

Temporomandibulaire dysfuncties

De rol van de keel-, neus- en oorarts

G.J. Hordijk, KNO-arts

Samenvatting. Oorpijn, oorsuizen, duizeligheid en gehoorverlies zijn veel geuite klachten bij patiënten met temporomandibulaire dysfunctie (TMD). Deze klachten kunnen gegeneerd worden door andere oorzaken dan TMD, reden waarom een deel van de patiënten KNO-heelkundig dient te worden onderzocht. De klachten dienen zoveel mogelijk te worden geobjectiveerd (audiometrie, evenwichtsonderzoek) om enerzijds de relatie tussen de ziektebeelden te onderzoeken en anderzijds het effect van de therapie op de klachten te kunnen beoordelen.

HORDIJK GJ. Temporomandibulaire dysfuncties. De rol van de keel-, neus- en oorarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 273-274.

Uit de Medische Faculteit Utrecht,
afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde
van het Academisch Ziekenhuis
te Utrecht.

Trefwoorden: Temporomandibulaire
dysfunctie – Oorklachten

Datum van acceptatie: 7 april 1996.

Adres: Prof.dr. G.J. Hordijk,
AZU, Heidelberglaan 100,
3584 CX Utrecht.

1 Inleiding

Pijn in en rond het oor, duizeligheid en oorsuizen zijn frequent en soms de zich presenterende klachten van patiënten met een temporomandibulaire dysfunctie (TMD). Patiënten met een artrogene vorm van TMD en patiënten met een gecombineerde artrogene en myogene vorm van TMD vertonen significant meer pijn in het oor dan een controlegroep.^{1,2} Een vol, verstopt gevoel in het oor bleek het meest voorkomende KNO-gerelateerde symptoom. Omdat zowel de oorpijn, de duizeligheid als het oorsuizen een eigen genese kunnen hebben, is het nodig dat – indien anamnese en onderzoek van de TMD-patiënten onduidelijkheden openlaten – de KNO-arts wordt geraadpleegd. Bij patiënten met vermeende 'otologische' klachten die door de huisarts of de tandarts naar de KNO-arts zijn verwezen, dient men een eventuele temporomandibulaire dysfunctie te overwegen. Het voorgaande betekent dat in de differentiële diagnostiek rekening moet worden gehouden met een overlap van symptomen. In deze publicatie wordt een aantal otologische afwijkingen aangegeven waarmee de tandarts, bij de beoordeling van potentiële TMD-patiënten, rekening moet houden.

2 Pijn in en rond het oor

Oorpijn gegeneerd door een otologische afwijking zal gemakkelijk ook door een niet-otoloog worden herkend, omdat naast oorpijn ook andere otologische klachten en afwijkingen aanwezig zullen zijn. Zo zal de pijnlijke acute otitis externa gepaard gaan met roodheid en zwelling van de gehoorgang, de uitwendige introitus en van de oorschelp. Een belangrijk diagnostisch hulpmiddel is dat de oorpijn wordt verergerd door aan de oorschelp te trekken. De chronische otitis externa wordt vooral gekenmerkt door jeuk en door schilfering van de huid van de gehoorgang, soms zich uitbreidend tot op de oorschelp. Middenoorafwijkingen zullen vaak gepaard gaan met gehoorverlies waarbij dit geleidingsverlies, zeker indien éénzijdig aanwezig, met behulp van eenvoudige stemvorkproeven goed kan worden vastgesteld.

Ook als het midden- en uitwendig oor niet afwijkend zijn, kan de oorpijn veroorzaakt worden door afwijkingen in het 'KNO-gebied'. Een frequent voorkomende oorzaak, de 'referred pain', dient dan te worden uitgesloten.³

3 Referred pain als oorzaak van oorklachten

De complexiteit van de sensibele innervatie van oorschelp, huid over het mastoïd, gehoorgang, trommelvlies en midden-

oor (vier verschillende hersenzenuwen, twee cervicale wortels) verklaart dat referred pain in en rond het oor gegeneerd kan worden vanuit een vrij grote regio in het hoofd-halsgebied. Omdat de precieze locatie van het gebied waar de pijn wordt aangegeven ons behulpzaam kan zijn bij het lokaliseren van de voor de referred pain oorzakelijke laesie (irritatie), zijn het afnemen van een goede anamnese en anatomische kennis van de sensibele innervatie van midden- en uitwendig oor noodzakelijk (tab. I).

Het zoeken naar de oorzaak (irritatie) van de referred pain dient zich tevens uit te strekken tot de mond en de mondbodem, het palatum, de neusbijholten en de fossa infratemporalis (n. V), de nasopharynx, de tonsillen en het adenoid, de tongbasis (n. IX), de larynx, de trachea en de hypopharynx (n. X), en de halswervelkolom (C2/C3). Een opvallende en vaak gepresenteerde klacht is dat de referred pain vooral wordt gegeneerd door het drinken van (sterk) alcoholische dranken en het eten van gekruid voedsel (referred pain n. V, n. IX, n. X). De referred pain in het gebied van de n. facialis is 'otologisch gekleurd' en komt voor bij Bell-verlamming en herpes zoster oticus. De in de cervicale wervelkolom gegeneerde referred pain (huid over het mastoïd, achterzijde oorschelp) komt vooral voor bij patiënten met een halswervelkolomtrauma en patiënten met een zweepslagtrauma.

Speciale vermelding verdient nog het styloïd-syndroom, ook wel Eagle-syndroom genoemd. Hoewel niet frequent voorkomend, dient het toch te worden onderkend. Naast de referred pain in het oor (n. IX-lokalisatie) klaagt de patiënt vaak over een 'brokgevoel' in de hals dat ook aanwezig is bij het doorslikken van voedsel. Dit is een belangrijk differentiële diagnostisch criterium ten opzichte van het globusgevoel. Omdat bijna alle patiënten met dit brokgevoel een tonsillectomie hebben ondergaan, wordt de relatie gelegd tussen littekenretractie en de lange processus styloideus en het ligament. Hierdoor ontstaat extra tractie op de vezels van de n. glossopharyngeus. De te lange processus styloideus is goed te palperen in de tonsilregio. Indien de processus styloideus bij palpatie langer dan normaal lijkt (soms tot 10 cm!) en de pijnklachten te couperen zijn met het injecteren van een lokaal anestheticum is chirurgische verkleining een mogelijkheid.

Hoewel de verhandeling over de referred pain uitgebreid lijkt, blijkt in de praktijk het bagatelliseren van deze klacht aanleiding te zijn voor het vaak (te) laat vaststellen van maligniteiten in het hoofd-halsgebied. Vele tumoren in vaak moeilijk te onderzoeken gebieden (tongbasis, tonsilbasis, hypopharynx, supraglottische regio) zouden eerder voor behandeling in aanmerking zijn gekomen indien op de zo typische klacht van de referred pain door middel van een gericht spiegelend KNO-onderzoek zou zijn gereageerd.

Tabel I. Sensibele innervatie van midden- en uitwendig oor.

Het voorste deel van het laterale oppervlak van de oorschelp, de boven- en de voorrand van de gehoorgang en het voorste deel van het trommelvlies worden geïnnerveerd door de n. auriculotemporalis (3e tak van de n. trigeminus).

De lobulus, de helix en de antihelix van de oorschelp, alsmede de huid over het mastoïd worden geïnnerveerd door de n. auricularis magnus en enkele andere kleine takken van de spinale zenuw C2/C3.

Het cavum conchae en het onderste en het achterste deel van de gehoorgang worden door de sensorische takken van de n. facialis (n. intermedius) verzorgd, maar tevens door de n. Arnoldii (de auriculare tak van de n. vagus) en de n. Jacobsonii (tak van de n. glossopharyngeus).

Het middenoor wordt sensibel geïnnerveerd door de sensibele plexus gevormd door de zenuwen van de n. caroticotympanicus (tak van de plexus tympanicus), de n. Jacobsonii (n. IX) en de takken van de n. petrosus superficialis major (n. VII).

4 Oorsuizen en duizeligheid

Oorsuizen (tinnitus) en duizeligheid (onevenwichtigheid/ onzekerheid) zijn veel voorkomende klachten bij patiënten met TMD. In een recente studie bleken de klachten significant vaker voor te komen in een groep patiënten met TMD dan in een controlegroep.⁴ Hoewel ook in de controlegroep oorsuizen bij een kwart tot een derde van de personen voorkwam, bleek het bij TMD-patiënten in 60% voor te komen. Indien tevens naar de ernst van oorsuizen werd gevraagd, bleek het verschil nog duidelijker. Zo had 17% van de TMD-patiënten zoveel last van oorsuizen dat dit het inslapen bemoeilijkte, terwijl dit in de controlegroep slechts bij ongeveer 4% voorkwam. Onevenwichtigheid en onzekerheid kwamen bij 30%-40% van de controlepersonen voor, bij de TMD-groep bleek bijna 75% last te hebben van onevenwichtigheid. Ernstige draaiduizeligheid (vertigo) kwam bij één vijfde van de patiënten met TMD voor, terwijl dit nauwelijks voorkwam bij de controlepersonen.

De van oudsher geopperde mechanische verklaringen voor de klachten van gehoorverlies, duizeligheid en oorsuizen bij patiënten met TMD (malpositie van de condyle waardoor obstructie plaatsvindt van de buis van Eustachius;⁵ een hoge activiteit van de m. tensor tympani;⁶ directe stimulatie van de malleus door tractie op het voorste hamersteeligament) zijn niet realistisch gebleken.^{7,8} De frequentie van de mechanische systemen kunnen immers onmogelijk hoogfrequent oorsuizen of duizeligheid induceren. Ook de overige 'otologische' klachten kunnen hierdoor onvoldoende worden verklaard. Een andere verklaring zou kunnen worden gevonden in de zowel voor TMD-patiënten als voor patiënten met oorsuizen en duizeligheid aanwezige karakterstructuur (emotional stress syndroom). Stress verhoogt en de klachten die samenhangen met TMD en de sensaties van oorsuizen en duizeligheid; de overeenkomst tussen TMD en de ziekte van Ménière dringt zich op. Oorsuizen, duizeligheid en gehoorverlies zijn karakteristiek voor de ziekte van Ménière waarvan de

pathogenese onbekend is; de endolymphatische hydrops is echter het onderliggend pathologisch substraat. De typische Ménière-persoonlijkheid is zeer nauwgezet, streng voor zichzelf en heeft een relatief labiel autonoom zenuwstelsel, hetgeen de verklaring vormt voor vasospasme bij stress (waardoor een endolymphatische hydrops?) en aanvallen van hoofdpijn en migraine. De persoonlijkheidsprofielen van sommige TMD-patiënten en patiënten met de ziekte van Ménière lijken veel op elkaar. Aan spanning gerelateerde klachten, waaronder migraine, hoofdpijn en nekpijn, komen in beide groepen patiënten veel voor.

Hoewel de basis voor deze verklaring van samengaan tussen TMD en oorklachten hypothetisch is, zou deze kunnen worden versterkt indien de klachten gunstig zouden worden beïnvloed door de succesvolle behandeling van het TMD. Hoewel subjectieve verbetering van gehoor en draaiduizeligheid wordt gemeld, blijkt deze in de meerderheid der gevallen noch bij het audiogram noch bij het vestibulair onderzoek vastgesteld te kunnen worden, dan wel is het onderzoek nagelaten.⁹

5 Conclusie

De KNO-arts dient bij (alle) patiënten met een mogelijke TMD en atypische otologische klachten die niet in het functieonderzoek van het kauwstelsel kunnen worden opgeroepen dan wel erdoor kunnen worden verklaard, te worden geconsulteerd. Enerzijds kunnen zo de oorzaken van otologische klachten op zijn terrein uitgesloten worden, anderzijds kan de wetenschappelijk interessante vraag in hoeverre oorsuizen, duizeligheid en gehoorverlies symptomen zijn die aan tegelijk optredende afwijkingen of aan één ziektebeeld zijn toe te schrijven, worden vastgelegd.

Literatuur

- Leeuw JRJ de, Steenks MH, Ros WJG, Lobbezoo-Scholte AM, Bosman F, Winnubst JAM. Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction. I: Symptoms and correlates. *J Oral Rehabil* 1994; 21: 501-14.
- Bernstein JM, Mohl ND, Spiller H. Temporomandibular joint dysfunction masquerading as diseases of ear, nose and throat. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1969; 73: 1208-17.
- Powers WH, Britton BH. Nonotogenic otalgia: diagnosis and treatment. *Am J Otol* 1980; 2: 97-104.
- Chole RA, Parker WS. Tinnitus and vertigo in patients with temporomandibular disorder. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118: 817-21.
- Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependant upon disturbed dysfunction of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1934; 43: 1-15.
- Myrhaug H. The incidence of ear symptoms in cases of malocclusion and temporomandibular joint disturbances. *Br J Oral Surg* 1965; 2: 28-32.
- Williamson EH. The interrelationships of internal derangement of the TMJ, headache, vertigo and tinnitus: a study of 25 patients. *Facial Orthop Temporomandib Arthrol* 1986; 3: 3-17.
- Pinto O. A new structure related to the temporomandibular joint and the middle ear. *J Prosthet Dent* 1962; 12: 95-103.
- Brookes GB, Maw AR, Coleman MJ. Costen's syndrome correlation or coincidence: a review of 45 patients with temporomandibular joint dysfunction, otalgia and other aural symptoms. *Clin Otolaryngol* 1980; 5: 23-36.

Summary

TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS AND THE ROLE OF THE OTOLARYNGOLOGIST

Key words: Temporomandibular disorders – Otolaryngology

Earache, tinnitus, dizziness and hearing loss are frequent complaints of patients with temporomandibular disorder (TMD). Certain patients, therefore, have to be examined by an otolaryngologist. All ear symptoms have to be meticulously described and evaluated by audiometry and vestibular examination. This is obligatory for the evaluation of treatment results and further exploration of the possible relation between these complaints and TMD.