

Ernstige odontogene pijn voorafgaand aan een migraineaanval

Een 30-jarige vrouw presenteerde zich bij de afdeling Gnathologie van een centrum voor bijzondere tandheelkunde met een klacht over migraineaanvallen die telkens werden voorafgegaan door ernstige odontogene pijn. Verder had zij een auto-immuunziekte en spierspanningshoofdpijn. Het vermoeden bestond dat de episodische odontogene pijn, die uren en zelfs dagen aanhield, werd veroorzaakt door bruxisme. De behandeling van het bruxisme resulteerde in een afname van de pijn en van de ernst van de migraineaanvallen.

Wetselaar-Glas MJM, Wijer A de, Steenks MH. Ernstige odontogene pijn voorafgaand aan een migraineaanval

Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 481-484

doi: 10.5177/ntvt.2011.10.11135

Gegeven

Een 30-jarige vrouw werd door haar tandarts verwezen naar de afdeling Gnathologie van een medisch centrum vanwege pijnklachten in het orofaciale gebied. Ernstige odontogene pijnen gingen vooraf aan migraineaanvallen. Verder had zij een auto-immuunziekte (ziekte van Graves) en spierspanningshoofdpijn.

Anamnese

De vrouw had zich al in 1999 bij haar tandarts gemeld met hevige pijn in de gebitselementen 36 en 46. Klinisch had de tandarts geen afwijking kunnen vaststellen en ook op de panoramische röntgenopname waren geen afwijkingen zichtbaar (afb. 1). Het is niet bekend hoe de gebitselementen toentertijd op sensibiteitstesten reageerden. De gebitselementen waren voorzien van niet al te grote amalgaamres-

tauraties en voor het overige was de mondgezondheid goed. Haar voornaamste klacht was een 4-8 uur aanhoudende, hevige, pulserende hoofdpijn die meestal rechts was gesitueerd en die vaak gepaard ging met pijn in de gebitselementen 36 en 46.

Met de hoofdpijnklacht en klachten van algemene malaise, vermoeidheid en gewichtsverlies had de vrouw in 2000 haar huisarts bezocht, die bloedonderzoek had verricht waaruit was gebleken dat de vrouw hyperthyreoïdie had. Omdat zij ook exofthalmus, oedeem van de conjunctiva en van de oogleden en retractie van de oogleden had, werd de diagnose ziekte van Graves gesteld (Bol, 2003). De hyperthyreoïdie was medicamenteus behandeld met carbimazol en volledige substitutie met thyroxine. Een chirurgische correctie van het rechterooglid was verricht voor behandeling van de exofthalmus van het rechteroog.

In 2007 was de vrouw 2 maal kort aangetoond zwanger geweest. De zwangerschappen waren na ongeveer 4 weken geëindigd in een miskraam. Tijdens deze 4 weken had zij, beide keren, zeer veel last van ernstige hoofdpijn en pijn in de gebitselementen 36 en 46 gehad. Zij was toen door haar huisarts verwezen naar een neuroloog die migraine diagnoseerde. Zij kreeg in die periode dagelijks 160 mg propranolol als medicatie tegen de migraine en 10 tabletten van 500 mg ibuprofen per dag.

In 2008 was zij op advies van de neuroloog gestopt met de analgetica en vanaf dat moment had ze alleen nog propranolol gebruikt. In een hoofdpijnpolikliniek was beeldvormend magnetisch resonantieonderzoek verricht (MRI). Daarop waren geen afwijkingen gevonden. Het neurologisch onderzoek had een hormonaal bepaalde migraine uitgewe-



Afb. 1. Panoramische röntgenopname gemaakt in februari 2010. De gebitselementen 16 en 28 zijn inmiddels door de tandarts van een nieuwe restauratie voorzien. In de regio 44 is een wortelrest zichtbaar.

zen. Daarnaast had zij veelvuldig last van spierspanningshoofdpijn. De odontogene pijn die vooraf ging aan de migraine bleef aanhouden gedurende de menstruatie.

In 2009 was mevrouw een jaar lang arbeidsongeschikt geweest vanwege de migraine. Op sociaal gebied vertoonde ze ontwijkingsgedrag uit angst dat de migraine zou worden getriggerd door de aanwezigheid van mensen. Bij het sporten hield ze rekening met bewegen; rotaties met hoofd en lichaam werden zo veel mogelijk vermeden.

In het voorjaar van 2010 had mevrouw haar werk in deeltijd hervat aangezien ze zich weer beter ging voelen. Ze had haar gebruikelijke anticonceptivum 3 maanden aaneengesloten gebruikt om de menstruele cyclus maar eens in de 3 maanden te hoeven doormaken, want de migraine en de odontogene pijn waren dan het hevigst. Verder nam zij deel aan een fitnessprogramma onder leiding van een fysiotherapeut en had zij zich aangemeld voor een cursus aandachtgerichte cognitieve therapie in combinatie met yoga. Zij had geen kinderwens meer.

Diagnostiek

Toen mevrouw in 2010 voor het eerst werd gezien op de afdeling Gnathologie van een medisch centrum klaagde zij over pijnlijke musculi masseteres. Zij werd regelmatig wakker van deze pijn. Naast de migraineaanvallen waren deze klachten de voornaamste redenen van haar consultatie. Intraoraal onderzoek toonde geen slijtage van de gebits-elementen, maar wel persrillen in de wangen, op de tong en in de lippen die konden duiden op klemmen, tongpersen,

lipbijten en/of wangzuigen. De al eerder gediagnosticeerde ziekten werden als vermoedelijke mede-oorzaak gezien. De werkdiagnose bruxisme werd daaraan toegevoegd. Het specifieke onderzoek richtte zich vervolgens op het vermoeden van bruxisme in de vorm van klemmen overdag en 's nachts, op eventuele temporomandibulaire stoornissen en op de odontogene klachten.

Bij palpatie tijdens het gnathologische functieonderzoek waren de musculi masseteres, de musculi temporales en de musculi trapezius zeer gevoelig, evenals de suboccipitale spieren en de musculi mylohyoideus. Er was stijfheid in de nek bij rotatiebewegingen en de hoofdhouding was anterior. In rust was er geen lipsluiting. Beide temporomandibulaire gewrichten waren goed belastbaar en niet pijnlijk. De maximale mondopening was actief 59 + 4 mm en passief 61 + 4 mm. De overige bewegingskarakteristieken vertoonden geen afwijkingen. Van een temporomandibulaire stoornis was geen sprake aangezien er geen functiegerelateerde klachten waren. Bij intraorale inspectie werden geen odontogene afwijkingen gevonden. De gebitselementen 36 en 46 reageerden normaal op de gebruikelijke sensitiviteitstesten. Röntgenopnamen lieten geen pathologie zien. Odontogene pijn veroorzaakt door deze gebitselementen werd uitgesloten.

Behandeling

Om de musculi masseteres te ontspannen, werden automassagetechnieken aangeleerd. Eveneens werden oefeningen aangeleerd om de oppervlakkige nekspieren te

Diagnostische criteria migraine zonder aura	Diagnostische criteria migraine met aura
A. Minstens 5 aanvallen voldoen aan criteria B-D	A. Minstens 2 migraineaanvallen voldoen aan criteria B-D
B. Duur hoofdpijnaanval 4-72 uur (onbehandeld, of niet-succesvol behandeld)	B. Aura bevat minstens 1 van onderstaande criteria, zonder spierzwakte: <ol style="list-style-type: none"> 1. Volledig reversibele visuele symptomen (zoals flikkerscotomen, vlekken of lijnen en/of verlies van visus) 2. Volledig reversibele sensorische symptomen (zoals prikkelingen en/of sensibiliteitsstoornissen) 3. Volledig reversibele dysfatische spraakstoornis
C. Hoofdpijn voldoet aan 2 of meer van de volgende karakteristieken: <ol style="list-style-type: none"> 1. Eenzijdig 2. Kloppend, pulserend, bonzend 3. Matig tot ernstig (verhindert dagelijkse activiteiten) 4. Toename bij lichamelijke inspanning, zoals traplopen, of vermijden van lichamelijke activiteiten 	C. Minstens 2 van de volgende karakteristieken: <ol style="list-style-type: none"> 1. Er zijn dubbelzijdige visuele symptomen en/of enkelzijdige sensorische symptomen. 2. Minstens 1 aurasymptoom ontwikkelt zich geleidelijk over minimaal 5 minuten en/of verschillende aurasymptomen volgen elkaar op in minimaal 5 minuten. 3. Elk aurasymptoom duurt minstens 5 minuten en korter dan een uur.
D. Gedurende de hoofdpijn minstens 1 van de volgende symptomen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Misselijkheid en/of braken 2. Overgevoeligheid voor licht en geluid. 	D. Hoofdpijn voldoet aan de criteria B-D van migraine zonder aura. Deze hoofdpijn begint tijdens de aura, of volgt op de aura binnen 1 uur.
E. Niet veroorzaakt door een andere aandoening.	E. Niet veroorzaakt door een andere aandoening.

Tabel 1. De classificatie en de karakteristieken voor migraine volgens de International Headache Society.

ontlasten en de dieper gelegen nekspieren meer te activeren om zo de nek- en schoudergordel beter te stabiliseren. Deze oefeningen werden geïntegreerd in het fitnessprogramma onder leiding van een fysiotherapeut waaraan mevrouw deelnam.

Om de klachten die vermoedelijk werden veroorzaakt door het bruxisme te behandelen, werd een stabilisatieopbeetsplaat vervaardigd. Tevens werd counseling geboden bij de aanpak van het klemmen en de diverse mondgewoontes.

De pijn voorafgaand aan migraineaanvallen nam in hevigheid af door de behandeling met de stabilisatieopbeetsplaat en ook de spierspanningshoofdpijn verminderde. Ook was er sprake van een afname van de ernst van de migraine en van de gevoeligheid van de kauwspier. Als gevolg hiervan hoefde mevrouw ook minder vaak analgetica te gebruiken. Door counseling had zij bovendien inzicht gekregen in de samenhang van de diverse ziektebeelden, waardoor zij beter met haar klachten kon omgaan.

Beschouwing

Odontogene pijn kan worden veroorzaakt door een parodontale aandoening, een reversibele of irreversibele pulpitis, cariës of een fractuur van een gebitselement (Okeson 2000; De Leeuw, 2006). Pijn die door een patiënt wordt aangeduid als odontogene pijn is meestal gerelateerd aan een gebitselement, hoewel het ook gerefereerde pijn kan zijn veroorzaakt door de kauwspier, het oor, de sinus maxillaris of het hart. Bekend is dat gerefereerde pijn zich wel altijd presenteert aan de kant waar zich de oorzaak bevindt (Sessle et al, 2008). Proefanesthetische kan uitsluitend geven over een odontogene oorzaak van de pijn.

Neurovasculaire en vasculaire pijnen hebben een kloppend karakter en moeten niet worden verward met ontstekingspijn, zoals pulpitis. De bekendste vorm van neurovasculaire pijn is migraine (Stegenga, 2000). Migraine is door de International Headache Society gedefinieerd als een kloppende, pulserende hoofdpijn, eenzijdig en het hevigst in de frontotemporale regio (tab. 1). Het komt voor dat patiënten met migraine klagen over episodische odontogene pijn die uren of zelfs dagen kan aanhouden. Deze vorm kan orofaciale migraine worden genoemd, maar past niet goed in de classificaties van de International Headache Society (Benoliel, 2010). Bij migraine kan de pijn niet alleen uitstralen naar de gebitselementen, maar ook naar de neus, de wangen, het orale slijmvlies, het oor of het oog. Pijn bij migraine is dus niet beperkt tot de eerste tak van de nervus trigeminus, maar ook de verzorgingsgebieden van de nervus maxillaris en de nervus mandibularis kunnen betrokken zijn (Gaul et al, 2007).

Tijdens een migraineaanval zijn de bloedvaten, na een kortstondige vernauwing, extra verwijd, waardoor een ontstekingsreactie ontstaat in het omliggende weefsel. De uitlopers van de nervus trigeminus raken door de ontsteking geïrriteerd en daardoor ontstaat de ernstig kloppende of bonzende hoofdpijn.

De nieuwste generatie migrainemedicijnen, de zogeheten triptanen, laten een positieve werking zien. De werking

van deze medicijnen berust op het tegengaan van de verwijding/vernauwing van de bloedvaten in de hersenen en vermindering van de irritatie van de nervus trigeminus. Deze medicijnen hebben tevens een positieve werking op de misselijkheid en de overgevoeligheid voor licht en geluid. Propranolol heeft een bloeddrukverlagend effect en wordt vaak met goed gevolg voorgeschreven (Obermann et al, 2007).

Discussie

Het is van belang bij pijn in het orofaciale gebied een uitgebreide anamnese af te nemen en een zorgvuldig klinisch onderzoek uit te voeren. Odontogene oorzaken voor de pijn moeten als eerste worden uitgesloten. Als geen duidelijke diagnose is gesteld, moeten geen onnodige invasieve behandelingen worden uitgevoerd aan gebitselementen.

Bij het onderzoek kan verwarring ontstaan door de palpatiegevoeligheid van de musculi masseteres en op basis daarvan kan ten onrechte een temporomandibulaire stoornis worden verondersteld (Steenks en De Wijer, 2009). Voor een dergelijke gevolgtrekking is palpatiegevoeligheid alleen echter een onvoldoende symptoom. De pijn als gevolg van een temporomandibulaire stoornis moet zich namelijk ook voordoen bij belasting van het kauwstelsel.

In deze casus heeft de tandarts de gebruikelijke diagnostiek inzake odontogene pijn uitgevoerd. Omdat geen oorzaak kon worden gevonden, heeft hij gelukkig geen onnodige behandelingen verricht, bijvoorbeeld in de vorm endodontische behandelingen. Helaas heeft geen onderzoek plaatsgevonden naar mogelijke andere oorzaken van de orofaciale pijn.

Leermoment

Bij pijn in het orofaciale gebied moet een mondzorgverlener primair denken aan de meest voorkomende oorzaken zoals een odontogeen probleem, (primaire) hoofdpijnen, een temporomandibulaire stoornis en een neuropatisch probleem. Om de oorzaak van de pijn te achterhalen moeten de karakteristieken van de pijn, zoals aard, locatie, start, duur, intensiteit en frequentie, in de anamnese aan bod komen. Ook psychosociale factoren moeten worden meegewogen (Alonso, 2006; De Leeuw, 2006). Bij verdenking van gerefereerde pijn kan proefanesthetische meer duidelijkheid verschaffen.

Literatuur

- * *Alonso AA, Nixdorf DR.* Case series of four different headache types presenting as tooth pain. *J Endod* 2006; 32 : 1110-1113.
- * *Bol P.* Hyperthyroïdie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110: 55-56.
- * *Gaul C, Sándor PS, Galli U, Palla S, Ettlín DA.* Orofacial migraine. *Cephalalgia* 2007; 28: 950-995.
- * *Leeuw R de.* De patiënt met chronische en/of complexe orofaciale pijn: anamnese en diagnostisch onderzoek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 446-455.
- * *Obermann M, Mueller D, Yoon M-S, et al.* Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2007; 11: 1278-1282.
- * *Okeson JP.* Non-odontogenic toothache. *Northwest Dent* 2000; 79: 37-44.
- * *Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R.* Orofacial pain. From basic science to clinical management. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc., 2008
- * *Stegenga B.* Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 107: 464-470.
- * *Steenks MH, Wijer A de.* Validity of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis I in clinical and research settings. *J Orofac Pain* 2009; 23: 9-16.

Summary

Severe odontalgic pain preceding migraine attacks

A 30-year-old woman appeared at the gnathology department of a centre for special dentistry complaining of migraine attacks which were preceded each time by severe odontalgic pain. Furthermore, she suffered from an autoimmune disease as well as from tension headaches. The oral health care provider in charge suspected that the episodes of odontalgic pain, which lasted for several hours or even several days, were caused by bruxism. Treatment of the bruxism resulted in reduced pain as well as reduced severity of the migraine attacks.

Bron

M.J.M. Wetselaar-Glas, A. de Wijer, M.H. Steenks
Uit de Zorglijn Gnathologie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen
Adres: mw. M.J.M. Wetselaar-Glas, UMC St. Radboud, postbus 9101,
6500 HB Nijmegen
wetselaar@wetselaarglas.nl