

Uitingsvormen van pijnen in het orofaciale gebied

Voorwoord

Pijn is wellicht de meest voorkomende reden waarvoor de patiënt hulp zoekt en dus ook het fenomeen waarmee de tandarts het vaakst wordt geconfronteerd. In dit themanummer wordt pijn in mond en aangezicht beschouwd vanuit de presentatie door de patiënt. Daarbij komen frequent en minder frequent optredende ziektebeelden die pijnklachten in het orofaciale gebied veroorzaken aan de orde.

Stegenga B. Uitingsvormen van pijnen in het orofaciale gebied. Voorwoord
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 430-432

De tandarts wordt dagelijks geconfronteerd met patiënten met pijn. Meestal wordt pijn beschouwd als een symptoom dat (mede) kenmerkend kan zijn voor een bepaalde aandoening. In wezen betreft het dan de feitelijke pijnsensatie of 'nociceptie'. Daarbij wordt een prikkel gedetecteerd door pijnreceptoren, de nocisensoren, en omgezet in zenuwimpulsen die worden voortgeleid naar het centrale zenuwstelsel waar de pijngewaarwording uiteindelijk kan plaatsvinden. Achtergronden over deze basisbegrippen en de laatste inzichten hierover worden gegeven in de bijdrage van Meijler (2006).

Pijn en nociceptie zijn echter geen synoniemen. Pijn is niet alleen een sensore, maar ook een emotionele ervaring. Dit is het beste te begrijpen door zich te realiseren dat niet iedereen bij eenzelfde prikkeling van nociceptoren dezelfde pijngewaarwording en pijnbeleving heeft. Eerdere ervaringen, culturele invloeden, de omgeving enzovoorts bepalen uiteindelijk of en in welke mate de pijn wordt ervaren en wat de patiënt daarmee doet (pijngedrag). Het is de bedoeling van dit themanummer om het fenomeen 'pijn' primair vanuit (de klachten van) de patiënt te beschouwen. De patiënt met pijn presenteert zich op zijn eigen unieke manier en de tandarts moet daar iets mee. Verschillende presentatievormen vormen het vertrekpunt voor een aantal bijdragen in dit themanummer. De bijdrage van Lever (2006), als vertegenwoordiger van de Werkgroep Aangezichtspijn (een belangenbehartigingswerkgroep van patiënten met aangezichtspijn), illustreert op welke wijze pijn door de patiënt wordt beschreven en beleefd. Dit artikel is niet bedoeld als wetenschappelijke verhandeling, maar om te illustreren welke impact pijn kan hebben op het functioneren van patiënten en waartoe niet of te laat gediagnosticeerde of behandelde pijn kan leiden.

Rekeninghoudend met de diversiteit waarmee pijn-

klachten in het aangezicht worden beleefd en waarmee ze het dagelijks leven van de patiënt beïnvloeden, zal de tandarts zich een beeld moeten vormen van de aard en de omvang van de problematiek. De presentatie van de pijnklachten is tussen patiënten zeer verschillend en dit maakt de pijn diagnostiek vaak complex. Het is in het algemeen 'te kort door de bocht' om de pijn alleen als symptoom van een aandoening te beschouwen. Zelfs een in diagnostische zin eenduidige pijn, bijvoorbeeld bij een pulpitis, kan het leven van de patiënt volledig ontwrichten. Hoewel de neiging soms bestaat dit te bagatelliseren, zal de tandarts hierop moeten anticiperen.

Het is in eerste instantie van belang de klachten van de patiënt globaal te beoordelen op basis van een gerichte anamnese en klinisch basisonderzoek. Vaak kan men dan al komen tot een classificatie, waarop verder handelen kan worden gebaseerd, zoals is aangegeven in de bijdrage van Stegenga en De Bont (2006). Als de problematiek niet direct en adequaat door de tandarts in de eerste lijn kan worden geduid of behandeld, is het verstandig de anamnese en het klinisch onderzoek verder uit te breiden. Een uitgebreide anamnese geeft de informatie die nodig is om de pijn, die de patiënt ervaart, te kunnen duiden en leidt dan ook vaak tot de diagnose. Het onderzoek is vooral gericht op het vinden van een substraat voor de symptomen die door de patiënt worden gepresenteerd. In de bijdrage van De Leeuw (2006) wordt op de anamnese en het klinisch onderzoek bij lastige pijnproblemen nader ingegaan.

Om een goede pijnanamnese te kunnen afnemen zal de tandarts, die vaak wordt geconfronteerd met (soms ingewikkelde) pijnen in het orofaciale gebied, in staat moeten zijn de verschillende uitingsvormen te herkennen en te duiden. Iedere pijnklacht laat zich door de volgende kenmerken karakteriseren (Zarkzewska, 2003):

- > locatie (waar wordt de pijn gevoeld en hoe verspreidt de pijn zich?);
- > ontstaan (wanneer en hoe?) en duur;
- > beloop (periodiciteit, patroon);
- > het karakter (hoe voelt de pijn?);
- > intensiteit (en variatie daarin);
- > welke factoren verergeren of verlichten de pijn?
- > welke factoren gaan met de pijn gepaard?

De meeste pijnen waarmee de tandarts wordt geconfronteerd manifesteren zich in de gebitselementen of de directe omgeving daarvan. Vooral hardnekkige of lastig te diagnosticeren tand- of kiespijnen leiden nogal eens tot het verzoek van de patiënt de betreffende gebitselementen te extraheren, in de veronderstelling dan van de pijn te zijn verlost. Dat niet alle tand- en kiespijnen hun oorsprong vinden in de gebitselementen wordt duidelijk in de bijdrage van Stegenga (2006). De pijnklachten kunnen zich namelijk ook voordoen bij edentate patiënten, zoals uit de bijdrage van De Baat (2006) blijkt.

Dat de wijze van ontstaan en het beloop van pijn van groot diagnostisch belang kunnen zijn, wordt duidelijk in de bijdrage van De Bont (2006). Sommige beelden uit zich als spontane pijn aanvallen en zijn vaak heel typerend voor bepaalde neurologische ziektebeelden. Hoewel de tandarts daarmee niet frequent zal worden geconfronteerd, kan bekendheid daarmee veel ellende voorkómen. Bovendien kunnen dergelijke ziektebeelden verraderlijk veel lijken op pulpitis, die zich soms heel bizar kan presenteren.

Na odontogene pijnen komt pijn bij het bewegen van de kaken het meest frequent voor. Heel karakteristiek voor deze pijnen is dat ze te provoceren zijn door het (wijd) openen van de mond of kauwen. Vaak brengt rust verlichting van deze pijnen. In de bijdrage van Huddleston Slater en Stegenga (2006) wordt dieper op deze pijnen ingegaan. Zij hebben vaak een chronisch karakter.

De genoemde categorieën zijn vooral gebaseerd op de wijze waarop de pijn door de patiënt wordt gepresenteerd. Behalve 'het verhaal' van de patiënt kan de tandarts tijdens zijn onderzoek kenmerken waarnemen die kunnen passen bij specifieke pijnmechanismen, die weer kenmerkend kunnen zijn voor bepaalde ziektebeelden. Ook kan de combinatie van de pijn met andere symptomen een bepaald ziektebeeld suggereren.

Uit bovenstaande moge blijken dat de tandarts, als 'pijnspecialist' in het orofaciale gebied, moet beschikken over een luisterend oor, empathisch begrip en het vermogen de aan hem verstrekte informatie te analyseren en in verband te brengen met de bevindingen tijdens het onderzoek. Om de pijn te kunnen duiden moet de tandarts daarenboven inzicht hebben in de verschillende mechanismen die aan de pijnklacht ten grondslag kunnen liggen. Meestal bestaat de neiging op zoek te gaan naar een somatisch substraat en dat is op zich een begrijpelijke en juiste houding. Toch moet de tandarts zich, vooral bij pijn die al langer bestaat (meestal langer dan 6 maanden), realiseren dat een somatische laesie inmiddels kan zijn hersteld terwijl de pijnklachten aan-

houden. Ook is het bij deze pijnen heel normaal en begrijpelijk dat psychosociale factoren van invloed zijn op de pijnbeleving en het pijngedrag. Hier moet de tandarts dan ook rekening mee houden, zonder in de valkuil te lopen de klachten op grond daarvan af te doen als 'psychisch' of 'tussen de oren'. Meestal is dit laatste een teken van 'verlegenheid' van de clinicus met de situatie en hiermee moet men de patiënt natuurlijk niet belasten.

Bij langer bestaande pijnen is de anamnese vaak zeer complex en minder eenduidig, en bevat deze vaak (ook) kenmerken voor (een zich ontwikkelende) chroniciteit. Ook kan pijn zich minder karakteristiek presenteren, als een 'atypische' aangezichtspijn. Hoe daarmee kan worden omgegaan wordt uiteengezet in de bijdrage van Tjakkes en Van Wijhe (2006).

Soms is het, ondanks een uitgebreide anamnese en zorgvuldig onderzoek, niet mogelijk om tot een eenduidige diagnose te komen. Hoewel de diagnose 'idiopathische faciale pijn' in deze gevallen vaak meer op zijn plaats is dan een diagnose die een zuivere nociceptieve pijn zou suggereren (Feinmann, 1999), laat de tandarts zich in deze gevallen (te) vaak verleiden tot het uitvoeren van irreversibele behandelingen. Er zijn in die gevallen vaak tekenen van centrale sensitatie en een relatief sterke relatie met psychosociale factoren als angst en depressiviteit.

Bij een lastig te diagnosticeren of te behandelen pijnklacht zal de tandarts de beslissing moeten nemen of hij de patiënt zelf zal behandelen of zal doorverwijzen. De bijdrage van De Laat (2006) reikt de tandarts een aantal nuttige overwegingen aan.

Literatuur

- > Baat C de. Pijn bij edentaten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 463-468.
- > Bont LGM de. Spontane pijn aanvallen: neuralgiforme pijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 474-477.
- > Feinmann C. The mouth, the face and the mind. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- > Huddleston Slater JJR, Stegenga B. Pijn bij bewegingen van de onderkaak. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 469-473.
- > Laat A De. De patiënt met orofaciale pijnen: zelf behandelen of doorverwijzen (en naar wie)? Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 442-445.
- > Leeuw R de. De patiënt met chronische en/of complexe orofaciale pijn: anamnese en diagnostisch onderzoek. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 446-455.
- > Lever E. Zwervers op zoek naar Utopia. Beleving en verwachtingen van patiënten met orofaciale pijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 456-459.
- > Meijler WJ. Nociceptie en sensitatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 433-436.
- > Stegenga B. Tand- en kiespijnen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 460-462.
- > Stegenga B, Bont LGM de. Diagnostiek en classificatie van orofaciale pijnen in de eerste lijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 437-441.
- > Tjakkes G-HE, Wijhe M van. Chronische orofaciale pijn; atypische aangezichtspijn? Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 478-481.
- > Zakrzewska JM, Harrison SD. Assessment and management of orofacial pain. Amsterdam/Boston: Elsevier, 2002.

Summary

Manifestations of orofacial pain

Pain is possibly the most common reason for patients to seek dental help, and is, therefore, a phenomenon with which dentists are frequently confronted. This special issue of the Dutch Dental Journal considers several aspects of orofacial pain as they are presented by patients. Both common and less frequent disorders causing pain in the orofacial area are described and discussed.

Bron

B. Stegenga

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

Dankwoord

Pijn is van alle tijden en in de tandartspraktijk aan de orde van de dag. In dit themanummer wordt het onderwerp 'pijn' vanuit diverse invalshoeken belicht op basis van de meest recente inzichten. Er gaat veel dank uit naar gastredacteur prof. dr. B. Stegenga, die ook (co-)auteur is van diverse bijdragen in dit themanummer. Hij heeft mede gezorgd voor consistentie tussen de verschillende bijdragen in dit themanummer. Daarnaast gaat dank uit naar de

overige auteurs die een bijdrage aan dit themanummer hebben geleverd. In alfabetische volgorde zijn deze: prof. dr. C. de Baat, prof. dr. L.G.M. de Bont, dr. J.J.R. Huddleston Slater, prof. dr. A. De Laat, dr. R. de Leeuw, E. Lever, dr. W.J. Meijler, drs. G-H.E. Tjakkes en dr. M. van Wijhe.

M.S. Cune, redacteur