

# Behandeling van idiopathische aangezichtspijn na plaatsing implantaat

Een 39-jarige vrouw had een chronische vorm van atypische aangezichtspijn en klachten behorende bij een posttraumatische stressstoornis. De pijn was ontstaan na chirurgische verwijdering van een wortelrest onder een implantaat en haar klachten waren daarvan een gevolg. Uiteindelijk had deze problematiek geleid tot ontslag door haar werkgever en problemen in het gezin. Een periodiek mondonderzoek door haar huistandarts was vanwege extreme angst onmogelijk. Medicamenteuze behandeling, accupunctuur, homeopathie en hypnotherapie hadden geen verbetering gegeven. Behandeling met een aanpak gericht op de verwerking van herinneringen aan tandheelkundige behandelingen door middel van 'eye movement desensitization and reprocessing' leidde uiteindelijk tot vermindering van klachten. Deze casus maakt duidelijk hoezeer dit type orale problematiek het dagelijks leven van patiënten kan ontwrichten en hoe psychotherapie een aanvulling op de orale of medicamenteuze behandeling kan zijn.

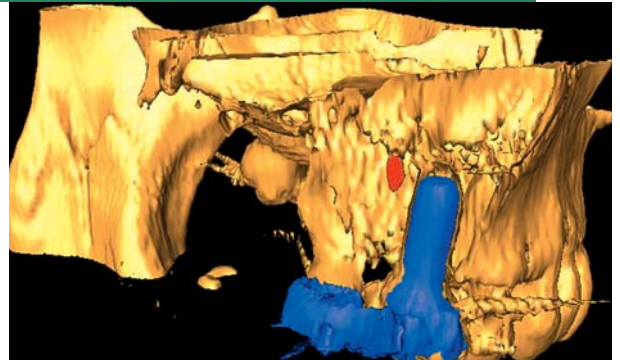
Gorisse E, Jongh A de, Hassan B. Behandeling van idiopathische aangezichtspijn na plaatsing implantaat. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 75-78

## Gegeven

Een 39-jarige vrouw consulteerde een angststandarts. Zij had al langere tijd periodieke mondonderzoeken vermeden vanwege toenemende angst voor tandheelkundige behandelingen. Haar motivatie voor het consult kwam vooral voort uit de behoefte aan beheersing van de al jaren bestaande pijn in haar mond.

## Anamnese

De vrouw gaf aan dat ongeveer 1 jaar na het aanbrengen van een oraal implantaat in de regio van gebitselement 17 pijnklachten in de rechterschouder waren ontstaan. Fysiotherapie gedurende 3 maanden had weliswaar enige verlichting gebracht, maar had de pijn niet doen verdwijnen. Twee jaar later had mevrouw tijdens het kauwen van voedsel op een steentje gebeten. Vanaf dat moment was een hevige, zeurende pijn rondom het implantaat ontstaan. Diverse onderzoeken hadden geen uitsluitsel over de oorzaak van de pijn gegeven, tot 3 jaar later op een panoramische röntgenopname een wortelrest onder het implantaat werd vastgesteld. De wortelrest was zichtbaar gemaakt door de data van de panoramische röntgenopname in te voeren in een geavanceerd beeldbewerkingsprogramma (Amira®). Door gebruik te maken van een techniek die 'surface rendering' wordt genoemd kan de oppervlakte van dit gedeelte van de kaak op driedimensionale wijze worden weergegeven (afb. 1). Na chirurgische verwijdering van de wortelrest was de pijn echter verergerd. Door een neuroloog was vervolgens de pijn gediagnosticeerd als chronische idiopathische aangezichtspijn. Patiënt had daarna medicamenteuze behandeling,



Afb. 1. Driedimensionale reconstructie van de maxilla. Op deze reconstructie van de panoramische röntgenopname is de wortelrest (rood) onder het implantaat (blauw) goed zichtbaar.

acupunctuur, homeopathie en hypnotherapie ondergaan, echter zonder het gewenste resultaat. De voortdurende aangezichtspijn had geleid tot slaap- en concentratieproblemen. Ook was zij snel geïrriteerd, had zij last van plotselinge woede-uitbarstingen en aanvaringen met collega's tijdens het werk. Uiteindelijk werd na langdurig ziekteverzuim door haar werkgever een ontslagprocedure aangespannen. Daarnaast waren gezins- en relatieproblemen ontstaan, onder andere doordat zij vaak in bed lag en de zorg voor haar kinderen en het huishouden niet meer aankon.

Thans ervoer patiënt de aangezichtspijn als traumatisch daar deze voortdurend haar leven negatief beheerste. Tot de reacties van de patiënt behoorden intense angst voor pijn, hulpeloosheid en afschuw. Zij verweet haar huistandarts onzorgvuldigheid vanwege de wortelrest die niet bleek te zijn verwijderd alvorens het implantaat was geplaatst. Ook de wijze waarop patiënt door de huistandarts was behandeld toen zij met haar pijnklachten bij hem kwam direct na de plaatsing van het implantaat, was voor patiënt nog steeds onacceptabel. Deze gebeurtenissen werden voortdurend herbeleefd in de vorm van recidiverende en zich aan het bewustzijn opdringende onaangename herinneringen en angstdromen. Er was sprake van intens psychisch lijden en fysieke reacties bij blootstelling aan interne en/of externe stimuli die gelijkenis vertoonden met de traumatische gebeurtenis. Zo was het geluid van boormachines bij wegwerkzaamheden in de buurt van haar woning onverdraaglijk. Er was sprake van afstomping van de algehele reactiviteit door duidelijk verminderde belangstelling voor en deelneming aan belangrijke activiteiten. De patiënt klaagde daarnaast over gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen en er niet meer 'bijhoren'. Ook was sprake van een beperkt spectrum van gevoelens en het gevoel een beperkte toekomst te hebben.

Vanwege bijwerkingen was patiënt na een periode van een aantal maanden gestopt met de eerder ingestelde pijnmedicatie: 3 maal daags 400 mg gabapentine en 2 maal

daags 100 mg carbamazepine. Zij was ook nog bij een homeopathisch arts onder behandeling.

### Onderzoek

Uit het neurologisch onderzoek kwam naar voren dat de pijn werd uitgelokt door aanrakingen in de mond, waaronder tandenpoetsen. Het betrof een zeurende pijn, uitstralend van het implantaat naar het oor en soms naar de nek en de onderrug. De aanvallen duurden 1 minuut, traden soms enkele malen per uur op en gingen gepaard met misselijkheid, duizeligheid, wazig zien en trillen in de armen. Er waren geen klachten aan de linkerzijde. Bij somatoneurologisch onderzoek werden geen afwijkingen geconstateerd.

Op de SCL-90 klachtenlijst, een veelgebruikte vragenlijst voor het inventariseren van de ernst van psychische klachten, scoorde patiënt hoog op de dimensies angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen, interpersoonlijke sensitiviteit en hostiliteit (Arrindell en Ettema, 2003). Op de dimensies agorafobie en slaapproblemen scoorde zij bovengemiddeld. De totaalscore van 166 was eveneens hoog en vormde een aanwijzing voor psychisch disfunctioneren. Alle scores waren indicatief voor een behandeling van de psychische klachten.

### Diagnose

Nader diagnostisch onderzoek wees uit dat patiënt voldeed aan de criteria van een chronische posttraumatische stressstoornis (PTSS) volgens het psychiatrisch classificatiesysteem DSM-IV-TR omdat de duur van de symptomen langer dan 3 maanden was.

### Behandeling

Gezien de aard van de klachten werd volgens de richtlijn angststoornissen gekozen voor 'eye movement desensitization and reprocessing' (EMDR), een evidence-based behandelingsaanpak die is gericht op het beïnvloeden van traumatische belevingen (De Jongh en Ten Broeke, 2003; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2003).

### Beschouwing

PTSS is een psychiatrische stoornis die kan ontstaan na een schokkende gebeurtenis zoals oorlogsgeweld, seksueel of fysiek geweld, een ernstig ongeluk of een ingrijpende medische diagnose of complicatie waarbij de fysieke integriteit van een persoon geweld wordt aangedaan (American Psychiatric Association, 2000). De getroffen krijgt last van regelmatige herbelevingen van de traumatisch verlopen gebeurtenis, bijvoorbeeld in de vorm van indringende herinneringsbeelden, dromen of het gevoel de gebeurtenis opnieuw te beleven. Het gevolg is meestal dat de persoon moeite doet prikkels en situaties die in verband staan met het trauma te vermijden en herinneringen of gedachten eraan uit te bannen.

Aangezichtspijn is een chronische en invaliderende aandoening (Zakrezewska, 2002). Geschat wordt dat 10%

van de bevolking hier wel eens last van heeft gehad (Madland en Feinmann, 2001). Aangezichtspijn wordt onderverdeeld in typische en atypische aangezichtspijn. De meest voorkomende vorm van typische aangezichtspijn is trigeminusneuralgie (Griëntschnig et al, 2008). Als oorzaak wordt uitgegaan van het disfunctioneren van sensorische zenuwen in het verzorgingsgebied van de nervus trigeminus als gevolg van een zenuwbeschadiging (Tjakkes en Van Wijhe, 2006). Typische aangezichtspijn wordt gekenmerkt door pijn-aanvallen met felle, scherpe en stekende pijscheuten van enkele seconden tot enkele minuten in de wang of kaak. De pijn kan echter ook uitstralen naar andere delen van het aangezicht (Griëntschnig et al, 2008). Soms is sprake van een zogenaamd 'triggerpoint', waarbij aanrakingen in dat gebied de pijn provoceren. De neuropatische aangezichtspijn, die soms samengaat met hartritme stoornissen, kan aanleiding geven tot ernstige verstoringen van het dagelijks leven en zelfs tot suïcide (Eide en Rabben, 1998; Swanson et al, 2000). De tweede soort aangezichtspijn, atypische aangezichtspijn, ook wel chronische idiopathische aangezichtspijn genoemd, wordt over het algemeen pas gediagnosticeerd als de pijn niet onder enige vorm van typische aangezichtspijn kan worden geschaard (Tjakkes en Van Wijhe, 2006). Atypische aangezichtspijn ontstaat meestal door beschadiging van een zenuw, bijvoorbeeld als gevolg van een chirurgische behandeling. De aard van de pijn is anders dan bij typische aangezichtspijn; de pijn is zeurend of brandend en de aanvallen zijn langdurig of soms zelfs continu aanwezig. Pijnaanvallen kunnen, evenals bij trigeminusneuralgie, zowel worden uitgelokt door bepaalde triggers als spontaan optreden. Anti-epileptica (carbamazepine, clonazepam, valproïnezuur, gabapentine) en antidepressiva (amitriptyline) worden aanbevolen ter verlichting van de pijn.

EMDR is een geprotocolleerde behandelingsmethode voor traumatische herinneringen die bestaat uit een aantal fasen met een vaststaande volgorde (De Jongh en Ten Broeke, 2006). Deze hebben ten doel de herinnering te activeren, waarna een afleidende stimulus (bijvoorbeeld door de therapeut uitgelokte oogbewegingen) wordt geïntroduceerd. Via een proces waarbij spontane associaties optreden wordt de emotionele intensiteit van traumatische herinnering geleidelijk verzwakt (Gunter en Bodner, 2008).

### Behandelverloop

In de eerste fase van de behandeling van de psychische klachten stond het verslag van de huistandarts centraal, waarin de klachten van de patiënt waren afgedaan als psychisch van aard. Telkens als de patiënt aan deze gebeurtenis terugdacht, gaf het geheugenbeeld haar opnieuw het gevoel machteloos te zijn. Dit leidde tot angst- en spanningsreacties, waarbij ook de aangezichtspijn merkbaar verergerde. Toen in de volgende fase van de behandeling herinneringsbeelden werden opgeroepen, kwamen in haar gedachten in hoog tempo allerlei herinneringen voorbij. Soms hadden die duidelijk iets met de gebeurtenis te maken en soms ogenschijnlijk niets. Na ongeveer 25 minuten ervoer zij het traumatisch herinneringsbeeld niet meer als

emotioneel beladen. Direct na deze behandeling voelde zij zich duidelijk rustiger. Bij de volgende behandeling kwam het herinneringsbeeld aan bod van de gebeurtenis dat ze met veel pijn naar de huistandarts ging en te horen kreeg dat er niets aan de hand was. Ook deze herinnering werd succesvol verwerkt. Na deze behandelsessie voelde de patiënt zich voor het eerst in lange tijd opgewekt en zij voelde een drang iets te ondernemen en daar het beste van te maken. Zij begon met het oppakken van huishoudelijk werk en merkte daarbij dat zij geen last had van aangezichts- of schouderpijn. Tijdens de derde behandelsessie vertelde de patiënt dat zij binnen enkele weken een afspraak had gepland voor een periodiek mondonderzoek bij haar huistandarts. Zij durfde deze afspraak echter nog niet na te komen omdat zij werd gehinderd door een angstwekkend beeld van zichzelf liggend in de behandelstoel bij de huistandarts die zich met de boor over haar heen boog. Ook deze herinnering werd door de behandeling succesvol gedesensitiseerd.

Na de psychotherapie ontstond bij de patiënt het inzicht dat haar lichaam al die jaren de juiste signalen had afgegeven. Het besef dat de pijnklachten niet louter psychisch van aard waren geweest, maar het gevolg van een complicatie tijdens de behandeling bleek een positieve invloed op haar zelfvertrouwen te hebben. Door de therapie voelde zij zich fysiek en psychisch beter in staat om met de situatie en haar aangezichtspijn om te gaan. De SCL-90 liet na afloop van 3 behandelsessies een totaalscore zien van 126. Daarnaast werd de patiënt actiever, zowel binnens- als buitenshuis. Zij was met behulp van een reïntegratiebureau aan het solliciteren naar een nieuwe baan. De relatieproblemen werden samen met haar partner door middel van een aantal gesprekken bij de psycholoog aangepakt. De behandeling had ook effect gehad ten aanzien van de bovenmatige angst een tandarts te bezoeken. Zo had zij inmiddels zonder problemen een behandeling bij de huistandarts achter de rug. Tevens had zij al een afspraak gemaakt bij een kaakchirurg om te laten beoordelen of het raadzaam was het implantaat te verwijderen.

## Discussie

Voor een tandarts geldt als uitgangspunt van de diagnostiek van pijn in het orofaciale gebied de klachten van de patiënt serieus te nemen. Vervolgens dienen dentale oorzaken van de pijn als meest voorkomende oorzaken van orofaciale pijnen te worden overwogen of te worden uitgesloten. Daarnaast is het van belang een zorgvuldig klinisch onderzoek uit te voeren en een anamnese af te nemen, waarin aandacht is voor de pijn zelf (locatie, start, tijdsduur, frequentie, kwaliteit en intensiteit), voor factoren die de pijn beïnvloeden of anderszins met de pijn samenhangen en voor psychosociale factoren (De Jongh, 2001; De Leeuw, 2006). Men moet ervoor waken bij wijze van proef gebitselementen endodontisch te behandelen, te extraheren of anderszins experimenteel en irreversibel te behandelen (Stegenga en De Bont, 2006).

Een neuralgie is een moeilijk te beïnvloeden probleem, vooral omdat de medicamenteuze aanpak ervan nauwelijks

effectief is. Van de 3 patiënten met neuropathische pijn die met een aantoonbaar werkzaam antidepressivum werden behandeld, ondervond slechts 1 een redelijke verbetering (Saarto en Wiffen, 2007). Ook in deze casus is de oorzaak van de aangezichtspijn door de psychotherapie niet weggenomen, maar de op de pijn gerichte behandeling lijkt zeker succesvol te zijn geweest. Aanvankelijk had patiënt de indruk dat (angst voor) de pijn dermate invaliderend werkte dat zij niet meer voor het gezin en het huishouden kon zorgen. Het lijkt erop dat de gekozen behandeling ertoe heeft geleid dat het slachtofferschap van patiënt is veranderd in een actieve houding. Zij voelt zich hierdoor beter in staat de pijn te beheersen en kan een aantal zaken weer zelf ter hand nemen.

Cognitieve gedragstherapie is bij PTSS de behandeling van eerste keus (Morley et al, 1999). Het doel is de pijn te beïnvloeden door veranderingen in gedrag, houding, gedachten en opvattingen over pijn. In deze casus werd, gezien het klachtenpatroon, echter gekozen voor een aanpak de pijn te beïnvloeden door de herinneringen aan traumatische gebeurtenissen te helpen verwerken.

Beschrijvingen van succesvolle psychotherapie van aangezichtspijn zijn schaars. De hier beschreven resultaten zijn echter in overeenstemming met recente casuïstiek waaruit naar voren komt dat met EMDR bij fantoompijn goede behandelresultaten mogelijk zijn. In recent onderzoek onder patiënten met langdurig bestaande fantoompijn werd na gemiddeld 6 behandelsessies een significante vermindering waargenomen van pijn, symptomen van PTSS en depressie (Schneider et al, 2008). De helft van de patiënten was zelfs geheel pijnvrij. Deze verbeteringen bleken ook na bijna 3 jaar grotendeels in stand te zijn gebleven. Gecontroleerd onderzoek zal moeten uitwijzen of een dergelijke op de traumatische beleving gerichte behandelingsaanpak ook bij aangezichtspijn een bijdrage kan leveren aan vermindering van de klachten.

## Leermoment

Deze casus maakt duidelijk hoezeer orale problematiek het dagelijks leven van patiënten kan ontwrichten en hoe psychotherapie een aanvulling op de orale of medicamenteuze behandeling kan zijn.

## Literatuur

- \* *American Psychiatric Association* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- \* *Arrindell WA, Ettema JHM* SCL-90: Herzien handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003.
- \* *Eide PK, Rabben T* Trigeminal neuropathic pain: pathophysiological mechanisms examined by quantitative assessment of abnormal pain and sensory perception. *Neurosurgery* 1998; 43: 1103-1110.
- \* *Griëntschnig CG, Scheltens Ph, Waal I van de* Een patiënt met een atypische pijnklacht in de onderkaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; 115: 41-43.

- \* Gunter RW, Bodner GE. How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behav Res Ther* 2008; 46: 913-931.
- \* Jongh A deHet beoordelen van het psychisch functioneren van patiënten in de tandartspraktijk. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 439-441.
- \* Jongh A de, Broeke E teHandboek EMDR: een geprotocolleerde behandelingsmethode voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Pearson Assessment and Information, 2006.
- \* Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut; 2003. Beschikbaar op: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- \* Leeuw R deDe patiënt met chronische en/of complexe orofaciale pijn: anamnese en diagnostisch onderzoek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 446-455.
- \* Madland G, Feinmann CChronic facial pain: a multidisciplinary problem. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71: 716-719.
- \* Morley S, Eccleston C, Williams ASystematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
- \* Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4, CD005454.
- \* Schneider J, Hofmann A, Rost C, et alMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Med* 2008; 9: 76-82.
- \* Stegenga B, Bont LGM deDiagnostiek en classificatie van orofaciale pijnen in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 437-441.
- \* Swanson JW, Dodick DW, Capobianco DJHeadache and other craniofacial pain. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD (eds.). *Neurology in clinical practice*. Boston: Butterworth, 2000.
- \* Tjakkes G-HE, Wijhe M vanChronische orofaciale pijn: atypische aangezichtspijn? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 478-481.
- \* Zakrezevska JMFacial pain: neurological and non-neurological. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 27-32.

## Summary

### Treatment of idiopathic facial pain following implant placement

A 39-year-old woman suffered from chronic atypical facial pain and complaints associated with Post Traumatic Stress Disorder. The pain originated from the surgical removal of a residual tooth root under an oral implant and the stress symptoms were the consequences of the pain. Eventually, these problems had led to dismissal from work and family problems. She was unable to attend her dentist for a periodic oral survey due to extreme fear. Pharmacologic treatment, acupuncture, homeopathy and hypnotherapy had not improved her condition. Treatment aimed at coping with the memories of the oral treatment using eye movement desensitization and reprocessing ultimately led to decline of complaints. This case report demonstrates that an oral problem may disrupt a patient's life and how psychotherapy can complete medical treatment.

## Bron

E. Gorisse<sup>1</sup>, A. de Jongh, B. Hassan<sup>2</sup>

Uit 1<sup>de</sup> sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde en Orale Radiologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) Amsterdam en 2<sup>de</sup> sectie orale radiologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie: 28 oktober 2009

Adres: E. Gorisse, Moerlaken 77, 4871 JN Etten-Leur

[e.gorisse@therapeia.nl](mailto:e.gorisse@therapeia.nl)