

Diagnostiek en classificatie van temporomandibulaire dysfuncties door de tandarts algemeen-practicus

M.H. Steenks, tandarts
A. de Wijer,
fysiotherapeut/manueeltherapeut

Samenvatting. Diagnostiek van temporomandibulaire dysfuncties (TMD) vraagt een brede oriëntatie op de gepresenteerde klacht. In de recente literatuur worden binnen het verzamelbegrip TMD artrogeene en myogene subgroepen onderscheiden, alsmede subgroepen daarvan. Dit gebeurt om een gerichte therapie toe te kunnen passen. Aan de hand van een grondige anamnese en inspectie, een actief bewegingsonderzoek, passief openen en palpatie en een eventueel beeldvormend onderzoek kan indeling in de subgroepen plaatsvinden, nadat andere afwijkingen die op TMD gelijkende verschijnselen veroorzaken, zijn uitgesloten. Nekklachten komen voor bij TMD-patiënten. De anamnestiche vragenlijst en de orthopedische testen voor het kauwstelsel zijn een belangrijker hulpmiddel bij het onderscheiden van patiënten met TMD en patiënten met nekklachten dan de orthopedische testen van de nek. Op grond van de verkregen informatie kan worden besloten de patiënt gerust te stellen en advies te geven, zelf te behandelen dan wel door te verwijzen.

STEENKS MH, WIJER A DE. Diagnostiek en classificatie van temporomandibulaire dysfuncties door de tandarts algemeen-practicus. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 243-248.

Uit de vakgroep Mondziekten,
Kaakchirurgie en Bijzondere
Tandheelkunde van de Universiteit
Utrecht.

Trefwoorden: Temporomandibulaire
dysfunctie – Craniovertebrale dysfunctie

Datum van acceptatie: 7 april 1996.

Adres: Dr. M.H. Steenks, postbus
80.037, 3508 TA Utrecht.

1 Inleiding

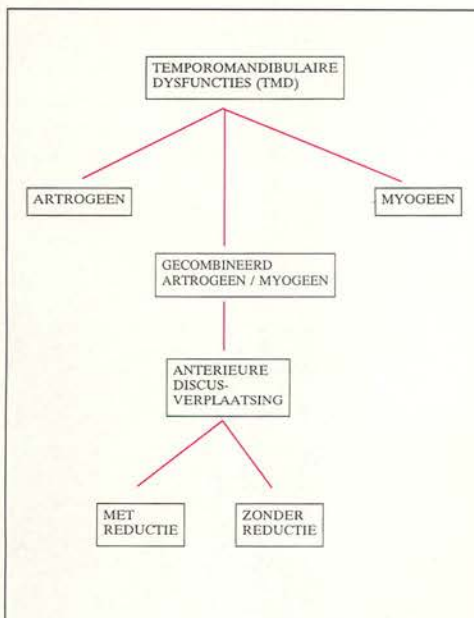
Temporomandibulaire dysfunctie (TMD) wordt gekarakteriseerd door een aantal symptomen in wisselende samenstelling en ernst, hetgeen een gevarieerd klinisch beeld oplevert. De belangrijkste symptomen zijn pijnklachten in het hoofd-halsgebied, bewegingsstoornissen van de onderkaak en het optreden van kaakgewrichtsgeluiden. Géén van deze symptomen is op zichzelf kenmerkend voor TMD. Om een eventueel noodzakelijke behandeling gericht te laten plaatsvinden, is het een prioriteit onderscheid te maken tussen TMD en ziektebeelden die op TMD gelijkende klachten kunnen veroorzaken. Als op grond van de anamnese, de inspectie, het klinisch onderzoek en het medisch-technisch onderzoek duidelijk is dat er sprake is van een temporomandibulaire dysfunctie, dient vervolgens te worden vastgesteld welke vorm van TMD het betreft. Ten behoeve van een classificatie in de algemene praktijk is het

onderscheid zoals aangegeven in afbeelding 1 adequaat. Voor meer gedetailleerde informatie wordt verwezen naar de literatuur.^{1,4}

2 TMD versus afwijkingen met TMD gelijkende klachten

2.1 De anamnese

Op grond van de belangrijkste klacht(en) en de anamnestiche gegevens (zie hiervoor de bijdragen van De Leeuw en Van der Meulen), aangevuld met informatie betreffende de inspectie, moet blijken in hoeverre TMD of andere afwijkingen een rol spelen bij de gepresenteerde klacht. Met andere woorden, de eerste diagnostische stap bestaat uit de beoordeling TMD versus non-TMD (afb. 2). Als stelregel kan worden aangehouden



Afb. 1.
TMD classificatie in de algemene praktijk.

ANAMNESE INSPECTIE	TMD/GEEN TMD ETIOLOGIE (parafunctie, gewoonte, houding)
FUNCTIEONDERZOEK: - ACTIEF BEWEGEN - PASSIEF OPENEN - PALPATIE	TMD/GEEN TMD TMD/CSD TMD: MYO/ARTRO/ COMBINATIE MYO EN ARTRO
AANVULLEND FUNCTIEONDERZOEK - TRACTIE/TRANSLATIE - COMPRESSIE	TMD: SUBCLASSIFICATIE * PDL/RDL * AD
BEELDFORMING: - OPG BIJ UITZONDERING: - CT/MR - ARTROSCOPIE	TMD/GEEN TMD TMD A: * AD * PDL/OVERIGE GEWRICHTSAFWIJKINGEN
BESPREKING: - DIAGNOSE - ETIOLOGIE - THERAPIE - PROGNOSE	UITLEG GERUSTSTELLING ADVIEZEN/INSTRUCTIES BEHANDELING VERWIJZING
CSD = cervical spine disorder RDL = reducerende discusluxatie	PDL = permanente discusluxatie AD = arthrosis deformans

Afb. 2.
Beslissingschema ten behoeve van de diagnostiek bij TMD.

Tabel I. Het gebruik van een anamnestiche vragenlijst bij diagnostiek (patiënt, tandarts).
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hulp bij de beschrijving van uitgebreide klachten (p) <input type="checkbox"/> herkennen van onbewust uitgevoerde parafuncties en gewoonten (p) <input type="checkbox"/> uitgangspunt voor mondelinge anamnese (t) <input type="checkbox"/> brede oriëntatie in weinig tijd (t) <input type="checkbox"/> gestructureerd vastleggen van anamnestiche gegevens vergroot herkenbaarheid (t) <input type="checkbox"/> identieke gegevens tijdens evaluatie (t) <input type="checkbox"/> indruk omtrent etiologie en comorbiditeit (t)

dat een uitgebreide anamnese (waarbij de vragenlijst een onderdeel van de procedure kan zijn en de mondelinge anamnese *niet* vervangt), de meest solide basis is voor het diagnostisch proces (zie tab. I).

In de dagelijkse praktijk blijkt een aantal tandheelkundige afwijkingen verarring op te roepen bij de beoordeling van pijnklachten in het orofaciale gebied.⁵ Als voorbeelden mogen worden genoemd cariës, pulpitiden en overige periapicale en parodontale afwijkingen. Veretterde cysten en sinusitiden komen bij patiënten met een vermeende TMD eveneens voor. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met minder onschuldige afwijkingen, bijvoorbeeld in de speekselklieren. In tabel II is een aantal in dit opzicht relevante afwijkingen vermeld.

2.2 De maximale mondopening

Een beperkte mondopening (< 40 mm) blijkt alleen een belangrijk symptoom te zijn in specifieke subgroepen, zoals een permanente discusluxatie. Bij patiënten met TMD is de beperkte mondopening veelal gerelateerd aan pijn.⁶ Dit betekent dat de tandarts de waarde voor een normale en een beperkte mondopening voorzichtig moet gebruiken. Het pleit ervoor de maximale mondopening bij een routine controle vast te leggen in een voor de patiënt gezonde fase, waardoor vergelijking mogelijk is met een eventuele latere situatie waarin klachten bestaan. Dit sluit ook meer aan bij de anamnestiche belangrijke vraag in hoeverre de mondopening beperkter is *dan vroeger*. Een combinatie van verschijnselen, zoals een beperkte mondopening en pijnklachten, is meer indicatief voor TMD dan een enkel gegeven.

2.3 Kaakgewrichtsgeluiden

Kaakgewrichtsgeluiden kunnen, zoals geluiden in andere gewrichten, niet als een afwijking worden gezien waaraan therapeutische consequenties zijn verbonden, zolang dit symp-

Tabel II. Differentiële diagnostiek bij zwelling in de preauriculaire regio en bewegingsbeperking van de onderkaak.
Niet elke zwelling in de preauriculaire regio heeft een intra-articulair oorsprong.
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pathologie in de glandula parotis (n. facialis) <input type="checkbox"/> ontsteking/nieuwvorming TMG
Niet elke bewegingsbeperking heeft eenzelfde achtergrond:
Extra-articulair:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> myogeen: ontsteking, tumor, hypertrofie <input type="checkbox"/> weke delen: littekenweefsel, corpus alienum <input type="checkbox"/> neurogeen: tetanus, pijnreflex bij andere oorzaken <input type="checkbox"/> benign: fractuur mandibula, arcus zygomaticus, hypertrofie proc. coronoideus, fibreuse dysplasie, m. Paget
Intra-articulair:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trauma (fractuur) <input type="checkbox"/> degeneratief (locaal, systemisch, b.v.: RA, SLE, syndroom van Reiter) <input type="checkbox"/> ontsteking <input type="checkbox"/> aangeboren afwijking (aplasie, hypoplasie) <input type="checkbox"/> tumor (osteochondroom, synoviale chondromatose) <input type="checkbox"/> ankylose (fibreus, benign)
RA = reumatoïde arthritis
SLE = systemische lupus erythematosus

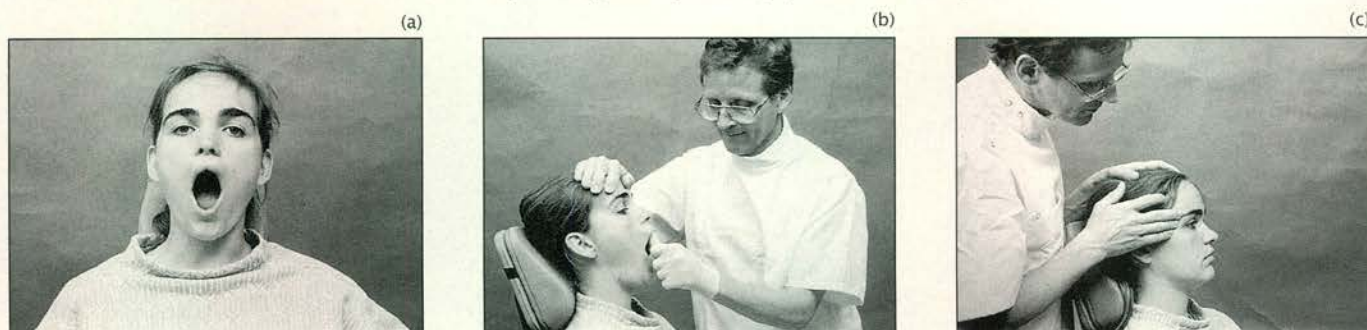
toom niet samengaat met andere TMD-verschijnselen: blokkeren en/of pijn in het kaakgewricht. Als gewrichtsgeluiden recent zijn ontstaan, of duidelijk zijn veranderd van karakter, is er behoefte aan nader onderzoek en eventuele behandeling. Daarbij moet de patiënt worden geïnformeerd dat deze behandeling voornamelijk is gericht op het verminderen van de overige klachten, en niet zozeer op het verminderen van de gewrichtsgeluiden. Röntgenonderzoek (orthopantomogram) kan in deze fase duidelijkheid scheppen omtrent de afwezigheid van grove pathologie, hetgeen geruststellend is voor zowel de patiënt als de tandarts en over het algemeen een verantwoorde basis is voor afwachtend beleid.

2.4 Functieonderzoek

Nadat 'tandheelkundige pathologie' en overige tandheelkundige afwijkingen door de tandarts zijn uitgesloten, dient vervolgens aandacht te bestaan voor de *niet* tandheelkundig bepaalde klachten die gelijkenis vertonen met het beeld van TMD (zie daarvoor de bijdragen van de KNO-arts, de neuroloog en de fysiotherapeut). In het kader van de beoordeling en behandeling van hoofd- en nekpijn kan na consultatie van de huisarts een verwijzing aangewezen zijn.

Een belangrijk kenmerk van TMD is het houdings-, bewe-

Afb. 3. Functieonderzoek van het kauwstelsel: a, actief openen; b, passief openen; c, palpatie van de m. temporalis, de voorste vezels.



Tabel III.

Diagnostische criteria voor de TMD subclassificaties myogeen (M), artrogeen (A), reducerende discusluxatie (RDL), permanente discusluxatie (PDL) en arthrosis deformans (AD) en gemengd artrogeen en myogene TMD (MA).

Diagnostische subgroep	Groep M	Groep A	Groep RDL	Groep PDL	Groep AD	Groep M/A
	TMD met een voornamelijk myogene component	TMD met een voornamelijk artrogeen component	Reducerende discusluxatie	Permanente discusluxatie	Arthrosis deformans	Groep gecombineerd artrogeen en myogeen
Insluitingscriteria	Intermitterende of chronische pijn in de regio van de kauwspieren en/of pijn in de regio van de kauwspieren bij het functieonderzoek en/of pijn bij palpatie van de kauwspieren	Tekenen en/of symptomen duidend op een discusluxatie en/of tekenen en/of symptomen duidend op een arthrosis deformans en/of pijn in de regio van het kaakgewricht in rust of bij het functieonderzoek of bij palpatie	Reciproom knappen en/of incidenteel semipermanent blokkeren	Blokkeren na een periode van reciproom knappen en een pijnlijke bewegingsbeperking bij het functieonderzoek	Crepitatie of pijn in het TMG in rust, tijdens het functieonderzoek of bij palpatie van het TMG of radiologische aanwijzingen voor het bestaan van osteofyten, afvlakking van de processus condylaris (OPC) en/of een pijnlijke bewegingsbeperking bij het functieonderzoek	Tekenen en symptomen karakteristiek voor zowel een artrogeen als een myogene vorm van TMD
Uitsluitingscriteria	Duidelijke tekenen of symptomen die duiden op een voornamelijk artrogeen TMD of duidelijke afwijkingen op de röntgenopname (OPC)	Duidelijke tekenen en symptomen duidend op een voornamelijk myogene TMD	Duidelijke tekenen en symptomen duidend op een voornamelijk myogene TMD	Duidelijke tekenen en symptomen duidend op een voornamelijk myogene TMD	Duidelijke tekenen en symptomen duidend op een voornamelijk myogene TMD en afwezigheid voor aanwijzingen van pathologie	

gings- en belastingsafhankelijke karakter van de klachten. Dit betekent dat in het functieonderzoek het kaakgewricht en de kauwspieren waaruit deze klachten ontstaan, dienen te worden belast. Rekening houdend met de reproduceerbaarheid van de verkregen informatie, is gebleken dat een combinatie van actief bewegen (openen/sluiten, lateraal links en rechts, en proaal/retraal), passief openen en palpatie van het kaakgewricht en de kauwspieren (afb. 3), de meeste informatie oplevert ten aanzien van het onderscheid tussen patiënten met en patiënten zonder TMD.³ Eén van de belangrijkste diagnostische aspecten is het kunnen provoceren van de herkenbare klacht van de patiënt. Als de klachten TMD-bepaald zijn, zal deze combinatie van testen deze provocatie tot stand moeten brengen, bij afwezigheid van typische afwijkingen op het terrein van de andere disciplines. Indien bij dit deel van het onderzoek de klacht van de patiënt op geen enkele manier kan worden opgewekt, dient de veronderstelling 'TMD' in eerste instantie te worden verworpen en dienen andere afwijkingen in overweging te worden genomen.

3 Subgroepen van TMD

Voor het indelen van TMD in subgroepen met voornamelijk artrogeen of voornamelijk myogeen bepaalde klachten spelen de boven beschreven testen eveneens een rol. Aan het indelen in subgroepen ligt de gedachte ten grondslag dat op grond van de verschillen in het symptoomprofiel van deze groepen, het therapieaanbod eveneens verschillende accenten kan hebben en daarmee betere succespercentages worden bereikt.¹⁰ In

tabel III zijn de diagnostische criteria weergegeven die worden gehanteerd bij het indelen in subgroepen van TMD.

Op grond van de anamnestiche vragenlijst kan reeds een voorspelling worden gedaan omtrent het artrogeen, myogeen, dan wel gecombineerd artrogeen en myogeen karakter van de klachten. De subchalen kaakgewrichtsgeluiden, parafunctionaliteiten oorklachten classificeerden 77% van de patiënten in dit opzicht correct.^{11,12} Klinisch onderzoek bestaande uit actief bewegingsonderzoek en palpatie, classificeerde 80% van de artrogeen klachten en 87% van de myogene klachten correct.³ Uit dit onderzoek bleek ook dat het onderscheidend vermogen nauwelijks toenam door uitgebreider te onderzoeken. Voor het onderscheid van artrogeen subgroepen (afb. 1 en 2) geven de compressie-test en het tractie/translatie-onderzoek slechts beperkte aanvullende informatie. De toegevoegde informatie is gering bij het onderscheid tussen arthrosis deformans en discusverplaatsingen. Het onderscheid tussen anterieure permanente en reducerende discusverplaatsingen is zelfs het sterkst bij het uitsluitend uitvoeren van het actief bewegingsonderzoek.

Ten aanzien van de aanvullende testen van het functieonderzoek (joint play, compressie en weerstandsprovocatie) kan worden opgemerkt dat deze testen significante verschillen tonen tussen patiënten met nekkklachten en TMD, maar niet tussen subgroepen van TMD. Het is niet mogelijk deze aanvullende testen te gebruiken om tot een nadere subclassificatie te komen van myogeen, artrogeen en/of combinatievorm van TMD.¹³ Indien in het kauwstelsel geen afwijkingen worden gevonden, is het te verwachten dat de nekkklachten een op zichzelf staande klacht vormen waarvoor een verwijzing naar de fysiotherapeut (in overleg met de huisarts) is aangewezen.¹³

Tabel IV.
Simpel en complexe vormen van TMD

Simpel:

- één of enkele tekenen/symptomen
- minimale invloed psychosociale factoren
- géén eerdere behandeling

Complex:

- meer diagnoses tegelijk
- comorbiditeit
- karakteristieken van chronische pijn
- veelvuldig bezoek hulpverleners
- voorgaande behandeling (zonder succes)
- veel onderling gerelateerde beïnvloedende factoren
- sterke beïnvloeding van de activiteiten van het dagelijks leven
- overschrijden fysiologische herstel tijd (niet volgens natuurlijk beloop)

4 Beeldvormend onderzoek

Als beeldvormend onderzoek wordt gewoonlijk het orthopantomogram (OPG) gebruikt. De gebitselementen, het parodontium, de kaken, de lengte van de opstijgende tak van de mandibula, de grootte van de processus coronoideus, de vorm van de processus condylaris alsmede de beoordeling van de corticalis en spongiosa worden beoordeeld. Bij pijnklachten in de regio van het kauwstelsel en/of bewegingstoornissen van de onderkaak is een OPG onontbeerlijk om de klinische diagnostiek op correcte wijze te verifiëren. Afwijkingen in het kaakgewricht, gezichtsasymmetrieën, het ontstaan van een open beet in het front of andere veranderingen in de morfologie van de kaken zijn belangrijke aanvullende indicaties. Op grond van deze informatie en/of die uit het klinisch onderzoek wordt de indicatie bepaald voor aanvullend beeldvormend onderzoek. In de praktijk wordt dit bij uitzondering toegepast, voornamelijk om specifieke afwijkingen in en rond het TMG te onderzoeken.

De indicatie voor het uitvoeren van onderzoek met Magnetische Resonantie (MR) van het kaakgewricht was aanvankelijk het aantonen van een permanente discusluxatie. Uit onderzoek is gebleken dat de klinische bevindingen bij het bestaan van deze afwijkingen gewoonlijk worden bevestigd.¹⁴ Als het klinische beeld echter twijfel laat bestaan omtrent de aard van de afwijking, wordt MR-onderzoek toegepast. Indien onderliggende pathologie wordt vermoed, zijn Computer Tomografie (CT) voor de harde weefsels of Magnetische Resonantie voor de weke delen de onderzoeken van eerste keuze.

De indicatie en diagnostische c.q. therapeutische waarde van de artroscopie c.q. artroscopische chirurgie worden elders in dit themanummer beschreven.

Tabel VI.
Vragen om betrokkenheid van de nek bij TMD-patiënten op het spoor te komen.

- kunt u het hoofd / de nek goed bewegen (draaien / op en neer)?
- zijn er beperkingen in bewegingsuitslag van de nek?
- is het bewegen van de nek pijnlijk?
- treden er bij het bewegen van de nek andere verschijnselen op dan pijn?
(denk bijvoorbeeld aan tintelingen, duizeligheid, geluiden) zo ja, waar treden deze verschijnselen op?
- kunt u met de nek alle houdingen innemen die u wilt?
(werkhouding, leeshouding, slaaphouding)
- heeft u een ongeval gehad waarbij de nek en/of het hoofd betrokken zijn geweest?
- bent u regelmatig onderzocht en/of behandeld in verband met de nek en/of hoofdpijnklachten.

Tabel V.

Patiënten die voor verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde in aanmerking komen, (tenminste één van de volgende criteria).

- géén diagnose te stellen
- persistente of recidiverende myogene, artrogene of gecombineerd artrogene/myogene (pijn)klachten en/of bewegingsbeperking in het kauwstelsel en/of aangrenzende regio's
- chronische pijnklachten (> 3 maanden) in het kauwstelsel en aangrenzende regio's waarvoor géén diagnose is gesteld en/of de etiologische factoren niet zijn opgespoord
- acute kaakgewrichtsaandoeningen (bijvoorbeeld in geval van pijn, discusverplaatsingen, arthrosis deformans) en myogene aandoeningen (trismus)
- temporomandibulaire dysfuncties als onderdeel van uitgebreide pijnsyndromen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld ontstekingen, whiplash, fibromyalgie, systemische gewrichtsaandoeningen)
 - temporomandibulaire dysfuncties op basis van een andere achtergrond of aandoening bijvoorbeeld:
 - ernstige groeistoornissen, malocclusie en/of dysgnathie
 - trauma, chirurgische interventie of radiotherapie
 - ernstige parafunctionele activiteit
 - neoplasmata
 - neurologische afwijkingen
 - psychosociale factoren

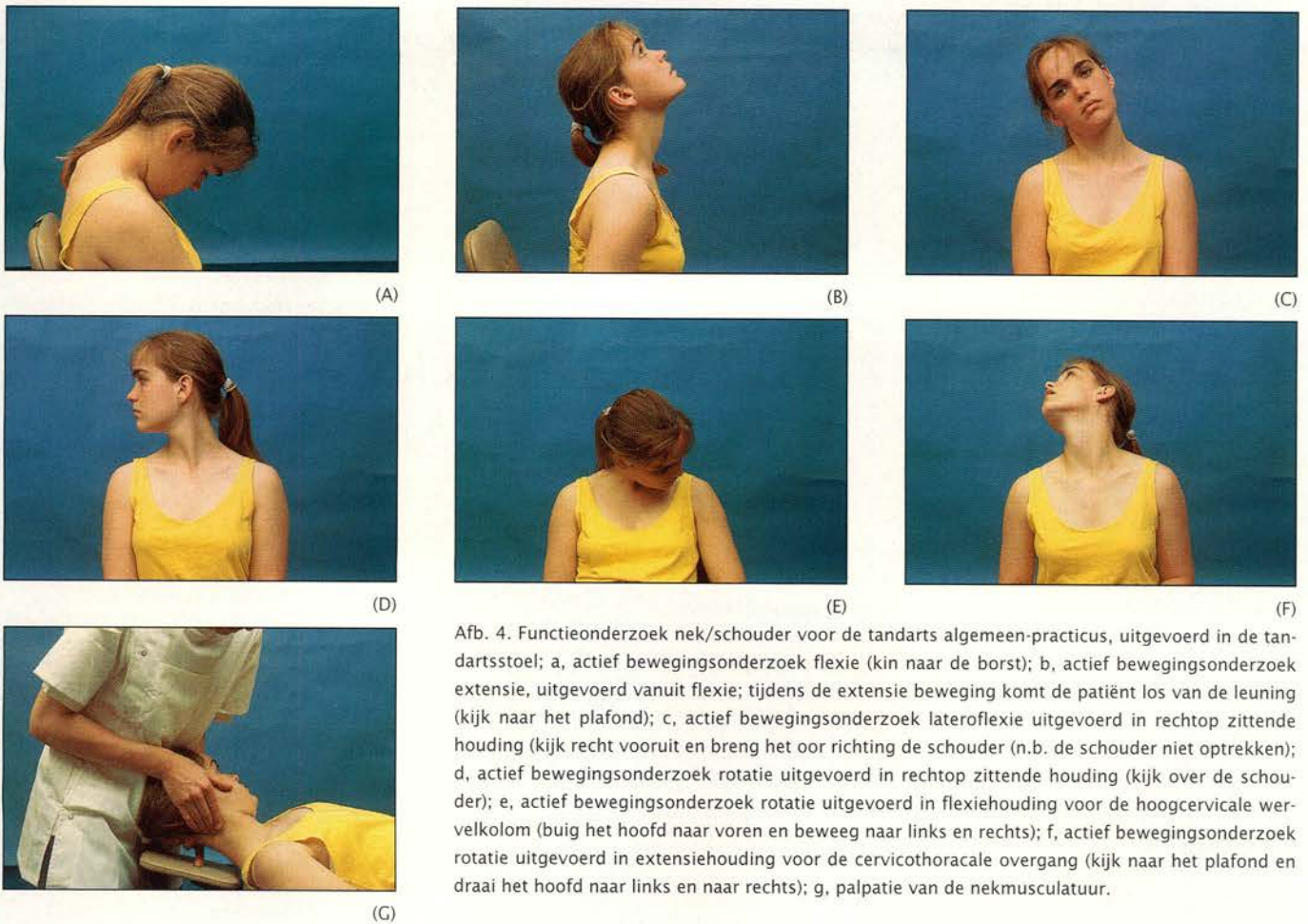
5 Behandeling door de tandarts algemeen-practicus of verwijzing

Op basis van het aantal en de aard van de beïnvloedende factoren kan worden gesproken van een 'simplele' vorm en een 'complexe' vorm van TMD (tab. IV). In een onlangs verschenen rapport van het College van Adviserend Tandartsen en het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is een aantal criteria aangegeven die een indicatie voor verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde inhouden (tab. V).¹⁵ Het is niet altijd mogelijk een preciese grens aan te geven welke patiënt voor onderzoek en/of behandeling moet worden verwezen. Voor de tandarts algemeen-practicus is het van belang de factoren te wegen die vermeld zijn in de tabellen IV en V.

6 Nekklachten en TMD

De tandarts wordt geadviseerd een functieonderzoek van de cervicale wervelkolom uit te voeren bij patiënten met aanwijzingen voor een TMD.² Geadviseerd wordt een actief bewegingsonderzoek van de cervicale wervelkolom en palpatie van de nekspieren uit te voeren.¹⁶⁻¹⁹ Zoals uit onderzoek is gebleken, dragen de orthopedische testen van de nek nauwelijks bij aan het onderscheiden van TMD en patiënten met nekklachten (cervical spine disorders, CSD) (zie de bijdrage van De Wijer in dit themanummer). Een gerichte anamnese en het functieonderzoek van het kauwstelsel zijn hiervoor beter geschikt. Om deze redenen wordt de tandarts dan ook geadviseerd bij patiënten met TMD en nekklachten zich in eerste instantie te blijven richten op het functioneren van het kauwstelsel. Een aanvullend oriënterend nekonderzoek is van belang bij patiënten die anamnestic en/of bij de inspectie kenmerken vertonen van een aandoening die primair in de nek is gelokaliseerd.^{19,20}

Om te beoordelen of de patiënt een verwijzing behoeft naar de huisarts en/of fysiotherapeut kan de tandarts een aanvul-



Afb. 4. Functieonderzoek nek/schouder voor de tandarts algemeen-practicus, uitgevoerd in de tandartsstoel; a, actief bewegingsonderzoek flexie (kin naar de borst); b, actief bewegingsonderzoek extensie, uitgevoerd vanuit flexie; tijdens de extensie beweging komt de patiënt los van de leuning (kijk naar het plafond); c, actief bewegingsonderzoek lateroflexie uitgevoerd in rechtop zittende houding (kijk recht vooruit en breng het oor richting de schouder (n.b. de schouder niet optrekken); d, actief bewegingsonderzoek rotatie uitgevoerd in rechtop zittende houding (kijk over de schouder); e, actief bewegingsonderzoek rotatie uitgevoerd in flexiehouding voor de hoogcervicale wervelkolom (buig het hoofd naar voren en beweeg naar links en rechts); f, actief bewegingsonderzoek rotatie uitgevoerd in extensiehouding voor de cervicothoracale overgang (kijk naar het plafond en draai het hoofd naar links en naar rechts); g, palpatie van de nekspiermusculatuur.

lend onderzoek uitvoeren. De tandarts kan de volgende procedure hanteren: stel tijdens de anamnese enkele gerichte vragen die op betrokkenheid van de nek wijzen (tab. VI). De anamnestiche vragenlijst ('screen') geeft de patiënt de mogelijkheid de neklachten nader te omschrijven en beïnvloedbare factoren te verhelderen (zie voor een nadere uitwerking van de vragenlijst de bijdragen van De Leeuw en Van der Meulen). Evenals bij TMD blijkt bij CSD sprake te zijn van een houdings-, bewegings- en belastingsafhankelijke klacht.

Veel patiënten met CSD klagen over nekpijn bij het verblijven in bepaalde houdingen, zoals bijvoorbeeld de flexiepositie bij het lezen en het vinden van een houding voor de nek bij het gaan slapen; ook een toename van klachten bij het over de schouders en/of bij het omhoog kijken wordt vaak gehoord. Patiënten met CSD worden 's nachts soms wakker door de pijn en/of ervaren 's morgens een stijve nek. Tijdens het aanvullende functieonderzoek (afb. 4) worden bij CSD-patiënten bewegingsbeperkingen en hypertone en drukpijnlijke nekspieren vastgesteld. Het actief bewegingsonderzoek zal de gegevens uit de anamnese dienen te bevestigen. De patiënten ervaren pijn en/of een andere klacht die gekoppeld is aan bepaalde bewegingen. Op indicatie kan de tandarts een lichte overdruk geven in de eindstand van de beweging: in de normale situatie dient dit provocatievrij te kunnen geschieden.

De flexie- en lateroflexiebewegingen zijn over het algemeen meer belastend voor de nekspieren (rekpijn) en de extensiebeweging is mogelijk meer provocatief voor de gewrichten. In alle bewegingsrichtingen is het mogelijk neurologische provocatie te vernemen, vooral in de vorm van schietende pijnen en/of tintelingen naar de arm of het borstgebied. Mocht er tijdens het onderzoek sprake zijn van een (milde) rekpijn zonder andere tekenen, passend bij het anamnestiche beeld van de patiënt, dan kan de tandarts er voorlopig vanuit gaan dat er bij

deze patiënt sprake is van een myogene reactie in de nek tengevolge van TMD. Worden de eerder genoemde provocaties naar de arm en/of het borstgebied dan wel het hoofd vastgesteld, dan is verwijzing naar de huisarts en fysiotherapeut op zijn plaats.

De discussie met betrekking tot complicaties tengevolge van het nekonderzoek spitst zich vooral toe op het onvoldoende tot niet respecteren van door de patiënt aangegeven signalen, dan wel het manipuleren van de hoog cervicale wervelkolom door middel van de 'high-velocity-thrust-technieken' ('kraken'). Ervaringen opgedaan met het routinematig onderzoek van de cervicale wervelkolom door de tandarts op de polikliniek van het ziekenhuis, geven aan dat het actief bewegen en de palpatie snel, veilig en doelmatig door de tandarts zijn uit te voeren.

7 De praktijk

Indien er een hulpvraag bestaat, kan op grond van de in dit artikel beschreven technieken tot een beleid worden gekomen. Nadrukkelijk zij gesteld dat het onderzoek dient te worden afgesloten met een bespreking. De conclusie van het onderzoek dient in voor de patiënt begrijpelijke en geruststellende termen met de patiënt te worden besproken (diagnose, etiologie en mogelijke therapie en prognose). Indien sprake is van één van de subgroepen van TMD, kan worden gewezen op het 'zichzelf beperkende karakter van de gevonden afwijking en de relatief gunstige prognose op langere termijn'. Van belang is tevens de mogelijkheid een vervolgonderzoek met de patiënt af te spreken waarin het resultaat wordt geëvalueerd van de adviezen en instructies in de eerste visite. Als de klachten niet volgens de verwachting hebben gereageerd, is verwijzing voor

nadere diagnostiek zinvol. Verwijzing is ook aangewezen als op grond van het onderzoek is besloten een therapie in te stellen en het resultaat hiervan binnen de daarvoor gestelde termijn (bijvoorbeeld zes weken) niet wordt behaald.

Bij eventuele verwijzing naar de fysiotherapeut wordt minimaal informatie opgenomen betreffende de hulpvraag van de patiënt, de medische diagnose, mogelijke etiologische factoren en de vraagstelling aan de fysiotherapeut. Op grond van het onderzoek door de fysiotherapeut wordt beoordeeld in hoeverre factoren buiten het kauwstelsel meespelen in het ontstaan dan wel onderhouden van de klachten; de fysiotherapeut zal zich vooral richten op de neuromusculaire component. Na terugrapportage kan het tandheelkundig beleid worden vastgesteld.

8 Nawoord

Een bewuste keuze om TMD-klachten eventueel niet te behandelen is ook een vorm van behandelen. Afwegingen die in dit verband gelden, zijn de kans op succes op korte en lange termijn (recidiefkans), de omvang van de behandeling versus de ernst van de te behandelen klacht, de financiële aspecten en de risico's van een in te stellen behandeling voor de patiënt. In dit verband mag tot slot worden aangegeven dat preventie, bij onvoldoende zekerheid omtrent etiologie, van beperkte waarde is.

Literatuur

- 1 Cephalalgia. Norway: Norwegian University Press, Pulications Expediting Inc, 1988; 8, suppl 7: 61-5.
- 2 McNeill C. Temporomandibular disorders, Guideline for classification, assessment and management. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc., 1993: 39-60.
- 3 Lobbezoo-Scholte AM, Steenks MH, Faber JAJ, Bosman F. Diagnostic value of orthopedic tests in patients with temporomandibular disorders. J Dent Res 1993; 72 (10): 1443-53.
- 4 Steenks MH, Wijer A de, red. Craniomandibulaire dysfuncties vanuit een fysiotherapeutisch en een tandheelkundig perspectief. Utrecht: De Tijdstroom, 1989: 101-24.
- 5 Koole R. Diagnostiek en chirurgische interventie bij pijn rond het kaakgewricht. In: Steenks MH, Wijer A de, red. Craniomandibulaire dysfuncties vanuit een fysiotherapeutisch en een tandheelkundig perspectief. Utrecht: De Tijdstroom, 1989: 50-85.
- 6 Kanter RJAM de. Prevalence and etiology of craniomandibular dysfunction; an epidemiological study of the Dutch adult population. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1990. Academisch proefschrift.
- 7 Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. Swed Dent J 1974 a; 67: 101-21.
- 8 Szentpétery A. Clinical utility of mandibular movement ranges. J Orofac Pain 1993; 7: 163-8.
- 9 Derksen AAD, Bosman F. Enige aspecten betreffende het pijndysfunctiesyndroom. Ned Tijdschr Tandheelkd 1968; 72: 102-25.
- 10 Lobbezoo-Scholte AM, Lobbezoo F, Steenks MH, Leeuw JRJ de, Bosman F. Diagnostic subgroups of craniomandibular disorders. Part II: Symptom profiles. J Orofac Pain 1995; 9: 37-43.
- 11 Leeuw JRJ de, Steenks MH, Ros WJG, Scholte AM, Bosman F, Winnubst JAW. Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction I: Symptoms and correlates. J Oral Rehabil 1994; 21: 501-14.
- 12 Leeuw JRJ de, Ros WJG, Steenks MH, Scholte AM, Bosman F, Winnubst JAW. Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction II: Pain assessment. J Oral Rehabil 1994; 21: 515-32.
- 13 Wijer A de. Temporomandibular and cervical spine disorders. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995. Academisch proefschrift.
- 14 Steenks MH, Witkamp ThD. The correlation between clinical findings and MR imaging in anterior disc displacement. J Oral Rehabil 1990; 17: 207-8.
- 15 Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT). Uitvoeringsrichtlijnen voor bijzondere tandheelkundige hulp verleend in instellingen voor bijzondere tandheelkunde, vastgesteld in het overleg tussen het College van Adviserend Tandartsen (CAT) en het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT). Rapport januari 1996.
- 16 Bernhöft K, Klammt J. Untersuchungen über Beziehungen zwischen funktionellen Störungen an den Kiefergelenken und der Halswirbelsäule. Zahn Mund Kieferheilkd, 1988; 76: 36-9.
- 17 Clark GT. Examining temporomandibular disorder patients for craniocervical dysfunction. J Craniomand Practice 1983; 2: 55-63.
- 18 Clark GT, Green EM, Dornan MR, et al. Craniocervical dysfunction levels in a patient sample from a temporomandibular joint clinic. J Am Dent Assoc 1987; 115: 251-6.
- 19 Wijer A de, Steenks M.H. Richtlijnen voor het functieonderzoek van de cervicale en thoracale wervelkolom en de schoudergordel. In: Steenks MH, Wijer A de, red. Craniomandibulaire dysfuncties vanuit een fysiotherapeutisch en tandheelkundig perspectief. Utrecht: De Tijdstroom, 1989: 149-82.
- 20 Bland JM. Disorders of the cervical spine. Diagnosis and medical management. 2e druk. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994.

Summary

DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION BY THE DENTAL PRACTITIONER

Key words: Temporomandibular dysfunction – Cervical spine disorders

Because of other diseases mimicking the symptoms of temporomandibular dysfunction (TMD), differential diagnosis is of the utmost importance. Diagnostic subgroups of TMD (osteoarthritis, anterior disc displacement with/without reduction, TMD-my) can be distinguished by a combination of active movements, passive opening and palpation. Active movement appeared to be the most powerful test for distinguishing the subgroups of TMD, e.g. myogenous, arthrogenous, myogenous and arthrogenous. It is advised to have an open mind in the clinical examination and to be aware of the many mimicking disorders before reaching a diagnosis. An anamnestic questionnaire addressing the pain history, signs and symptoms of TMD, functional impairments, correlates of TMD, psychosocial evaluation and general health status is mandatory. Headache and neckpain often accompany TMD. In appropriate situations it is advised to refer to the proper specialist, before starting treatment for TMD. Orthopedic tests of the cervical spine are of minor importance in discriminating between patients with TMD and patients with cervical spine disorders (CSD). It is therefore advised to evaluate the function of the stomatognathic system in patients with neck complaints to rule out a possible involvement of this system.