

# Chronische orofaciale pijn: atypische aangezichtspijn?

Pijn in het aangezicht die zich moeilijk laat diagnosticeren, vormt een uitdaging voor de behandelaar. Er heerst nogal wat onduidelijkheid over de naamgeving van chronische orofaciale pijn, maar nog meer over de etiologie daarvan. Behandeling van chronische orofaciale pijn kan primair gericht zijn op van tevoren gestelde doelen, maar ook op onderliggende pijnmechanismen. Het ontrafelen van de pijn in verschillende mechanismen kan worden ondersteund door een farmacodiagnostische test. Deze test bestaat uit de intraveneuze toediening van verschillende medicamenten in lage dosering bij patiënten met orofaciale pijn. De pijnreactie van de patiënten op de verschillende farmaca wordt aangegeven op een visuele analoge schaal (VAS) voor pijn. De verzameling van VAS-scores kan uiteindelijk een leidraad vormen voor het verder in te zetten beleid. Er zal, voordat een behandeling wordt ingezet, moeten worden beoordeeld of de tandarts de patiënt zelf kan behandelen of dat de patiënt verwezen moet worden naar een specialist.

Tjakkes G-HE, Wijhe M van: Chronische orofaciale pijn: atypische aangezichtspijn?  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 478-481

## Inleiding

Pijn in en rond de mond en het aangezicht is een veel voorkomende klacht waarmee patiënten zich vaak tot de tandarts wenden. Van deze pijn bestaan de 'typische' vormen, waarbij kan worden gedacht aan de odontogene (dentoalveolaire) pijn, pijn bij aandoeningen van de mucosa, temporomandibulaire stoornissen (musculo-ligamenteuze pijn) en neurologische en vasculaire pijn (bijvoorbeeld neuralgie, arteriitis temporalis en migraine). Bij de meeste van deze vormen zal de diagnostiek betrekkelijk eenvoudig zijn en kan een adequate therapie worden aangeboden.

Pijn in het aangezicht waarvan de oorzaak onbekend is, wordt vaak aangeduid als 'atypische' aangezichtspijn. Deze term zal dan ook afhankelijk van de ervaring en de kennis van de behandelaar in meer of mindere mate worden gebezigd. De term wordt ook wel beschouwd als nietszeggend omdat deze niet specifiek voor een afwijking is en daarom ook geen betekenis heeft voor het pijnmanagement (Okeson, 2005). De diagnose atypische aangezichtspijn wordt vaak gesteld na uitsluiting van bekende diagnoses, met andere woorden per exclusionem. In de Engelstalige literatuur wordt deze term omschreven als 'atypical facial pain' (kortweg AFP). Deze term wordt meestal gebruikt naast typische aangezichtspijn, waarmee de trigeminus neuralgie wordt bedoeld.

De patiënten die zich presenteren met chronische pijnklachten hebben veelal een lang behandeltraject achter de rug, waarbij meerdere (chirurgische) interventies hebben plaatsgevonden zonder eenduidig resultaat. Deze interventies uit het verleden hebben mogelijk bijgedragen tot het in stand houden of zelfs verergeren van de klachten. Dit kan resulteren in gefrustreerde patiënten die er letter-

lijk alles voor over hebben om van de pijn af te komen en daarom vaak verdere chirurgische behandeling eisen. Vaak hebben chronische pijnpatiënten meerdere diagnoses, waarbij er ook meerdere medische disciplines zijn betrokken (Israel et al, 2003). Ook gebruiken deze patiënten hoge, soms meer dan veilige doseringen pijnstillers, maar ook antidepressiva en anxiolytica. Zo kan de differentiële diagnostiek voor zowel patiënt als behandelaar een lang en frustrerend traject worden (Gouda en Brown, 1997).

## Taxonomie

Voor de term atypische aangezichtspijn bestaat geen eenduidige omschrijving en deze is dan ook controversieel. De International Association for the Study of Pain heeft deze term niet opgenomen in de classificatie van chronische pijn (Merskey en Bogduk, 1994) en de International Headache Society heeft deze term inmiddels vervangen (Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2004). De term die nu wordt gebruikt is persisterende idiopathische faciale pijn, waarbij wordt vermeld dat de term voorheen werd aangeduid als atypische aangezichtspijn. Deze pijn wordt omschreven als: persisterende faciale pijn die niet de karakteristieken heeft van de in de classificatie beschreven craniale neuralgieën en die niet kan worden toegeschreven aan een andere aandoening. De diagnostische criteria staan beschreven in tabel 1.

De pijn ontstaat meestal in de nasolabiale plooi of aan de zijkant van de kin en kan zich uitbreiden naar de boven- of onderkaak of een groter gebied in het gezicht of de nek. De pijn kan worden geïnitieerd door chirurgie of verwonding aan het gezicht, gebitselementen of slijmvlies, maar blijft bestaan zonder enige aanwijsbare reden. Als de pijn

zich beperkt tot het gebit werd tot nu toe de term atypische odontalgie gebruikt, waarmee een continue pijn in de gebitselementen of in een alveole na extractie wordt bedoeld zonder een te objectiveren dentale oorzaak.

Verder wordt er in de classificatie van de International Headache Society nog een opmerking gemaakt dat de aanduiding atypisch niet van toepassing is omdat veel gevallen zich volgens een vast patroon zouden ontwikkelen. Het feit dat sommige gevallen ontstaan na chirurgie of letsel aan het aangezicht, gebitselementen of slijmvliezen zou de mogelijkheid van een infectueuze of traumatische genese kunnen suggereren.

De onduidelijkheden die rond de taxonomie bestaan, zijn eigenlijk kenmerkend voor de aandoening zelf. Het is dus niet duidelijk of er een homogene groep van patiënten met idiopathische aangezichtspijn bestaat of dat het als 'prullenbak-diagnose' een groep patiënten behelst waarbinnen geen samenhang bestaat. Het enige wat de term verraadt, is dat het gaat om een niet-typische vorm. In een onderzoek onder 245 patiënten met chronische orofaciale pijn is er, door gebruik te maken van een vragenlijst die de patiënten invulden gecombineerd met een standaardonderzoek door de arts, geprobeerd tot een nieuwe naamgeving te komen bij idiopathische orofaciale pijn, na multidimensionale analyse van genoemde variabelen (Woda et al, 2005). De gegevens werden geanalyseerd, een keer met en een keer zonder daarin de topografische kenmerken en symptomen te betrekken. Bij de analyse van de data zonder de topografische kenmerken en symptomen zouden de idiopathische orofaciale pijnpatiënten zich clusteren in één groep. Binnen deze groep zou er een homogene groep te onderscheiden zijn, namelijk de patiënten met stomatodynie ('burning mouth syndrome'). Tot een grote verduidelijking van de naamgeving komen de auteurs echter niet.

## Etiologie

Over de etiologie van chronische orofaciale pijn is weinig bekend. Dit wordt mede veroorzaakt door de onduidelijke definitie van de aandoening. De klinische symptomen en het aanvullend onderzoek zullen per definitie weinig

**Tabel 1.** Diagnostische criteria voor idiopathische faciale pijn. (Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2004).

- a. Pijn in het gezicht, dagelijks aanwezig gedurende de hele of het grootste deel van de dag, voldoen aan criteria b en c.
- b. De pijn is bij ontstaan begrensd in een beperkt deel aan een kant van het gezicht, en is diep en moeilijk te lokaliseren.
- c. De pijn wordt niet gekenmerkt door verlies van gevoel of door andere fysieke kenmerken.
- d. Onderzoek, waaronder röntgenonderzoek van het gezicht en de kaken, laat geen relevante abnormaliteiten zien.

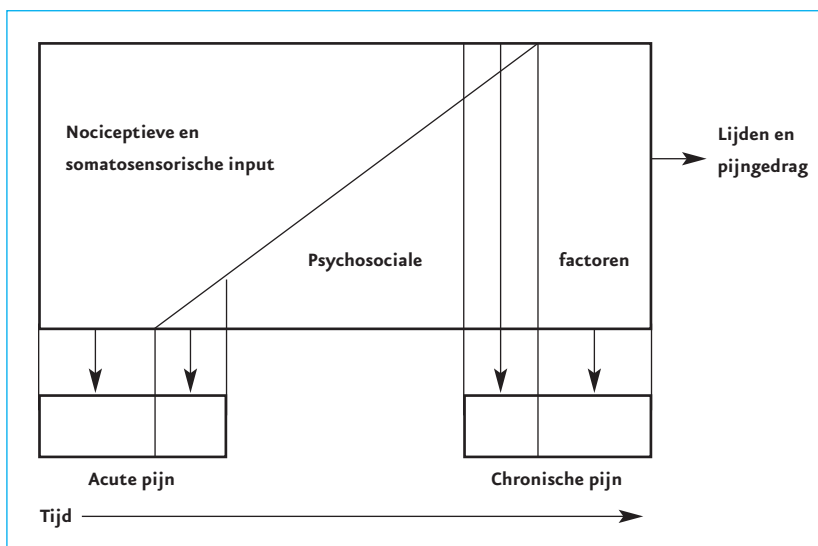
bevindingen opleveren. Dit versterkt ook de gedachte dat pijn meer is dan een symptoom van weefselschade. Een van de verklaringen van het bestaan van chronische pijn is sensitisatie. Wanneer er weefselbeschadiging is opgetreden en nociceptoren in dit gebied herhaaldelijk worden geprikkeld, zullen deze overgevoelig ofwel gesensitiseerd raken. Dit wordt omschreven als perifere sensitisatie. Hierdoor zal pijn sneller worden gevoeld na stimulatie van deze nociceptoren en dit heeft een beschermende functie om weefselherstel te bevorderen. Ook op centraal niveau vindt er bij langdurige prikkeling sensitisatie plaats. Dit wordt centrale sensitisatie genoemd. Hierbij kan bij een normaliter niet pijnlijke prikkel of zelfs bij afwezigheid van een prikkel pijn worden ervaren (allodynie). Het zenuwstelsel bevindt zich als het ware in een verhoogde staat van paraatheid. Zo kan (chronische) pijn bestaan bij afwezigheid van een aantoonbaar nociceptief substraat. Zie ook elders in dit themanummer Meijler (2006).

## Management van chronische orofaciale pijn

In het verleden is in meerdere onderzoeken het effect van medicamenteuze behandeling onderzocht. Uit een recent kwalitatief literatuuroverzicht bleek dat er niet veel geschikte gerandomiseerde klinische onderzoeken bestaan naar de (farmacologische) behandeling van patiënten met atypische aangezichtspijn (List, 2003). In een dubbelblind, placebo-gecontroleerd 'cross-over' pilotonderzoek werden 19 patiënten met atypische aangezichtspijn subcutaan behandeld met sumatriptan (Harrison, 1997). De vermindering van pijn was significant, maar toch gaven de meeste patiënten aan dat deze onvoldoende was. Deze behandeling wordt dan ook ongeschikt geacht bij patiënten met atypische orofaciale pijn. In een ander onderzoek werd de werking van tricyclische antidepressiva onderzocht bij een gecombineerde groep van chronische orofaciale pijnpatiënten en patiënten met temporomandibulaire stoornissen (Sharav et al, 1987). Daaruit bleek dat deze antidepressiva significant meer pijnreductie gaven vergeleken met een placebobehandeling. In een recenter onderzoek bleek bij 20 patiënten die behandeld werden met venlafaxine, geen significant effect te zijn opgetreden ten

**Tabel 2.** Vragen die aan patiënten kunnen worden gesteld voor management van chronische orofaciale pijn (Zakrzewska, 2002).

- > Wat zijn de belangrijkste resultaten die u hoopt te krijgen van deze behandeling?
- > Verwacht u volledige totale genezing en pijnvermindering?
- > Welke mate van (vermindering van) lijdensdruk is voor u acceptabel, als volledige pijnvermindering niet mogelijk blijkt te zijn?
- > Verwacht u snel resultaat of bent u voorbereid op langzame veranderingen?
- > Hoe belangrijk is uw kwaliteit van leven en in hoeverre verwacht u dat uw kwaliteit van leven zal veranderen als de pijn beter wordt beheerst?
- > Welke hulp heeft u nodig om actieve strategieën te ontwikkelen om beter met uw pijnklachten om te kunnen gaan?



**Afb. 1.** Lijden en pijngedrag worden bepaald door de interactie van de somatosensorische (bio-)input samen met de input van de thalamus, cortex en de limbische structuren (psychologische factoren). Hoe langer de pijn aanwezig is, des te groter is de invloed van psychosociale factoren. Acute pijn wordt voornamelijk beïnvloed door de somatosensorische input. Naarmate de pijn chronisch wordt, zal de mate van lijden en het pijngedrag meer door psychosociale factoren worden bepaald. Begrip van deze onderlinge samenhang zal de keuze van een effectieve therapie verbeteren (naar Okeson, 2005).

opzichte van voor de behandeling (Forssell, 2004).

Voor een adequate behandeling van patiënten met chronische orofaciale pijn kan het van belang zijn de onderliggende mechanismen te onderscheiden (Meyerson, 1997). Op deze manier zou op deze mechanismen een gerichte behandeling kunnen volgen. De ontrafeling van de pijnmechanismen kan gebeuren door een zogenoemde farmacodiagnostische test. Een soortgelijke manier van pijnanalyse is in het verleden ook al uitgevoerd bij patiënten met lage rugpijn en bij fibromyalgiepatiënten (Sørensen et al 1995; Sørensen et al, 1996; Sørensen et al, 1997). Bij een farmacodiagnostische test worden patiënten in dagbehandeling enkele uren opgenomen. Via een infuus worden diverse medicamenten toegediend die elk hun effect hebben op een specifiek pijnmechanisme. De te onderscheiden mechanismen zijn: nociceptieve pijn, sympathisch gemedieerde pijn en neuropathische pijn. De medicamenten die worden toegediend zijn fentanyl (gericht op nociceptieve pijn), gevolgd door haar antagonist naloxon, fentolamine (gericht op sympathisch gemedieerde pijn) en lidocaïne (gericht op neuropathische pijn). Deze medicamenten worden voorafgegaan en afgewisseld door placebo's. De patiënt zal voor, tijdens (steeds na toediening van een nieuw medicament of placebo) en na de farmacodiagnostische test op een visueel analoge schaal (VAS) de intensiteit van de pijn aangeven. Aan het eind van de sessie zal een profiel ontstaan van deze VAS-scores. Met dit profiel zou een uitspraak kunnen worden gedaan over de mogelijke onderliggende mechanismen die bij de betreffende patiënt een rol spelen, waarop dan vervolgens een therapie kan worden gebaseerd. Op dit moment wordt er in het Universitair Medisch Centrum Groningen een pro-

spectief gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd naar de waarde, de validiteit en de betrouwbaarheid van deze test bij patiënten met pijn in het aangezicht. Retrospectieve resultaten laten zien dat bij een deel van deze patiënten pijnmechanismen zijn te onderscheiden met behulp van de farmacodiagnostische test.

Bij de beoordeling van een patiënt met orofaciale pijn is het van belang ook aandacht te besteden aan psychosociale factoren. Aangezien pijn in essentie een 'ervaring' is zullen pijnklachten altijd worden beïnvloed door psychische en sociale factoren, dus ook acute pijn. Naarmate de pijn langer bestaat zal de betekenis daarvan en daarmee de psychologische gevolgen groter zijn (afb. 1) (Okeson, 2005). Door aandacht te schenken aan hoe de pijn van invloed is op het psychisch en sociaal functioneren, kan worden beoordeeld in hoeverre deze factoren ook voor de behandeling een aangrijpingspunt kunnen vormen of op een behandeling van invloed kunnen zijn. Aan de hand van een aantal vragen kan een indruk worden verkregen van de gedachten, de verwachtingen en de doelen van de patiënt aangaande de

behandeling (tab. 2) (Zakrzewska, 2002). De doelen die kunnen worden gesteld bij de behandeling zijn:

- > elimineren of minimaliseren van de pijn;
- > elimineren of minimaliseren van negatieve cognitieve, gedragsmatige en emotionele factoren, verhogen van de effectiviteit van de medicatie door nauwkeurige keuze;
- > bevorderen van trouw door te zorgen voor een goed geïnformeerde patiënt;
- > bevorderen van zelfzorg die de beheersing van de pijn kan vergroten.

Voorals psychische factoren een overwegende rol spelen, kan een multidisciplinaire benadering geïndiceerd zijn om zo de kennis vanuit verschillende vakgebieden te kunnen bundelen bij de beoordeling van een patiënt (Stegenga, 2000). Het is dan ook van belang voor de tandarts om in te schatten of hij deze patiënt zelf kan behandelen of dat een verwijzing naar een andere specialist plaats zal moeten vinden. Of patiënten door de tandarts kunnen worden behandeld zal mede worden bepaald door de (on)zekerheid waarmee een diagnose kan worden gesteld. Dit zal weer afhankelijk zijn van de presentatie en symptomen bij de patiënt. Het instellen van een al dan niet invasieve therapie van een pijnklacht, waarvoor geen duidelijke oorzaak of etiologie bekend is, kan leiden tot chronificatie en verergering van de pijnklacht. Indien er geen diagnose kan worden gesteld, zal terughoudend moeten worden gehandeld met betrekking tot het inzetten van een therapie, ook als er een grote behandelbehoefte bij de patiënt bestaat. Verwijzing naar een specialist of centrum op dit gebied is dan geïndiceerd. Voor een meer uitvoerige uiteenzetting van de overwegingen bij het zelf behandelen van patiënten met pijnklachten door de tandarts of het

verwijzen daarvan, wordt verwezen naar de bijdrage van De Laat (2006) elders in dit themanummer.

## Conclusie

Atypische aangezichtspijnen, of chronische idiopathische orofaciale pijnen, zijn vaak een grote uitdaging voor de behandelaar. De oorzaak van deze aandoening is meestal onduidelijk en dit kan gemakkelijk frustratie opleveren bij de behandeling ervan. Door duidelijke doelen van de behandeling te definiëren kan een gerichte therapie volgen. Dit kan onder andere door het ontrafelen van de pijnmechanismen die bij de pijn een rol spelen, waardoor er een op deze mechanismen gerichte therapie kan worden aangeboden. Er zal een inschatting moeten worden gemaakt of de behandeling van deze patiënten door de tandarts zelf kan gebeuren of dat er een verwijzing naar een specialist of een centrum voor pijnklachten dient plaats te vinden.

## Literatuur

- > Gouda JJ, Brown JA. Atypical facial pain and other pain syndromes. Differential diagnosis and treatment. *Neurosurg Clin N Am* 1997; 8: 87-100.
- > Harrison SD, Balawi SA, Feinmann C, Harris M. Atypical facial pain: a double-blind placebo controlled crossover pilot study of subcutaneous sumatriptan. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7: 83-88.
- > Harrison SD. Atypical facial pain and atypical odontalgia. In: Zakrzewska JM, Harrison SD, Sheelah D (eds). *Assessment and management of orofacial pain*. Amsterdam: Pain Research and Clinical Management/Elsevier, 2002.
- > Israel HA, Ward JD, Horrel B, Scrivant SJ. Oral and maxillofacial surgery in patients with chronic orofacial pain. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 662-671.
- > Laat A De. De patiënt met orofaciale pijnen: zelf behandelen of doorverwijzen (en naar wie)? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 442-445.
- > Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP press, 1994.
- > Meyerson BA. Pharmacological tests in pain analysis and in prediction of treatment outcome. *Pain* 1997; 72: 1-3.
- > Meijler WJ. Nociceptie en sensitiviteit. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 433-436.
- > *Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society*. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24: (suppl 1) 1-160.
- > Okeson JP. *Bell's orofacial pains: the clinical management of orofacial pain*. Chicago: Quintessence Publishing Co. Ltd., 2005.
- > Sharav Y, Singer E, Schmidt E, Dionne RA, Dubner R. The analgesic effect of amitriptyline on chronic facial pain. *Pain* 1987; 31: 199-209.
- > Sörensen J, Bengtsson A, Bäckman E, Henrikson KG, Bengtsson M. Pain analysis in patients with fibromyalgia. Effects of intravenous morphine, lidocaine, and ketamine. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 360-365.
- > Sörensen J, Kalman S, Tropp H, Bengtsson M. Can a pharmacological pain analysis be used in the assessment of chronic low back pain? *Eur Spine J* 1996; 5: 236-242.
- > Sörensen J, Bengtsson, Ahlner J, Henriksson KG, Ekselius L, Bengtsson M. Fibromyalgia- Are there different mechanisms in the processing of pain? A double blind crossover comparison of analgesic drugs. *J Rheumatol* 1997; 24: 1615-1621.
- > Stegenga B. Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 464-470.

- > Woda A, Tubert-Jeannin S, Bouhassira D, et al. Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain. *Pain* 2005; 116: 396-406.
- > Zakrzewska JM. Facial pain: neurological and non-neurological. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2002; 72: (suppl 2) ii27-ii32.

## Summary

### Chronic orofacial pain; atypical facial pain?

Difficult to diagnose pain in the orofacial area may be a challenge to the dental practitioner. There still is uncertainty about the taxonomy of chronic orofacial pain, and even more so about its etiology.

Treatment of chronic orofacial pain may aim at goals which are set in advance, but also at the underlying pain mechanisms. The disentanglement of pain into different pain mechanisms may be facilitated by applying a pharmacodiagnostic test. This test consists of intravenously administering several medications in low doses in orofacial pain patients. The response to the administration of these pharmaca is reported by means of a visual analogue scale (VAS) for pain. The profile, resulting from the consecutive VAS-scores, may be used as a guide for further treatment. Before the start of any treatment, the dentist should judge whether he himself is able to treat the patient or referral to a specialist is required.

## Bron

G-HE Tjakkes<sup>1</sup>, M van Wijhe<sup>2</sup>

Uit 'de afdeling Kaakchirurgie en 'de afdeling Anesthesiologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 26 juni 2006

Adres: G-HE. Tjakkes, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen  
g.h.e.tjakkes@kchir.umcg.nl