

afzien van verdere behandeling.

– Pijnstilling mag nooit geschieden door middel van salicylzuurderivaten of andere trombocyten-aggregatie-remmers. Preventie en voorlichting dienen een primaire vorm van zorg voor de hemofilie-patiënt te zijn. Het inzicht dat tandheelkundig ingrijpen vermeden kan worden moet, voor de patiënt een motivatie betekenen om preventieve maatregelen uit te voeren. Bescherming van de zachte weefsels staat voorop.

– De tandarts dient rekening te houden met een verhoogd infectierisico ten aanzien van hepatitis B door toepassing van adequate hygiënische maatregelen.

– Nooit hoeft de kwaliteit van de tandheelkundige behandeling door de hemofilie te lijden.

Dank is verschuldigd aan Dr. J. W. ten Cate en Drs. E. J. M. Sjamsoedin-Visser, voor hun kritische opmerkingen en aan de secretariële ondersteuning van mevrouw E. M. H. van Dooren en mevrouw E. F. M. van der Schot-Uylings.

LITERATUUR

- ¹ EVANS BE, ALEDORT LM. Hemophilia and dental treatment. *J Am Dent Assoc* 1978; 96: 827-35.
- ² REDACTIONEEL. Over de tandheelkundige verzorging van hemofilie-patiënten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 143-9; 200-5.
- ³ HOBSON P. Dental care of children with haemophilia and related conditions. *Br Dent J* 1981; 151: 249-53.
- ⁴ TRIP J. Handboek tandheelkundige praktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981: B8: 3-9.
- ⁵ EASTMAN J, TRIPLET D. Treatment modalities for inherited FIX deficiency and the implications of herited bleeding disorders. *Oral Surg* 1984; 57: 362-6.
- ⁶ MAUSER-BUNSCHOTEN E ET AL. Draagsterschap van hemofilie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 350-4.
- ⁷ ABRAHAM-INPIJN L. Inwendige geneeskunde in de tandheelkundige praktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986: 105-12.
- ⁸ BREEDERVELD C, GOUDSMIT J, SMIT L, KRONE WA. Human Immuno Deficiency Virus (HIV) infections in Dutch Haemophiliacs using heat treated and non-heat treated coagulation factor concentrates. *Thrombosis and Haemostasis*, 1986, geaccepteerd voor publicatie.
- ⁹ VAN DEN BERG W, TEN CATE JW, BREEDERVELD C, GOUDSMIT J. Seroconversion to HTLV-III in Haemophiliac given heat treated Factor VIII concentrate. *Lancet* 1986; I:803-4.
- ¹⁰ SONIS A, MUSSELMAN R. Oral bleeding in classical hemophilia. *Oral Surg* 1984; 53: 363-6.
- ¹¹ LARSON CET AL. Anesthetic considerations for the oral surgery patient with Hemophilia. *J Oral Surg* 1980; 38: 516-9.
- ¹² WHITE G. Factor VIII deficiency and pedodontics, a medical review. *J Pedod* 1979; 2: 177-92.
- ¹³ NAZIF M. Local anesthesia for patients with hemophilia. *J Dent Child* 1970; 1: 79-85.
- ¹⁴ VANE JR. Inhibition of prostaglandine synthesis as a mechanism of action for Aspirine-like drugs. *Nature New Biol* 1971; 232-6.
- ¹⁵ VINCKENIER F, VERMEYLEN J. Dental extractions in Hemophilia: Reflexion on 10 years experience. *Oral Surg* 1985; 59: 6-9.
- ¹⁶ SCHNEIDER-TRIPMD, TEN CATE JW. Enige aspecten van de bloedstelping en bloedstolling van belang voor de mondheelkunde. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1975; 82: 72-7.
- ¹⁷ VINCKENIER F, VERMEYLEN J. Tandextracties bij hemofilie-patiënten. *Head and Neck* 1984; 3: 53-5.
- ¹⁸ WINTSTOCK D. Oral surgery in hemophilia. *Handbook of hemophilia*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1975: 805-46.
- ¹⁹ LUCAS O. Significance of local hemostases in the management of oral bleeding in hemophiliacs. *Handbook of hemophilia*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1975: 779-95.
- ²⁰ EVANS BE. The treatment of hemophilia. *Dental care in hemophilia* 1977: 2-3.

PALPATIE VAN HET KAUWSTELSEL

SAMENVATTING

Er wordt een palpatie-test van het kauwstelsel beschreven, die bestaat uit tien palpatie-punten aan de linker zijde en tien aan de rechter zijde van het gezicht. Bij deze test wordt pijn bij palpatie vastgesteld door vergelijking met palpatie van de spieren van de duim. Het gebruik van deze vergelijkingsmaatstaf door de patiënt blijkt tot een redelijk reproduceerbaar testresultaat te leiden. De score op de palpatie-test blijkt ook een hoge correlatie met de Klinische Dysfunctie Index van Helkimo te hebben, de internationaal meest gebruikte maat voor dysfunctie van het kauwstelsel. Bovendien is de palpatie-test relatief snel omdat een getrainde tandarts er slechts 1 tot 2 minuten voor nodig heeft.

Ten slotte zijn de interval-schaal en de hoge interne consistentie (coëfficiënt alfa) van de palpatie-test voordelen boven andere, langduriger, methoden om de graad van dysfunctie van het kauwstelsel in te schatten. De manier waarop de palpatie-test moet worden uitgevoerd wordt beschreven.

DUINKERKE ASH, LUTEIJN F, BOUMAN TK, DE JONG HP. Palpatie van het kouwstelsel. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1987; 94: 96-101.

A. S. H. Duinkerke, tandarts
F. Luteijn, klinisch psycholoog
T. K. Bouman, klinisch psycholoog
H. P. de Jong, tandarts

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

Trefwoorden: **Gnathologie** – Kauwstelsel – Kauwspieren – Palpatie-test

Datum acceptatie: 11 november 1986.

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

I. INLEIDING

De tandarts ziet regelmatig patiënten met stoornissen in de functie van het kauwstelsel. Deze zijn vaak myogeen van aard. De vraag doet zich voor hoe dan snel kan worden ingeschat of de klachten van de patiënt (zoals pijn in het gezicht, in of vlak voor het oor, in de wang, maar ook hoofd-, nek- en/of schouderpijn, vermoeidheid in de kaken, moeilijkheden bij het kauwen van voedsel, stijfheid van de kauwspieren bij het wakker worden) inderdaad berusten op een myogene stoornis. Op deze wijze zou kunnen worden vastgesteld of er aanleiding is voor een uitgebreider onderzoek

naar de functie van het kauwstelsel. Daarom werd een palpatie-test ontwikkeld die door een getrainde tandarts in ongeveer 1 tot 2 minuten kan worden uitgevoerd.^{1,2} De achtergronden van de test, alsmede de manier waarop deze wordt uitgevoerd, worden in het nu volgende besproken.

2. METHODE VAN PALPATIE

Bij de palpatie-test worden een aantal kauwspieren en het kaakgewricht gepalpeerd. In totaal betreft het tien palpatiepunten aan de linker- en tien aan de rechterzijde van het hoofd (afb. 1). Het palperen wordt zo veel mogelijk links en rechts

gelijktijdig uitgevoerd om de daarbij aan beide zijden uitgeoefende druk zo veel mogelijk gelijk te houden. Verschillen in de hoeveelheid palpatie-pijn tussen links en rechts worden weliswaar niet in de test geregistreerd, maar zijn nuttig voor de uitleg aan de patiënt. Ook wordt het hoofd van de patiënt bij dubbelzijdig palperen niet naar links of rechts geduwd. De hoeveelheid druk die bij het palperen wordt uitgeoefend, dient stevig te zijn maar niet hard. Harde palpatie veroorzaakt vrijwel altijd pijn.

Pijn bij het palperen is een subjectief gegeven, dat wordt beïnvloed door de interpretatie van het begrip 'pijn' door de

patiënt. De reacties van een patiënt kunnen daardoor variëren van 'een onprettig gevoel' tot 'hevige pijn'. Daarom is het verstandig de patiënt een vergelijkingsmaatstaf te geven van wat de tandarts onder 'pijn bij palpatie' verstaat. Dit is mogelijk door de mate van pijn door een patiënt te laten vergelijken met het gevoel tijdens het palperen met een vergelijkbare kracht, uitgeoefend op het middendeel van de 'muis' van de hand (musculus flexor pollicis brevis en musculus abductor pollicis brevis). Deze spieren van de hand zijn in het algemeen niet overbelast en dus ook niet pijnlijk bij palpatie: zie afbeelding 2A en 2B. De tandarts legt daarbij uit wat het betekent als een spier pijnlijk is bij palpatie. Vervolgens wordt aan de patiënt gevraagd: 'Hoeveel pijn doet dit palperen van de spieren van de duim?' Deze antwoord meestal met 'helemaal geen pijn' of 'een klein beetje pijn'. De tandarts vraagt vervolgens: 'Wilt u dit gevoel in de duim goed onthouden? We gaan de kauwspieren nu vergelijken met de spieren in de duim.' Indien de duim pijnlijk is bij palpatie, wordt de minst pijnlijke van beide duimen als referentie gekozen. Deze methode van scoren van wel/niet duidelijk meer palpatiepijn in een kauwspier dan in de duimspieren is redelijk reproduceerbaar gebleken (tabel I).

De duur van de palpatie bedraagt per punt met een benige ondergrond ongeveer 1 seconde. Bij het palperen van de middenvoorrand van de musculus masseter is er geen stevige (benige) ondergrond voor de spier. De palpatie wordt dan bidigitaal uitgevoerd (dat wil zeggen: met duim en wijsvinger), waarbij de spiervezels als het ware tussen beide vingers 'doorslippen' (afb. 2J).

3. VOLGORDE BIJ HET PALPEREN

Na het palperen van de spieren van de duim wordt steeds gestart met palpatie van het achterste deel van de origo van de musculus temporalis (afb. 2C), omdat dit punt in het algemeen het minst vaak pijnlijk is bij palpatie. Vervolgens wordt de voorste rand van de origo van de musculus temporalis gepalpeerd (afb. 2D), omdat dit punt behoort tot de punten die frequent pijnlijk zijn bij palpatie. Dit is nuttig voor uitleg aan de patiënt omdat het dezelfde spier en ook weer schedelbot betreft, net als bij het vorige palpatiepunt. Op verschillen in palpatie-pijn kan door de tandarts worden ingegaan bij de uitleg aan de patiënt.

Na deze eerste twee palpatie-punten volgen de overige punten in een door de tandarts zelf te kiezen volgorde, bijvoorbeeld die van afbeelding 2. Een vaste volgorde is wenselijk om in de routine geen structuren te vergeten. Na palpatie van het kaakgewricht vanuit de uitwendige ge-

Tabel I. Reproduceerbaarheid (uitgedrukt in Pearson correlatiecoëfficiënten) van de scores op de palpatie-test (tien palpatie-punten links en tien palpatie-punten rechts) door twee tandartsen en twee getrainde eerstejaarsstudenten tandheelkunde bij 38 tot 50 van de in totaal 58 proefpersonen.

	palpatie-pijn R+L	palpatie-pijn L	palpatie-pijn R
Vergelijking tandarts 1 met tandarts 2, zelfde dag (N=38)	0,80	0,78	0,78
Vergelijking student 1 met student 2, zelfde dag (N=40)	0,87	0,84	0,79
Tandarts 1 met 3-5 dagen tussenruimte (N=50)	0,76	0,73	0,75
Tandarts 2 met 7-10 dagen tussenruimte (N=39)	0,88	0,78	0,84
Student 1, zelfde dag (N=39)	0,87	0,87	0,77
Student 2, zelfde dag (N=40)	0,95	0,93	0,95

hoorgang (afb. 2E) met behulp van de pinken, worden deze vingers bij de rest van de test niet meer gebruikt. De intra-orale palpatie-punten (afb. 2K en L) komen als laatste aan bod omdat deze veelal het pijnlijkst zijn bij palpatie, zodat daardoor de daaraan voorafgaande gegevens niet meer kunnen worden beïnvloed.

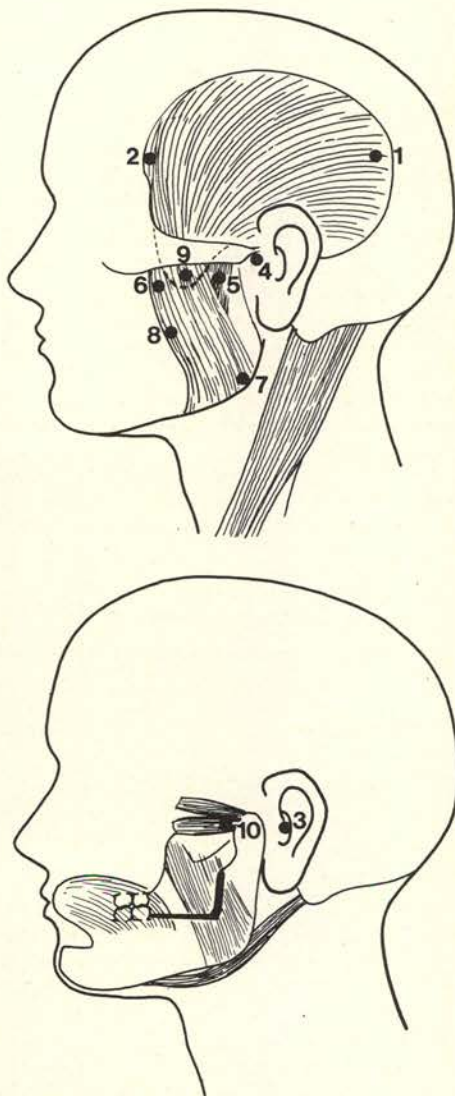
4. PALPATIE VAN HET KAAKGEWRIJCHT

Het kaakgewricht wordt vanuit dorsaal gepalpeerd door de pink in de uitwendige gehoorgang te brengen en daarmee een lichte druk naar ventraal uit te oefenen, terwijl de patiënt de mond (drie keer) opent en sluit tot de gebitselementen zich in maximale occlusie bevinden. Met de pink is daarbij het bewegen van het kaakkopje te voelen. Vanuit lateraal wordt het kaakgewricht gepalpeerd met de onderkaak in rustpositie. Ook hierbij vergelijkt de patiënt eventuele pijn met de palpatie van de duim: doet het *duidelijk meer* pijn? Wanneer er alleen pijn optreedt bij palpatie vanuit lateraal, duidt dit erop, dat de musculus pterygoideus lateralis is aangedaan. Pijn bij palpatie vanuit lateraal en ook bij lichte druk vanuit de uitwendige gehoorgang kan duiden op een lokale synovitis van het distale deel van het kaakgewricht in combinatie met ophoping van oedeem in de achterste gewrichtsruimte.³ Deze toestand van het kaakgewricht wordt in de tandheelkundige literatuur ook wel 'posterior capsulitis' of 'retrodiscitis' genoemd.^{4,5}

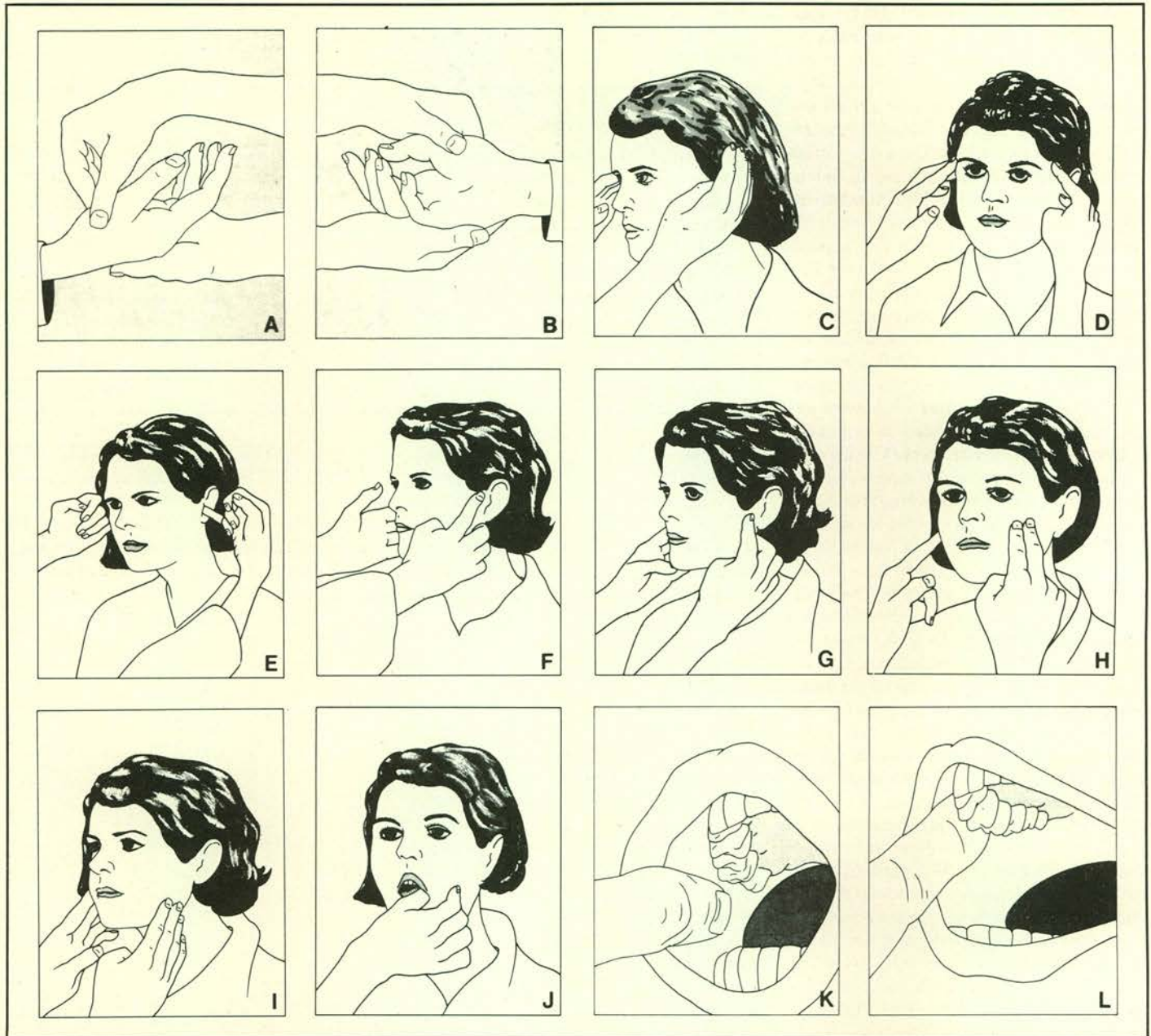
Het is belangrijk om palpatiepijn ter plaatse van het kaakgewricht te onderscheiden van pijn die ongeveer 1 cm verder naar ventraal vlak onder de arcus zygomaticus optreedt bij palpatie vanuit lateraal. Dit laatste punt ligt boven het diepe deel van de musculus masseter (afb. 2G) en kan pijnlijk bij palpatie zijn bij mensen met hypertone sluit- en retractiespiers (door knarsen vanuit 'centrale occlusie' naar 'retruded contact position').⁶

5. PALPATIE VAN DE MUSCULUS PTERYGOIDEUS LATERALIS

De mogelijkheid om de musculus pterygoideus lateralis te palperen, verdient extra aandacht omdat hierover in de literatuur



Afb. 1. De anatomische structuren die bij de palpatie-test worden onderzocht.



Afb. 2. De plaatsen waar tijdens de palpatie-test wordt gepalpeerd: A. en B. palpatie van de duim (musculus flexor pollicis brevis en musculus abductor pollicis brevis) als vergelijkingsmaatstaf van wat de tandarts onder 'afwezigheid van pijn bij palpatie' verstaat; C. achterste deel van de origo van de musculus temporalis; D. voorste rand van de origo van de musculus temporalis; E. kaakkopje vanuit dorsaal via de uitwendige gehoorgang; F. kaakkopje vanuit lateraal; G. diepe deel van de musculus masseter; H. origo van de musculus masseter, pars superficialis, vlak onder de arcus zygomaticus; I. insertie van de musculus masseter op de angulus mandibulae; J. voorrand van de musculus masseter (bidigitaal); K. insertie van de musculus temporalis aan de processus coronoideus (intra-oraal); L. regio musculus pterygoideus lateralis (intra-oraal).

enige twijfels zijn uitgesproken.⁷ Deze twijfels ontstonden, toen uit post mortem-onderzoek bleek, dat er met de onderkaak in een laterale positie maximaal 11 mm ruimte was tussen de processus pterygoideus van het os sphenoidale en het mediale oppervlak van de ramus mandibulae. De dikte van de wijsvinger van de betreffende tandarts bedroeg 14,5 mm. Eén en ander betekent, dat er zelfs met inachtneming van een zekere anatomische variatie veelal (te) weinig ruimte beschikbaar is om palpatie mogelijk te maken. Dit werd bevestigd door bij patiënten laterale schedelopnames te maken, terwijl zich om de top van de palperende wijsvinger loodfolie bevond.

Waarschijnlijk is palpatie ter plaatse van wat 'de regio van de musculus pterygoideus lateralis' genoemd zou kunnen worden in werkelijkheid het tegelijkertijd óók uitoefenen van druk op het daar vlakbij gelegen oppervlakkige deel van de musculus pterygoideus medialis.

De vraag doet zich voor of het bovenstaande reden is om ter plaatse van de 'regio van de musculus pterygoideus lateralis' niet meer te palperen. Om dit te kunnen vaststellen, werden alle berekeningen met en zonder dit palpatie-punt uitgevoerd.^{1,2} Het weglaten van de gegevens over de 'regio van de musculus pterygoideus lateralis' uit de berekeningen bleek de

reproduceerbaarheid en de correlaties met de andere variabelen nauwelijks te beïnvloeden. De palpatie-punten zijn wel in de test opgenomen, omdat de regio van de musculus pterygoideus lateralis vaak 'gevoeliger' is dan de andere palpatie-punten. De palpatie-test differentieert daardoor ook bij lage scores. De ervaring van de tandarts bij het palperen van de kauwspieren zorgt ervoor, dat duidelijk is wanneer dit palpatie-punt 'echt' duidelijk pijnlijker is dan de duim.

tie-punt regio pterygoideus lateralis).

De palpatie-test geeft niet alleen informatie over de toestand van de kauwspieren maar ook over die van het (retrodiscale weefsel van het) kaakgewricht.

9. SLOTBESCHOUWING

Bij de palpatie-test wordt gebruik gemaakt van vergelijking met het gevoel van palpatie van de duimspieren. Er zijn echter ook andere methoden bekend om vast te stellen of er sprake is van palpatie-pijn. Krogh-Poulsen noemt als mogelijke indicatoren voor palpatie-pijn ook: de palpebrale reflex (dat is: het vertrekken van de oogleden), het registreren van verschillen in palpatie-pijn tussen de linker en rechter gelaatshelft ('voelt u verschil tussen het links en rechts aftasten van de spieren?') en het letten op het volume en de consistentie van een spier in vergelijking met contra-lateraal en 'het gemiddelde van de patiënten waarmee de tandarts ervaring heeft'.⁶ De bruikbaarheid van deze gegevens is echter nog sterker afhankelijk van de ervaring van de tandarts dan bij vergelijking met de duimspieren. Het gebruik wordt daarom hier niet gepropageerd.

Sinds 1982 wordt de palpatie-test gebruikt bij alle patiënten die in het onderwijs aan studenten voor controle komen bij de studenten van de doctoraal- en tandarts-examen-fase van de vakgroep P.P.S. van de rijksuniversiteit te Groningen. Daarbij is gebleken, dat er bij patiënten die op de palpatie-test 10 punten of hoger scoren (het maximum bedraagt 20) vrijwel altijd aanleiding is voor een uitgebreid onderzoek naar de functie van het kauwstelsel. En bij patiënten die 5 tot 9 punten scoren op de palpatie-test bestaat deze aanleiding tamelijk vaak. De gang van zaken is daarbij als volgt. Wanneer de patiënt 5 punten of meer scoort (zie afb. 4), worden hem/haar vragen gesteld naar de symptomen die in de tabellen II en III worden genoemd. Het aantal positieve antwoorden is dan voor de patiënt vaak verrassend en aanleiding tot een aanvullend onderzoek. Daarin wordt nagegaan of er een mogelijk oorzakelijk verband bestaat tussen zijn klachten en een dysfunctie van het kauwstelsel.^{*)}

^{*)}De hier geschetste gang van zaken wordt bewust beschreven als voor de patiënt verrassend. De geconstateerde correlatie tussen de palpatie-score en klachten over het kauwstelsel is immers uit onderzoek bekend.¹ Ook is uit literatuur bekend, dat bij willekeurige groepen personen klachten over het kauwstelsel kunnen worden gevonden.¹⁰ In dergelijke gevallen is er nooit een noodzaak voor aanvullend onderzoek van het kauwstelsel. Dit geldt ook voor een hoge palpatie-score. De patiënt zelf beslist of een aanvullend onderzoek wenselijk is. Deze benadering komt voort uit het positief gezondheids-

Tabel II. Frequentieverdeling van zes symptomen die veelal samenhangen met pijn-dysfunctieklaachten van het kauwstelsel bij 211 mensen die tijdens het halfjaarlijks tandheelkundig onderzoek geen spontane klachten over de functie van het kauwstelsel hadden en ook nooit eerder wegens dysfunctie van het kauwstelsel werden behandeld.

symptomen	aantal	% ^{*)}
1. Klemmen of knarsen	46	21,8
2. Knappen of kraken van het kaakgewricht bij het openen of sluiten van de mond	59	28,0
3. 's Morgens een moe gevoel in de kaak- en/of de kauwspieren	8	3,8
4. Een beperkte mondopening bij het wakker worden	9	4,3
5. Tand en/of kiezen die tijdens het kauwen 'extreem' bewegen	2	0,9
6. Kauwen aan steeds dezelfde zijde	79	37,4

^{*)} Percentage van het totaal aantal onderzochte mensen.

Tabel III. Frequentieverdeling van vijf symptomen die vaak in verband worden gezien met pijn en dysfunctie van het kauwstelsel maar ook andere oorzaken kunnen hebben bij 211 mensen die tijdens het halfjaarlijks tandheelkundig onderzoek geen spontane klachten over de functie van het kauwstelsel hadden en ook nooit eerder wegens dysfunctie van het kauwstelsel werden behandeld.

symptomen	aantal	% ^{*)}
1. Moeilijkheden bij het kauwen	5	2,4
2. Frequente hoofdpijn	38	18,0
3. Frequente nekpijn	22	10,4
4. Frequente schouderpijn	22	10,4
5. Frequente kaakgewrichtspijn ^{**)}	8	3,8

^{*)} Percentage van het totaal aantal onderzochte mensen.

^{**)} Op grond van de interpretatie door de tandarts exclusief pijn in de musculus masseter.

model.^{11 12} Inmiddels is bij de door ons behandelde patiënten gebleken, dat het aanvullend onderzoek relevante gegevens oplevert, zoals bijvoorbeeld een gemaskeerde depressie in

combinatie met hypertone kauwspieren. De patiënt kan dan worden geholpen effectieve hulp te verkrijgen.

SUMMARY

ESTIMATION OF THE SEVERITY OF DYSFUNCTION OF THE STOMATOGNATHIC SYSTEM USING A PALPATION TEST.

Keywords: Masticatory muscles - Palpation - Psychophysiologic disorders - Temporomandibular joint

A palpation test which can be used as a screening method for the stomatognathic system is described in this article. The test consists of 20 palpation sites for which tenderness to palpation is scored on a two-point scale (yes/no). Palpation always starts with the patient's thumb as an internal reference of what absence of tenderness to palpation feels like. Tenderness to palpation is recorded 'yes' if the subject states that it is clearly more painful than the thumb palpated with about the same force. The intra- and inter-examiner reproducibility is adequate for both dentists and dental students after training.

The palpation test has the advantage that it is fast (60 s) and is an interval scale. Furthermore, it is highly correlated with Helkimo's Clinical Dysfunction Index (CDI). It is concluded that the palpation test is a reliable, sensitive, easy and fast predictor for the severity of the TMJ pain dysfunction syndrome (PDS).

LITERATUUR

¹ DUINKERKE ASH, LUTEIJN F, BOUMAN TK, DE JONG HP. Relations between TMJ pain dysfunction

Het is niet wenselijk om aan alle patiënten met bijvoorbeeld frequente hoofdpijn of frequente nek- en schouderpijn een aanvullend onderzoek van het kauwstelsel voor te stellen omdat dat tot een overmaat aan tandheelkundig onderzoek zou kunnen leiden. In plaats daarvan is het mogelijk met behulp van de palpatie-test in 1 tot 2 minuten in te schatten of er een grote kans bestaat dat de patiënt een duidelijke dysfunctie van het kauwstelsel heeft.

Dit artikel is een bewerking van een tweetal eerdere publikaties van dezelfde auteurs.^{1,2}

- syndrome (PDS) and some psychologic and biographic variables. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 185-9.
- ² DUINKERKE ASH, LUTEIJN F, BOUMAN TK, DE JONG HP. Reproducibility of a palpation test for the stomatognathic system. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 80-5.
- ³ FRIEDMAN MH, WEISBERG J, AGUS B. Diagnosis and treatment of inflammation of the temporomandibular joint. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1982; 12: 44-51.
- ⁴ BELL WE. Orofacial pain differential diagnosis. Tweede druk. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1979.
- ⁵ FERRAR WB. Diagnosis and treatment of painful temporomandibular joints. *J Prosthet Dent* 1968; 20: 345-50.
- ⁶ 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: W.B. Saunders, 1968: 249-80.
- ⁷ JOHNSTONE DR, TEMPLETON M. The feasibility of palpating the lateral pterygoid muscle. *J Prosthet Dent* 1980; 44: 318-23.
- ⁸ FRIEDMAN MH, WEISBERG J. Pitfalls of muscle palpation in TMJ diagnosis. *J Prosthet Dent* 1982; 48: 331.
- ⁹ 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: 101-9.
- ¹⁰ HIJZEN TH, SLANGEN JL. Myofascial pain-dysfunction: subjective signs and symptoms. *J Prosthet Dent* 1985; 54: 705-11.
- ¹¹ SCHAUB RMH. Een beschouwing over het begrip gezondheid. I. Opmattingen over gezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1980; 87: 332-6.
- ¹² SCHAUB RMH. Een beschouwing over het begrip gezondheid. II. De wijze van tandheelkundig handelen als uitvloeisel van de opvatting over gezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 5-12.

BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE IN DE TANDHEELKUNDIGE PRAKTIJK

SAMENVATTING

Patiënten met somatisatie en somatische fixatie kunnen het beste worden behandeld vanuit een twee-sporen beleid, waarbij de tandarts tijdens de diagnostiek én de behandeling aandacht geeft aan zowel tandheelkundige als psychologische en sociale aspecten van de klachten en symptomen. In dit artikel wordt de toepassing van een twee-sporen beleid beschreven. De voorgestelde werkwijze is sterk gestructureerd. Daarbij wordt eerst nauwkeurig de hulpvraag van de patiënt in kaart gebracht, waarna de therapie wordt uitgevoerd binnen een kader van een gedefinieerde samenwerking tussen de tandarts en de patiënt.

Belangrijke elementen van de aanpak zijn 1. de hulpvraag van de patiënt als uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling, 2. de aandacht voor de gedachten, ideeën, fantasieën en gevoelens van de patiënt met betrekking tot de klachten/symptomen, de diagnostiek en de behandeling, 3. de medeverantwoordelijkheid van de patiënt voor het welslagen van diagnostiek en behandeling en 4. een nauwgezette administratie en registratie van de handelingen van de tandarts en de activiteiten van de patiënt.

WIJMA K, DUINKERKE ASH, REITSMA B. Behandeling van patiënten met somatische fixatie in de tandheelkundige praktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1987; 94: 101-4.

K. Wijma, klinisch psycholoog
A. S. H. Duinkerke, tandarts
B. Reitsma, klinisch psycholoog

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

Trefwoorden: Psychologie – Somatisering – Somatische fixatie – Tandarts-patiëntrelatie

Datum acceptatie: 2 februari 1987.

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

1. INLEIDING

Van tijd tot tijd wordt de tandarts in de algemene praktijk geconfronteerd met somatisch gefixeerde patiënten. Dit zijn patiënten die hun psychische spanningen en onlustgevoelens uiten via lichamelijke (hier: tandheelkundige) klachten.

Somatisch gefixeerde patiënten hebben daarbij veelal de idee dat hun klachten een louter somatische oorzaak hebben en niet samenhangen met psychische en sociale problemen of verschijnselen. Daarbij komt dat ze sterk met hun klachten gepreoccupeerd zijn.

De 'traditionele' tandarts-patiëntrelatie wakkert somatisatie en somatische fixatie eerder aan dan dat ze deze doet verminderen.¹ In dit artikel wordt een methode beschreven die de mogelijkheden in zich

draagt tot een adequate aanpak van somatisch gefixeerde patiënten.

2. NAAR EEN TWEE-SPOREN BELEID BIJ DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE

Het probleem is dat je niet aan iemands 'neus' kunt zien of hij een somatische fixatie heeft of zal ontwikkelen. Daarom kan het beste bij iedere patiënt worden uitgegaan van een twee-sporen benadering. Deze benadering heeft de volgende algemene kenmerken:

- de tandarts houdt zowel alle belangrijke somatische als psychologische en sociale aspecten in het oog.
- De patiënt wordt subjectieverend benaderd, dat wil zeggen: behandeling van de zieke persoon in plaats van de ziekte van

een persoon.

c. Er is voldoende ruimte voor verbale communicatie tussen tandarts en patiënt in een explorerende, niet direct en alleen op behandelen gerichte sfeer.

d. Zowel in de diagnostische als in de therapeutische fase zijn tandarts en patiënt interactief.

e. Tandarts en patiënt hebben beiden aandeel in diagnostiek en behandeling en dragen beiden verantwoordelijkheid voor het welslagen daarvan.

Een dergelijke benadering vraagt van de tandarts een wellicht wat 'nieuwe' attitude. Hij dient zich in de benadering van de problemen van de patiënt te realiseren dat de patiënt vanuit zijn eigen specifieke beleveniswereld zijn klachten en symptomen percipieert. Bovendien dient hij voor zichzelf en de patiënt de mogelijkheid te schep-