indien er een verband bestaat tussen de abrasie-facetten (en de daarbij behorende stand van de onderkaak) en de hiermee opgewekte spier-hypertonie, voelt de patiënt de hem bekende pijn op dat moment ontstaan of verergeren.

Een positieve provocatietest is van groot belang voor de te kiezen therapie. Hoofdpijn kan allerlei oorzaken hebben, maar als deze binnen 60 seconden kan worden opgewekt door de gebitselementen in een bepaalde stand op elkaar te klemmen, is er een goede kans op succes met een therapie die deze parafunctionaliteit behandelt. Dit geldt ook voor de andere klachten die veroorzaakt worden door overbelasting van de spieren: pijn achter in de nek, boven op het hoofd, boven de ogen, in de slaapstreek, achter het oor, in het oor, vlak voor het oor, in de wang, onder de onderkaak, aan de zijkant of in het voorste deel van de nek en in de tong en ook kiespijn.²⁷

3.3. De uitleg aan de patiënt

Bij pijn en dysfunctie van het kauwstelsel doet zich het probleem voor, dat er geen duidelijk aangetoond oorzakelijk verband bestaat tussen de mogelijke etiologische factoren en het ontstaan van klachten.²⁹ Daardoor bestaan er allerlei visies over de manier waarop deze klachten kunnen worden verklaard en behandeld. Deze verschillen in visie worden niet alleen aange-troffen bij behandelaars van verschillende specialismen, maar ook bij artsen en tandartsen binnen één specialisme.³⁰ Dit kan verwarring veroorzaken bij patiënten die hun klachten aan verschillende 'deskundigen' voorleggen.

De patiënt heeft, door zijn ervaringen met de traditionele geneeskunde, geleerd om een duidelijke diagnose te verwachten met een concrete uitleg over de manier waarop de klachten zijn ontstaan en een afdoende therapie.³¹ Mededelingen over slappe gewrichtsbanden, afwijkingen in de stand van de onderkaak, een abnormale plaats van de gewrichtsschijf, artritis en een gestoorde occlusie/articulatie kunnen echter op de patiënt bedreigend overkomen.³¹ Het maakt voor de patiënt een groot verschil of hem wordt verteld dat hij pijnlijke spieren heeft of dat de kaken en tanden niet goed op elkaar staan of misvormd zijn.³¹ Bovendien kan bij de patiënt de indruk ontstaan dat mechanische oorzaken van de klachten ook op een mechanische manier kunnen worden gecorrigeerd. Een dergelijk idee werkt averechts. Moulton zegt daarover: 'De patiënten die het meest tegenwerken zijn degenen die artsen hebben gehad, die een volledige genezing in het vooruitzicht stelden, de situatie geheel meester leken te zijn en verzekerden dat er een mechanische manier was om de pijn te verminderen. Wanneer zo'n behandeling dan niet het beloofde resultaat had, zochten deze patiënten een andere arts in de hoop op een andere mechanische therapie.'³² Wanneer patiënten eenmaal hebben gehoord dat er een stoornis of pathologische situatie aanwezig is, worden zij onge-rust als de behandeling geen succes heeft. Dit doet bij de behandelaars vaak de neiging ontstaan om tot steeds zwaardere ingrepen over te gaan of de patiënt te bestempelen als een 'hopeloos' geval. Een zodanig behandelde patiënt reageert dikwijls:

teleurgesteld, omdat zoveel inzet van zowel de tandarts als de patiënt niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;

boos, omdat, na alle bemoeienis van de tandarts, hij tenslotte als onbehandelbaar wordt opgegeven;

angstig, omdat het er op gaat lijken dat de klachten en/of symptomen niet kunnen worden behandeld;

gespannen, omdat het onzeker is wat er nu verder zal gebeuren. Die gespannenheid kan weer leiden tot verdere toename van de pijn.³¹

Wanneer de behandelaar zegt dat pijnlijke spieren de oorzaak van de klachten zijn, komt dit voor de patiënt herkenbaar over. Dit geldt nog sterker wanneer de pijn wordt verklaard als een teken van vermoeidheid door overbelasting. Als illustratie kan het voorbeeld worden gegeven van de ongetrainde loper met pijnlijke been-spijeren na het lopen van een grote afstand. De normale behandeling is dan: verbeteren van de doorbloeding en herstel van de normale functie, zo nodig in combinatie met het tijdelijk bestrijden van de pijn. De analogie hiervan in het kauwstelsel kan gemakkelijk worden uitgelegd als een

overmatig gebruik van kauwspieren door parafunctionaliteiten van de mond als reactie op stress. De voorgestelde behandeling bestaat dan veelal niet uit het proberen de achterliggende psychische oorzaak van de parafunctionaliteiten op te heffen, omdat de in de anamnese eventueel gevonden ingrijpende of belastende gebeurtenissen meestal niet zonder meer ongedaan kunnen worden gemaakt en ook in de toekomst een rol kunnen blijven spelen. Analooq aan de ongetrainde loper van grote afstanden kan worden voorgesteld de doorbloeding te verbeteren (door bijvoorbeeld bewegingsoefeningen of bestraling met infrarood licht) en de normale functie te herstellen (door bijvoorbeeld bewegingsoefeningen of door het bestrijden van parafunctionaliteiten met behulp van een Drumplaat, ontspanningsoefeningen of gewoonte-omkeringsoefeningen). Zo nodig kunnen tijdelijk analgetica worden voorgeschreven. Deze benadering is eerder door Greene e.a. als een 'existentiële' behandeling beschreven³¹ en vertoont veel gelijkenis met die van lage rugpijn en andere als 'psychosomatisch' aangeduide klachten.³³

3.4. De keuze van het type therapie

Voor de behandeling van pijn en dysfunctie van het kauwstelsel zijn uit de literatuur vele behandelvormen bekend. Deze kunnen ruwweg in twee categorieën worden verdeeld: reversibele en irreversibele behandelingen. Reversibele behandelingen veroorzaken geen blijvende veranderingen in de gebitsmorfologie of in de stand van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak. Bovendien vereisen ze een zekere inzet of medewerking van de patiënt om effectief te kunnen zijn. Voorbeelden van reversibele behandelingen zijn: bewegingsoefeningen, ontspanningsoefeningen (zoals EMG-bio-feedbacktraining), gewoonte-omkeringsoefeningen, maar ook het gebruik van een harde spalk of een (zachte) Drumplaat. Voorbeelden van irreversibele behandelingen zijn: inslijpen van occlusie en/of articulatie en chirurgische ingrepen. Uiteraard zijn ook combinaties mogelijk, zoals het gebruik van een harde spalk totdat de klachten zijn verdwenen en het dan inslijpen van occlusie en articulatie.

De effectiviteit van reversibele en irreversibele behandelingen loopt nauwelijks uiteen. Volledige genezing of sterke afname van de klachten treedt in 70 tot 80% van de gevallen op na zowel reversibele als irreversibele behandelingen. Vijf jaar na afloop van de behandeling is dit percentage toegenomen tot 80 à 90%.³⁴ Een mogelijke verklaring zou de heterogeniteit van de onderzochte groepen patiënten in combinatie met de aard van de (ir)reversibele ingreep kunnen zijn, maar ook het na verloop van een aantal jaren 'uitgewerkt' zijn van ingrijpende gebeurtenissen in het le-

ven van patiënten en het daardoor afnemen van geestelijke spanningen, gepaard gaande met een afname van de parafunctionalities van de mond.

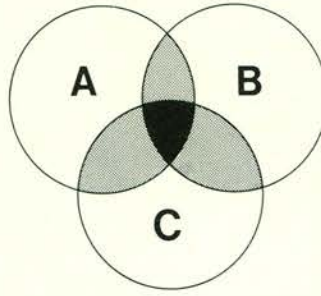
Indien de klachten tijdens de behandeling toenemen, wijten patiënten dit nogal eens aan de behandeling. Dit geldt vooral bij patiënten met pijn in combinatie met klachten van depressieve aard.^{35 36} De patiënt kan in zo'n geval eisen, dat de oorspronkelijke morfologie zoveel mogelijk wordt hersteld. Dit is uiteraard onmogelijk indien een irreversibele behandeling is uitgevoerd. Omdat reversibele behandelingen op korte en lange termijn gemiddeld even effectief blijken als irreversibele behandelingen, verdienen reversibele behandelingen bij patiënten met pijn-dysfunctieklasten de voorkeur.³⁴

3.5. De inbreng van de patiënt

De rol van de tandarts bestaat uit het voor de patiënt op een rij zetten van de verschillende mogelijke behandelingen, waarbij zowel de somatische klachten als de met de klachten samenhangende spanningen en de wijze waarop de patiënt hiermee omgaat, aandacht krijgen. Omdat bij patiënten met pijn-dysfunctieklasten allerlei *reversibele* behandelingen gemiddeld even effectief blijken te zijn,³⁴ lijkt het zinnig om de patiënt te laten bepalen naar welke soort behandeling zijn voorkeur uitgaat. Sommige patiënten vinden het dragen van een harde spalk of een (zachte) Drumplaat niet acceptabel als die ook overdag moet worden gedragen en kiezen bijvoorbeeld voor EMG-biofeedbacktraining.

Wanneer de patiënt met de uitleg van de tandarts instemt en een inbreng heeft gehad bij de keuze van de soort behandeling, zal de motivatie voor de behandeling toenemen. De kans op het gewenste effect wordt eveneens vergroot omdat de patiënt zich doorgaans mede verantwoordelijk gaat voelen voor het verloop van de behandeling. Indien hij in een vroeg stadium van de behandeling positieve gevolgen bemerkt, zal hij deze mede kunnen toeschrijven aan zijn eigen inbreng. Dit zal een motivatie verhogend effect hebben.³⁷

Het is denkbaar dat de patiënt aangeeft geen behoefte aan een behandeling te hebben omdat het onderzoek een ook voor hem duidelijke oorzakelijke factor lijkt aan te tonen (denk aan de positieve reactie op de provocatietest volgens Krogh-Poulsen²⁷) en deze factor volgens de patiënt gemakkelijk zelf kan worden geëlimineerd. Ook is het denkbaar dat de patiënt, los van de pijn-dysfunctieklasten, reeds heeft besloten tot een psychotherapeutische behandeling en door het tandheelkundig onderzoek een relatie begint te zien tussen de klachten over het kauwstelsel en



Afb. 2. De etiologische factoren en hun onderlinge wisselwerking bij het ontstaan van pijn en dysfunctie van het kauwstelsel: A = factoren in de occlusie en articulatie, B = factoren in de spieren en gewrichten, C = algemene factoren, zowel medisch als psychologisch en sociaal. (Uit: Krogh-Poulsen.¹)

het eigen psychisch functioneren. Het is raadzaam om dan het effect van de psychotherapie af te wachten en een eventuele tandheelkundige behandeling uit te stellen, omdat psychotherapie kan leiden tot een verandering in de bij de klachten behorende achterliggende problematiek en daardoor ook de lichamelijke klachten en symptomen kunnen veranderen.

Hoewel het raadzaam is om de patiënt reversibele tandheelkundige behandelingen voor te stellen, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid van symptoom-verschuiving, omdat deze behandelingen niet de met de klachten samenhangende psychische factoren wegnemen. Indien symptoom-verschuiving optreedt, zal men zich dienen af te vragen of dit verwijzing naar bijvoorbeeld een klinisch psycholoog rechtvaardigt voor 'een nadere analyse van de klacht'. Dit geldt eveneens als blijkt dat de uitgevoerde reversibele tandheelkundige behandeling niet tot een blijvend resultaat leidt.

3.6. De evaluatie van de behandeling

Aan pijn-dysfunctieklasten liggen vele etiologische factoren met onderlinge wisselwerking ten grondslag (afb. 2). Aan dit brede spectrum van mogelijke factoren moet ook tijdens de behandeling aandacht besteed blijven worden. Hierop zal nu kort worden ingegaan.

3.6.1. De psychologische en sociale aspecten van de klachten

Inzicht in de betekenis van de klachten voor de patiënt wordt tijdens de behandeling verkregen door de patiënt op dit aspect consequent te volgen. Dit is mogelijk met behulp van de 'subjectieve dysfunctie-score'.³⁸ Hierbij wordt de patiënt gevraagd de ernst van de klachten zelf te schatten en te vertalen in een getal tussen 0 en 10. De 0 duidt dan op volledige afwezigheid van de klachten en 10 op de maximale ernst van de

klachten die de patiënt mogelijk acht. Dit dwingt de patiënt om zich op zijn klachten te concentreren en onderscheid te maken tussen de verschillende pijngradaties. Hierdoor krijgt niet alleen de tandarts maar ook de patiënt een maat om het verloop van de behandeling uit te drukken. Dit heeft een bijkomend psychologisch voordeel. De klacht wordt van louter pijn tot meer-minder en wel-geen pijn en krijgt daardoor een meer concreet en benoembaar karakter. Het gebruik van pijn-scores is een vorm van etiketteren die stressverminderend werkt: de klacht krijgt als het ware een andere status. Het periodiek noteren van de ernst van de klachten vormt daardoor reeds een eerste aanzet tot therapie: de herbenoeming bewerkstelligt een andere kijk op de klachten.³⁷

3.6.2. De somatische aspecten van de klachten

Naast een inschatting van de ernst van de klachten door de patiënt is ook een inschatting van de ernst van de klinische symptomen door de tandarts van groot belang om vergelijken van deze beide gegevens mogelijk te maken. Bij patiënten met pijn-dysfunctieklasten van het kauwstelsel kan het verloop van de klinische symptomen in kaart worden gebracht op een uitgebreide symptomen-kaart*. Op een dergelijke kaart worden alle mogelijke relevante symptomen onder elkaar vermeld met daarachter een serie kolommen waarin de gemeten waarden per datum in een kolom worden vermeld.

Bij een twee-sporen beleid is het van belang om de zo vastgestelde 'objectieve' gegevens te vergelijken met de subjectieve gegevens, waaronder de hierboven genoemde 'subjectieve dysfunctie-score'. Zowel parallel als ongelijk verloop van de scores vormen onderwerp van gesprek. In een dergelijk gesprek kan onder andere een verwijzing naar een klinisch psycholoog of een psychiater aan de orde komen.

4. Slotbeschouwing

Zoals al uit afbeelding 2 kan worden afgeleid, hebben pijn- en dysfunctieklasten een multifactoriële etiologie. Tot deze etiologische factoren behoren de psychologische en sociale factoren waarmee de betrokkene te maken heeft. Het is vaak moeilijk om vast te stellen in hoeverre de psychologische en sociale factoren bijdragen in het ontstaan van pijnklachten in het kauwstelsel. In dit artikel wordt hieraan met name aandacht besteed.

De vraag doet zich voor hoe vaak de be-

* Een exemplaar van de hier bedoelde symptomen-kaart is op verzoek verkrijgbaar bij de eerste auteur.

schreven benadering van de patiënt met pijn-dysfunctieklasten geïndiceerd zou kunnen zijn. Als antwoord hierop is het nuttig te bezien hoe vaak psychosociale problematiek een rol speelt bij de betreffende klachten. Fine vergeleek daartoe een groep van 50 willekeurige patiënten met pijn-dysfunctieklasten bij wie geen afwijking op de röntgenfoto's van het kaakgewricht waren gevonden (doelgroep) met 50 patiënten die vergelijkbaar waren wat betreft leeftijd en geslacht en pijnklachten hadden ten gevolge van bijvoorbeeld cariës, geïmpacteerd gebits-elementen of drukulcera onder een gebitsprothese (vergelijkingsgroep).³⁹ Bij 76% van de patiënten uit de doelgroep en 20% van de patiënten uit de vergelijkingsgroep werden in een gedetailleerd gestructureerd onderzoek door een psychiater (die niet wist voor welke pijnklachten de patiënten kwamen) symptomen van psychiatrische stoornissen gevonden. In de doelgroep werden de gevonden depressies in het merendeel van de gevallen als matig tot zwaar beoordeeld en gingen deze gepaard met duidelijke symptomen van angst. Feinman e.a. bestudeerden 93 willekeurige patiënten bij wie op een afdeling Mondheelkunde de diagnose 'arthromyalgie' of 'atypische aangezichtspijn' was gesteld.⁴⁰ Bij 35% van deze patiënten stelde de psychiater een dysthyme stoornis (neurotische depressie) vast en bij 22% een neurotische persoonlijkheid (neurose zonder depressieve component). In totaal werd dus bij 57% van deze patiënten een psychiatrische stoornis vastgesteld.

Kaban en Belfer onderzochten hoe vaak ernstige psychopathologie werd gevonden bij 400 patiënten die zich achtereenvolgens bij een tweetal ziekenhuizen meldden met aangezichtspijn en/of een dysfunctie van het kauwstelsel.⁴¹ Meer dan 90% van de patiënten waren vrouwen en 10% was jonger dan 16 jaar. Ernstige psychopathologie als oorzaak van de pijn-dysfunctieklasten werd gevonden bij 25 patiënten (6,25%), waarvan 11 volwassenen en 14 kinderen. Het betrof bij 16 patiënten een acute depressie, bij 2 patiënten een manisch depressieve stoornis, bij 5 patiënten een karakterneurotische persoonlijkheid (hysterie) en bij 2 patiënten een schizofrenie. Van de 40 kinderen hadden 14 een ernstige psychopathologie en dit was in alle gevallen een acute depressie.

Uit deze onderzoeken blijkt, dat achter ogenschijnlijk eenvoudige klachten dikwijls een gecompliceerde psychische problematiek schuilgaat. In dergelijke gevallen zal een behandeling die daaraan weinig aandacht besteedt geen of slechts tijdelijk succes hebben. Er moet worden bedacht dat de getallen betrekking hebben op naar specialisten verwezen patiënten. In de

tandartspraktijk zullen deze getallen (aanzienlijk) lager zijn.

Gezien het bovenstaande lijkt het verstandig, dat de tandarts die zich op het gebied van pijn en dysfunctie van het kauwstelsel onvoldoende zeker voelt, de betreffende patiënten verwijst naar multi-disciplinair werkende teams, waarin een psycholoog en/of psychiater zeker niet zal ontbreken.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan: Drs. T. K. Bouman en Drs. F. H. Verhey, klinisch psychologen, Drs. H. P. den Daas, psychiater en aan Dr. H. P. de Jong, Prof. Dr. A. C. M. van de Poel en Dr. R. M. H. Schaub, tandartsen, voor het kritisch doornemen van dit artikel.

Summary:

Title: Treatment of pain and dysfunction of the stomatognathic system using a double track approach.

Keywords: Gnathology - Psychology - Temporomandibular joint syndrome - Myofascial pain syndrome - Psychosomatic medicine

A plea is made in this article for a so-called double track approach to pain and dysfunction complaints of the stomatognathic system. This means that from the very beginning of the treatment attention is paid to both the somatic aspects of the complaints and the psychologic and social aspects. The way this can be carried out in general dental practice is described.

Literatuur:

1. Krogh-Poulsen W. The significance of occlusion in temporomandibular function and dysfunction. In: Solberg WK, Clark GT, eds. Temporomandibular joint problems: biologic diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence Publishing Co., 1980: 93-110.
2. Ramfjord S, Ash MM. Occlusion. Philadelphia: Saunders, third ed., 1983: 188-218.
3. Stein S, Loft G, Davis H, Hart DL. Symptoms of TMJ dysfunction as related to stress measured by the Social Readjustment Rating Scale. J Prosthet Dent 1982; 47: 545-8.
4. Moody PM, Kemper JT, Okeson JP, Calhoun TC. Recent life changes and myofascial pain syndrome. J Prosthet Dent 1982; 48: 328-30.
5. Fearon CG, Serwatka WJ. Stress: a common denominator for nonorganic TMJ pain-dysfunction. J Prosthet Dent 1983; 49: 805-8.
6. McGrath JE (ed.). Social and psychological factors in stress. New York: Holt, Rinehart, Winston, 1970.
7. Massler M. Oral habits: development and management. J Pedodont 1983; 7: 109-19.
8. De Bont LGM, De Haan P, Boering G. Structuur en bouw van het kraakbeen van het kaakgewricht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 184-9.
9. Barker D. The innervation of mammalian skeletal muscle. In: De Reuck AVS, Knight J, eds. Myotatic, kinesthetic and vestibular mechanisms. London: Churchill, 1967.
10. Christensen LV. Facial pain from the masticatory system induced by experimental bruxism. Tandlaegebladet 1967; 71: 1171-81.
11. Christensen LV. Facial pain and internal pressure of masseter muscle in experimental bruxism in man. Arch Oral Biol 1971; 16: 1021-31.
12. Friedman MH. Tenosynovitis of the masseter

- muscle: report of cases. J Am Dent Assoc 1985; 110: 201-2.
13. Duinkerke ASH, Luteijn F, Bouman TK, De Jong HP. Relations between TMJ pain and dysfunction syndrome (PDS) and some psychologic and biographic variables. Community Dent Oral Epidemiol 1985; 13: 185-9.
14. Klopogge MJGM, Van Griethuysen AM. Disturbances in the contraction and co-ordination pattern of the masticatory muscles due to dental restorations. An electromyographic study. J Oral Rehabil 1976; 3: 207-16.
15. Christensen LV. Some subjective-experimental parameters in experimental tooth clenching in man. J Oral Rehabil 1979; 6: 119-36.
16. Scott DS, Lundeen TF. Myofascial pain involving the masticatory muscles: an experimental model. Pain 1980; 8: 207-15.
17. Moss RA, Ruff MH, Sturgis ET. Oral behavioral patterns in facial pain, headache and non-headache populations. Behav Res Ther 1984; 22: 683-7.
18. Villarosa GA, Moss RA. Oral behavioral patterns as factors contributing to the development of head and facial pain. J Prosthet Dent 1985; 54: 427-30.
19. Duinkerke ASH, Reitsma B, Wijma K. De tandheelkundige anamnese bij patiënten met somatische fixatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1984; 91: 511-4.
20. Reitsma B, Duinkerke ASH, Wijma K. Somatisering en somatische fixatie bij patiënten in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 1985; 92: 269-73.
21. Grol RTPM (red.). Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema, Holkema, 1983.
22. Werkgroep preventie chroniciteit. Preventie van het chronisch pijnsyndroom. Amsterdam: Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn, 1984: 24-30.
23. Garssen A, Hoevenaars J. Psychosomatische theorieën. In: Orlemans JWG, Brinkman W, Haaijman WP, Zwaan EJ. Handboek voor gedragstherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980, deel C5.1: 1-66.
24. Lipowski Z. Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. Am J Psychiatry 1977; 134: 233-44.
25. Müller-Fahlbusch H, Marxkors R. Zahnärztliche Psychagogik: vom Umgang mit dem Patienten. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1981: 52.
26. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. Swed Dent J 1974; 67: 101-21.
27. Krogh-Poulsen WE. Management of the occlusion of the teeth, part 2: Examination, diagnosis, treatment. In: Schwartz L, Chayes CM, eds. Facial pain and mandibular dysfunction. Philadelphia: Saunders, 1968: 249-80.
28. Savalle WPM. Het klinisch onderzoek naar het functioneren van het kauwstelsel. Ned Tijdschr Tandheelkd 1983; 90: 227-35.
29. De Boever JA. Functional disturbances of the temporomandibular joint. In: Zarb GA, Carlsson GE, eds. Temporomandibular joint function and dysfunction. Copenhagen: Munksgaard, 1979: 193-214.
30. Greene CS. A survey of current professional concepts and opinions about the myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome. J Am Dent Assoc 1973; 86: 128-36.
31. Greene CS, Olson RE, Laskin DM. Psychological factors in the etiology, progression, and treatment of MPD syndrome. J Am Dent Assoc 1982; 105: 443-8.
32. Moulton R. Oral and dental manifestations of anxiety. Psychiatry 1955; 18: 261-73.
33. Siernbach RA. The psychology of pain. New York: Raven Press, 1978.
34. Greene CS, Laskin DM. Long-term evaluation of treatment for myofascial pain-dysfunction syndrome: a comparative analysis. J Am Dent Assoc 1983; 107: 235-8.
35. Neuhauser W. Funktionstherapie und psychosomatische Schmerzfixierung. Zahnartzl Mitt 1982; 72: 1257-60.
36. Richter H. Funktionstherapie und psychosomatische Schmerzfixierung. Zahnartzl Mitt 1982; 72: 1973-4.
37. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine. A cognitive-behavioral perspective. New York, London: The Guilford Press, 1983: 177-258.
38. Zander A, Buddeberg C, Frei R. Befunderhebung und Therapieplanung bei Patienten mit mandibulärer Dysfunktion. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1982; 92: 497-514.

39. Fine EW. Psychological factors associated with non-organic temporomandibular joint pain dysfunction syndrome. *Br Dent J* 1971; 131: 402-4.
40. Feinman C, Harris M, Cawley R. Psychogenic facial pain: presentation and treatment. *Br Med J* 1984; 288: 436-8.
41. Kaban LB, Belfer ML. Temporomandibular joint dysfunction: an occasional manifestation of serious psychopathology. *J Oral Surg* 1981; 39: 742-6.

Januari 1986. Adres: Dr. A. S. H. Duinkerke, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen.

WIJZE VAN BEHANDELEN VAN EEN OLIGODONTIE-PATIËNT

R. MEEUWISSEN
P. G. F. C. M. BATTISTUZZI

Uit de afdeling Occlusie-opbouw
van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Trefwoorden: Anatomie/Embryologie – Prothetische tandheelkunde – Oligodontie

1. Inleiding

Onlangs is in dit tijdschrift uitgebreid aandacht besteed aan de oorzaken en behandeling van oligodontie.^{1,2} Oligodontie veroorzaakt een esthetisch en een functioneel probleem. De gestoorde esthetiek is in het algemeen dé reden voor de patiënt om hulp te zoeken. De tandarts is echter geneigd de vaak moeilijke behandeling uit te stellen. Een orthodontist wordt meestal niet geraadpleegd. Het is van groot belang de meest strategische plaats van de blijvende gebitselementen te bepalen en, zo nodig, deze zodanig te beïnvloeden dat een toekomstige prothetische behandeling wordt vereenvoudigd.³ In de literatuur worden voorbeelden van behandeling en de behandelopzet beschreven.⁴⁻⁸ Kort samengevat dient men met de volgende punten rekening te houden.

– Verlies van de gebitselementen, óók melkelementen, moet worden voorkomen om de processus alveolaris in stand te houden. Dit impliceert een optimale mondhygiëne, voedingsadviezen en een perfect fluoride-regime.

– Men dient vroegtijdig een orthodontist te consulteren. Daarbij moet de huis-tandarts en de orthodontist een duidelijk behandelingsplan en eindresultaat voor ogen staan.

– Het esthetische probleem van de patiënt dient tijdig de aandacht te krijgen. Vaak kunnen eenvoudige restauratieve ingrepen (composiet-etstechniek) en/of prothetische voorzieningen het esthetische probleem reduceren en geheel wegnemen. Door het temporiseren van de behandeling ontstaat de mogelijkheid de motivatie ten aanzien van de eigen gebitsverzorging door de patiënt gedurende een bepaalde periode te beoordelen. Met behulp van een eenvoudige prothetische voorziening, welke in de groeifase van het gebit als een tijdelijke of semi-permanente voorziening kan worden gezien, bestaat eveneens de mogelijkheid de prothetische therapie op toepasbaarheid te evalueren.⁹

Na een positieve evaluatie van de voorbereidende behandeling kan de definitieve prothetische behandeling worden uitgevoerd.

Aan de hand van de beschrijving van een casus zullen de gehanteerde uitgangspunten voor de behandeling van een oligodontie-patiënt nader worden gepresenteerd.

2. Casuïstiek

Patiënt (21 jaar) kwam in 1980 naar de Subfaculteit der Tandheelkunde van de universiteit met het verzoek om het uiterlijk aanzien van zijn gebit te verbeteren. Er ontbraken enkele blijvende gebitselementen. Dit, in combinatie met een kegeltand en microdontie, stoorde de patiënt uitermate. Indien voor het probleem geen oplossing kon worden gevonden, zou de patiënt voor een volledig kunstgebit kiezen. De patiënt meldde geen kauwproblemen.

Klinisch onderzoek wees uit dat de verticale dimensie was verlaagd. In maximale occlusie bleek de plica mentalis geaccentueerd. Intra-oraal onderzoek liet een gemutileerde dentitie zien met veel plaque. Cariës was echter niet aanwezig. Het parodontium was in redelijke staat. Pockets waren afwezig en het aantal bloedingen bij sonderen was gering. Amalgaamrestauraties van 16, 26 en 46 voldeden niet meer vanwege randbreuk en vormgeving. In afbeelding 1 en 2 wordt de klinische situatie weergegeven.

Op *röntgenfoto's* werd geconstateerd dat de wortels van de persisterende melktanden bijna niet waren geresorbeerd. De patiënt bleek tijdens de anamnese, toen een eventuele orthodontische voorbehandeling ter sprake kwam, veel bezwaren tegen



Afb. 1. Patiënt (♂), oud 21 jaar, met oligodontie. Frontale opname in maximale occlusie (voor behandeling).

Samenvatting:

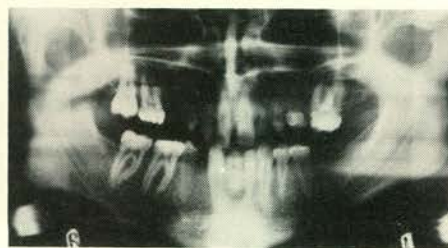
Het tandheelkundig behandelen van een patiënt met oligodontie is vaak niet eenvoudig. In de beschreven casus wordt een behandelingsvoorstel en de behandeling van een oligodontie-patiënt gepresenteerd. De wijze van behandelen van oligodontie-patiënten dient probleemgericht en bij voorkeur in fasen te geschieden. Nauwe samenwerking met bijvoorbeeld een orthodontist kan noodzakelijk zijn.

de aanwezige melkelementen te hebben. De tandheelkundige problemen zijn, samengevat, de volgende:

- slechte mondhygiëne;
- gestoord uiterlijk door het ontbreken van 14, 15;
- kleine persisterende melkelementen 53, 62, 63, 64, 71 en 81 en de kegeltand 12;
- weinig stabiele occlusie en verzakte beet als gevolg van het ontbreken van gebitselementen (13, 14, 15, 18, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 36, 37, 38, 41, 42, 44 en 48);
- slechte amalgaamrestauraties in 16, 26 en 46.

De volgende gefaseerde behandeling werd aan de patiënt voorgesteld.

1. Voorbereidende behandeling:
 - mondhygiëne-instructie, voedingsadvies en plaqueverwijdering;
 - vervanging plastische restauraties in 16, 26 en 46;
 - correctief beslijpen bovenfrontelementen;
 - vervaardiging kunsthars overkappingsprothese (afbeelding 3) met als doel de beet te verhogen met 3 mm, de esthetiek te verbeteren door overkapping van 53, 62, 63 en 64, en uitgroei van 16, 17, 46 en 47 te bevorderen.



Afb. 2. Orthopantomogram van de patiënt van afbeelding 1.