

# Diagnostiek en classificatie van orofaciale pijnen in de eerste lijn

De tandarts en de huisarts worden frequent geconfronteerd met patiënten met pijn in de mond of het aangezicht. Deze patiënten vormen vaak een diagnostische uitdaging. Bij het vaststellen van de diagnose is het van belang om naast de aandoening die aan de pijn ten grondslag ligt (as I-diagnose), de impact daarvan op het functioneren van de patiënt (as II-diagnose) te betrekken. De anamnese vormt hiervoor het belangrijkste diagnostische hulpmiddel en de basis voor het klinische onderzoek. De as I-diagnose resulteert in een aantal mogelijke behandelopties; de behandelstrategie wordt vooral door de as II-diagnose bepaald.

Stegenga B, Bont LGM de. Diagnostiek en classificatie van orofaciale pijnen in de eerste lijn  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 437-441

## Inleiding

De tandarts en de huisarts worden frequent geconfronteerd met patiënten met pijn in de mond of het aangezicht (orofaciale pijn). Dit kan een recent ontstane of langer bestaande pijnklacht zijn. Juist omdat het bij veel (sub)-acute pijnen vaak niet moeilijk is om tot een diagnose te komen, heeft men snel de neiging eenzelfde (soort) diagnose te stellen bij patiënten bij wie het klinisch beeld minder eenduidig is. Bij de huisarts wordt bij aangezichtspijn vaak als eerste de (werk)diagnose 'trigeminusneuralgie' gesteld, terwijl bij de tandarts als eerste (en vaak ook als enige) aan een odontogene oorzaak wordt gedacht. Door het besluit om de tandarts of de huisarts te consulteren, bepaalt de patiënt dus in feite de eerste richting van de diagnose. Zo komt het nogal eens voor dat een patiënt met een neuropathische pijn eerst tandheelkundig wordt behandeld voordat de juiste diagnose wordt gesteld. Dat is voorstelbaar, aangezien odontogene en temporomandibulaire oorzaken van mond- respectievelijk aangezichtspijnen veel frequenter voorkomen dan neurologische of vasculaire oorzaken (Crombie et al, 1999; Okeson, 2005). Wat echter belangrijker is, is dat nogal eens de neiging bestaat (te) lang aan de oorspronkelijke diagnose vast te houden, ook wanneer blijkt dat de hierop gebaseerde behandeling niet het gewenste effect heeft.

Het doel van dit artikel is principes voor de diagnostiek van orofaciale pijnen aan te reiken, die ertoe zouden moeten leiden dat de patiënt tijdig op het goede spoor komt voor gerichte behandeling.

## Diagnostiek

Patiënten met orofaciale pijn vormen vaak een diagnostische uitdaging. Pijn in het aangezicht kan een gevolg zijn van neurologische en neurovasculaire aandoeningen, maar zijn vaker van odontogene of musculoskeletale oorsprong. Bovendien kan pijn naarmate deze langere tijd

achtereen bestaat in toenemende mate psychosociale effecten hebben. Pijndiagnostiek vindt dan ook in de regel plaats langs 2 sporen (Okeson, 2005).

Ten eerste is de diagnostiek gericht op de aandoeningen die aan de pijn ten grondslag kunnen liggen. Dit wordt de as I-diagnose genoemd. Het is praktisch voor de eerste lijn (tandarts en huisarts) de pijn eerst globaal te classificeren in één van de volgende 3 categorieën (Hapak et al, 1994; Zakrzewska en Harrison, 2002):

1. Dentoalveolaire pijn: pijn die wordt ervaren in of gereleerd is aan gebitselementen. Hoewel hieraan verschillende mechanismen ten grondslag kunnen liggen (Stegenga, 2005), is het handig deze specifieke categorie te onderscheiden, aangezien patiënten met kenmerken van deze pijnen in eerste instantie het beste door een tandarts of, zo nodig, een kaakchirurg kunnen worden beoordeeld.
2. Andere nociceptieve pijnen, waaronder de musculoskeletale pijn. Deze patiënten zijn vaak door hun kenmerkende symptomen goed te onderscheiden en kunnen het beste in eerste instantie worden beoordeeld door een kaakchirurg of een gedifferentieerde tandarts (bijvoorbeeld de tandarts-gnatholoog in geval van stoornissen van het mandibulaire bewegingsapparaat) (zie elders in dit themanummer Huddleston Slater en Stegenga, 2006).
3. Neuropathische en vasculaire pijnen. Beoordeling van patiënten met kenmerken van deze pijnen kan het beste plaatsvinden door een huisarts of, zo nodig, neuroloog. In tabel 1 zijn de meest voorkomende pijndiagnosen binnen deze 3 categorieën samengebracht.

Ten tweede is de diagnostiek gericht op de impact van de pijn op het functioneren van de patiënt, zowel in fysiek (bijvoorbeeld mandibulaire functiebeperkingen) als in psychosociaal opzicht. Dit onderdeel wordt de as II-diagnose genoemd. Bij aanwijzingen voor psychosociale func-

Dentoalveolaire pijn	Niet-dentale nociceptieve pijn		Neuropathische/(neuro-) vasculaire pijn
	Musculoskelettaal	Overige	
Dentineovergevoeligheid Parodontale pijn Pulpitis	Kaakgewrichtsosteoartritis Mechanische verstoringen van normale gewrichtsbewegingen ('internal derangements')	Candidiasis Speekselklier-aandoening	Neuralgie (trigeminus glossofaryngeus Zenuwcompressie
Apicale ontsteking 'Cracked tooth' syndroom Sinusitis maxillaris	Myofasciale pijn	Otitis Sinusitis Maligniteit	Herpes zoster Postherpetische neuralgie Clusterpijn/paroxismale hemicrania Migraine Arteriitis temporalis
Idiopathische (atypische) odontalgie*	Faciale artromyalgie*	Burning mouth syndrome*	Centrale sensitisatie*
Tandarts Kaakchirurg	Gedifferentieerde tandarts/huisarts Kaakchirurg/kno-arts		Huisarts Neuroloog/neurochirurg

\* Chronische pijn, waarbij as II de belangrijkste rol speelt

**Tabel 1.** Indeling van de meest frequent voorkomende orofaciale pijnen in relatie tot de eerst in aanmerking komende behandelaar.

tiebeperking is een psychologisch of psychiatrisch consult van groot belang. Indien mogelijk heeft een gezamenlijk consult (primaire behandelaar en psycholoog of liaison psychiater) de voorkeur (Feinmann, 1999). Het is niet aan te bevelen daarmee te wachten tot men geen somatische pathologie meer kan vaststellen.

De meeste pijnen met een relatief korte pijnhistorie (korter dan 3 maanden) zijn in de regel gemakkelijk te diagnosticeren. Bij langer bestaande pijnen is de anamnese meestal minder eenduidig en bevat deze vaak kenmerken voor chroniciteit. Ook kunnen er tijdens de anamnese en het klinisch basisonderzoek discrepanties aan het licht komen die verder moeten worden ontrafeld. Hiervoor is soms nadere anamnestiche uitdieping van de pijnklacht en de betekenis daarvan voor de patiënt en zijn omgeving noodzakelijk. Het is bij langer bestaande pijn heel normaal en begrijpelijk dat psychosociale effecten zich in toenemende mate openbaren; dit mag daarom nooit aanleiding geven tot het minder serieus nemen van de klachten of deze te kwalificeren als 'het zit tussen de oren', 'psychisch' of 'irreel'. Meestal is dit een teken van 'verlegenheid' van de clinicus met de situatie en hiermee moet men de patiënt natuurlijk niet belasten. Integendeel: het op correcte wijze en in een relatief vroeg stadium betrekken van een psycholoog of liaison psychiater bij de beoordeling van de pijnklacht getuigt juist van het serieus nemen van de patiënt en zijn klacht.

Het doel van de anamnese en het klinische basisonderzoek is het vaststellen van de belangrijkste kenmerken van de pijn en het verkrijgen van informatie die daarmee kan samenhangen. Door middel van gerichte testen (palpatie,

provocatie, lokale anesthesie, beeldvorming, laboratoriumtest enzovoorts) moet men trachten de pijnkarakteristieken te verifiëren en zo de differentiële diagnose te versmallen. Anamnese en onderzoek hebben ook als doel factoren op het spoor te komen die een indruk kunnen geven van de prognose en de therapietrouw.

De anamnese is bij pijn heel belangrijk en vormt de basis voor de diagnose van de aandoening die de pijn veroorzaakt (as I), en voor de betekenis van de pijn en de lijdensdruk daarvan (as II). De as I-diagnose wordt voor een belangrijk deel bepaald door de beschrijving van de pijn, die voor de verschillende pijndiagnosen vaak karakteristiek is (tab. 2). Aangezien tandheelkundige oorzaken, stoornissen van het mandibulaire bewegingsapparaat, aandoeningen met een kno-voorgeschiedenis (bijvoorbeeld otitis of sinusitis) of een door-

gemaakte herpesinfectie de meest frequente oorzaken van pijn in het orofaciale gebied zijn, zal daarop aanvankelijk het zwaartepunt moeten liggen. Men zal echter altijd bedacht moeten zijn op kenmerken van neuralgiforme pijn, waarbij vooral de uitlokkende factoren (eten, kauwen, slikken, temperatuur), triggers (aanraking, scheren), frequentie en duur van pijnaanvallen van groot belang zijn. Begeleidende autonome verschijnselen, zoals tranenvloed, neusloop, roodheid van het oog, kunnen wijzen op meer zeldzame vasculaire aandoeningen, zoals migraine en clusterhoofdpijn (neuralgie van Horton).

Het is belangrijk dat men met de anamnese een beeld krijgt van het verwachtingspatroon van de patiënt met betrekking tot de behandeling, zoals voorlichting en geruststelling over de aard en ernst van een eventuele aandoening, het medicijngebruik, het stellen van een diagnose, de mogelijkheid om over de pijn te kunnen communiceren. Deze voorkeuren kunnen dan in het doel van de behandeling (tab. 3) worden betrokken (Zakrzewska, 2002). Specifieke vragenlijsten met betrekking tot de pijnklacht zelf of hieraan gerelateerde aandachtsgebieden kunnen ondersteunend zijn voor de pijnanamnese, maar mogen deze nooit vervangen.

Het klinische basisonderzoek is er vooral op gericht de door de patiënt verwoorde pijnklacht zoveel als mogelijk te 'objectiveren'. In de praktijk komt het erop neer dat men met behulp van algemene en specifieke onderzoekstechnieken op zoek gaat naar een somatische verklaring voor de pijn, zoals een odontogene oorzaak of een aandoening van het kaakgewricht. Verder behoort een oriënterend

Kenmerk	TMD-pijn	Neuralgiforme pijn	Neuropathische pijn	Idiopathische orofaciale pijn
<b>Locatie</b>	Kaakgewricht en musculatuur	Distributiegebied zenuw	Distributiegebied zenuw	Diepe, niet musculatuur-gebonden faciale gebieden, uni- of bilateraal, volgt geen distributiegebied van een zenuw
<b>Uitbreiding</b>	Spieren, slaap, occipito-cervicaal	Distributiegebied zenuw	Distributiegebied zenuw	Diffuus, slecht te lokaliseren
<b>Karakter</b>	Dof, zeurend	Scherp, stekend brandend	Brandend	Diep diffuus, knagend, kloppend
<b>Intensiteit</b>	Matig hevig	Zeer hevig	Matig hevig	Matig hevig
<b>Duur</b>	Weken tot jaren	Enkele seconden tot minuten, perioden van aanvallen	Weken tot jaren	Maanden tot jaren
<b>Periodiciteit</b>	Continu of intermitterend	Aanvalsgewijs, tussen aanvallen geen/geringe pijn	Continu	Continu, soms ook pijnvrije perioden
<b>Provocerende factoren</b>	Kaakbewegingen, kauwen, stress	Triggerzones, dagelijkse bezigheden	Geen duidelijke	Stress, moeheid
<b>Verlichtende factoren</b>	Rust, ontspanning tricyclische antidepressiva	Geen duidelijke	Geen duidelijke	Rust, tricyclische antidepressiva
<b>Geassocieerde factoren of symptomen</b>	Mandibulaire bewegingsstoornissen of -beperkingen, parafuncties, angst/stress	Meestal geen	Autonome verschijnselen Sensibiliteitsstoornissen	Angst, depressie, pijn in andere gebieden van het lichaam

Tabel 2. Kenmerken van verschillende typen pijn.

Tabel 3. Behandelingsdoelen.

- > Elimineren of minimaliseren van factoren die de orofaciale pijn veroorzaken of in stand houden
- > Elimineren of minimaliseren van de invloed van negatieve cognitieve, gedragsmatige en emotionele factoren
- > Optimaliseren van de effectiviteit van medicamenteuze behandeling
- > Verbeteren van de therapietrouw, o.a. door een goede en volledige voorlichting
- > Aanmoedigen van zelfzorg

neurologisch onderzoek onderdeel van het onderzoek te zijn, waarbij aandoeningen die gepaard gaan met zenuwuitval, zoals postherpetische neuralgie, tijdig opgespoord worden. Zenuwuitval kan ook een aanwijzing zijn voor een maligniteit.

De oorzakelijke structuur kan overeenkomen met de locatie van pijn die de patiënt heeft aangegeven, maar kan daar ook van verschillen. Deze laatste situatie doet zich in het orofaciale gebied nogal eens voor en kan een aanwijzing zijn voor gerefereerde pijn. Dit fenomeen kan zich voordoen bij relatief vaak voorkomende beelden als myofasciale pijnen en odontogene pijnen, maar ook bij zeldzamere afwijkingen, zoals maligniteiten. Het is van belang door middel van provocatietesten en lokale proefanesthesie te trachten deze gerefereerde pijnpatronen op het spoor te komen en te verifiëren.

Bij persisterende pijn is het belangrijk na te gaan welke eerdere onderzoeken en behandelingen hebben plaatsgevonden en welke effecten deze hebben gehad. Screenend beeldvormend onderzoek door middel van een orthopantomogram behoort tot het basisonderzoek. Aanvullend beeldvormend onderzoek is noodzakelijk op indicatie of bij verdenking op een maligniteit. Bij een trigeminus-

neuralgie, vooral bij patiënten jonger dan 40 jaar die niet reageren op conservatieve medicamenteuze therapie of met klachten van meer dan één tak van de nervus trigeminus, met bilaterale klachten of met sensibiliteitsverlies, is MRI-onderzoek geïndiceerd (Jaspers en Stegenga, 2005).

Soms is de pijnbeschrijving voor verschillende pijnlocaties minder karakteristiek (tab. 2) en overheersen kenmerken van chroniciteit. De diagnose idiopathische orofaciale pijn is in die gevallen vaak meer op zijn plaats dan een diagnose die een zuivere nociceptieve pijn zou suggereren en zo de clinicus gemakkelijk zou kunnen verleiden tot (irreversibele) behandelingen die niet zijn geïndiceerd. In die gevallen zijn er vaak tekenen van centrale sensitiviteit en een relatief sterke relatie met psychosociale factoren als angst en depressiviteit.

De as I-diagnose resulteert in een aantal mogelijke behandelopties, bijvoorbeeld van medische, tandheelkundige, chirurgische of psychologische aard. Of deze opties bij de patiënt reëel zijn, hangt onder meer af van de as II-diagnose, die uiteindelijk de behandelstrategie, de keuze en de volgorde van de behandelingen bepaalt.

Hoewel de principes van 'pijnmanagement' bij idiopathische orofaciale pijn overeenkomen met die van chroni-

sche pijn in een ander gebied van het lichaam, moet de behandelaar zich realiseren dat de mond en het aangezicht voor de ontwikkeling van het zelfbeeld, de lichaamsbeleving en de interpersoonlijke relaties een speciale betekenis hebben. Kennis daarvan is van groot belang bij een patiënt met moeilijk te duiden of onbegrepen pijn in dit gebied (Feinmann, 1999).

Casus 1 en 2 illustreren enkele van de bovengenoemde principes en valkuilen van pijndiagnostiek.

#### Casus 1

Een gezonde man van 35 jaar met sinds 6 dagen aanwezige hevige pijnklachten meldde zich bij de kaakchirurg op verwijzing van de tandarts met de vraag of het diep geïmpacteerde gebitselement 48 de oorzaak voor deze klachten zou kunnen zijn. De pijn ontstond plotseling en trad op in aanvallen die 15-20 minuten lang bijna ondraaglijk waren (intensiteit: score van 8-9 op een visueel analoge schaal verlopend van 0 (geen pijn) tot 10 ondraaglijke pijn, notatie: 8-9/10). De pijn werd omschreven als scherp en afmattend. De pijn bevond zich vooral dorsaal in de onderkaak rechts en straalde uit via het oor naar temporaal. De aanvallen traden dagelijks, vooral 's avonds, op en waren niet op te wekken; de remissies waren eveneens plotseling. Tijdens een pijnaanval transpireerde de patiënt en werd de rechterwang rood en warm. De patiënt gebruikte 8-maal daags 400 mg ibuprofen, maar merkte daarbij op dat dit niet veel hielp.

Het basisonderzoek leverde geen bijzonderheden op over het mandibulaire bewegingsapparaat: het linker- en rechterkaakgewricht bewogen zonder stoornis, de kauwspieren waren niet gevoelig bij palpatie. Gebitselementen 46 en 47 reageerden niet op koude. Er was cariës gevonden in gebitselement 37 en gebitselementen 38 en 48 waren diep geïmpacteerd.

De plotselinge pijnaanvallen en even plotselinge remissie, gecombineerd met de autonome verschijnselen tijdens de pijnaanvallen en de hevige intensiteit deden het meeste denken aan een clusterhoofdpijn, ook wel aangeduid als neuralgie van Horton. De daarbij vooral 's avonds en 's nachts plotseling optredende pijn (alsof een schakelaar wordt omgedraaid) is zo intens dat de patiënt niet weet waar hij 'het zoeken moet'. De neiging bestaat met het hoofd tegen de muur te slaan en deze neuralgie wordt wel eens 'zelfmoordhoofdpijn' genoemd. Dat de pijn vrij voorspelbaar en plotseling in remissie gaat, weerhoudt patiënten ervan zich daadwerkelijk van het leven te beroven. Het is een weliswaar zeldzaam, maar zeer karakteristiek beeld (International Headache Society, 1988; zie ook elders in dit themanummer De Bont, 2006)). De pijnaanvallen zijn te couperen met sumatriptan (Imigran®), dat het beste subcutaan kan worden toegediend. Dit medicament gaf bij de hier besproken patiënt aanvankelijk enige verbetering, hoewel er nu en dan toch een aanval optrad.

Na 1 week werden de pijnaanvallen heviger (9/10) en deze traden meer frequent op, terwijl tussen de aanvallen door een milde (4/10) continue pijn bleef bestaan. Deze verandering maakt de diagnose clusterhoofdpijn aanzienlijk minder aannemelijk. Op verdenking van pijn uitgaande van het geïmpacteerde gebitselement 48 (zoals aanvankelijk werd gesuggereerd door de verwijzende tandarts) werd een proefblokkade van de nervus alveolaris inferior gegeven, waarop de pijn verdween. Tijdens de anesthesie trad niettemin opnieuw een pijnaanval op, die nu vooral rechts dorsaal in bovenkaak was gelokaliseerd.

De volgende dag was de pijn hevig (8/10) en constant aanwezig. De nachtrust was verstoord en de patiënt zat het liefst rechtop in bed; pijnstilling hielp nauwelijks. Vitaliteitstesten van gebitselementen 16 en 17 gaven geen respons. Herhaalde selectieve proefanesthesie van gebitselement 16 leidde steeds tot het verdwijnen van de pijn. Na endodontische behandeling ervan keerde de pijn niet meer terug. De uiteindelijke diagnose luidde: pulpitis van gebitselement 16.

## Beschouwing

Zowel de tandarts als de huisarts moet zich steeds weer realiseren dat pijn in de mond en het aangezicht kan berusten op een groot aantal oorzakelijke ziektebeelden en zich heel misleidend kan presenteren. Gerefereerde pijnen komen in dit gebied nogal eens voor. Om deze pijnen op het spoor te komen zijn een volledige anamnese en een nauwkeurig klinisch onderzoek van groot belang.

De eerste casus illustreert duidelijk een aantal belang-

#### Casus 2

Recent werd een casus beschreven (Van der Heijden et al, 2005), die een aantal diagnostische dilemma's bij pijn in het orofaciale gebied fraai illustreert. Het betrof een vrouw die sinds november 2002 hevige pijnklachten had van het rechteroor en die uitstraalden naar de rechterbovenkaak. Het was een stekende pijn, die volgens patiënte 'niet te verdragen' was. De pijn kon niet worden geprovoceerd door kauwen of aanraking van het gezicht. Er waren ook geen tekenen van tranenvloed, neusloop of roodheid. Deze patiënt werd achtereenvolgens gezien en/of behandeld door:

- > de huisarts met behulp van oor- en neusdruppels, mogelijk op basis van een vermoeden van oorpathologie of sinusitis. Dit leidde niet tot verlichting van de klachten;
- > de tandarts, die multiële gebitselementen uit de rechterbovenkaak extraheerde op verdenking van een dentale oorzaak. Ook deze ingrepen leidden niet tot verlichting van de klachten;
- > de neuroloog, die op basis van het vermoeden van neuropathische pijn gabapentine voorschreef, echter zonder resultaat. Er werd een MRI-opname gemaakt, waarop geen bijzonderheden werden geconstateerd;
- > opnieuw de tandarts, die vervolgens multiële gebitselementen extraheerde uit de rechteronderkaak. De pijn bleef bestaan;
- > een acupuncturist en een homeopathische arts, zonder resultaat;
- > de pijnpolikliniek van een perifeer ziekenhuis (januari 2004): er werden geen afwijkingen gezien van de hals, de nek of de arteria temporalis. Door druk op het rechterkaakopje kon de pijn worden geprovoceerd, waarop een injectie met corticosteroiden in het kaakgewricht werd gegeven, echter zonder effect. In oktober 2004 veranderde het klachtenpatroon in schietende pijnen in boven- en onderkaak aan de rechterzijde, verergerend bij praten en eten en uitstralend naar het rechteroor. Op basis van de werkdiagnose trigeminusneuralgie werd 2-maal een radiofrequente laesie ter plaatse van het ganglion van Gasser aangebracht. Er was veel napijn, maar geen verbetering van de klachten. In januari 2005 werden de hals en het kaakgewricht nogmaals onderzocht, maar er werden geen afwijkingen gevonden. Tijdens het onderzoek viel wel een devierende tong op, waarop de patiënt werd verwezen naar de neuroloog (maart 2005) die een harde zwelling rechts submandibulair constateerde. Een nieuwe MRI-opname gaf een beeld te zien dat paste bij een tongcarcinoom met uitbreiding naar mandibula en orofarynx. Over het verdere beloop wordt in het betreffende artikel helaas geen mededeling gedaan.

rijke principes van de pijndiagnostiek. Het gaat in deze casus om een recent ontstane pijn. Niettemin heeft deze een enorme impact op de patiënt en zijn omgeving. Het is belangrijk dat men beseft dat niet alleen chronische pijn, maar ook acute pijn een aanzienlijke psychosociale en functiebeperkende impact kan hebben, waardoor het welzijn van de patiënt en zijn omgeving op de proef wordt gesteld. De casus illustreert ook de bizarre wijze waarmee een pulpitis zich vaak manifesteert; in dit geval vertoonde de patiënt kenmerken passend bij een clusterhoofdpijn.

Een verandering van de wijze waarop pijn zich manifesteert moet leiden tot een heroverweging van de (werk)diagnose. Zowel in casus 1 als in casus 2 doet zich dit voor. Vooral casus 1 illustreert dat men er bij veranderingen in de presentatie van pijn in het orofaciale gebied goed aan doet in eerste instantie (weer) aan een odontogene oorzaak te denken en het aanvullende onderzoek hierop te richten, tenzij de symptomen duidelijk in een andere richting wijzen (zoals aanvankelijk het geval was). De proefanesthesie is daarbij een nuttig diagnostisch hulpmiddel, hoewel men er rekening mee moet houden dat deze aanleiding kan geven tot een vals-positieve respons en dus altijd herhaald moet worden.

Men moet ervoor waken zonder nauwgezet onderzoek (vitaliteitstests, proefanesthesie) bij wijze van proef gebits-elementen endodontisch te behandelen of te extraheren. In casus 2 zou een meer nauwgezette tandheelkundige diagnostiek de patiënt mogelijk voor onnodige extracties hebben behoed. Ook de huisarts heeft soms de neiging bij een lastige pijnklacht behandelingen te 'proberen', zoals het voorschrijven van oor- of neusdruppels, antibiotica enzovoorts. Wanneer ondanks de 'therapie' de pijn persisteert en de behandelaar de herkomst niet kan achterhalen, is het van belang de pijn niet te onderschatten of als 'niet reëel' af te doen. Als regel moet iedere diagnose, ook die van idiopathische pijn, worden onderbouwd. De uitdaging van de pijnspecialist is om behandelbare aandoeningen uit te sluiten, attent te blijven bij veranderingen in het klachtenpatroon, nauwkeurig te zijn (en te blijven) met betrekking tot diagnostiek en management zonder te verzanden in 'overdiagnostiek' of invasieve behandelingen uit verlegenheid uit te voeren. Om de klinische situatie breed te kunnen beoordelen, veranderingen in levensstijl en vooral ontspanning te bewerkstellingen en de zelfhulp van de patiënt te optimaliseren is het belangrijk bij chronische pijnen vroegtijdig een psycholoog of psychiater bij de diagnostiek en behandeling te betrekken.

De eerste casus illustreert het belang een dentale oorzaak van de pijn, als meest frequent voorkomende oorzaak van orofaciale pijnen, altijd te overwegen of uit te sluiten. Hetzelfde geldt voor musculoskeletale aandoeningen van het mandibulaire en/of cervicale bewegingsapparaat, in het bijzonder bij langer bestaande zeurende pijnen. De tweede casus illustreert dat bij onverklaarde pijn, vooral in de regio van het oor, altijd rekening moet worden gehouden met een maligniteit.

#### Literatuur

- › *Crombie IKCR, Linton SJ, LeResche L, et al* (eds). Epidemiology of pain: a report of the Task Force on Epidemiology of the International Association for the Study of Pain. Seattle: International Association for the Study of Pain, 1999.
- › *Bont LGM de*. Spontane pijnaanvallen: neuralgiforme pijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 474-477.
- › *Feinmann C*. The mouth, the face and the mind. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- › *Hapak L, Gordon A, Locker D, Shandling M, Mock D, Tenenbaum HC*. Differentiation between musculoligamentous, dentoalveolar, and neurologically based craniofacial pain with a diagnostic questionnaire. J Orofac Pain 1994; 8: 357-368.
- › *Heijden MWJ van der, Patijn J, Kleef M van*. Aangezichtspijn, een moeilijke diagnose. Ned Tijd Pijn Pijnbestr 2005; 24: 6-9.
- › *Huddleston Slater JJR, Stegenga B*. Pijn bij bewegingen van de onderkaak. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 469-473.
- › *International Headache Society*. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (suppl 7): 1-96.
- › *Jaspers GWJ, Stegenga B*. Trigemineuralgie door een neurinoom van de nervus acusticus. De noodzaak van beeldvormend onderzoek. Ned Tijdschr Tandheelkd 2005; 112: 231-233.
- › *Okeson JP*. Bell's orofacial pains. Chicago: Quintessence Publishing Co. Ltd., 2005.
- › *Stegenga B*. Pijn van de gebitselementen en kaken. In: Crul BJP, Houdenhouve B van, Perez RSGM, Vissers KCP, Witet R de (red). Pijninfo 5. Thema: Aangezichtspijn. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
- › *Zakrzewska JM, Harrison SD*. Assessment and management of orofacial pain. Amsterdam/Boston: Elsevier, 2002.
- › *Zakrzewska JM*. Facial pain: neurological and non-neurological. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72 (suppl II): ii27-ii32.

#### Summary

#### Diagnosis and classification of orofacial pain by dental and general practitioners

Dental practitioners as well as general practitioners are frequently confronted with patients complaining of pain in the orofacial region. Diagnosing these pains often poses a challenge to the clinician. Currently, the diagnosis of orofacial pains is biaxial. In determining a diagnosis, it is important to consider, in addition to the condition which is causing the pain (axis I-diagnosis), the impact of the pain on the patient's ability to function (axis II-diagnosis). The compilation of a thorough medical history represents the most important diagnostic tool and basis for clinical examination. Based on the axis I-diagnosis several treatment options are suggested; the strategy for managing the pain is, however, largely determined by the axis II-diagnosis.

#### Bron

B. Stegenga, L.G.M. de Bont

Uit de afdeling Kaakchirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen

Datum van acceptatie: 26 juni 2006

Adres: prof. dr. B. Stegenga, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen

b.stegenga@kchir.umcg.nl