



B. Stegenga

Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn

Samenvatting

Trefwoorden:

- Pijn
- Diagnostiek

Uit de kliniek voor Mond-
ziekten, Kaakchirurgie en
Bijzondere Tandheelkunde
van het Academisch Zieken-
huis Groningen.

Datum van acceptatie:
8 augustus 2000.

Adres:
Dr. B. Stegenga
AZ Groningen
Postbus 30.001
9700 RB Groningen

Bij de behandeling van pijn in het orofaciale gebied tracht men in het algemeen de factoren te beïnvloeden, die de pijn initiëren of verergeren. Hiertoe moet men, waar mogelijk, etiologische factoren elimineren, nociceptieve mechanismen ontregelen en adaptieve mechanismen ondersteunen. Daarnaast tracht men methoden en middelen toe te passen die de patiënt in staat stellen met de (resterende) klachten om te gaan.

Zoals bij alle stoornissen is ook bij stoornissen met pijn een specifieke diagnose de basis voor een succesvolle behandeling. Bij pijn is van belang vast te stellen of er sprake is van een acuut of chronisch probleem, de pijnkenmerken een somatische of neuropathische basis suggereren en of de ervaren pijn primair dan wel secundair (hyperalgesie, 'referred pain') is.

Het is belangrijk pijn op te vatten als een multidimensionaal verschijnsel, waarbij psychosociale factoren altijd aandacht verdienen. In een zo vroeg mogelijk stadium moet de tandarts beoordelen of hij de pijnklacht zelf kan behandelen, of nadere consultatie of verwijzing noodzakelijk is voor onderzoek en diagnostiek (kaakchirurg, KNO-arts, neuroloog, psychiater) en/of voor behandeling (fysiotherapeut, klinisch psycholoog, centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, KNO-arts, neurochirurg) en of interdisciplinaire beoordeling en behandeling noodzakelijk is, bijvoorbeeld door een pijnteam dat is samengesteld uit hulpverleners uit verschillende vakgebieden.

STEGENGA B. Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 464-470.

Inleiding

Aangezien voor pijn in het orofaciale gebied meestal een odontogene oorzaak bestaat, is dit bij uitstek het symptoom waarvoor een patiënt zich bij de tandarts vervoegt. Deze pijnen zijn voor de tandarts in de meeste gevallen dan ook niet moeilijk te diagnosticeren en adequaat te behandelen. Hij dient echter ook bekend te zijn met de minder frequent voorkomende oorzaken van pijn in het orofaciale gebied. Het is goed te beseffen dat meerdere disciplines zich daarmee bezighouden. Complexe pijnproblemen worden bij voorkeur multidisciplinair benaderd. Van de tandarts mag minimaal worden verwacht dat hij in staat is te beoordelen of hij de pijnklacht zelf adequaat kan diagnosticeren en behandelen of dat hiertoe nadere consultatie, verwijzing naar of samenwerking met andere disciplines noodzakelijk is.

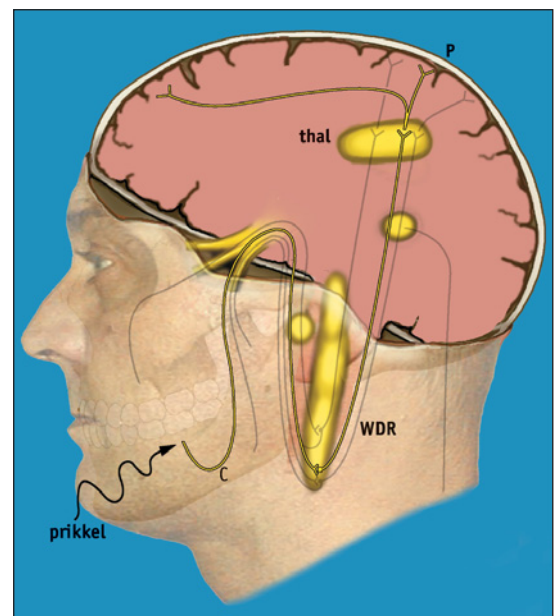
Nociceptie en pijnwaarneming

Pijn wordt doorgaans gedefinieerd als 'een onaangename sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met werkelijke of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van dergelijke beschadiging' (International Association for the Study of Pain, 1979). In deze definitie zit een aantal elementen besloten, aan elk waarvan voor een adequate diagnostiek en behandeling aandacht moet worden besteed. Deze elementen zijn: nociceptie, pijnwaarneming, pijnverwerking (beleving en interpretatie van pijn) en pijngedrag (het uiten aan de pijnverwerking) (Loeser, 1980).

Nociceptie is het prikkelen van nociceptoren. Dit

zijn gespecialiseerde receptoren, die bij stimulering een gewaarwording van pijn kunnen teweegbrengen. Daarbij onderscheidt men niet alleen mechanische en thermische pijnprikkels, die gemakkelijk te onderkennen zijn, maar ook de minder duidelijke chemische prikkels. Toch kunnen ook deze laatste voor een aanhoudende nociceptieve input zorgen.

Afb. 1. Schematische voorstelling van de voortgeleiding van een nociceptieve prikkel in het orofaciale gebied via de primaire afferente zenuw via het 'wide dynamic range' (WDR) neuron naar de thalamus en van daaruit naar de cortex voor interpretatie (P = pijn). (Met toestemming overgenomen uit: Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de, red. Mondziekten en Kaakchirurgie. Van Gorcum: Assen, 2000)



Pijnimpulsen vanuit het orofaciale gebied worden via een primaire afferente zenuw en een tweede-ordeneuron voortgeleid naar de thalamus en van daaruit naar de cortex voor interpretatie van de prikkel (afb. 1). De uiteindelijke respons is de *pijnwaarneming*. De nervus trigeminus is de belangrijkste zenuw voor de transmissie van sensorische informatie vanuit het orofaciale gebied.

De uiteindelijke *pijnervaring* kan bij eenzelfde prikkel sterk variëren als gevolg van sensitisatie, desensitisatie en modulatie. Een verhoogde prikkelgevoeligheid wordt perifere sensitisatie genoemd (verlaging van de pijndrempel). Centrale sensitisatie betreft interneuronen binnen het centraal zenuwstelsel. Bij aanhoudende prikkeling van 'wide dynamic range'-neuronen kunnen specifieke receptorgebieden worden geactiveerd, waardoor het betreffende neuron wordt gesensitiseerd.

Ontsteking leidt tot verlaging van de pijndrempel. Pijn bij ontsteking wordt dan ook gekenmerkt door het spontane optreden ervan en/of hyperalgesie (dat wil zeggen: een verhoogde gevoeligheid voor bovendrempelige stimuli). De verlaging van de pijndrempel wordt veroorzaakt door ontstekingsmediatoren, die zenuwuiteinden activeren of gevoeliger maken voor prikkels (sensitisatie).

Pijnbeleving en pijngedrag

Pijn is een ervaring. Psychische factoren beïnvloeden onvermijdelijk de beleving van nociceptieve prikkels en sociale factoren bepalen in hoge mate het pijngedrag. Bij patiënten met pijn moet men dus inschatten welke betekenis de pijn heeft voor de patiënt, in welke mate de pijn het emotionele welzijn van de patiënt beïnvloedt (angst, depressie), welke gedragsfactoren van invloed zijn op het instandhouden van de pijn (onder andere bruxisme, gewoonten) en in welke mate het dagelijks functioneren en sociale relaties door de pijn worden beïnvloed. Daardoor krijgt men een indruk van de aandacht die aan deze factoren moet worden besteed bij de pijnbehandeling.

Soms blijken psychische factoren dermate op de voorgrond te staan, dat het gewenst is deze door een klinisch psycholoog in kaart te laten brengen. In sommige gevallen is sprake van een psychiatrisch ziektebeeld; in relatie met pijn zijn de belangrijkste categorieën stemmingsstoornissen, angststoornissen en somatoforme stoornissen.

Diagnostisch onderzoek bij orofaciale pijn

Pijn is vaak de primaire aanleiding voor de patiënt om medische hulp te zoeken. Aangezien pijn op basis van het voorafgaande beloop als een subjectief symptoom kan worden beschouwd, bestaat het belangrijkste onderdeel van het diagnostisch onderzoek uit de pijnanamnese. De clinicus is immers voor een groot deel afhankelijk van de beschrijving van de klacht door de patiënt.

Bij het inschatten van de intensiteit van de pijn moeten er rekening mee worden gehouden dat de pijndrempel tussen individuen sterk varieert. Wisselingen in intensiteit (en oorzaken hiervoor) geven een indicatie over de urgentie van het probleem en vaak ook aanknopingspunten voor diagnostiek of behandeling. Het tijdstip en de wijze van het ontstaan van de pijn geven niet alleen een indruk van de mate van chroniciteit, maar leveren soms de kerninformatie voor het stellen van de juiste diagnose. Iedere pijn heeft een psychische component, zelfs de meest acute pijn (Chapman en Turner, 1986). De betekenis van deze component wordt echter groter naarmate de pijn langer bestaat (Okeson, 1995). Het beloop van de pijn in de tijd levert vaak ook belangrijke en kenmerkende informatie op (continue pijn, remissies). Ook het nauwkeurig vaststellen van de lokalisatie en de lokaliseerbaarheid (plaats van het punctum maximum, verspreiding van de pijn en uitstralingspatronen) zijn vaak van grote diagnostische waarde. Soms wordt alleen het uitstralingsgebied ('referred pain') door de patiënt genoemd en komt dit gebied niet overeen met de lokalisatie van oorsprong van de pijn. Oorpijn kan bijvoorbeeld een manifestatie zijn van een carcinoom van de laterale tongrand.

Vaak gaat pijn gepaard met andere symptomen of worden andere symptomen (terloops) bij het beschrijven van de pijnklacht genoemd; voorbeelden zijn zwelling, afvloed van vocht, verminderde kauw- of slikfunctie, gevoelsstoornissen, spierzwakte.

Bij pijn in het orofaciale gebied is meestal sprake van een odontogene infectie of ontsteking. Om deze reden moet een nauwkeurig onderzoek van de mondholte en het gebit bij iedere pijnklacht in het orofaciale gebied plaatsvinden. In de meeste gevallen is de tandarts in staat zelf de diagnose te stellen en de behandeling uit te voeren. Aangezien pijnklachten in dit gebied ook, zij het minder frequent, kunnen samenhangen met andere oorzaken, zoals sinusitis, otitis, speekselklierafwijkingen, kaakgewrichtsstoornissen en myofasciale pijn, zal het onderzoek zich vaak naar deze aandachtsgebieden moeten uitbreiden op het moment dat een odontogene oorzaak niet zo duidelijk is. Voldoende kennis van deze gebieden is daarom noodzakelijk.

Een belangrijk onderdeel van het klinische onderzoek, waarvan vaak onvoldoende gebruik wordt gemaakt, is de respons op een proefanesthesie (Meijer, 2000). Wanneer de injectie adequaat en met beleid wordt toegediend, wordt geaspireerd en bij extraorale injecties de huid vooraf goed wordt gedesinfecteerd, levert een diagnostische blokkade vaak zeer waardevolle informatie op en zal men niet zelden de primaire pijnbron kunnen lokaliseren. In de regel wordt hiertoe een kortwerkend lokaal anestheticum gebruikt.

Differentiële diagnostiek bij orofaciale pijn

Bij pijn is van belang vast te stellen of er sprake is van een *acuut* of *chronisch* probleem, of de pijnkenmerken een *somatische* of *neuropathische* basis suggereren en

Tabel 1. Differentiële diagnostiek bij acute en chronische pijn in de maxilla of mandibula.**Aanhoudende acute pijn**

- Acute pulpitis
- Periapicaal abces (acute exacerbatie van periapicaal granuloom)
- Parodontaal abces
- Acute osteomyelitis
- Subacute osteomyelitis
- Acute sinusitis maxillaris

Episodische acute pijn

- Acute pulpitis
- Periapicaal abces (acute exacerbatie van periapicaal granuloom)
- Cracked tooth syndroom
- Vacuüm sinus
- Trigemineusneuralgie
- Clusterhoofdpijn
- Cardiogene pijn (mandibula)

Chronische pijn

- Chronische periapicale ontsteking
- Chronische osteomyelitis
- Lokale myalgie (m.masseter, m.pterygoideus lateralis)
- Postherpetische neuralgie
- Sympathisch gemedieerde pijn (causalgie)
- Traumatisch neuroom
- Neoplasma
- Atypische orofaciale pijn (bijv. stomatodynie)
- Referred pain uit mediastinum, longen (neoplasma)
- Chronische (allergische) sinusitis maxillaris

of de ervaren pijn *primair* dan wel *secundair* (hyperalgesie, referred pain) is (Stegenga *et al*, 2000).

Acute en chronische pijn

Bij ieder pijnprobleem is het van groot belang na te gaan hoe lang de pijnklacht bestaat. Daarmee kan het bestaan of de dreiging van het ontwikkelen van een chronisch pijnsyndroom zo vroeg mogelijk worden onderkend. Men moet er dus voor zorgen dat de anamnese en het klinisch onderzoek voldoende informatie opleveren om vast te stellen of er sprake is van (dreigende) chroniciteit. Als de tijd die normaliter nodig is om genezing te bewerkstelligen, is overschreden, (deze zal de periode van drie maanden zelden overschrijden) en de pijnklachten desondanks blijven bestaan, beschouwt men deze als chronisch. Het is belangrijk te bedenken dat – zoals eerder is opgemerkt – de betekenis van psychische factoren groter wordt naarmate de pijn langer bestaat (Okeson, 1995): de patiënt heeft de neiging zich terug te trekken en minder deel te nemen aan normale dagelijkse activiteiten. De patiënt stelt zich afhankelijk

Tabel 2. Verschillen tussen nociceptieve (somatische) pijn en neuropathische pijn.

	Nociceptieve pijn	Neuropathische pijn
Lokalisatie	Weefsel/regio	Zenuwstelsel
Oorzaak	Meestal duidelijk	Meestal onduidelijk
Beloop	Acuut of episodisch	Chronisch of episodisch
Intensiteit	Vaak progressief	Constant

ker op en kan stemmingsveranderingen vertonen (depressiviteit). Dit kan zich ook uiten in een veranderend slaappatroon. De pijn gaat een hoofdrol spelen. Zonder de pijnklachten af te doen als ‘psychogeen’, is het belangrijk het ontwikkelen van chroniciteit tijdig te onderkennen.

In het geval van een acute pijnklacht in het orofaciale gebied (tab. 1) moet men altijd bedacht zijn op een infectieus proces uitgaande van de pulpa of het parodontium, de mucosa (zoals virale ulceratie of blaasjes), een speekselklier, bot (osteomyelitis), het kaakgewricht (osteoarthritis, infectieuze artritis) of het middenoor (otitis media). Als dit niet het geval is, kan men anamnestic trachten te achterhalen of het gaat om pijn die met remissies optreedt of om pijn die continu aanwezig is. In het eerste geval moet men denken aan een trigemineusneuralgie of clusterhoofdpijn. Als de pijn continu is, kan men te maken hebben met een acute exacerbatie van osteoarthritis van het kaakgewricht. Tevens moet men rekening houden met de mogelijkheid van een atypische odontalgie, deafferentatiepijn of acute myalgie.

Bij episodisch optredende pijn met een chronisch karakter worden afwijkingen met een odontogene oorzaak, speekselklierobstructie, (osteo)arthritis van het kaakgewricht meestal tevens gekenmerkt door andere symptomen dan pijn. Bij een continue doffe pijn moet men eveneens denken aan een kaakgewrichtsstoornis, terwijl dit ook kan passen bij een periapicaal granuloom, parodontitis, chronische osteomyelitis of een neoplasma. Brandende pijn past beter bij een vesiculaire of bulleuze aandoening. Als geen andere symptomen dan pijn aanwezig zijn en deze optreedt met remissies, moet men rekening houden met een cardiogene genese (Graham en Schinbeckler, 1982), vasculaire pijn, pijn met een artrogene of myogene oorsprong of atypische odontalgie. Bij een continue pijn kan men eveneens aan een artrogene of myogene oorsprong denken, maar ook aan sympathisch gemedieerde pijn, stomatodynia, glossodynia en postherpetische neuralgie.

Nociceptieve of neuropathische pijn

Beschadiging van somatische weefsels leidt tot prikkeling van nociceptoren. De bijbehorende pijn noemt men ‘nociceptieve’ of ook wel ‘somatische’ pijn. Het zenuwstelsel zelf is daarbij in principe intact. Als pijn ontstaat door beschadiging van (centrale of perifere) zenuwvezels spreekt men van ‘neuropathische’ pijn. Deze beschadiging kan direct plaatsvinden, maar ook indirect door aanhoudende nociceptieve prikkels, waardoor veranderingen in zenuwcellen worden teweeggebracht (neuroplasticiteit). Een persisterende nociceptieve pijn kan dus onttaarden in een chronische neuropathische pijn, die berust op neuroplastische veranderingen in het zenuwstelsel. Adequate pijnbestrijding en beheersing van uitgebreide ontstekingsreacties is daarom niet alleen nuttig om de directe morbiditeit tot een minimum te beperken, maar ook ter

Tabel 3. Differentiële diagnostiek bij nociceptieve pijnen.

	Oppervlakkig	Diep musculoskelettaal	Overige ')
Lokaliseerbaarheid	+	±	±
Betrouwbaarheid respons op provocatie	+	±	±
Respons op mechanische provocatie	voorspelbaar	gradueel	drempel
Secundaire manifestaties*	-	+	+
Eliminatie met oppervlakteanesthesie	+	-	-

‘) pijnen uitgaande van sinus, glandulae en vaten

* referred pain, autonome symptomen of secundaire musculaire reacties

preventie van chroniciteit van pijn. De karakteristieken van beide typen pijn zijn samengevat in tabel 2.

Nociceptieve pijn kan de huid, de mucosa en de gingiva betreffen, maar ook dieper gelegen weefsels (pulpa, parodontium, kaakgewricht, spieren, sinus, klieren, bloedvaten) (tab. 3). Oppervlakkige pijn is vrijwel altijd goed lokaliseerbaar. De plaats waar de pijn wordt waargenomen komt overeen met de oorzaak van de pijn. De pijn kan worden geëlimineerd door toediening van oppervlakteanesthesie. Pijn veroorzaakt door dieper gelegen structuren is diffuus en de respons op provocatie is minder betrouwbaar. Vaak is daarbij sprake van referred pain, autonome symptomen en secundaire musculaire reacties (Okeson, 1995). Een frequent voorkomende type pijn is die uitgaande van musculoskeletale structuren van het kauwstelsel: musculoskeletale pijn, ook wel bekend als CMD (zie elders in dit themanummer Lobbezoo, 2000).

Pijn uitgaande van de sinus maxillaris en de speekselklieren is vaak dof of zeurend van karakter. Dit type ‘diepe pijn’ is vaak slecht te lokaliseren en veelal diffuus. Evenals bij musculoskeletale pijnen treden vaak secundaire effecten op, zoals referred pain, secundaire hyperalgesie, lokale autonome effecten en secundaire musculaire co-contractie. Een klinisch belangrijk onderscheid met musculoskeletale pijn is de reactie op provocatie (Okeson, 1995): bij deze pijnen geeft een prikkel pas boven een bepaalde drempel een reactie, terwijl de pijnrespons bij musculoskeletale pijn min of meer evenredig is met de intensiteit van de provocatie. Karakteristiek voor sinusitis is een drukkend gevoel dat toeneemt bij voorover bukken en pijnklachten veroorzaakt als het neusslijmvlies bij het proces is betrokken (Druce en Slavin, 1991). Aan pijn uitgaande van de speeksel- en lymfeklieren ligt meestal een ontstekingsproces ten grondslag; deze pijn is hierdoor in de meeste gevallen goed te diagnosticeren.

Neurovasculaire en vasculaire pijnen hebben een kloppend karakter. Deze kwaliteit moet niet worden verward met ontstekingspijn bij pulpitis, periostitis en cellulitis. De bekendste vorm van neurovasculaire pijn is migraine. Het gaat om een recidiverende unilaterale hoofdpijn, mogelijk voorafgegaan door mentale veranderingen en neurologische symptomen (fotofobie en fonofobie, paresthesie, sterretjes zien, moeheid en spraakproblemen). Minder frequent komt clusterhoofdpijn (neuralgie van Horton) voor. Deze vorm van hoofdpijn treedt op in clusters van enkele weken, doorgaans op hetzelfde tijdstip van de dag, meestal 's

avonds of 's nachts. Het is een plotseling explosief optredende zeer heftige unilaterale hoofdpijn, die meestal rond het oog en temporaal is gelokaliseerd. Genoemde beelden zijn, mits ze bij de clinicus bekend zijn, zo karakteristiek dat de diagnose vaak geen probleem oplevert. Het meest frequent treedt verwarving op met spanningshoofdpijn ('tension type headache'). Dit is een doorgaans bilateraal optredende vorm van hoofdpijn, die zich uit als 'een strakke band om het hoofd', niet toeneemt met normale activiteit en geen misselijkheid veroorzaakt. Craniale arteriitis wordt soms verward met 'craniomandibulaire dysfunctie' van het kauwstelsel en komt meestal unilateraal voor bij patiënten (meestal vrouwen) van boven de 50 jaar. Deze continue pijn is kloppend van karakter en voelt oppervlakkig brandend aan. De betrokken arterie (meestal de a.temporalis) is pijnlijk bij palpatie en voelt prominent aan. De bloedbezinking is verhoogd (BSE > 100 mm/uur). Vaak bestaat een associatie met polymyalgia rheumatica (pijn in schouder en heup, malaise, diplopie, zwakte, koorts). Een ernstige consequentie van de aandoening is visusverlies. Adequaat handelen, dat wil zeggen onmiddellijke verwijzing naar huisarts of neuroloog, is vereist om ten minste de visus in het nog niet aangedane oog te behouden.

Neuropathische pijn wordt binnen het zenuwstelsel gegenereerd en is daardoor niet (meer) afhankelijk van stimulatie van nociceptoren en zenuwvezels. De pijn kan dus spontaan optreden. Ook stimulatie kan een pijnreactie opwekken, maar deze staat niet in verhouding tot de stimulus (als gevolg van het zogenaamde summatie-effect). Een bekend voorbeeld hiervan is de 'trigger' bij een trigeminusneuralgie. Neuropathische pijnen worden vaak vergezeld door andere neurologische symptomen, zoals een brandende sensatie, hyperalgesie, dysesthesie en soms zelfs anesthesie. Klinisch kunnen episodische (neuralgiforme) en continue neuropathische pijnen worden onderscheiden. Het prototype van de episodische neuropathische pijn is de trigeminusneuralgie. In de meeste gevallen, vooral als een evidente trigger aanwezig is (bijv. geringe aanraking van een bepaald huidgebied), is het beeld zo karakteristiek dat het stellen van de diagnose geen problemen oplevert. Als de trigger echter is gerelateerd aan bewegingen die optreden tijdens kauwen en slikken, is het zaak de pijn te onderscheiden van musculoskeletale pijn (tab. 4). Ook een glossopharyngeusneuralgie kan worden verward met musculoskeletale pijn van het kauwstelsel. Immobilisatie van de onderkaak,

Tabel 4. Verschillen tussen neuralgiforme pijn en pijn van het musculoskeletale type.

	Neuralgiform	Musculoskeletaal
Reactie op stimulus	Disproportioneel	Gradueel
Lokaliseerbaarheid	Precies	Moeilijk
Aard van pijn	Aanvalsgewijs	Dof, variabel
Karakter	Brandend of scherp	Dof, zeurend

waarbij beweging van de tong en slikken mogelijk blijft, kan hierbij uitsluitel geven. Bovendien leidt anesthesie van de pharyngeale mucosa tot eliminatie van de pijn, in tegenstelling tot lokale anesthesie van kaakgewricht of spieren. Het is van belang dat de tandarts in geval van een diagnostisch probleem met een pijnlijk gebitselement ook de mogelijkheid van trigeminusneuralgie overweegt en zo nodig een proefmedicatie gericht op de neuralgie voorschrijft alvorens irreversibel te handelen. Meestal zal deze proefmedicatie niet door de tandarts zelf worden voorgeschreven, maar zal de tandarts de patiënt verwijzen naar de kaakchirurg of huisarts.

Ook continue neuropathische pijn kan zich presenteren als tand- of kiespijn. De pijn is dan minder variabel en meer persisterend dan odontogene pijn. Bovendien zijn er vaak ook andere sensaties (bijv. hypo-esthesie of paresthesie) in gebitselementen of de orale mucosa die door vezels van dezelfde zenuw worden geïnnerveerd. Bij herpes zoster is in een vroeg stadium pijn het enige symptoom waardoor het ziektebeeld diagnostische moeilijkheden kan opleveren. Vier tot vijf dagen na het ontstaan van de pijn verschijnen blaasjes op de huid of de mucosa in het verzorgingsgebied van de betrokken zenuw (in het hoofd-halsgebied meestal de eerste trigeminustak). Soms ontwikkelt een acute herpes zoster zich tot een postherpetische neuralgie, een chronische, brandende, moeilijk behandelbare pijn. Deafferentiatie (verlies van de normale afferente input in het centraal zenuwstelsel) kan ontstaan na een trauma of een (chirurgische) ingreep, waarbij zenuwletsel optreedt. Dus ook na een extractie of pulpa-extirpatie! Deafferentiatie kan het receptieve veld vergroten, zodat symptomen vaak worden waargenomen in een groter gebied dan werd verzorgd door de aangedane zenuw. Een ander voorbeeld van continue neuropathische pijn is de 'atypische odontalgie'. Deze pijn is (vaak maanden tot jaren) persisterend, goed lokaliseerbaar en komt meestal in de premolaar- en molaarstreek in de bovenkaak voor. De pijn wordt vaak als brandend of drukkend omschreven en lokale provocaties hebben geen invloed. De reactie op lokale anesthesie is niet eenduidig. De diagnose wordt noodzakelijkerwijze per exclusionem gesteld. Daarbij worden allereerst odontogene, sinogene en sialogene oorzaken uitgesloten. Vervolgens vindt een uitgebreid onderzoek van het bewegingsapparaat plaats, waarbij ook subcutane/submucosale, intra-articulaire en intramusculaire lokale anesthesie kan worden toegepast om referred pain uit te sluiten. Als alle mogelijke somatische oorzaken zijn uitgesloten, volgt vervolgens een

zogenaamde 'therapeutische trial' met tricyclische antidepressiva (amitriptyline 25-75 mg per dag) en een psychiatrisch consult.

Primaire of secundaire pijn

In de praktijk is het vaak verleidelijk de lokalisatie van de waargenomen pijn als uitgangspunt voor de diagnostiek te gebruiken. Een belangrijk gevaar is dat zogenaamde secundaire pijn (hyperalgesie en referred pain) wordt verward met de primaire pijnklacht. De lokalisatie van pijnwaarneming behoeft echter niet overeen te komen met de oorsprong van de pijn. Vooral bij pijn van oppervlakkige weefsels (mucosa, gingiva) is het voor de differentiële diagnostiek van belang te bedenken dat deze pijn ook referred pain kan betreffen. Deze pijn verdwijnt niet na toediening van lokale (oppervlakte)anesthesie. In dat geval moet worden gezocht naar een andere (primaire) oorzaak van de pijn, bijvoorbeeld een odontogene, otogene, sinogene, artrogene, myogene of neurovasculaire oorsprong. Omgekeerd kan bijvoorbeeld pijn in het kaakgewricht ook referred pain betreffen vanuit de musculatuur (myofasciale pijn van m.sternocleidomastoideus, m.masseter, m.pterygoideus medialis, m.pterygoideus lateralis) of de speekselklieren. Lokale anesthesie van het kaakgewricht resulteert dan niet in verdwijnen van de pijn.

Acute pulpitis kan zich op vele manieren presenteren. Doordat pulpitis ook secundaire effecten als referred pain, secundaire hyperalgesie en musculaire effecten kan veroorzaken, kan deze tandheelkundige afwijking soms moeilijk te onderscheiden zijn van artritis van het kaakgewricht, sinusitis, otitis, neuritis en zelfs trigeminusneuralgie. De diagnostiek van pulpitis omvat het vaststellen van mogelijke oorzaken (grote restauraties, cariës, fractuur), het uitgebreid testen van de vitaliteit van de gebitselementen en lokale proefanesthesie. Eventueel moeten alle gebitselementen aan de homolaterale zijde, zowel in de boven- als onderkaak, uitgebreid worden onderzocht.

Ook pharyngitis en rhinitis vertonen veelal referred pain (hoofdpijn, oorpijnklachten, pijn in gebitselementen) en bovendien secundaire autonome symptomen (zwellen oogleden, tranen, nasale secretie). Vooral bij rhinitis overheersen deze secundaire effecten vaak. Oorpijn, hoofdpijn en retro-orbitale pijn zijn vaak een manifestatie van diepe somatische pijn vanuit een geheel andere lokalisatie (pulpa, pharyngeale mucosa, mediale regio m.masseter, m.sternocleidomastoideus).

Behandelingsmogelijkheden bij orofaciale pijn

Odontogene pijn kan in vrijwel alle gevallen adequaat worden behandeld door de tandarts of, indien noodzakelijk, door de kaakchirurg. Behalve causale therapie of een behandeling gericht op het verminderen van de belasting van het kauwstelsel (de benadering van

eerste keuze bij musculoskeletale pijn), is één van de belangrijkste 'instrumenten' bij pijnbestrijding de medicamenteuze therapie (Vissink *et al.*, 2000). Het gaat daarbij niet alleen om analgetica, maar ook om andere (adjuvante) geneesmiddelen, zoals tricyclische antidepressiva of anticonvulsiva. Medicamenteuze therapie vereist kennis van de bedoelde effecten, de bijwerkingen en de mogelijke interacties met andere geneesmiddelen. Ook moet men kennis hebben van de geschatte halfwaardetijd, niet alleen om de juiste dosering in te stellen, maar ook om (desgewenst) een stabiele spiegel te bereiken.

Door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is een gefaseerde pijnbehandeling voorgesteld, oorspronkelijk bedoeld voor de behandeling van maligne pijn. Deze benadering wordt in toenemende mate ook gepropageerd voor benigne pijn. De eerste fase bestaat uit niet-opioïde pijnstillers, al of niet gecombineerd met adjuvante therapie. Paracetamol is het middel van eerste keuze met een maximale dosering van 1 gram om de drie tot vier uur. Meestal is een dagdosering van 2-4 gram toereikend. Paracetamol wordt vaak te laag gedoseerd uit angst voor eventuele leverbeschadiging, waarvoor overigens een absoluut gevaar bestaat bij excessief alcoholgebruik en inname van meer dan 6 gram ineens. Verder treedt leverbeschadiging op bij chronisch gebruik van 3-4 gram. Bij onvoldoende effect kan niet-steroïde anti-inflammatoire medicatie worden overwogen. NSAIDs zijn effectieve geneesmiddelen, die in lage dosering voornamelijk analgetisch werkzaam zijn en in hoge doseringen ook anti-inflammatoir. Kenmerkend voor NSAIDs is het 'plafond-effect', waarbij een toename van de dosis niet leidt tot verdere toename van het pijnstillende effect. Verder bestaat een sterke interindividuele variatie in werkzaamheid. Bij onvoldoende werkzaamheid verdient het overgaan op een ander NSAID daarom de voorkeur boven verhoging van de dosis.

Aan de genoemde middelen worden in de tweede fase zwakwerkende opioïden, zoals codeïne, toegevoegd. De derde fase bestaat uit de sterkwerkende opioïden, zoals morfine en afgeleiden. Deze narcotische analgetica zijn van belang bij het bestrijden van heftige acute pijn en chronische pijn bij kanker. Een belangrijke bijwerking is obstipatie. Bij langdurig gebruik kan afhankelijkheid of verslaving van belang zijn.

Pijn gaat altijd in zekere mate gepaard met psychische factoren. Daarom kan uitleg alleen al een groot therapeutisch effect hebben: veel van de angst en de stress kan door een uitgebreide en duidelijke uitleg worden weggenomen. Als de symptomen kunnen worden 'geplaatst', heeft men de neiging zich minder zorgen te maken. Aangezien de meeste orofaciale pijnen niet levensbedreigend zijn en vaker voorkomen dan men denkt, kan men de patiënt vaak geruststellen. Het is belangrijk het effect van de pijn op de kwaliteit van het leven van de patiënt niet uit het oog te verliezen. Het is belangrijk het bestaan van de pijn niet te ontkennen. Daar waar psychische factoren domineren, moet ook dit aspect duidelijk worden toegelicht.

Voorts is het van belang reeds vanaf het begin zo realistisch mogelijk te zijn ten aanzien van de verwachtingen met betrekking tot het beloop en de behandeling.

Soms dragen (eenvoudige) aanpassingen van sommige aspecten van de dagelijkse activiteiten bij tot duidelijke vermindering van de pijn. Het is van belang aanwezige stressoren, waar mogelijk, te vermijden of te reduceren. Daarnaast is het belangrijk de patiënt te leren zich te ontspannen. Dit draagt bij tot spierrelaxatie en ook tot reductie van het autonome activiteitsniveau. Technieken hiervoor, die bijvoorbeeld door een klinisch psycholoog kunnen worden toegepast of aangeleerd, zijn progressieve relaxatietechnieken, hypnose en biofeedback. Afhankelijk van de diagnose kan een invasieve of zelfs een operatieve ingreep noodzakelijk zijn om pijn te bestrijden. Dit is in het bijzonder het geval wanneer de aanwezige pijn een symptoom is van een duidelijk ziektebeeld. Wanneer pijn echter het enig aanwezige symptoom is, is een chirurgische ingreep zelden geïndiceerd en soms zelfs een contra-indicatie.

Management van orofaciale pijn: teambenadering

Niet elke pijnklacht is dusdanig complex dat een teambenadering vereist is om een adequate bestrijding ervan te bewerkstelligen. In het algemeen moeten meerdere disciplines bij de pijnbestrijding worden betrokken naarmate het beeld complexer is en/of chronisch van karakter. Het is zaak dat de tandarts-algemeen practicus een goede 'antenne' ontwikkelt voor het beoordelen of hij een pijnklacht zelf kan behandelen of dat nadere consultatie of verwijzing noodzakelijk is. Hierbij kan worden gedacht aan nader onderzoek en diagnostiek (kaakchirurg, KNO-arts, neuroloog, anesthesioloog, psychiater) of (participatie in de) behandeling (fysiotherapeut, klinisch psycholoog, centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, KNO-arts, neurochirurg, dermatoloog, anesthesioloog). In het algemeen geldt dat twijfel, atypische beelden, bilaterale neuralgiforme pijn, continue pijn aanvallen, simultane neuralgie van meer dan één hersenzenuw, nevensymptomen als paresthesie, hypo-esthesie of spierzwakte, neuralgie bij jonge mensen en therapieresistentie redenen zijn om de patiënt, via de huisarts of de kaakchirurg, te verwijzen voor een neurologisch consult.

Met hoofdpijn bedoelt men in het algemeen pijn in en rondom het hoofd, inclusief pijn achter de ogen en pijn in het gebied tussen de nek en het achterhoofd. De meeste hoofdpijnen zijn op basis van een goede anamnese te classificeren. Vooral als de hoofdpijn gepaard gaat met neurologische uitvalsverschijnselen, toevalen of karakterveranderingen of wanneer een plotse verandering in patroon of intensiteit van de hoofdpijn optreedt, is het belangrijk onderliggende pathologie uit te (laten) sluiten. Als de klassieke symptomen van migraine, clusterhoofdpijn, arteriitis en spanningshoofdpijn ontbreken, moeten een sinusitis frontalis en een odontogene oorzaak worden uitgeslo-

ten. Frontale pijn van odontogene oorsprong is zeldzaam en representeert referred pain van een acute pulpitis of een acute exacerbatie van een periapicaal proces uitgaande van de gebitselementen van het bovenfront of cuspidaten. Hoewel pijn ook vaak wordt gevoeld in de betreffende elementen, kan het voorkomen dat alleen pijn wordt waargenomen in het mediale supra-orbitale gebied. Odontogene ontstekingen van bovinelementen kunnen pijn veroorzaken in de bovenkaak, die zich diffuus kan uitbreiden over het zygomagebied. Bij een negatieve vitaliteitstest kan diagnostisch lokale anesthesie worden toegepast. Als ook deze bevindingen negatief zijn, moet een afwijking in het centraal zenuwstelsel worden vermoed, hetzij een vasculaire aandoening hetzij een neoplasma. Dit is vooral het geval als andere neurologische symptomen aanwezig zijn. Verwijzing naar een neuroloog voor nader beeldvormend onderzoek (CT, angiografie, MRI) is dan zeker op zijn plaats.

Afhankelijk van de mate waarin psychische factoren een rol spelen bij het instandhouden van pijn, kunnen deze factoren worden beïnvloed door voldoende aandacht aan deze factoren door de (tand)arts zelf, door gerichte behandeling door een klinisch psycho-

loog (gedragsbeïnvloeding, ontspanningsoefeningen) of door specialistische behandeling door een psychiater (meestal gebeurt dit via de huisarts).

Literatuur

- CHAPMAN CR, TURNER JA. Psychological control of acute pain in medical settings. *J Pain Symptom Managem* 1986; 1: 9-20.
- DRUCE HM, SLAVIN RG. Sinusitis: critical need for further study. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 88: 675-677.
- GRAHAM LL, SCHINBECKLER GA. Orofacial pain of cardiac origin. *J Am Dent Assoc* 1982; 104: 47-48.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Subcommittee on taxonomy pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249-252.
- LOESER JDA. Definitions on pain. *Medicine* 1980; 7: 3-4.
- LOBBEZOO F, ZAAG JAC VAN DER, VISSCHER CM, MEULEN MJ VAN DER, BECKING AG, NAEIJE M. Multidisciplinaire diagnostiek van craniomandibulaire dysfunctie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107:471-475.
- MEIJER GJ. Chronische pijn in de infraorbitale regio. De waarde van proefanesthesie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 72.
- OKESON JP. Bell's orofacial pains. Chicago: Quintessence, 1995.
- STEGENGA B, VISSINK A, BONT LGM DE. Differentiële diagnostiek. In: Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de, red. *Mondziekten en kaakchirurgie*. Assen: Van Gorcum, 2000.
- VISSINK A, STEGENGA B, BONT LGM DE. Medicamenteuze therapie. In: Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de, red. *Mondziekten en kaakchirurgie*. Assen: Van Gorcum, 2000.

Summary

Key words:

- Pain
- Diagnosis

Diagnosis and management of orofacial pain

Management of orofacial pain should address factors that contribute to the continuation of the pain complaint. This requires elimination of etiologic factors, modification of nociceptive mechanisms, and support of adaptive mechanisms. In addition, methods that help the patient to cope with (remaining) complaints should be applied.

A specific diagnosis of the pain problem is the basis for successful management. From the history and clinical examination it should become clear whether the pain problem is acute or chronic, whether its characteristics suggest a somatic or neuropathic basis, and whether the experienced pain is primary or secondary (i.e., hyperalgesia, referred pain).

It is important to regard pain as a multidimensional phenomenon, in which psychosocial factors are involved. It is the responsibility of the dentist to judge as early as possible whether he/she is capable of managing the pain problem, or further consultation or referral is necessary for diagnosis and/or management.