

# BEHANDELING VAN DE DYSFUNCTIEPATIËNT IN DE ALGEMENE PRAKTIJK

R. R. R. Altman, tandarts

## SAMENVATTING

Een algemeen-practicus diagnostiseert een dysfunctie. Dan moet hij besluiten of tot verdere behandeling over te gaan op basis van enige kennis van de meest voorkomende kaakgewrichts-afwijkingen óf tot verwijzing naar andere disciplines. Tot slot wordt de spalktherapie besproken.

ALTMAN RRR. Behandeling van de dysfunctiepatiënt in de algemene praktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 507-8.

Trefwoorden: **Gnathologie** – Craniomandibulaire dysfunctie – Spalk

Datum van acceptatie: 15 september 1989.

Adres: R. R. R. Altman, Frankenslag 345, 2582 HP Den Haag.

## 1. HET ONDERZOEK

Wanneer de tandarts, uiteraard na een uitvoerige anamnese, waarbij enige basiskennis omtrent het kaakgewricht en zijn afwijkingen van wezenlijk belang is, besluit een patiënt met dysfunctieproblemen zelf te behandelen, moet hij de patiënt aan een uitgebreid onderzoek onderwerpen. De belangrijkste onderdelen daarvan zijn de volgende.

1. Het klinisch onderzoek bestaat uit het opnemen van de status praesens, waaronder ontbrekende elementen, voorts mediaanlijnvverschuiving en aanwezigheid van een partiële of een totale prothese. Verder lette men op abrasievlakken en op de habituele relatie.

2. Occlusie- en articulatieonderzoek omvat het vaststellen of er balanscontacten zijn, het soort werkszijdegeleiding en frontgeleiding, het onderzoeken of de centrische relatie manipuleerbaar is en of die manipulatie pijn veroorzaakt. Voorts of er premature contacten zijn en of de onderkaak uit zijn centrische relatie naar zijn maximale occlusie afglijdt.

3. Palpatie. Onderzoeken of er pijn optreedt bij de openings- en sluitingsbeweging. Bij palpatie via de uitwendige gehoorgang wordt lichte druk naar voren uitgeoefend, waardoor een klik meestal ook voelbaar wordt. De zachte reciproke klik kan beter voelbaar worden gemaakt door bij de sluitingsbeweging een lichte druk naar boven op de onderrand van de onderkaak uit te oefenen. Na de palpatie van het gewricht dienen de belangrijkste spieren gepalpeerd te worden, zoals de mm. masseteres, mm. temporales en de nek-, hals- en schouder-spieren.

4. Het onderzoek naar de bewegingsmogelijkheden van het gewricht kan een goede indicatie geven van de oorzaak van de klachten. Men meet de maximale mondopening en de maximale beweging naar links en naar rechts. Wanneer de verhouding van de maximale laterale beweging tot de maximale opening 1:4 is, wijst dat op een normale situatie. Is de verhouding 1:3 of minder dan wijst dat op een myogene klacht. Een verhouding 1:5 of meer wijst op

een intracapsulair probleem in het gewricht. De onderkaak devieert bij openen altijd naar de kant van de afwijking.

5. Auscultatie. Door het gebruik van een stethoscoop kan het moment van de klik tamelijk nauwkeurig worden bepaald. ('early', 'intermediate' of 'late' klik en ook reciprociteit). Ook de gradatie van de openings- en sluitingsklik is uitstekend te bepalen.

6. Transcraniale kaakgewricht-röntgenologie vormt een prima hulpmiddel om een eerdere diagnose te bevestigen. Op zo'n foto ziet men het kaakkopje, fossa, gehoorgang en de bovenste en onderste gewrichtspleet. De discus is niet te zien. De foto's kunnen ook worden gebruikt om het effect van een behandeling mede te bepalen. Er worden meestal drie foto's aan beide zijden gemaakt. De eerste in maximale occlusie omdat daarop te zien is of de condylus naar achter of naar boven is verplaatst. De tweede foto bij maximale opening omdat daarop te zien is of er voldoende ruimte tussen de condylus en de eminentia bestaat om de discus te laten functioneren. De derde foto in therapeutische positie, meestal gemaakt met behulp van een wasbeet. In één geval, van de reciproke klik, is dat de positie waarin die condylus weer op de discus functioneert en er nog net geen klik optreedt.

Na dit uitvoerig onderzoek bepaalt men een diagnose. Niet alleen na de diagnose maar ook in elke andere fase van de behandeling blijft het belangrijk een mogelijkheid van verwijzing naar andere disciplines open te houden.



Afb. 1. Warm gepolymeriseerde kunstharsspalk, voorzien van knopankers.

## 2. DE BEHANDELING

Er zijn vijf therapieën te onderscheiden.

1. 'Zelfwaarneming' met behulp van biofeedback, 2. Medicamenteuze therapie, 3. Fysiotherapie, 4. Occlusale therapie, 5. Chirurgie.

In deze bijdrage zal alleen aandacht worden besteed aan de occlusale therapie. Deze wordt meestal toegepast met behulp van een spalk. Onderscheiden worden de relaxatiespalk, de repositiespalk en de stabilisatiespalk (zie ook de bijdrage elders in deze aflevering van Koller en Palla).

### 2.1. De spalk

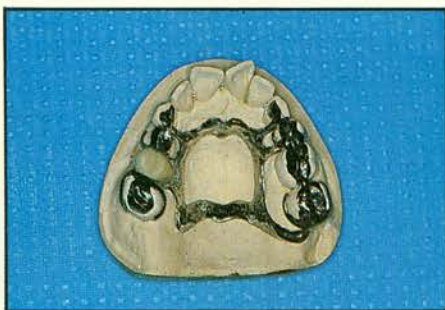
De relaxatiespalk gebruikt men meestal bij myogene problemen, de repositiespalk gebruikt men voor artrogene klachten, posteriorcapsulitis en bij discusverplaatsing; de stabilisatiespalk onder andere na repositie van de mandibula in de al of niet nieuwe centrale relatie.

Een spalk moet een stabiele occlusie geven. De patiënt moet overal gelijkmatig contact hebben met de spalk en verder cuspidaatgeleiding bij laterale bewegingen waarborgen. De cuspidaatgeleiding mag niet te steil zijn; dat roept juist problemen op. Voorts moet de spalk frontgeleiding bij proale beweging bewerkstelligen en, zeer belangrijk, balanscontacten elimineren.

De spalk moet (afb. 1) vervaardigd zijn van warmpolymeriserende kunstharss, omdat er zo minder kans is op porositeit en



Afb. 2. Incisale cariës na het dragen van een spalk. Er was geen fluoride geapliceerd.



Afb. 3. Stabiele occlusie met behulp van repositiepalk (links). Patiënt van afbeelding. Gekozen werd voor vervaardiging van een frame met occlusaal metaal (midden). Er werd een functioneel en esthetisch goed resultaat bereikt (rechts).

breuk tijdens de gemiddelde draagtijd van drie tot zes maanden, en knopankers voor extra retentie bevatten, twee links en twee rechts. De spalk moet zo comfortabel zijn dat de patiënt gemotiveerd wordt hem te dragen. Dit geldt zeker voor de repositiepalk die 24 uur gedragen moet worden. De spalk wordt meestal gemaakt in de bovenkaak omdat dat het gemakkelijkste voor de behandeling is. Het zal voorkomen dat de patiënt vraagt om een spalk in de onderkaak om wille van zijn sociaal functioneren.

Van de zachte spalk, de zogenaamde drumplaat, is in de literatuur niet aangegeven dat deze bruxisme doet afnemen. Integendeel, het bruxisme neemt in 50% van de gevallen toe, terwijl in alle gevallen meer spieractiviteit wordt gemeten, veroorzaakt door het kauwen op de elastische spalk, zonder dat de pijn, ook direct, toeneemt.

Een fout die vermeden dient te worden is het niet-overkappen van het front, hetgeen uitgroeien van de frontelementen kan veroorzaken.

De patiënt moet instructies krijgen hoe hij zijn spalk moet dragen en onderhouden. Laat bijvoorbeeld wekelijks fluorideren door middel van het aanbrengen van gel in de spalk. Daardoor kan voorkomen worden dat er incisaal cariës ontstaat (afb. 2).

Voorkom ook dat palatinaal het tandvlees wordt weggedrukt.

## 2.2. De rehabilitatie

Na behandeling met een repositiepalk zal op een gegeven moment een situatie ontstaan waarin een patiënt zich comfortabel voelt en men iets anders aan moet bieden dan 'dat stuk plastic' in de mond. Dat is het moment om de patiënt zo mogelijk totaal te rehabiliteren en onder andere met kronen en bruggen een totaal nieuwe occlusie te maken. De patiënt van afbeelding 3 is stabiel na een repositie. Aangezien de mond parodontaal zeer zwak is, werd gekozen

voor een frame met occlusaal metaal zodat de occlusie en de stand worden gefixeerd. Door middel van deze simpele oplossing gaat de patiënt er esthetisch behoorlijk op vooruit.

## 3. SLOT

De algemeen practicus moet in elk geval een dysfunctiepatiënt kunnen diagnostiseren. Afhankelijk van zijn ervaring kan hij vervolgens besluiten de patiënt zelf te behandelen of te verwijzen. Hoe dan ook: de tandarts blijft de centrale rol spelen tijdens het proces van behandeling en/of verwijzing.

---

## SUMMARY

### TREATMENT OF CRANIOMANDIBULAR DYSFUNCTION BY GENERAL PRACTITIONERS

Key words: Stomatognathic system – TMJ syndrome – Splints

A general practitioner diagnoses – after a screening – the patient who suffers from a dysfunction. Then he has to decide whether to advise either a further treatment on the basis of basic knowledge of the most frequent TMJ-dysfunctions or to refer to other disciplines.

In the treatment by the general practitioner a careful and thorough screening is of primary importance. Finally, the therapy by means of a 'splint' often yields good results.

---