

Uit en voor de praktijk

Craniomandibulaire dysfunctie?

J. van der Zaag, tandarts
R.S. McCarroll, tandarts

Trefwoord: Craniomandibulaire
dysfunctie

Adres: Jac. van der Zaag, vakgroep Orale
Functieleer, ACTA, Louwesweg 1,
1066 EA Amsterdam.

Gegeven

Een 25-jarige gezonde vrouw werd door haar tandarts in oktober 1995 verwezen naar de vakgroep Orale Functieleer in verband met een pijnklacht in de onderkaak rechts, die doortrekt naar het rechter oor. De klacht is ontstaan nadat in mei 1992 gebitselement 48 chirurgisch was verwijderd. Naar aanleiding van de pijnklacht was 45 endodontisch behandeld en was 46, na eerst endodontisch te zijn behandeld, uiteindelijk geëxtraheerd. De klachten zijn echter blijven bestaan.

Vraag

Een kaakchirurg heeft voorgesteld om 47 te devitaliseren. De tandarts stelt in zijn verwijsbrief dat hij het onwaarschijnlijk acht dat 47 de oorzaak is van de narigheid en vraagt of hier wellicht sprake is van craniomandibulaire dysfunctie (CMD).

Antwoord

Tijdens het Uitgebreid Functie Onderzoek (UFO), uitgevoerd in november 1995, komt naar voren dat patiënte last heeft van een continue zeurende pijn rechtsonder ter plaatse van de kaakhoek met zo nu en dan scherpe opvlammingsen. Tijdens zo'n opvlaming wordt de kaakhoek rood, gezwollen, straalt de pijn uit in de richting van het oor, is er sprake van een beperkte maximale mondopening en krijgt zij licht pijnlijke lymfklierzwellingen in de hals. De m. masseter en de m. pterygoideus medialis zijn niet palpatiegevoelig; statische orthopedische spiertesten geven een pijnrespons ter plaatse van de kaakhoek. Intra-oraal onderzoek leverde geen bijzonderheden op. De sensibiliteit van de onderlip was ongestoord.

De patiënte is zich niet bewust van parafuncties en er zijn ook geen occlusale aanwijzingen daarvoor. De uitgebreide psychologische vragenlijst, die patiënten bij onze afdeling altijd vooraf wordt gevraagd in te vullen, gaf geen bijzonderheden.

De voorlopige diagnose, op basis van de voorgeschiedenis van recidiverende pijnklachten, periodieke zwelling van de rechter wang en trismus, het UFO, en het orthopantomogram (OPT) uit 1994 (afb. 1) en het nu recent vervaardigde OPT (afb. 2), waarop in de molaarstreek rechtsonder en in de rechter opstijgende tak tot diffuse sclerose met hier en daar osteolytische veranderingen zichtbaar zijn, luidt: chronische diffuse sclerose osteomyelitis. Patiënte is op grond van deze voorlopige diagnose doorgestuurd

Afb. 1. Orthopantomogram uit 1994. Het bot in de molaarstreek rechtsonder en in de rechter opstijgende tak toont diffuse sclerotische veranderingen en plaatselijke ook enigszins vlekvormige lucenties. Het beeld is suggestief voor chronische diffuse sclerose osteomyelitis.

Afb. 2. Orthopantomogram uit november 1995. Extractie van 46 heeft niet tot vermindering van de klachten geleid. Het botaspect lijkt niet wezenlijk te zijn veranderd ten opzichte van het aspect in 1994.



naar een kaakchirurg, die de diagnose inmiddels heeft bevestigd.

Nu blijkt er in de literatuur geen overeenstemming te bestaan omtrent de etiologie van diffuse sclerose osteomyelitis. De meeste auteurs gaan uit van een laag virulente subpyogene ontsteking, maar het blijkt vrijwel onmogelijk micro-organismen te kweken.¹ Veelal lijkt het bij wel gevonden bacteriën om contaminatie te gaan. Als gevolg van deze onduidelijkheid is in recent onderzoek de hypothese gesteld dat deze vorm van osteomyelitis mogelijk berust op een chronische tendoperiostose als gevolg van spieroverbelasting.^{1,2} Toch een mogelijke betrokkenheid met CMD dus. Deze veronderstelling wordt echter voornamelijk ondersteund door therapieresultaten.^{1,2} Een conservatieve therapie gebaseerd op spierrelaxatie met behulp van myofeedback, spieroefeningen en splinttherapie bleek succesvoller dan de gebruikelijke chirurgische en medicinale behandeling.^{1,2}

Ook bij deze patiënte zal de therapie in eerste instantie conservatief zijn. Toch kan men, menen wij, bij deze casus niet met zekerheid stellen dat de etiologie duidelijk chronische spieroverbelasting is. Er is immers de voorgeschiedenis van een chirurgische ingreep (operatieve verwijdering van 48 in mei 1992) voorafgaand aan het begin van de klachten. Tevens kon op basis van het UFO de diagnose myogene CMD niet met overtuiging worden gesteld.

Naschrift

Hoe ook het uiteindelijke beloop bij deze patiënte zal zijn, in ieder geval demonstreert deze casus wel hoe moeilijk pijnklachten in het gebied van onder- en bovenkaak soms zijn te diagnosticeren. Achteraf bezien – maar hoe makkelijk is dat niet – is mogelijk op onvoldoende gronden een kanaalbehandeling uitgevoerd in 45 en in 46, met uiteindelijk zelfs extractie van 46.

Literatuur

- 1 Merkesteyn JPR van, Groot RH, Bras J, McCarroll RS, Bakker DJ. Diffuse sclerosing osteomyelitis of the mandible: a new concept of its etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1990; 70: 414-9.
- 2 Groot RH, Merkesteyn JPR van, Soest JJ van, Bras J. Diffuse sclerosing osteomyelitis (chronic tendoperiostitis) of the mandible: An 11-year follow-up report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1992; 74: 557-60.

