



# Een patiënt met een atypische pijnklacht in de onderkaak

Een 58-jarig vrouw meldde zich bij haar tandarts met atypische pijn in de onderkaak rechts. De klachten verminderden bij gebruik van carbamazepine, paracetamol en diclofenac om uiteindelijk geheel te verdwijnen. De op advies van een neuroloog gemaakte 'magnetic resonance imaging'-opnamen toonden geen afwijkingen en bevestigden de diagnose idiopathische trigeminusneuralgie. Trigemineusneuralgie is een diagnose die meestal op grond van de anamnese en de aard van de klachten kan worden gesteld. De aandoening kan worden onderscheiden in een idiopathische en symptomatische variant. Het is belangrijk bij pijn in de boven- of de onderkaak een mogelijke trigeminusneuralgie te overwegen alvorens tot tandheelkundige behandeling over te gaan.

Griëntschnig CG, Scheltens Ph, Waal I van der. Een patiënt met een atypische pijnklacht in de onderkaak  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 43-45

## Gegeven

Een 58-jarige vrouw meldde zich bij haar tandarts met de klacht sinds ongeveer 1 week heftige pijn in de onderkaak rechts te ondervinden. De pijn was zonder duidelijke aanleiding ontstaan en straalde uit naar de rechterkaakhoek. Bij het tandheelkundige onderzoek werden geen evidente afwijkingen aangetroffen. Op verdenking van een trigeminusneuralgie verwees de tandarts de patiënt naar een kaakchirurg.

## Anamnese

Bij de anamnese vertelde de patiënt dat de pijn heftig en stekend was. De pijn begon in de onderkaak rechts, straalde uit naar de kaakhoek en naar het rechteroor. De pijn aanvallen duurden tussen de 30 tot 60 seconden, waarna de pijn weer geheel verdween. De pijnvrije periode tussen de aanvallen was de afgelopen dagen afgenomen tot 5-10 minuten. De patiënt vertelde dat de klachten ook 's nachts optraden en dat deze niet reageerden op de gebruikelijke pijnstillers. Er waren geen uitlokkende factoren zoals eten of drinken. De voorgeschiedenis vermeldde een recent doorgemaakte griep. Verder was de patiënt bekend met hypertensie waarvoor zij een antihypertensivum gebruikte, 1 maal per dag 5 mg bisoprolol. Tijdens het afnemen van de anamnese maakte de patiënt 2 maal, zonder aanleiding, een pijn aanval door.

## Onderzoek en diagnose

Bij extraoraal onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De sensibiliteit van alle takken van de nervus trigeminus links en rechts was ongestoord. Palpatie van het caput mandibulae en de musculus masseter was beiderzijds niet pijnlijk. Intraoraal werd een gemutileerde, gerestaureerde dentitie gezien. Rond de gebitselementen in de onderkaak

werden geen pockets aangetroffen. De gebitselementen waren niet pijnlijk bij percussie. Er waren geen fistels zichtbaar. De slijmvliezen hadden een normaal aspect. Er was helder scheidingsvloeisel uit de rechter glandula parotis en glandula submandibularis. Op het orthopantomogram werden de endodontisch behandelde gebitselementen 44, 45 en 46 gezien zonder duidelijke afwijkingen (afb.1). Ook op de aanvullend gemaakte röntgenfoto's van de gebitselementen werden geen evidente afwijkingen gezien.

Het onderzoek gaf onvoldoende aanknopingspunten voor een odontogene oorzaak dan wel een kaakgewrichtsprobleem. De klachten leken het beste te passen bij een neuralgie van de derde tak van de nervus trigeminus rechts. Onderzoek van een neuroloog, ter uitsluiting van een symptomatische/secundaire trigeminusneuralgie, leverde geen afwijkingen op. Bij dit onderzoek was het vooral van belang dat er geen formele uitvalsverschijnselen in het gebied van nervus trigeminus werden gevonden. Ook de corneareflex was intact. Om toch pathologie op hersenstamniveau uit te sluiten werd een 'magnetic resonance imaging' (MRI)-opname van de hersenen gemaakt. Daarop werden geen bijzonderheden waargenomen. De uiteindelijke diagnose werd gesteld op idiopathische trigeminusneuralgie van de derde tak van de nervus trigeminus rechts.

## Behandeling

In afwachting van het resultaat van het consult bij de neuroloog werd al een medicatie gestart met carbamazepine, 2 maal daags 200 milligram (De Bont, 2006). Daarop verminderden de klachten aanzienlijk. De uitkomst van het onderzoek van de neuroloog gaf geen aanwijzingen voor een andere of aanvullende behandeling. Na 1 jaar bleek de patiënt, inmiddels zonder medicatie, geheel klachtenvrij te zijn.



Afb. 1. Op het orthopantomogram werden in het vierde kwadrant geen evidente, relevante afwijkingen aangetroffen. Ook op de aanvullend vervaardigde tandfoto's werden geen duidelijke afwijkingen gezien.

### Beschouwing

Trigeminusneuralgie wordt gedefinieerd als een plotselinge, meestal unilaterale, kortdurende, hevig stekende, recidiverende pijn in het verzorgingsgebied van een of meer takken van de vijfde hersenzenuw (Merskey en Bogduk, 1996). In 97% van de gevallen komt de pijn unilateraal voor (Zakrzewska, 2002). Over het algemeen is één tak aangedaan, soms een tweede en in zeldzame gevallen een derde, rechts vaker dan links (Harness en Chase, 1990). Meest voorkomend is betrokkenheid van de tweede tak, gevolgd door de derde; de eerste tak is het minst frequent aangedaan. De incidentie van trigeminusneuralgie is ongeveer 4: 100.000 mensen per jaar. Bij vrouwen komt de aandoening 2 maal vaker voor dan bij mannen, voornamelijk na het 40e levensjaar (Merskey en Bogduk, 1996). De scherpe, stekende pijn die op de huid of in het slijmvlies wordt gevoeld, houdt enkele seconden aan. Een aanval kan 'getriggerd' worden door aanraking van de huid, wassen, scheren, kauwen, praten of zelf een windvlaag. Tussen de pijn aanvallen is er sprake van een pijnvrije refractaire periode (De Bont, 2006). Patiënten worden meestal 's nachts niet wakker van de pijn. De aanvallen kunnen meerdere keren per dag voorkomen, soms elkaar continue opvolgend, gedurende meerdere weken tot maanden. De patiënt kan vervolgens maanden tot jaren pijnvrij zijn tot een volgende episode.

White en Sweet (1969) hebben diagnostische criteria voor trigeminusneuralgie opgesteld. Deze zijn ook wel bekend als de Sweet criteria:

1. De pijn is hevig.
2. De pijn kan uitgelokt worden door lichte aanraking van de huid (triggerpunt).
3. De pijn is beperkt tot het innervatiegebied van de nervus trigeminus.
4. De pijn is unilateraal.
5. Het klinisch-sensorisch onderzoek is niet afwijkend.

Indien de patiënt niet aan de criteria voldoet, kan niet met zekerheid van een trigeminusneuralgie worden gesproken.

Aanvullend onderzoek in de vorm van tandfoto's of een

orthopantomogram kan een odontogene aandoening uitsluiten (De Leeuw, 2006). Om een idiopathische (klassieke) trigeminusneuralgie te onderscheiden van een symptomatische is MRI-onderzoek onmisbaar (Zakrzewska, 2002). Wanneer bij aanvullende beeldvorming geen oorzaak wordt gevonden, spreekt men van een idiopathische of klassieke trigeminusneuralgie. Sommige auteurs stellen echter dat er in een dergelijke situatie sprake kan zijn van een vasculaire compressie van de nervus trigeminus door een arterie of vene (Merskey en Bogduk, 1994;

Truini et al, 2005). Andere auteurs spreken dan echter van een symptomatische of secundaire trigeminusneuralgie.

In 2-15% van de gevallen van trigeminusneuralgie is sprake van een onderliggend lijden. In dat geval spreekt men van een symptomatische trigeminusneuralgie (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988; Merskey en Bogduk, 1994). Deze kan veroorzaakt worden door langzaam groeiende cholesteatomen, meningeomen of neurinomen van de achtste hersenzenuw (Truini et al, 2005). Deze comprimeren de zenuwwortel van de nervus trigeminus nabij de dorsale uittreedplaats (brughoek). Ook plaques die gevormd worden bij multipole sclerose leiden in 2-4% van de gevallen tot een trigeminusneuralgie; soms is dit zelfs het eerste symptoom van de aandoening (Jensen et al, 1982; Hooge en Redekop, 1995). In deze groep komt trigeminusneuralgie frequenter bilateraal voor (14%) en op jongere leeftijd (Hooge en Redekop, 1995).

Het mechanisme achter trigeminusneuralgie is de verandering van myelinisatie van de zenuwvezels, als gevolg van compressie door een arterie of een tumor. In de zone van de wortelentree gaat de bekleding van de zenuwvezel over van perifere Schwann-cellen in centrale oligodendrocyten; ook hier kan verandering van myelinisatie optreden (Cruccu et al, 1990). Demyelinisatie vergroot de ontvankelijkheid van de zenuwvezels voor ectopische excitatie, efasische transmissie en hoogfrequente ontladingen (Burchiel, 1980). Een efasische transmissie tussen een gemyeliniseerde niet-nociceptieve en nociceptieve afferente zenuwvezel kan mogelijk verklaren waarom een onschadelijke stimulus, bijvoorbeeld een aanraking, een pijn aanval kan uitlokken (triggerzone) (Dubner et al, 1987).

### Discussie

In deze casus werd de patiënt 's nachts wakker van de pijn. In de meeste gevallen is dat echter niet zo. De tandarts besloot al in een vroeg stadium de patiënt te verwijzen naar een kaakchirurg. Van de patiënten met een trigeminusneuralgie meldt 80% zich in eerste instantie bij een tandarts in de veronder-

stelling dat de pijn van hun gebit afkomstig is (Zakrzewska, 2002). In een poging om een niet goed te verklaren pijnklacht te verhelpen, kan men gemakkelijk in een vicieuze cirkel van tandheelkundige behandelingen belanden (De Sequeira et al, 2004; Stegenga, 2006). Het tijdelijk in regressie gaan van de klachten kan dan ten onrechte de indruk wekken dat de tandheelkundige behandeling afdoende is geweest.

#### Literatuur

- *Bont LGM de*. Spontane pijnaanvallen: neuralgiforme pijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 474-477.
- *Burchiel KJ*. Abnormal impulse generation in focally demyelinated trigeminal roots. J Neurosurg 1980; 53: 674-683.
- *Cruccu G, Leandri M, Feliciani M, Manfredi M*. Idiopathic and symptomatic trigeminal pain. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990; 53: 1034-1042.
- *Dubner R, Sharrav Y, Gracely RH, Price DD*. Idiopathic trigeminal neuralgia: sensory features and pain mechanisms. Pain 1987; 31: 23-33.
- *Harness DM, Chase PF*. Lateralisation of chronic facial pain: fact or fiction. Cranio 1990; 8: 339-341.
- *Headache Classification Committee of the International Headache Society*. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalgia 1988; 8 (suppl. 7): 1-96.
- *Hooge JP, Redekop WK*. Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis. Neurology 1995; 45: 1294-1296.
- *Jensen TS, Rasmussen P, Reske-Nielsen E*. Association of trigeminal neuralgia with multiple sclerosis: clinical and pathological features. Acta Neurol Scand 1982; 65: 182-189.
- *Leeuw R de*. De patiënt met chronische en/of complexe orofaciale pijn: anamnese en diagnostisch onderzoek. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 446-455.
- *Merskey H, Bogduk N*. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press, 1994.
- *Siqueira SR de, Nóbrega JC, Valle LB, Teixeira MJ, Siqueira JT de*. Idiopathic trigeminal neuralgia: clinical aspects and dental procedures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98: 311-315.
- *Stegenga B*. Tand- en kiespijnen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 460-462.
- *Truini A, Galeotti F, Cruccu G*. New insight into trigeminal neuralgia J Headache Pain 2005; 6: 237-239.
- *White JC, Sweet WH*. Pain and the neurosurgeon; a forty-year experience. Springfield: Thomas, 1969.
- *Zakrzewska JM*. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. Clin J Pain 2002; 18: 14-21.

#### Summary

### Atypical pain in the mandible caused by trigeminal neuralgia

A 58-year-old woman came to her dentist with atypical pain on the right side of the mandible. The pain diminished with the use of carbamazepine, paracetamol and diclofenac, and eventually disappeared completely. Magnetic resonance imaging, undertaken at the advice of a neurologist, showed no structural lesions and confirmed the diagnosis of idiopathic trigeminal neuralgia. Trigeminal neuralgia is a condition which often can be diagnosed on the basis of the clinical history and the specific symptoms. The condition can be divided into idiopathic and symptomatic trigeminal neuralgia. It is important to consider a possible trigeminal neuralgia in case of atypical pain in the oral region in order to prevent unnecessary dental procedures.

#### Bron

C.G. Griëntschnig<sup>1</sup>, Ph. Scheltens<sup>2</sup>, I. van der Waal<sup>1</sup>  
Uit 'de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie/Orale Pathologie van het Vrije Universiteit medisch centrum/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en 'de afdeling Neurologie van het Vrije Universiteit medisch centrum te Amsterdam  
Datum van acceptatie: 14 juni 2007  
Adres: C.G. Griëntschnig, VUmc, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam  
cg.grientschnig@vumc.nl