

Kiespijn met een neuropathische achtergrond

Een 48-jarige vrouw in goede algemene gezondheid presenteerde zich op de afdeling Gnathologie van een centrum voor bijzondere tandheelkunde met pijnklachten in het tweede kwadrant. De klachten bestonden reeds 15 jaar en diverse tandheelkundige behandelingen, waaronder endodontische behandelingen, chirurgische apicale endodontische behandeling, extractie en de vervaardiging van een stabilisatieopbeetplaat, hadden niet geholpen. Uit het feit dat een anti-epilepticum de pijn deed afnemen, werd geconcludeerd dat er sprake was van atypische odontalgie: 'kiespijn' met een neuropathische achtergrond.

Khatchaturian V, Wijer A de, Kalaykova SI, Steenks MH. Kiespijn met een neuropathische achtergrond

Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 142-144

doi: 10.5177/ntvt.2014.03.14220

Gegeven

Een 48-jarige vrouw werd in een academisch medisch centrum vanuit de afdeling anesthesiologie, pijn en palliatieve geneeskunde verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde in verband met persisterende klachten in de regio van gebitselement 25. Gedacht werd aan een musculoskeletale achtergrond in de vorm van een temporomandibulaire disfunctie.

Anamnese

De pijnklachten bestonden verscheidene jaren. Er hadden verschillende tandheelkundige interventies plaatsgevonden. De patiënt was gezond, werkzaam in de gezondheidszorg, gehuwd en had een dochter van 14 jaar. Ze was bekend met parafunctioneel gedrag in de vorm van lipbijten.

De pijn was 15 jaar geleden begonnen na een tandheelkundige interventie links in de maxilla. Het was een continue zeurende pijn met een intensiteit 8/10 op een numerieke pijnschaal (Numeric Rating Scale) van 0-10. De pijn nam toe in de loop van de dag. Bij koud weer was er ook een lichte toename. De orale functie (kauwen, mond wijd openen zoals bij geeuwen en bijten in een appel) had geen invloed op de klachten. Soms straalde de pijn uit naar de linker orbita en wang.

Gebitselement 25 was door een tandarts behandeld met een plastisch restauratiemateriaal. Vanwege de persisterende klachten was een endodontische behandeling uitgevoerd. Een mondziekten, kaak-, en aangezichts(mka-) chirurg had daarna een chirurgische apicale endodontische behandeling uitgevoerd. Ook gebitselement 26 was op dezelfde wijze behandeld. Daarnaast was een endodontische behandeling en een chirurgische apicale endodontische behandeling van gebitselement 36 uitgevoerd en was gebitselement 37 geëxtraheerd, alles zonder verlichting van

Leermoment

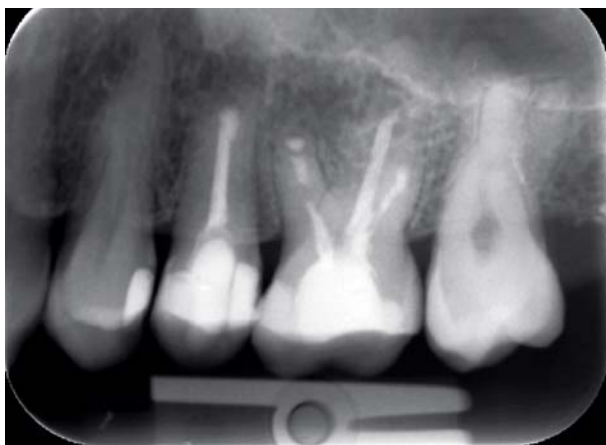
Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijnklachten die langer bestaan dan op grond van het gebruikelijke genezingsproces kan worden verwacht, vragen een brede oriëntatie en differentiële diagnose. Zonder diagnose geen (irreversibele) behandeling. Het instellen van een irreversibele behandeling zonder voldoende duidelijkheid over de etiologie vergroot immers de kans op onnodige interventies en iatrogene schade. Ondanks het meestal sterke beroep van de patiënt is terughoudendheid bij odontogene interventies geboden. Bij onduidelijkheid is nader onderzoek door een huistandarts aangewezen. Mocht een dergelijk uitgebreider consult niet tot een diagnose leiden, dan kan verwijzing naar deskundigen met ervaring op het terrein van orofaciale pijn, zowel voor patiënt als tandarts, een goede keuze zijn.

de klachten. De patiënt was tevens beoordeeld en behandeld door een keel, neus- en oor(kno-)arts in verband met een mogelijke pijnbron vanuit de sinus maxillaris. Ook van een stabilisatieopbeetplaat had de vrouw geen vermindering van klachten ervaren.

Uiteindelijk was zij in het academisch medisch centrum beoordeeld door het multidisciplinaire pijnteam. Een anesthesioloog had het anti-epilepticum pregabaline voorgeschreven, waarna de pijn afnam, maar bijwerkingen beperkten haar in de dagelijkse werkzaamheden. Dit medicament werd daarom vervangen door het tricyclisch antidepressivum nortriptyline. De pijn was daarna weliswaar afgenomen, maar werd nog steeds als te hinderlijk ervaren. De patiënt wilde meer pijnreductie en hoopte om die reden ook dat de oorzaak van de pijnklachten werd gevonden.

Diagnostiek

Tijdens een uitgebreid functieonderzoek kon geen bewegingsbeperking van de mandibula worden vastgesteld. Er bestond wel drukpijn van de processus alveolaris maxillae vestibulaire in de (pre)molaarregio aan de linkerzijde. De aanhechting van de musculus masseter aan de linker zijde was palpatiepijnlijk. Klinische symptomen van ontsteking waren niet aanwezig. De gebitselementen 25, 26, 27 en 36 waren gering percussiegevoelig; de continue pijn werd er echter niet door beïnvloed. Lokale anesthesie van gebitselement 25 reduceerde de continue pijn zolang het anestheticum werkte, maar verdween nooit helemaal (Numeric Rating Scale 4/10). Patiënt bleek te spreken met de mandibula in occlusie. De vervaardigde röntgenopnamen gaven samen met de gegevens uit het klinisch onderzoek geen aanwijzingen voor een odontogeen probleem (afb. 1



Afb. 1. Röntgenopname van het tweede kwadrant, waarop te zien is dat gebitselementen 25 en 26 endodontisch zijn behandeld en voorzien zijn van een plastisch restauratiemateriaal. Er zijn geen aanwijzingen voor een odontogene oorzaak van de pijn.



Afb. 2. Panoramisch röntgenopname laat zien dat gebitselement 36 endodontisch is behandeld en gebitselement 37 is geëxtraheerd. Er zijn geen aanwijzingen voor een odontogene oorzaak van de pijn.

en 2). Het feit dat een anti-epilepticum de pijn deed afnemen, suggereerde dat er sprake was van een idiopathische continue neuropathische pijn.

Beschouwing

Een goede stelregel is dat pijn in het orofaciale gebied odontogeen is tot het tegendeel is bewezen. Warnsinck et al (2013) beschrijven verschillende achterliggende oorzaken van persisterende odontogene pijn na endodontische behandeling. Omdat de prevalentie van odontogene pijn hoger is dan die van alle andere vormen van orofaciale pijn is de stelling dat als eerste moet worden gedacht aan odontogene pijn terecht. Het is dan ook de kerntaak van tandartsen-algemeen pratici om odontogene pijn uit te sluiten alvorens andere vormen van orofaciale pijn te overwegen. Met de ten dienste staande diagnostische middelen kan deze scheiding adequaat worden uitgevoerd. In dit verband wordt nog het themanummer 'Pijn in het orofaciale gebied' (2006) van het *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* onder de aandacht gebracht.

Als een behandeling gericht op de oorzaak van pijn niet tot een gunstig resultaat heeft geleid, is het belangrijk de oorspronkelijke diagnose en etiologie te heroverwegen, ook als de patiënt een sterk beroep doet op de tandarts om een volgende behandeling te verrichten. Het betrekken van externe deskundigen in deze fase maakt de positie van de tandarts sterker. Een tandarts-gnatholoog en/of een mka-chirurg kunnen de tandarts eventueel ondersteunen. De zienswijze van een anesthesioloog biedt een breder perspectief op pijnklachten en kan evenmin worden gemist. Soms is een korte wachtperiode van een aantal dagen voor een interventie nuttig omdat het klinisch beeld dan aan duidelijkheid heeft gewonnen.

Behandelingen die niet passen bij de oorzaak, zoals een endodontische behandeling van een buurelement omdat de pijn zich lijkt te hebben verplaatst, hebben de neiging het klinisch beeld te vertroebelen. Opvallend bij vergelijkbare casus is ook het constateren van uitgevoerde wortelkanaalbehandelingen in gebitselementen met slechts een

eenvlaksrestauratie. Het is aan te raden met patiënten afspraken te maken over het moment waarop advies van anderen zal worden ingewonnen.

Bij moeilijk te traceren oorzaken van odontogene pijn kan sprake zijn van atypische odontalgie: 'kiespijn' met een neuropathische achtergrond (Brooke, 1980; Turp, 2001). In de meest recente literatuur worden de tekenen en symptomen passend bij atypische odontalgie als persisterende dentoalveolaire pijn (PDAP) geduid, in de context van het ontwikkelen van een samenhangende taxonomie betreffende persisterende orofaciale pijn (Nixdorf et al, 2012; Warnsinck et al, 2015). Omdat de neurofysiologische achtergrond van atypische odontalgie nog onvoldoende bekend is, is een op de etiologie gerichte behandeling nog niet mogelijk. Symptomatische behandeling met medicatie kan de pijn verminderen. Secundaire, meer op de impact van de klacht gerichte behandeling, kan het effect van de medicatie ondersteunen.

Discussie

De patiënt in deze casus werd beoordeeld in een multidisciplinair pijnteam. Alle mogelijke odontogene oorzaken voor pijn in het tweede kwadrant werden uitgesloten. Dit gegeven is uitvoerig met de patiënt besproken, ook omdat zij zelf steeds op zoek is gegaan naar een oorzaak. Omdat er al behandelingen zijn uitgevoerd zonder succes is het risico op iatrogene schade door nieuwe behandelingen groot. De patiënt is geadviseerd de medicatie te blijven gebruiken onder controle van haar huisarts en bij duidelijke veranderingen van het haar bekende klachtenpatroon contact op te nemen. Tevens is gewezen op de mogelijkheden voor ondersteuning en het leren omgaan met de pijn. De patiënt is terugverwezen naar de afdeling Anesthesiologie, pijn en palliatieve geneeskunde van het academisch medisch centrum. Uiteindelijk zijn de klachten voor de patiënt meer beheersbaar gebleken door de medicatie in combinatie met transcutane elektroneurostimulatie (TENS).

Tijdens het klinisch onderzoek kon geen verband worden vastgesteld tussen de functie van de mandibula en de klachten. De betrokken gebitselementen reageerden pijn-

lijk bij percussie, maar niet conform het verwachte patroon voor een odontogene pijn. Het accent heeft te lang gelegen op een odontogene oorzaak van de klachten, getuige de extractie van gebitselement 37 en de chirurgische apicale endodontische behandeling van gebitselement 36 (afb. 2). Toch kunnen in de casus de volgende klinische kenmerken van atypische odontalgie worden herkend (Okeson, 2005):

- een traumatische voorgeschiedenis (deafferentatie als gevolg van extirpatie, chirurgische apicale endodontische behandeling);
- niet reagerend op gebruikelijke behandeling;
- continue pijn;
- lokale anesthesie vermindert de pijn, maar deze is niet geheel verdwenen;
- prikkels zoals percussie en koude beïnvloeden de pijn minder dan op grond van odontogene pijn wordt verwacht.

In deze casus was de primaire oorzaak van de pijn niet te achterhalen. Een myogene temporomandibulaire disfunctie is overwogen. Pijn bij palpatie van de musculus masseter heeft waarschijnlijk een rol gespeeld bij deze overweging, waarna een stabilisatieopbeetplaat is gemaakt. Omdat de pijnklacht niet kan worden beïnvloed door de functie van de mandibula (kauwen, mond wijd openen) is de kans op een musculoskeletale aandoening vrijwel uitgesloten. Pijn bij palpatie van de musculus masseter die niet wordt beïnvloed door de functie van de mandibula is zeker in een casus met deze achtergrond onvoldoende basis voor de diagnose myogene temporomandibulaire disfunctie en het vervaardigen van een stabilisatieopbeetplaat.

Literatuur

- * Brooke RI. Atypical odontalgia. A report of twenty-two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 49: 196-199.
- * Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettl DA, et al. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil* 2012; 39: 161-169.
- * Okeson JP. Bell's orofacial pain. Chicago: Quintessence, 2005.
- * *Pijn in het orofaciale gebied*. Themanummer. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 429-483.
- * Turp JC. Die atypische odontalgie-ein wenig bekannter Phantom-schmerz. *Schmerz* 2001; 15: 59-64.
- * Warnsinck CJ, Shemesh H, Lobbezoo F. Persisterende pijn na endodontische behandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2013; 120: 530-536.
- * Warnsinck CJ, Koutris M, Shemesh H, Lobbezoo F. Persisterende dentoalveolaire pijn (PDAP). *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 95-100.

Summary

Toothache with a neuropathic background

A 48-year-old woman in good general health was referred to the orofacial pain clinic in a centre for special dentistry with a toothache in the premolar region of the left maxillary quadrant. The complaints had existed for 15 years and various dental treatments, including endodontic treatments, apical surgery, extraction and splint therapy, had not helped to alleviate the complaints. As a result of the fact that anti-epileptic drugs were able to reduce the pain it was concluded that this 'toothache' satisfied the criteria of an atypical odontalgia: 'toothache' with a neuropathic background.

Bron

Uit 'de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en 'de afdeling Orale Functieleer, sectie Gnathologie van het Radboud universitair medisch centrum in Nijmegen

Datum van acceptatie: 6 oktober 2014

Adres: dr. M.H. Steenks, UMC Utrecht, locatie Academisch Ziekenhuis Utrecht, huispostnummer G05.129, postbus 85500, 3508 GA Utrecht
m.h.steenks@umcutrecht.nl