

Diagnose en classificatie van hoofdpijn en temporomandibulaire disfunctie, een nieuwe kans

Patiënten met hoofd- en aangezichtspijnen worden meestal behandeld door artsen. Een klein deel van deze patiënten wordt voor pijn in het kaakgewricht en de kauw- en nekspieren behandeld door tandartsen en kaakchirurgen. Bij de helft van de patiënten onder behandeling in neurologische hoofdpijnklinieken zijn het kaakgewricht en de kauwspieren de pijnbronnen. Om tot beter onderzoek en een classificatie te komen ontwikkelde de, voornamelijk uit neurologen bestaande, International Headache Society een classificatiesysteem. In de tandheelkunde vond een vergelijkbare ontwikkeling plaats. Het toepassen van deze 2 methoden bij dezelfde patiënten leidt tot verschil in diagnose en behandeling. Zowel de International Classification of Headache Disorders II als de Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders worden herzien. Dit biedt de mogelijkheid om in de genees- en tandheelkunde tot een eenduidige classificatie voor pijnen te komen. Bij voorkeur binnen de nieuwe International Classification of Headache Disorders.

Koole P, Koole R. Diagnose en classificatie van hoofdpijn en temporomandibulaire disfunctie, een nieuwe kans

Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 245-247

doi: 10.5177/ntvt.2011.05.10158

Inleiding

De meeste patiënten met hoofd- en aangezichtspijn consulteren hun huisarts. Sommigen bezoeken hiervoor hun tandarts. Huisartsen verwijzen patiënten met hoofd- en aangezichtspijn doorgaans naar een neuroloog of een knoarts. Ongeveer 50% van de hoofdpijnpatiënten die onder behandeling zijn in een neurologische polikliniek heeft symptomen passend bij temporomandibulaire disfunctie/pijn (nationaal en internationaal afgekort tot TMD) (Schokker et al, 1989). In het verleden is al gewezen op de rol die kaakgewricht en kauwspieren spelen bij hoofd- en aangezichtspijn (Reik en Hale, 1981). De patiënten met orofaciale pijn worden via de neurologische polikliniek veelal onnodig medicamenteus behandeld. Een betere onderzoeksmethode bij hoofdpijnpatiënten zou dit kunnen voorkomen.

Probleemstelling

De afgelopen jaren hebben artsen en tandartsen afzonderlijk gezocht naar diagnostische criteria om hoofd- en aangezichtspijnen beter te classificeren met het doel gerichter te kunnen behandelen.

De neurologen ontwikkelden de International Classification of Headache Disorders (ICHD-II) (International Headache Society, 2004). Deze classificatie maakt onderscheid tussen primaire hoofdpijnvormen en secundaire hoofdpijnvormen. Primaire hoofdpijnen zijn: migraine, spanningshoofdpijn, clusterhoofdpijn en andere trigeminale

autonome cefalalgiën, en andere primaire hoofdpijnvormen. Van primaire hoofdpijnvormen is de oorzaak (nog) niet bekend. Van secundaire hoofdpijnen is de oorzaak wel bekend (Silberstein et al, 2005). De ICHD-II wordt door een commissie van de International Headache Society regelmatig bijgesteld. Enige tijd geleden verzocht deze commissie om bijdragen voor een herziening.

In de tandheelkunde leidde de wens tot classificatie tot de Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), bedoeld voor epidemiologisch onderzoek (Dworkin et al, 1992). Later werden deze criteria voor klinisch patiëntenonderzoek aangepast (International RDC-TMD Consortium, 2004).

Het onderzoeksprotocol RDC/TMD betreft pijn in het hoofd en de nek met de soms daaraan verbonden bewegingsbeperking van de onderkaak en is verdeeld over 2 sporen: het ene spoor betreft een vragenlijst en klinisch onderzoek naar:

1. Spierpijn met of zonder beperking van de mondopening (verticaal, sagittaal en lateraal).
2. Discusverplaatsingen in het kaakgewricht met of zonder waarneembare knap en/of beperking van de mondopening.
3. Kaakgewrichtproblematiek: artralgie, osteoartritis en osteoartrose.

Het tweede spoor betreft de psychosociale status en behelst een indeling van de chronische pijn naar intensiteit en ernst en de mogelijke gevolgen daarvan, zoals depressie. Een nadere uitwerking van dit spoor is voor deze beschouwing niet relevant.

Twee verschillende onderzoeks- en classificatiemethoden leiden tot verschillende diagnoses bij dezelfde patiënt

Casuïstiek en aanleiding

Hoe 2 verschillende onderzoek- en classificatie methoden kunnen leiden tot verschillende diagnoses bij dezelfde patiënt blijkt overduidelijk uit een artikel in *Cephalalgia*, het tijdschrift van de International Headache Society (Ballegaard et al, 2008). In het artikel wordt beschreven hoe patiënten uit een hoofdpijnkliniek afzonderlijk werden onderzocht door een aantal neurologen en 1 tandarts met grote ervaring in de diagnostiek van temporomandibulaire

disfunctie. Zij waren niet van elkaars onderzoek op de hoogte. De neurologen wisten zelfs niet dat zij aan dit blinde onderzoek deelnamen. In het artikel vragen de schrijvers zich af of hoofdpijn en temporomandibulaire disfuncties zijn gerelateerd.

De patiënten (n = 99) werden protocollair onderzocht. De neurologen gebruikten standaardvragenlijsten en elke patiënt werd gevraagd een pijndagboek bij te houden. Of de patiënten óók klinisch-fysiek werden onderzocht, wordt niet vermeld in het artikel. De gegevens werden door 1 neuroloog nader geëvalueerd en ingedeeld in de verschillende ICHD-II-groepen (2004). Er werden voornamelijk primaire hoofdpijnen, maar ook enkele secundaire hoofdpijnen vastgesteld.

De tandarts, die gespecialiseerd was in de diagnostiek en behandeling van temporomandibulaire disfunctie gebruikte de RDC/TMD-classificatie. Het onderzoek bestond uit het invullen van een vragenlijst door de patiënt en een fysiek onderzoek, waarbij de kauwspieren werden onderzocht door middel van palpatie. Of het kaakgewricht werd onderworpen aan palpatie, auscultatie en aanvullend beeldvormend onderzoek staat niet vermeld in het artikel. Van de onderzochte patiëntengroep (76 vrouwen en 23 mannen), werden 98 patiënten ook door de tandarts onderzocht. Van de 98 voldeden 55 aan de diagnose 'temporomandibulaire disfunctie' (dat is meer dan 50%). Van hen waren 46 (83,6%) vrouw en 9 (16,4%) man. Deze aantallen en verhoudingen komen overeen met de gemiddelden van patiënten met het temporomandibulaire disfunctie. Door de tandarts werd de diagnose myofasciale pijn (46 patiënten) het meest gesteld. Ook werden door hem discussieverplaatsingen vastgesteld (7 patiënten, van wie 3 tevens myofasciale pijn hadden). Van de 10 patiënten met artralgie, osteoartritis en artrose van het kaakgewricht hadden 5 personen tevens myofasciale pijn. Het hoogste percentage aan temporomandibulaire disfunctie te relateren pijn werd aangetroffen in de groep waarvan de hoofdpijn door de neuroloog was geëvalueerd als een combinatie van de primaire hoofdpijnen migraine en spanningshoofdpijn (75%).

In het artikel wordt gesuggereerd dat temporomandibulaire disfunctie hoofdpijnen (zoals migraines) zou kunnen faciliteren of andersom. Hoewel 2 verschillende ziektebeelden naast elkaar kunnen bestaan (Glaros et al, 2007), is deze uitleg niet bevredigend. Een nadere analyse van het verschil in uitkomst ontbreekt.

Discussie

De schrijvers concluderen dat een overlap bestaat tussen de verkregen diagnoses. Deze conclusie lijkt een compromis. In dit onderzoek werden dezelfde patiënten op 2 verschillende manieren onderzocht. De neurologen gebruikten vragenlijsten en pijndagboeken en 1 van de neurologen deelde de patiënten in volgens de ICHD-II-criteria. De tandarts werkte volgens de RDC/TMD-criteria, inclusief een beperkt klinisch onderzoek. Het verschil in uitkomsten was opvallend. Dit is te verklaren uit het feit dat 2 verschillende onderzoeksmethoden werden gebruikt: een neurologische en

Visie

een gnathologische. Bij de neurologische methode vond geen klinisch onderzoek plaats, bij de gnathologische wel. Indien deze patiënten door de neurologen ook klinisch zouden zijn onderzocht met palpatie van kaakgewricht, kaken en gerelateerde structuren (spieren), zouden de hoofdpijnklachten voor het merendeel als secundaire hoofdpijnvor-

••••• **Het begrip 'orofaciale pijn' is evenals het begrip 'hoofdpijn' niet specifiek**

men zijn geëvalueerd.

Aan hoofdpijnonderzoek dat uitsluitend bestaat uit het invullen van vragenlijsten kleven grote tekortkomingen. Uitslagen van vragenlijsten waarin wordt gevraagd naar kaakgewrichtspijn zijn misleidend wanneer de pijn zonder meer aan kaakgewrichtspathologie wordt toegeschreven. Veel personen die geen kaakgewrichtspijn zeggen te hebben, kunnen desgevraagd de plaats van hun kaakgewricht niet aangeven. De pijn in dit gebied zou bovendien ook gerefeerde pijn kunnen zijn van kauwspieren (Simons et al, 1999). De bron van de pijn bevindt zich op een andere plaats dan waar de pijn wordt ervaren. Klinisch onderzoek van het kaakgewricht en de kauw-, nek- en schouderpijnen is dus noodzakelijk.

De RDC/TMD-criteria stonden tot voor kort ter discussie. De term temporomandibulaire disfunctie is een verzamelnaam voor een aantal klinische condities van het kaakgewricht en de daarmee verbonden anatomische structuren, die zich manifesteren als pijn rondom het kaakgewricht, bewegingsbeperking van de onderkaak en kaakgewrichtgeluiden zoals knappen en crepitatie bij beweging van de onderkaak. De prevalentie is ongeveer 8% in de volwassen bevolking (Sessle, 2009). Sommigen hebben gepleit voor een groter gewicht voor gewrichtsgebonden criteria ten opzichte van spiergebonden criteria (Steenks et al, 2009).

Kauwspieren zijn de voornaamste bron van pijn binnen de temporomandibulaire disfunctie, maar de pijn betreft niet alleen pijn in de kauwspieren zelf (Rantala et al, 2004). Kauw-, schouder- en nekspieren zijn als bron van gerefeerde pijn ook verantwoordelijk voor pijn in het aangezicht, rond het oor en in het hoofd.

Slotbeschouwing

De meeste tandartsen zijn niet op de hoogte van de ICHD-II-indeling. Artsen kennen wellicht nog het begrip 'Costen syndroom'. Door de veelvoudige veranderingen in de benaming van het symptomencomplex (van arthrosis deformans, temporomandibulair gewrichtssyndroom, craniomandibulaire disfunctie tot op dit moment temporomandibulaire disfunctie/stoornis/aandoening), beschouwen geneeskundigen dit in het gunstigste geval als een domein voor tandartsen en kaakchirurgen. Het niet-specifieke begrip temporomandibu-

laire disfunctie is een historische last. Waarom zou een patiënt met uitsluitend nek- en/of kauwspierpijn en geen gewrichtsproblemen een temporomandibulaire disfunctie hebben? Temporomandibulaire disfunctie en alle andere begripsomschrijvingen hebben geen plaats in de International Classification of Diseases van de World Health Organization (WHO), de hoofdpijnen volgens de International Classification of Headache Disorders wel.

Ook het begrip 'orofaciale pijn' is evenals het begrip 'hoofdpijn' niet specifiek en dient daarom nader geclassificeerd te worden. Daarbij gaat de voorkeur uit naar een nadere classificatie binnen de ICHD, die daar reeds ten dele in voorziet. Dat zou bijvoorbeeld prima kunnen in hoofdstuk 11 van de ICHD-II-classificatie over hoofdpijnen of aangezichtspijnen als gevolg van stoornissen in cranium, nek, ogen, oren, neus, sinussen, gebitselementen, mond of andere faciale of craniale structuren (zie www.ihs-classification.org/en/02_klassifikation/01_inhalt/). Juist de klachten die ontstaan in de kauw- en nekspieren dienen een volwaardige plaats te krijgen in deze classificatie. Doordat deze klachten daarin nu niet zijn opgenomen wordt ongeveer 50% van de hoofd- en aangezichtspijnen onjuist en onnodig medicamenteus behandeld.

De diagnostiek van secundaire hoofdpijnen die gerelateerd zijn aan het kauwstelsel is relatief eenvoudig en de therapie is niet erg kostbaar. Een integrale benadering van de patiënt met hoofdpijn lijkt de eerste keuze. Daarin is zeker plaats voor een tandarts (of mondarts) met specifieke kennis van dit vakgebied. De consequentie is wel dat zowel in de geneeskunde als in de tandheelkunde in het (post)academisch onderwijs meer aandacht zal moeten worden besteed aan deze gedeelde classificatie.

Het lijkt nu het juiste moment om over de tandheelkundige historische gevoelens heen te stappen, de verwarrende afkorting TMD en alle daaraan ten grondslag liggende omschrijvingen af te schaffen en een dialoog tussen artsen en tandartsen te organiseren om tot consensus te komen.

Literatuur

- * Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. *Cephalalgia* 2008; 28: 832-841.
- * Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301-355.
- * Glaros AG, Urban D, Locke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. *Cephalalgia* 2007; 27: 542-549.
- * International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.
- * International RDC-TMD Consortium (2004). <http://www.rdc-tmd-international.org>.
- * Rantala MA, Ahlberg J, Survinen TI, Savolainen A, Kononen M. Chronic myofascial pain, disk displacement with reduction and psychological factors in Finnish non-patients. *Acta Odontol Scand* 2004; 62: 293-297.
- * Reik L jr, Hale M. The temporomandibular joint pain dysfunction syn-

Visie

- drome: a frequent cause of headache. *Headache* 1981;21 :151-156.
- * Schokker RP, Hansson TL, Ansink BJ. Craniomandibular disorders in headache patients. *J Craniomandib Disord* 1989; 3: 71-74.
- * Sessle BJ. A focus on the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. Editorial. *J Orofac Pain* 2009; 23: 5-6.
- * Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, Ferrari MD. Classificatie en diagnose van hoofdpijnen. In: Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, Ferrari MD. *Hoofdpijn in de klinische praktijk*. Maarn: Prelum Uitgevers, 2005.
- * Simons DG, Travell JG, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction the trigger point. Baltimore: Williams and Wilkins, 1999: 237-472.
- * Steenks MH, Wijer A de. Focus article: Validity of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders Axis I in clinical and research settings. *J Orofac Pain* 2009; 23: 20-23.

Summary

Diagnosis and classification of headache and temporomandibular disorders, a new opportunity

Patients with orofacial pains are generally treated by physicians. A small number of patients are treated for pain in the temporomandibular joint, the masticatory and the neck muscles, by dentists and orofacial surgeons. Among half of the patients being treated in neurological headache clinics, the temporomandibular joint and the masticatory muscles are the source of the pain. In order to achieve better research and a classification, the International Headache Society, consisting largely of neurologists, developed a classification system. A comparable development occurred among oral health specialists. Employing these 2 methods with the same patients leads to different diagnoses and treatments. Both the International Classification of Headache Disorders II and the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders are being revised. This creates the opportunity to establish a single classification for these orofacial pains, preferably within the new International Classification of Headache Disorders.

Bron

P. Koole¹, R. Koole²

Uit ¹de polikliniek Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen te Assen en uit ²de Zorgeenheid Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Datum van acceptatie: 30 maart 2011

Adres: dr. P. Koole, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, postbus 30.001, 9400 RA Assen
paul@gnasoko.nl