

Tussen slijten en verbijten

Samenvatting van de inaugurele rede uitgesproken door prof. dr. F. Lobbezoo bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Orale Bewegingsstoornissen aan de Universiteit van Amsterdam op vrijdag 10 maart 2006.

Lobbezoo F. Tussen slijten en verbijten
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 282-283

Bruxisme

Tandenknarsen en de kaken krachtig op elkaar klemmen – beide activiteiten van het kauwstelsel – worden gevat onder de noemer ‘bruxisme’. De term bruxisme stamt uit het Grieks: *vrigmos odódon*, dat betekent tandenknarsen. Zonder enige twijfel is bruxisme de frequentst voorkomende orale bewegingsstoornis. Het neemt een belangrijke plaats in binnen het wetenschapsgebied van de orale kinesiologie (dat is de discipline die de basale en de klinische aspecten van de normale en de verstoorde bewegingen van het kauwstelsel bestudeert) vanwege zijn vermoedelijke rol in het (mede)veroorzaken van zowel gebitsslijtage als chronische pijn in het kauwstelsel. Bruxisme bevindt zich daarmee op het raakvlak tussen slijten en verbijten.

Volgens de huidige inzichten zijn morfologische factoren als occlusale discrepanties en afwijkingen in de anatomie van het orofaciale gebied – in tegenstelling tot wat we vroeger dachten – niet of nauwelijks betrokken bij het doen ontstaan en het instandhouden van bruxisme, terwijl zo’n rol wel lijkt te zijn weggelegd voor psychosociale factoren als stress en voor pathofysiologische factoren als verstoringen in de centrale dopaminehuishouding. Ook bepaalde aspecten van de slaapkwaliteit en -architectuur zouden een rol spelen in de etiologie van bruxisme. Zo zijn er aanwijzingen gevonden voor een relatie tussen bruxisme en de zogenaamde ‘ontwaakrespons’, waarbij een bruxisemoment optreedt als de patiënt hetzij lichter gaat slapen of daadwerkelijk wakker wordt. Er zijn echter ook aanwijzingen voor het omgekeerde fenomeen, namelijk dat een bruxisemoment juist leidt tot een ontwaakrespons. Hierover moet toekomstig onderzoek uitsluitsel geven.

De behandeling van bruxisme dient gericht te zijn op de centrale aspecten van de etiologie, waarbij vooral het gebruik van dopaminemedicamenten veelbelovend lijkt. Onderzoek heeft aangetoond dat de Parkinson-medicijnen L-dopa en bromocriptine resulteren in een significante afname van het aantal bruxisemomenten per uur slaap. De dopamine-D1/D2-agonist pergolide kan slaapbruxisme over een langere periode onderdrukken; zelfs als de toediening is gestaakt.

De uitkomsten van dit soort medicijnonderzoeken zijn overigens vooralsnog slechts beperkt toepasbaar in de algemene praktijk. Los van de vraag of bruxisme wel altijd moet worden behandeld – dat hangt immers van de mogelijke dentale en orale gevolgen af die aan de stoornis worden toegeschreven – zijn tand-



Prof. dr. F. Lobbezoo

artsen niet degenen die dopaminemedicamenten mogen voorschrijven, ook niet aan bruxisemepatiënten. Dat is voorbehouden aan artsen c.q. medisch specialisten, die niet alleen de gewenste werking kunnen monitoren maar ook de eventuele ongewenste bijwerkingen van het medicijn kunnen herkennen en daar adequaat op kunnen reageren. Bovendien maakt slaapbruxisme geen deel uit van het primaire indicatiespectrum van dopaminemedicamenten. Dit beperkt de toepassingsmogelijkheden binnen de tandheelkunde nog verder.

Orofaciale dyskinesieën

Wellicht nog belangrijker is dat een overdosering van dopamine kan leiden tot het ontwikkelen van orofaciale dyskinesieën. Daarbij zie je onder andere veranderingen in de gelaatsuitdruk-

king, zoals het tuiten van de lippen en het uitsteken en verdraaien van de tong. Bovendien kan de patiënt ook last hebben van spraak-, kauw- en slikstoornissen. De eveneens optredende onwillekeurige mandibulaire bewegingen vertonen veel overeenkomsten met bruxisme, zodat deze bewegingsstoornis kan worden beschouwd als een door de behandeling teweeggebrachte, iatrogene vorm van bruxisme. Er is dus sprake van een paradoxale situatie: idiopathisch bruxisme, dat wil zeggen bruxisme zonder eenduidige oorzaak, heeft – indien geïndiceerd – baat bij een dopaminebehandeling, terwijl deze behandeling op haar beurt – op iatrogene wijze – juist bruxisme kan veroorzaken, als onderdeel van een orofaciale dyskinesie.

Helaas zijn de orofaciale dyskinesieën meestal niet causaal te behandelen. Ze dienen daarom palliatief te lijf te worden gegaan met bijvoorbeeld benzodiazepineachtige preparaten als diazepam of zelfs met intramusculaire injecties met botulinetoxine, een sterk werkend toxine dat een lokale verlamming veroorzaakt van de geïnjecteerde spieren. Vanzelfsprekend horen de diagnostiek en de behandeling van dergelijke orale bewegingsstoornissen thuis in de handen van medisch specialisten.

Maar tandartsen hoeven niet werkloos toe te kijken: ook voor hen is er een aantal belangrijke taken weggelegd. Allereerst is daar het aspect van het onderkennen van de aandoeningen bij patiënten die aan zijn of haar periodieke controle zijn toevertrouwd. Verder dient de tandarts in overleg te treden met de primaire behandelaar van de bewegingsstoornis om tot een behandelbare situatie te komen. Door de aard van de aandoening is een dyskinetische of dystonische patiënt moeilijk te behandelen, terwijl

er vaak juist veel schade aan het gebit moet worden hersteld die door de orale bewegingsstoornis is veroorzaakt. Dan is er nog de suggestie in de literatuur dat bepaalde tandheelkundige condities, vooral tandeloosheid en slechtzittende gebitsprothesen, zouden leiden tot – veelal milde – orofaciale dyskinesieën. Ook wortelkanaalbehandelingen en extracties worden in dat verband genoemd. De bewijslast daarvoor ontstijgt echter vooralsnog de casuïstiek niet, zodat eenduidige conclusies niet zijn te trekken, laat staan dat er aanbevelingen voor de algemene praktijk kunnen worden gegeven ter preventie van orale bewegingsstoornissen. De suggestie dat meer onderzoek naar de tandheelkundige aspecten van orale bewegingsstoornissen nodig is, is duidelijk een understatement.

Vergrijzing

De toenemende vergrijzing van onze bevolking zal veel veranderingen in de werkzaamheden van de tandarts met zich meebrengen. De nieuwe curricula voor mondzorgkunde (voorheen mondhygiëne) en tandheelkunde lopen daarop vooruit. Vooral de toekomstige tandarts - de mondarts - zal meer kennis en kunde in huis moeten hebben over de oorzaken en de gevolgen van veroudering. Om die reden zullen de diagnostiek en de behandeling van gecompliceerde tandheelkundige en orale problemen als gebitslijtage, chronische pijn in het kauwstelsel en orale bewegingsstoornissen – allemaal problemen die toenemen met de vergrijzing – zeker tot de taken van de mondarts gaan behoren.