

De patiënt met orofaciale pijnen: zelf behandelen of doorverwijzen (en naar wie)?

De anatomische complexiteit van het hoofd-halsgebied ligt aan de basis van de moeilijkheden bij de differentiële diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. Van de tandarts-algemeen practicus wordt verwacht dat hij hierbij zijn specifieke kennis op het gebied van tandgerelateerde pijn en reguliere kaakgewrichtsgerelateerde en myofasciale pijn ten volle gebruikt. Noodzaak tot verwijzen naar collega-tandartsen en artsen zal vooral aanwezig zijn bij diagnostische twijfel en gerefereerde pijn, bij neuropathische of neurologisch/vasculaire pijn en bij chronische orofaciale pijn.

Laat A De. De patiënt met orofaciale pijnen: zelf behandelen of doorverwijzen (en naar wie)?
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 442-445

Inleiding

De diagnostiek en de behandeling van orofaciale pijn vormen een grote uitdaging voor de tandarts en alle andere geneeskundige disciplines die met klachten in deze regio te maken hebben. Pijn is nog steeds de belangrijkste reden waarom patiënten hulp zoeken: 30% van de patiënten die zich aanmelden bij de huisarts heeft als eerste motivatie pijn (Hasselstrom et al, 2002; Koleva et al, 2005) en voor de tandarts varieert dit van 3% in Denemarken (Sindet-Pedersen et al, 1985) tot 14% in de Verenigde Staten (Simmons en Kilpatrick, 2004). In Nederland werd in 1991 een hulpvraag vanwege pijn van 10% gerapporteerd (Swinkels, 1991).

Bij het proces van (differentiële) diagnose en bij de behandeling staat het belang van de patiënt centraal en kan de noodzaak bestaan tot overleg, interactie en/of doorverwijzing, gezien de complexiteit van het anatomische gebied. De tandarts, huisarts, kaakchirurg, kno-arts, neuroloog, psychiater alsook andere specialisten kunnen hierbij worden betrokken. Het uiteindelijke doel is een zo optimaal en snel mogelijk duiden en behandelen van de pijn, dus een zo efficiënt mogelijke hulp aan de patiënt.

Eén van de basisprincipes hierbij is dat elk van de potentiële spelers zijn verantwoordelijkheid neemt binnen de grenzen van zijn kennen en kunnen: als multi- en interdisciplinaire samenwerking ter sprake komt, wordt van eenieder verwacht dat met de grootste zorg zijn specifieke deelgebied is nagekeken en de noodzakelijke behandeling eraan gekoppeld wordt. Waar die grens ligt, wordt enerzijds bepaald door het juridische kader waarin de tandarts, arts of specialist functioneert, maar anderzijds ook door de specifiek opgebouwde kennis van de behandelaar, de mate waarin hij verantwoordelijkheid wil en kan nemen voor een bepaalde behandeling en de ethische vraag of de

patiënt via een andere discipline eventueel sneller, veiliger of efficiënter behandeld kan worden.

In deze bijdrage zal een aantal van deze aspecten meer in detail worden besproken. Bepaalde suggesties kunnen daarbij verschillend van toepassing zijn, afhankelijk van regelgeving, de structuur van de genoten opleiding en de persoonlijke werksituatie.

Complexiteit van orofaciale pijn

De term orofaciale pijn dekt een zeer grote lading. Het hoofd-halsgebied is anatomisch zeer complex en de meeste structuren kunnen er pijn veroorzaken. De specifieke aard van de verschillende weefsels is gekoppeld aan de locatie, het karakter en de hevigheid van pijn en bovendien kan pijn die ontstaat buiten het hoofd toch gevoeld en gerapporteerd worden in het aangezicht. Daarom dient onderscheid te worden gemaakt tussen somatische (nociceptieve) en neuropathische pijn, tussen primaire en secundaire (gerefereerde) pijn, en tussen een acute, episodische of chronische pijn. Andere bijdragen in dit themanummer lichten verschillende van deze aspecten in detail toe en wat hier volgt zal enkele voor de algemene praktijk belangrijke aspecten toelichten.

Op basis van een diagnostische vragenlijst konden Hapak et al (1994) 3 grote categorieën onderscheiden bij orofaciale pijn: 1. musculoskeletale pijn en pijn van weke delen, 2. dentoalveolaire pijn en 3. neurologisch/vasculaire pijn (zie tab. 1). De tandarts-algemeen practicus zal zich het meest thuis voelen in de eerste 2 groepen en minder in de groep van de neurologisch/vasculaire pijnen. Zijn belangrijkste rol bij orofaciale pijn is dan ook zijn specifieke kennis te gebruiken bij de (differentiële) diagnostiek. Vanzelfsprekend zal hij door adequate behandeling vooral de odontogene pijn ten gevolge van infectie of ontsteking uitsluiten, terwijl ook

Musculoskelettale/weke delen	Dentoalveolair	Neurologisch/vasculair
Temporomandibulaire stoornissen	Cariës	Chronische spanningshoofdpijn
Myofasciale pijn	Parodontitis, abces	(Pre-) Trigemineusneuralgie
Atypische, idiopathische faciale pijn	Pulpitis	Migraine
Speekselklierandoeningen	Tandabces	Temporale arteriitis
Zenuwcompressie	Warmtegevoeligheid	Postherpetische neuralgie
Brandende mond ('Burning mouth syndrome') /glossodynie	Cracked tooth syndrome	Clusterhoofdpijn
Candidiasis	Odontogene sinusitis	SUNCT
Kanker	Dentineovergevoeligheid	Glossofaryngeusneuralgie
Atypische odontalgie	Oclusaal trauma	Syndroom van Ramsay-Hunt
Ziekten van orale mucosa		Neuritis optica
		Acuut glaucoom

Tabel 1. Algemene klinische classificatie van orofaciale pijn.

de courante pijnen van spier- en gewrichtsoorsprong vaak binnen de algemene praktijk behandeld kunnen worden. De rol van de tandarts bij complexe orofaciale pijn is dus zeer belangrijk: als er niet direct een aanknopingspunt wordt gevonden of de patiënt niet of onvoldoende reageert op reguliere tandheelkundige behandeling – en dus verwijzing aan de orde komt – wordt ervan uitgegaan dat de odontogene pijn en/of myofasciale of kaakgewrichtspijn, grondig zijn nagekeken en behandeld.

De soms moeilijke weg van differentiële diagnostiek begint bij een uitgebreide anamnese, die bij patiënten met orofaciale pijn meestal relatief veel tijd in beslag neemt. Naast de algemene medisch-tandheelkundige informatie, wordt aan de hand van een gerichte pijnanamnese getracht de pijn terug te brengen tot één van de voormelde categorieën en diagnoses (zie elders in dit themanummer De Leeuw, 2006; Stegenga en De Bont, 2006). Zakrzewska (2002) herhaalt de 9 kenmerken van orofaciale (en andere) pijnen die hierbij richtinggevend kunnen zijn: het pijnkarakter, de duur en het ontstaan, de periodiciteit, de ernst of hevigheid van de pijn, het uitstralingsgebied, de uitlokkende en verzachtende factoren en de begeleidende symptomen. Naast deze uitgebreide anamnese wordt steeds een zeer grondig mondonderzoek en functieonderzoek van het kaakstelsel uitgevoerd, inclusief de vereiste beeldvorming, vitaliteitstesten enzovoorts.

Het aangezicht en de mond kunnen ook plaatsen zijn waarheen pijn uitstraalt die haar primaire oorsprong buiten het anatomische gebied kent. Gerefereerde pijn in het aangezicht kan ontstaan in de hals, de keel, vanuit craniale zenuwen, of een begeleidend symptoom zijn van bijvoorbeeld cardiovasculaire problemen als angina pectoris. Bij het diagnosticeren en het behandelen van 'tandpijn' dient men altijd op de hoede te zijn voor 'niet-odontogene tandpijn' wanneer er onbegrepen begeleidende symptomen zijn (Okeson en Fallace, 1997). Ook wanneer de tandpijn niet via lokale anesthesie kan worden uitgeschakeld of wanneer de pijn recidiveert en aanblijft na adequate behandeling, is voorzichtigheid en verder onderzoek aangewezen. Op dezelfde manier bestaan er bij de temporomandibulaire stoornissen waarschuwingssignalen: sensore of motorische uitval, lymfeklierzwellings, kno-symptomen of toeneemende trismus (Gobetti en Türp, 1998).

Bij elke soort pijn (acuut of chronisch) bestaan naast de somatische kenmerken ook psychologische aspecten die bovendien mede worden bepaald door culturele achtergrond, vroegere pijnervaringen, gemoedstoestand of angst en de kennis en interpretatie van pijn (Turk, 1997). Op grond daarvan zal bij de pijnanamnese ook steeds aandacht moeten worden gegeven aan de psychologische toestand van de patiënt en aan de impact van de pijn op het leven en de levenskwaliteit (= multi-axiale diagnose) (Stegenga en De Bont, 2006). Onderzoek heeft uitgewezen dat het eerder de psychologische aspecten zijn die zullen bepalen of een acute pijn langer dan normaal blijft aanhouden en overgaat in chronische faciale pijn, die voor zovele patiënten een menselijk en sociaal drama betekent. De aanpak van deze chronische faciale pijn moet multidisciplinair gebeuren om alle aspecten van nociceptie, pijnervaring, interpretatie en pijngedrag te begeleiden en te trachten de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren.

Wanneer doorverwijzen en naar wie?

Elke tandarts, arts of specialist dient binnen zijn kennen en kunnen blijf te geven van professionaliteit. Dit betekent dat hij:

- › hoogstaande patiëntenzorg levert op een integere, oprechte en betrokken wijze;
- › adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag vertoont;
- › de grenzen van zijn eigen competentie kent en daarbinnen handelt;
- › zijn vakgebied naar de gebruikelijke ethische beroepsnormen uitoefent.

Zoals beschreven, is odontogene pijn de meest voorkomende oorzaak van orofaciale pijn en is de tandarts-algemeen practicus dé behandelaar om deze te diagnosticeren en te behandelen. Naargelang de noodzaak kan hij hierbij gebruikmaken van horizontale verwijzing naar collegae met een differentiatie (bijvoorbeeld de tandarts-parodontoloog of -endodontoloog). Ook voor het grootste deel van de pijnen die hun ontstaan vinden in spieren en gewrichten van het kaakstelsel (myofasciale pijn en temporomandibulaire stoornissen) hoort de behandeling in de algemene praktijk. Hierbij wordt uitgegaan van het principe

dat de algemeen practicus voldoende geschoold (en bijgeschoold) is om op kritische wijze een onderscheid te maken tussen patiënten die een doorverwijzing behoeven en patiënten die daarvoor niet in aanmerking komen. Is er twijfel of gewoon onvoldoende voeling met dit vakgebied, kan ook hier horizontaal verwezen worden naar de tandarts-gnatholoog, of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Verticaal verwijzen binnen de tandheelkunde (naar de kaakchirurg, de orthodontist of een centrum voor bijzondere tandheelkunde) is in Nederland onderhevig aan bepaalde regels of drempels, die voor de patiënt met temporomandibulaire stoornissen door Lobbezoo et al (2000) werden geïllustreerd. Een recente aanpassing van deze regels maakt het nu ook mogelijk dat de tandarts rechtstreeks naar de fysiotherapeut verwijst.

Voor het verwijzen naar de arts en de arts-specialist en refererend naar de vorige paragraaf, komen enkele categorieën patiënten speciaal in aanmerking:

- › Patiënten bij wie de diagnose onvoldoende duidelijk is en bij wie onvoldoende symptomen aanwezig zijn om reguliere tandheelkundige behandeling als eerste stap te kiezen. Hierbij horen ook de patiënten met een (gerefereerde) pijn die zijn primaire oorsprong buiten het kaakstelsel vindt en zowel qua diagnose als behandeling bij andere medische disciplines thuishoort.
- › Patiënten met de (vermoedelijke) diagnose van een aandoening die regulier niet door de tandarts wordt behandeld (bijvoorbeeld de orofaciale pijnen uit de categorie neurologisch/vasculair in tab. 1) of patiënten met een duidelijke diagnose (bijvoorbeeld glossodynie of andere neuropathieën) die een medicamenteuze aanpak behoeven, waarvoor de tandarts de verantwoordelijkheid niet wil, kan of mag nemen.
- › Patiënten die geplaagd worden door een chronische of complexe pijn die vanaf het begin een multidisciplinaire aanpak nodig heeft.

Een eerste ogenblik waar verwijzing van de patiënt ter sprake komt is bij de differentiële diagnose. Nadat de tandarts vanuit zijn specifieke kennis en ervaring de nodige stappen heeft ondernomen, kan de orofaciale pijn qua oorzaak nog steeds onduidelijk zijn, of bestaat een vermoedelijke diagnose die verdere aandacht verdient. In het geval van intraorale pijn kan het gaan om een parodontaal, endodontisch, occlusiegebonden, wekedelen- of speekselklierprobleem (waar dan een verwijzing naar parodontoloog, endodontist, tandarts-gnatholoog, kaakchirurg hulp kan bieden). Het kan daarnaast ook gaan om een vermoeden van gerefeerde pijn vanuit de sinussen, de oren of de keel (huisarts, kaakchirurg en kno-arts) of de cervicale wervelkolom (fysiotherapeut). Hoofdpijn, vasculaire pijn en neurogene pijn zijn bij uitstek het werkterrein van de neuroloog. Een vermoeden van een neuritis optica of glaucoom maakt de evaluatie van de oogarts noodzakelijk. De keuze naar welke specialist door te verwijzen, hangt af van het diagnostische vermoeden en van het door de patiënt voordien afgelegde traject. Bij twijfel, en zeker indien de tandarts de eerste geconsulteerde zorgverstrekker was, is de huisarts de belangrijkste volgende schakel. Vanzelfsprekend is het bij deze interactie – zoals aangehaald –

uitermate belangrijk dat de mogelijke betrokkenheid van odontogene en musculoskeletale pijn voldoende is nagekeken en uitgesloten.

Een tweede groep patiënten die voor verwijzing in aanmerking komt bestaat uit patiënten met een waarschijnlijkheidsdiagnose. Zij hebben een verdere diagnose nodig en behoeven nadien eventueel een medicamenteuze aanpak waarbij de tandarts-algemeen practicus zich te weinig in thuis voelt (bijvoorbeeld een neuralgie, glossodynie of atypische odontalgie). Hier kunnen dan de beeldvorming, de bloedanalyses, of het opstarten van antineuropathica in samenspraak gebeuren met de huisarts, de tandarts-gnatholoog of de neuroloog en wordt de patiënt voor verdere opvolging verwezen.

Besluit

De efficiënte aanpak van orofaciale pijn vergt van alle medespelers de juiste aandacht en gevoeligheid om gericht een keuze te maken tussen de component die door hemzelf wordt behandeld én de juiste doorverwijzing naar collega-tandartsen of artsen. Het basisprincipe blijft bestaan dat bij elke onzekerheid of noodzaak aan interactie deze verwijzing niet wordt uitgesteld om een ‘doctor’s delay’ te vermijden: twijfel nooit om de mening van een andere discipline te vragen ten voordele van de patiënt. Voor verwijzing en interdisciplinaire behandeling komen vooral patiënten in aanmerking die differentieel diagnostisch problematisch zijn, die een neuropathische of neurogeen/vasculaire pijn-oorzaak hebben, of bij wie door het chronische karakter van de pijn vanaf het begin een complexe behandeling geïndiceerd is.

Literatuur

- › Gobetti JP, Türp JC. Fibrosarcoma misdiagnosed as a temporomandibular disorder: a cautionary tale. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 404-409.
- › Hapak L, Gordon A, Locker D, Shandling M, Mock D, Tenebaum HC. Differentiation between musculoligamentous, dento-alveolar and neurologically based craniofacial pain with a diagnostic questionnaire. *J Orofac Pain* 1994; 8: 357-368.
- › Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002; 6: 375-385.
- › Koleva D, Krulichova I, Bertolini G, Caimi V, Garattini L. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15: 475-479.
- › Leeuw de R. De patiënt met chronische en/of complexe orofaciale pijn: anamnese en diagnostisch onderzoek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 446-455.
- › Lobbezoo F, Zaag J van der, Visscher CM, Meulen MJ van der, Becking AG, Naeije M. Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van cranio-mandibulaire dysfunctie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 471-475.
- › Okeson JP, Falace DA. Nonodontogenic toothache. *Dent Clin North Am* 1997; 41: 367-383.
- › Sindet-Pedersen S, Petersen JK, Gotzsche PC. Incidence of pain conditions in dental practice in a Danish county. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 244-246.
- › Stegenga B, Bont LGM de. Diagnostiek en classificatie van orofaciale pijnen in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 437-441.
- › Swinkels H. Dentist consultation in The Netherlands in the period 1986-1988. *Ned. Tijdschr Tandheelkd* 1991; 98: 345-349.

- > *Simmons HC 3rd, Kilpatrick SR.* A survey of dentists in the United States regarding a specialty in craniofacial pain. *Cranio* 2004; 22: 72-76.
- > *Turk DC.* The role of demographic and psychosocial factors in transition from acute to chronic pain. In: Jensen TS, Turner JA, Wiesenfeld-Hallin Z (eds.). *Proceedings of the 8th World Congress on Pain.* Seattle: IASP Press, 1997.
- > *Zakrzewska JM.* History taking. In: Zakrzewska JM, Harrison SD (eds.). *Assessment and management of orofacial pain.* Amsterdam/Boston: Elsevier, 2002.

Summary

Patients with orofacial pain: treatment or referral?

The anatomical complexity of the head and neck region may cause difficulties in the diagnostic process and management of orofacial pain. The general dentist is expected to thoroughly use his specific areas of competence in the diagnosis and treatment of odontogenic, joint and muscle pain. The need to interact with and refer patients to dental or medical colleagues and specialists will especially occur in cases of diagnostic doubt, referred pain, neuropathic or neurogenic/neurovascular pain, and complex chronic pain in the orofacial region.

Bron

A. De Laat

Uit de School voor Tandheelkunde, Mondziekten en Kaakchirurgie van de Katholieke Universiteit Leuven, België

Datum van acceptatie: 26 juni 2006

Adres: prof. dr. A. De Laat, KU Leuven, Kapucijnenvoer 7, 3000 Leuven, België
antoon.delaat@med.kuleuven.be