



Commentaar op 'Vergelijking tussen behandelingsvormen bij myogene temporomandibulaire dysfunctie'

J.A. de Boever

Aangezien er in het veld tegenstrijdige meningen bestaan over de rol van occlusie als etiologische factor in myogene TMD-klachten en over het nut van inslijptheorie, werd een deskundige op dit gebied, prof. dr. J.A. de Boever, gevraagd commentaar te geven op het onderzoek van Van der Glas et al.

BOEVER JA DE. Commentaar op 'Vergelijking tussen behandelingsvormen bij myogene temporomandibulaire dysfunctie'. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 513-514.

De etiologie van temporomandibulaire dysfunctie (TMD) is multifactorieel en verschillend voor de verschillende vormen van TMD en tussen patiënten onderling. Het belang van een 'foutieve' of dysfunctionele occlusie in de etiologie van TMD is de laatste tien jaar sterk afgenomen. In een recent overzichtsartikel hebben De Boever et al (2000) geprobeerd op basis van intensieve analyse van de bestaande, correcte, wetenschappelijke onderzoeken, de stand van zaken op te maken in verband met occlusie en TMD. De conclusie was: "Occlusion does not play a major role in the aetiology of TMD; the impact of occlusion is not zero, however, and it should be determined in each individual".

Van der Glas et al (2000) gaan nu uit van de (werk)hypothese dat bij patiënten met myogene TMD klachten occlusie nog wel een etiologische rol speelt. Ze trachten die hypothese niet te bewijzen, maar baseren er hun (occlusie)therapie op, die ze dan vergelijken met fysiotherapie en een opbeetplaat (spalk). Het onderzoek tracht de efficiëntste, snelste en goedkoopste manier te vinden om dit type patiënten te behandelen. Een dergelijk onderzoek sluit dus nauw aan bij de dagelijkse tandheelkundige praktijk, niet alleen in Nederland, maar ook in de rest van de wereld waar occlusietherapie nog veelvuldig gebruikt wordt door tandartsen-algemeen practici (Albree *et al*, 1995). Dit is de grote verdienste van het onderzoek.

Dergelijke klinische onderzoeken zijn ook moeilijk correct uit te voeren, omdat het aanleggen van homogene, vergelijkbare patiëntengroepen die in het onderzoek blijven, zeer moeilijk is. De onderzoekers zijn erin geslaagd alle patiënten in het onderzoek te houden; ze vermelden geen enkele zogenaamde 'drop-out'-patiënt.

In het onderzoek wordt de grootste moeite gespendeerd aan de evaluatiemethode van de behandelingsresultaten (therapiecontrast) en aan de onderlinge beïnvloeding van de opeenvolgende behandelingsmodaliteiten (therapietrajecten). De onderzoekers hebben daartoe een wat moeilijk leesbare, maar toch sluitende methode uitgewerkt.

Toch zijn bij opzet, uitwerking en conclusies van

het onderzoek en paar kritische kanttekeningen te maken:

1. In ieder onderzoek zijn de inclusie- en exclusiecriteria van de deelnemende patiënten van cruciaal belang. Het is jammer dat die hier niet vermeld worden. Verwijzen naar het NVGPT-Bulletin is wat ongelukkig, omdat slechts een beperkte groep practici dit ter beschikking heeft. De patiënten moeten wel een 'gebleken geschiktheid hebben voor inslijptherapie': dit wordt niet nader gepreciseerd, tenzij het refereert naar de in een volgende paragraaf beschreven grootte van de interferenties en de uitvoerbaarheid van een slijpplan.

2. De geselecteerde patiënten voor de groep occlusie+ (met stoornissen in de occlusie) moeten relatief grote occlusale interferenties hebben. Dit veronderstelt dat tussen bijvoorbeeld de grootte van een ventrale verschuiving uit centrale relatie en de intensiteit, of zelfs het voorkomen van klachten, een relatie zou bestaan; dit is nog nooit bewezen. De voortijdige contacten worden tijdens het klinisch onderzoek statisch vastgelegd; of ze een (dys)functionele betekenis hebben voor de patiënt is niet duidelijk. Er is ook geen echte controlegroep in het onderzoek (geen therapie). Nergens vermelden de auteurs wat klinisch het eindpunt van de inslijptherapie is ('geëlimineerd').

3. Zowel voor het dragen van de opbeetplaat, als voor de fysiotherapeutische oefeningen die de patiënt zelf moet uitvoeren over een periode van 6 weken, is er geen enkele controle op de therapietrouw, wat zeker voor de fysiotherapie belangrijk is. Om de 6 weken een controlezitting voor een opbeetplaat is uitzonderlijk lang, waar algemeen, zeker in de beginfase, een controle om de 2 weken gebruikelijk is. De evaluatie van het behandelingsresultaat gebeurde door de fysiotherapeut zelf en nergens wordt melding gemaakt van het zorgvuldig 'blind' evalueren van de behandelingsresultaten.

4. Voor elke therapievorm bepalen de onderzoekers een 'bandbreedte' gebaseerd op de gebruikelijke duur. Dit beïnvloedt onmiskenbaar de concrete duur van de therapie; hierbij speelden vakanties, ziekte en beperk-

Trefwoorden:

- Temporomandibulaire dysfunctie
- Gnathologie

Uit de Dienst voor Kroon- en Brugwerk en Parodontologie, Eenheid voor Faciale Pijn, van de Universiteit Gent in België.

Datum van acceptatie:

3 oktober 2000.

Adres:

Prof.dr. J.A. de Boever
Universiteit Gent
De Pintelaan 185
9000 Gent - België

te afspraakmogelijkheden in deze kleine groepen van patiënten, volgens de auteurs zelf, toch wel een zeer versturende rol; daarop dan de conclusie baseren dat fysiotherapie resultaten geeft op veel kortere termijn dan bijvoorbeeld spalk-inslijpen, is toch wel wat twijfelachtig. Overigens is interessanter hoeveel stoeltijd aan de patiënt wordt besteed en hoeveel zittingen men daarvoor nodig heeft. De patiënt zal ook in het aantal zittingen geïnteresseerd zijn.

Conclusie

Dit onderzoek heeft de verdienste de 'gebruikelijke' behandelingsmethoden met elkaar te vergelijken, de resultaten te analyseren en een kostprijsberekening te doen. Het is indirect ook een pleidooi om multipole invalshoeken in de behandeling te benutten. Men kan zich daar, ook op basis van andere onderzoeken in de vakliteratuur, slechts bij aansluiten.

Op grond van dit onderzoek mag men zijns inziens

zeker niet concluderen dat de tandarts bij het probleem van faciale pijn en van TMD in het bijzonder, geen rol meer zou spelen. Integendeel, voor de soms moeilijke differentiële diagnose blijft de tandarts met zijn kennis over neuromusculaire, dentale, orale en parodontale pathologie, de aangewezen medicus. In de pluriforme behandeling van TMD-patiënten heeft de tandarts ook een uiterst belangrijke coördinerende rol.

Literatuur

- ALBREE NS, CAMPBELL SD, RENNER RP, GOLDSTEIN GR. A survey of temporomandibular disorders conducted by the greater New York Academy of Prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1995; 74: 512.
- BOEVER JA DE, CARLSSON GE, KLINEBERG IJ. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part I. Occlusal interferences and occlusal adjustment. *J Oral Rehabil* 2000; 27: 367-379.
- GLAS HW VAN DER, BUCHNER R, GROOTEL RJ VAN. Vergelijking tussen behandelingsvormen bij myogene temporomandibulaire dysfunctie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 505-512.

Een weerwoord van de auteurs

Het doel van het onderzoek was niet zozeer het bewijzen van etiologische hypothesen, maar het vergelijken van in 1992 gebruikelijke behandelingen. Hoewel het om ethische redenen destijds bezwaarlijk was tevens placebo-groepen te onderzoeken (zie 'Discussie'), volgt uit de onderzoeksopzet een valide conclusie over het gebrek aan meerwaarde van spalktherapie bij patiënten met occlusale stoornissen. De combinatie van spalk- en inslijptherapie werd immers vergeleken met inslijpen alléén. Bovendien is een conclusie mogelijk over het gebrek aan meerwaarde van spalktherapie ten opzichte van fysiotherapie bij patiënten zonder occlusale stoornissen. Inslijpen is uitsluitend toegepast bij patiënten met uitgesproken occlusale kenmerken bij wie een verantwoorde correctie uitvoerbaar was (zie onder 2). Veel van de in ons onderzoek gevonden occlusale stoornissen hadden een iatrogen karakter en/of werden gekenmerkt door abrasiefacetten in combinatie met een verhoogde mobiliteit van de betreffende elementen, hetgeen op een 'actief' gebruik wijst. Omdat, zoals ook De Boever terecht opmerkt, de invloed van de occlusiefactor op de etiologie van TMD onduidelijk is, bevelen wij inslijpen alleen aan indien er sprake is van iatrogene en/of 'actieve' occlusale stoornissen. Dan slijpt een tandarts-algemeen practicus ook in, ongeacht de aanwezigheid van TMD. Ons onderzoek heeft aangetoond dat in zulke gevallen de aanwezige myogene TMD-klachten na inslijpen een even grote kans hebben te verdwijnen als met een andere therapie. Voor het overige staan wij met de aanbeveling dat dan inslijpen als eerste behandelingsoptie niet aan de orde is, achter de conclusies in het overzichtsartikel van De Boever et al (2000).

In tegenstelling tot wat De Boever veronderstelt, had ons onderzoek helaas wel enige uitval. Oorspronkelijk waren er 153 patiënten betrokken, van wie er 35 (22,9%) afvielen (verhoudingsgewijs gelijkmatig verdeeld over alle groepen) vanwege 'intended treatment'. Dit is een behandeling die niet protocollair kon worden voltooid, bijvoorbeeld vanwege medische coïnterventie of verhuizing. Betreffende specifieke kanttekeningen van De Boever:

Ad 1: *Inclusiecriteria* waren: (a) leeftijd tussen 18 en 65 jaar; (b) myogene pijn in de wang en/of slaapstreek bij actief of passief openen van de kaak en/of tijdens spierpalpatie; (c) voorafgaande klachtduur van minstens twee maanden; (d) klachten primair voorkomend in het kauwstelsel en (e) een minimum aantal klachten (3 scores van 2). *Exclusiecriteria* waren: (i) voorafgaande behandeling met dezelfde therapievorm(en); (ii) anderzorgige pijnbehandeling binnen 1 jaar (ook van niet-faciale pijn); (iii) uitneembare prothetische voorzieningen en/of verlies aan afsteuning; (iv) morfologische malocclusies en (v) uitgesproken psychosociale componenten met als criteria een recent meegemaakte dramatische levensgebeurtenis en/of psychotherapie en/of medicatie. De 'gebleken geschiktheid voor inslijptherapie' refereert inderdaad naar de later beschreven uitvoerbaarheid van een slijpplan.

Ad 2: De geselecteerde, relatief grote stoornissen zijn niet alleen in statische maar ook in dynamische situaties van invloed op de kauwspierfunctie. Het einddoel van het inslijpen betrof het zo optimaal mogelijk benaderen van een centrale maximale occlusie en/of contact bij articulatie aan de actieve zijde zonder bestaande articulaire verhoudingen te veranderen, hetgeen een niet al te ingrijpende beslijping impliceert. De Boever merkt terecht op dat nader onderzoek is vereist naar de relatie tussen aard en/of grootte van occlusale kenmerken en hun invloed op TMD.

Ad 3: In de paragraaf 'behandelingsverloop' staat: 'Het therapieresultaat werd onafhankelijk van de behandelaar ... op basis van de gegevens van de onderzoeker bepaald'. Alle behandelingsstypen werden dus 'blind' geëvalueerd. Betreffende therapietrouw werd bij fysiotherapie de uitvoering van oefeningen gecontroleerd tijdens vervolvisites. De instructie de spalk 's nachts te dragen is bevorderlijk voor de therapietrouw bij dit behandelingsstype. Na 6-12 weken spalktherapie werd hiernaar gevraagd. Verder bestond de mogelijkheid contact op te nemen om bij problemen de spalk tussendoor te laten aanpassen, zonder dat daarbij therapie-evaluatie plaatsvond.

Ad 4: De invloed van vertragingen door bijvoorbeeld vakantie en ziekte op de concrete therapieduur is groter voor kortdurende dan voor langdurende therapievormen. Het is nu van belang te onderkennen dat de concrete gemiddelde duur van spalktherapie, waarvan het slaagpercentage een referentie was, verreweg het langst bleef. Verkorting van spalktherapie kan het slaagpercentage doen verlagen, zeker niet verhogen. Daarentegen zou het slaagpercentage van de andere therapievormen kunnen stijgen door verlenging, alleen al door een verhoogde kans op spontane genezing. Als nu blijkt dat ondanks een kortere concrete duur van bijvoorbeeld fysiotherapie een bijna gelijk slaagpercentage optreedt als met spalktherapie, dan is dit een valide reden om fysiotherapie te prefereren om de pijn duur vanaf de therapie-start te minimaliseren.

De gemiddelden voor visitetijd (exclusief intake) en aantal visites bedroegen per therapiegroep:

Fysiotherapie	: 11,6 visites à 30 minuten
Spalktherapie	: 2 visites à 45 min. en 4,3 à 30 min.
Inslijpen	: 2 visites à 45 min. en 3,7 à 30 min.
Inslijpen na spalk:	4 visites à 45 min. en 3,0 à 30 min.

Voor fysiotherapie is de totale visitetijd het langst en het aantal visites het grootst, terwijl beide variabelen het kleinst zijn voor inslijpen.

Fysiotherapie kan een goed alternatief zijn voor spalktherapie temeer omdat de fysiotherapeut zowel de faciale als (aanvullend op wat is onderzocht) de vaak voorkomende niet-faciale pijnklachten kan behandelen. Met de huidige stand van zaken is grote omzichtigheid geboden met inslijpen. We onderschrijven de slotconclusie van De Boever dat de tandarts de aangewezen medicus blijft voor de differentiële diagnostiek en de coördinatie.

H.W. van der Glas
R. Buchner
R.J. van Grootel

Trefwoorden:

- Temporomandibulaire dysfunctie
- Gnathologie

Uit de afdeling Mondziekten/Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Datum van acceptatie:

31 oktober 2000.

Adres:

Dr. H.W. van der Glas
UMC Utrecht
Postbus 80.037
3508 TA Utrecht