

Onderscheid tussen temporomandibulaire pijn en andere vormen van orofaciale pijn op basis van een vragenlijst

Onderzocht werd of, los van de gebruikelijke instrumenten voor de diagnostiek van temporomandibulaire pijn, een vragenlijst onderscheid kan maken tussen temporomandibulaire pijn en andere vormen van chronische orofaciale pijn. Daarbij werd uitgegaan van het biopsychosociaal model. Er werden 509 patiënten die orofaciale pijn rapporteerden via een digitale vragenlijst, ingedeeld in 2 groepen op basis van het uitgebreide functieonderzoek: patiënten met temporomandibulaire pijn en patiënten met orofaciale pijn bij wie de diagnose temporomandibulaire pijn werd uitgesloten. Logistische regressieanalyses toonden aan dat de 2 patiëntengroepen niet van elkaar verschilden voor het merendeel van de biologische en de psychologische aspecten uit het biopsychosociaal model. Wel rapporteerden patiënten met temporomandibulaire pijn vaker bruxisme, een hogere pijnintensiteit en vaker niet-specifieke pijn dan patiënten met andere typen orofaciale pijn. Het onderzoek toonde aan dat de vragenlijst een hulpmiddel kan zijn voor het onderscheiden van patiënten met temporomandibulaire pijn van patiënten met andere oorzaken van orofaciale pijn.

Bon CEHM, Selms MKA van, Poel F te, Visscher CM, Lobbezoo F, Naeije M. Onderscheid tussen temporomandibulaire pijn en andere vormen van orofaciale pijn op basis van een vragenlijst. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 28-33
doi: 10.5177/ntvt.2013. 01.12220

Inleiding

Wanneer patiënten zich met pijnklachten melden bij een tandarts is er in de meeste gevallen sprake van een acute dentoalveolaire pijn. Van tandartsen mag worden verwacht dat zij dit soort pijnen kunnen herkennen en in de meeste gevallen ook kunnen behandelen. De oorsprong van de pijn bevindt zich immers in of rondom hetzelfde gebitselment als waar de pijn wordt ervaren. Dit ligt moeilijker indien er sprake is van een chronische pijn in het orofaciale gebied. In dat geval zijn de oorzaak en de locatie van de pijn lastiger te achterhalen, waardoor een adequate behandeling wordt bemoeilijkt. In het algemeen moet een tandarts meerdere disciplines bij de diagnostiek en/of de bestrijding van chronische orofaciale pijn betrekken naarmate het beeld complexer wordt (Stegenga, 2000). Daarentegen kunnen diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende chronische orofaciale pijn, de zogeheten temporomandibulaire pijn, doorgaans met goed resultaat worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus (Naeije et al, 2000; Van Selms et al, 2009; Visscher et al, 2009).

Volgens de huidige inzichten in de etiologie van temporomandibulaire pijn spelen, naast medisch-biologische factoren, ook psychologische en sociale factoren een rol (Suvinen et al, 2005). Deze factoren zijn geïntegreerd in een biopsychosociaal model dat een algemene multi-

Wat weten we

Het diagnosticeren van chronische orofaciale pijn is doorgaans moeilijk. Toch kunnen specifieke klinische testen temporomandibulaire pijn goed onderscheiden van andere vormen van chronische orofaciale pijn. Of een vragenlijst hierbij een hulpmiddel kan zijn, is echter onbekend.

Wat is nieuw

Patiënten met temporomandibulaire pijn en patiënten met orofaciale pijn bij wie de klinische diagnose temporomandibulaire pijn werd uitgesloten, verschilden niet van elkaar voor het merendeel van de biologische en de psychologische aspecten uit het biopsychosociaal model. Wel rapporteerden patiënten met temporomandibulaire pijn vaker bruxisme, een hogere pijnintensiteit en vaker niet-specifieke pijn dan patiënten met andere orofaciale pijn.

Praktijktoepassing

Een vragenlijst kan niet alleen een hulpmiddel zijn om biologische en psychologische karakteristieken van de pijn in kaart te brengen, maar kan ook fungeren om patiënten met temporomandibulaire pijn te onderscheiden van patiënten met andere orofaciale pijn.

dimensionale visie geeft op ziekte en genezing (Engel, 1977). Niet alleen biologische kenmerken (zoals trauma, overbelasting), maar ook psychologische (waaronder stress en angst) en sociale kenmerken (zoals de rol van de familie en de omgeving) zouden een rol spelen bij het ontstaan en/of in stand houden van deze musculoskeletale pijn. Zo komt temporomandibulaire pijn vooral voor bij vrouwen en in de leeftijdscategorie van 18 tot 45 jaar (biologische factoren) en vertonen patiënten vaker sociale en psychologische problemen (De Leeuw, 2008; Rollman en Gillespie, 2000). Of de factoren uit dit model eenzelfde rol spelen bij het ontstaan of in standhouden van andere orofaciale pijnen valt echter te bezien. De vraag is of temporomandibulaire pijn op dezelfde manier wordt beleefd als een andere orofaciale pijn of dat er psychosociale kenmerken bestaan die patiënten uit een van beide groepen karakteriseren. Evenzo kan de vraag worden gesteld op basis van welke biologische factoren temporomandibulaire pijn zich onderscheidt van andere orofaciale pijnen. In de literatuur zijn geen onderzoeken gevonden waarin werd onderzocht of factoren uit het biopsychosociaal model kunnen discrimineren tussen temporomandibulaire pijn en orofaciale pijnen van andere origine. In het hier beschreven onderzoek wordt dan ook getracht antwoord te geven op de vraag in

	Temporomandibulaire pijn	Andere orofaciale pijn
Aantal patiënten	273 (53,6%)	236 (46,4%)
Gemiddelde leeftijd (18-80 jaar)	38,2 ± 14,1	44,5 ± 13,9
Geslacht	38 (13,9%) man 235 (86,1%) vrouw	73 (30,9%) man 163 (69,1%) vrouw

Tabel 1. De verdeling van van de onderzoekspopulatie naar aantallen patiënten met temporomandibulaire pijn en andere orofaciale pijn met vermelding van leeftijd en geslacht.

hoeverre een vragenlijst inzicht kan bieden in de verschillen tussen patiënten met temporomandibulaire pijn en andere patiënten met orofaciale pijn als wordt uitgegaan van het biopsychosociaal model.

Materiaal en methode

Onderzoekspopulatie

In de periode januari 2010 tot april 2012 meldden 914 patiënten zich bij de Stafkliniek voor Orale Kinesiologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam voor diagnostiek en/of behandeling van klachten in het orofaciale systeem. Voorafgaand aan het klinisch onderzoek vulden al deze patiënten de digitale 'Diagnostische Vragenlijst' in. Hiermee worden de klacht, de hulpvraag en de medische achtergrond in kaart gebracht. Daarnaast geven medisch-biologische en psychologische vragen inzicht in de factoren die een mogelijke rol zouden kunnen spelen bij de klacht. Van de patiënten rapporteerden 509 pijn in de orofaciale regio. Het betrof pijn in de kauwspieren (pijn in het aangezicht of in de slaapstreek), pijn in het temporomandibulaire gewricht (pijn vlak voor of in het oor) of orofaciale pijn op een andere locatie. Patiënten die niet in het onderzoek werden betrokken, hadden de vragenlijst niet volledig ingevuld ($n = 59$), hadden geen orofaciale pijn ($n = 246$), waren jonger dan 18 jaar ($n = 42$) of hadden geen toestemming gegeven voor het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek ($n = 58$).

Vervolgens werd bij de 509 geïncludeerde patiënten op basis van een uitgebreid functieonderzoek en een panoramische röntgenopname de diagnose 'temporomandibulaire pijn' of 'orofaciale pijn waarbij een musculoskeletale oorsprong is uitgesloten' gesteld (tab. 1) (Naeije et al, 2000). Omdat in het onderzoek werd gekeken naar het verschil tussen deze 2 groepen werd deze indeling de dichotome afhankelijke variabele.

Onafhankelijke variabelen

Uitgaande van het biopsychosociaal model en met behulp van de 'Diagnostische Vragenlijst' werden 16 biologische en psychologische variabelen in kaart gebracht (tab. 2).

Statistische analyse

Met behulp van univariate logistische regressieanalyses werden de relaties tussen de afhankelijke variabele en de

onafhankelijke variabelen geanalyseerd. Hierbij werd gecorrigeerd voor de versturende variabelen (ook wel 'confounders' genoemd) 'leeftijd' en 'geslacht'. Aangezien het explorerende statistiek betreft, werd een significantieniveau van 2,5% ($p < 0,025$) gehanteerd. Als effectmaat voor de relatieve invloed van een variabele op de uitkomst werd de oddsratio gebruikt en er werd gekeken naar het bijbehorende significantieniveau. Wanneer de oddsratio significant afwijkt van 1, betekent dit dat voor die variabele een verschil bestaat tussen de 2 groepen. Hierbij hangt de grootte van de oddsratio wel af van de eenheid waarmee de desbetreffende variabele wordt gemeten.

Resultaten

Tabel 2 toont voor de patiënten met temporomandibulaire pijn en de patiënten met andere orofaciale pijnen de scores van de onafhankelijke variabelen. Getoond worden het gemiddelde en de standaarddeviatie (continue variabelen) en de absolute aantallen met bijbehorend percentage (dichotome variabelen).

Tabel 3 laat zien dat de groep patiënten met temporomandibulaire pijn sterk verschilde van de groep patiënten bij wie de diagnose 'temporomandibulaire pijn' was uitgesloten met betrekking tot 'leeftijd' en 'geslacht'. De patiënten met temporomandibulaire pijn waren significant jonger en vaker van het vrouwelijke geslacht.

In Tabel 4 staan de resultaten van de univariate logistische regressieanalyses uitgevoerd voor elk van de 16 onafhankelijke variabelen. De uitkomsten van de analyses zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. De tabel laat zien dat er voor 13 variabelen geen verschil bestond tussen de 2 groepen. Daarentegen rapporteerden patiënten met temporomandibulaire pijn vaker bruxisme, een hogere pijnintensiteit en vaker niet-specifieke pijn dan de patiënten met andere typen orofaciale pijn.

Discussie

Methodologische aspecten

Tijdens de statistische analyse werd per variabele een logistische regressieanalyse uitgevoerd. Hierdoor werd dus geen rekening gehouden met de onderlinge (on)afhankelijkheid van al deze variabelen. Toch is er bewust voor gekozen geen multiële logistische regressieanalyse toe te passen aangezien vooraf bekend was dat diverse onafhankelijke variabelen onderling sterk zouden samenhangen. De uitkomst van de multiële logistische regressieanalyse zou dan onder meer afhankelijk zijn van de combinaties van onafhankelijke variabelen. Ook was het de bedoeling van dit onderzoek de mogelijkheid aan factoren in kaart te brengen die zouden kunnen discrimineren tussen patiënten met temporomandibulaire pijn en andere orofaciale pijn. Uiteindelijk zal een tandarts-algemeen practicus toch voor iedere patiënt apart de mogelijke rol van deze factoren op de pijn moeten bepalen.

Het ging hier om een retrospectief onderzoek waarbij, aan de hand van diverse biologische en psychosociale vari-

Onafhankelijke variabelen	Oorspronkelijke vragenlijst of vraag	Aantal vragen uit vragenlijst	Bereik	Variatie	Resultaten (gemiddelde en standaarddeviatie)	
					Temporomandibulaire pijn	Andere orofaciale pijn
Psychologische stress	Diagnostische Vragenlijst (Van der Meulen en Dworkin, niet gepubliceerd)	6	0-24	0 = geen tot 4 = erg veel	6,0 ± 4,8	5,6 ± 4,6
Depressieve klachten	Depressieschaal van SCL-90 (Arindell en Ettema, 2003)	16	0- 64	0 = helemaal niet tot 4 = heel erg	9,6 ± 10,9	9,2 ± 10,3
Angstklachten	Angstschaal van SCL-90 (Arindell en Ettema, 2003)	10	0-40	0 = helemaal niet tot 4 = heel erg	4,7 ± 5,9	4,9 ± 6,0
Niet-specifieke lichamelijke klachten	Somatisatieschaal van SCL-90 (Arindell en Ettema, 2003)	8	0-32	0 = helemaal niet tot 4 = altijd	4,7 ± 3,4	4,1 ± 3,4
Niet-specifieke pijn	Somatisatieschaal van SCL-90 (Arindeel en Ettema, 2003)	4	0-16	0 = helemaal niet tot 4 = altijd	4,7 ± 4,4	4,0 ± 3,6
Slaapproblemen	Slaapschaal van de SCL-90 (Arindeel en Ettema, 2003)	3	0-12	0 = helemaal niet tot 4 = heel erg	6,5 ± 3,2	6,2 ± 2,9
Oral Health Impact Profil	Verkorte vragenlijst (Van der Meulen, 2011)	14	0-56	0 = nooit tot 4 = altijd	15,0 ± 10,8	14,5 ± 12,1
Bruxisme	Bruxiseschaal van vragenlijst over orale parafunctionaliteiten (Van der Meulen, 2006)	4	0-16	0 = nooit tot 4 = altijd	5,0 ± 3,8	3,7 ± 3,6
Bijactiviteiten	Bijactiviteitschaal van vragenlijst over orale parafunctionaliteiten (Van der Meulen, 2006)	3	0-12	0 = nooit tot 4 = altijd	1,6 ± 1,6	1,5 ± 1,5
Parafunctionele activiteiten met de weke delen	Activiteitschaal weke delen van vragenlijst over orale parafunctionaliteiten (Van der Meulen, 2006)	5	0-20	0 = nooit tot 4 = altijd	2,3 ± 2,8	2,3 ± 2,8
Pijnintensiteit	RDC/TMD (Dworkin en LeResche, 1992; Lobbezoo et al, 2005)	3	0-100	0 = geen pijn tot 10 = ergst mogelijke pijn	56,6 ± 18,6	50,5 ± 22,2
Pijnhinder	RDC/TMD (Dworkin en LeResche, 1992; Lobbezoo et al, 2005)	3	0-100	0 = geen belemmering tot 10 = niet in staat tot enigerlei activiteiten	30,2 ± 28,5	32,1 ± 30,1
Duur van de pijn	Hoeveel jaar of maanden geleden kreeg u voor het eerst deze pijn?	1	-	Korter dan 3 maanden tot langer dan 10 jaar geleden ¹ : - Korter dan 6 mnd - Langer dan 6 mnd - Missende waarden	49 (17,9%) 195 (71,4%) 29 (10,6%)	40 (16,9%) 138 (58,5%) 58 (24,6%)
Psychologische behandeling	Heeft u nu of in het verleden een psychologische of psychiatrische behandeling ondergaan?	1	-	Ja of nee: - Ja - Nee - Missende waarden	101 (37,0%) 170 (62,3%) 2 (0,7%)	84 (35,6%) 151 (64,0%) 1 (0,4%)
Dagelijks alcohol	Gebruikt u dagelijks alcohol?	1	-	Ja of nee - Ja - Nee	32 (11,7%) 241 (88,3%)	51 (21,6%) 185 (78,4%)
Roken	Rookt u?	1	-	Ja of nee - Ja - Nee	55 (20,1%) 218 (79,9%)	62 (26,3%) 174 (73,7%)

SCSL-90 = Symptom Checklist-90
RDC/TMD = Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
¹ = vervolgens werden de patiënten ingedeeld in de volgende groepen: korter dan 6 maanden geleden; langer dan 6 maanden geleden; missende waarden.

Tabel 2. Beschrijvende gegevens van de onafhankelijke variabelen voor de patiëntengroepen met temporomandibulaire pijn en andere orofaciale pijn.

	B	p	OR (95%-BI)
Leeftijd	-0,031	< 0,001	0,969 (0,957 - 0,982)
Geslacht	1,019	< 0,001	2,770 (1,784 - 4,301)

Tabel 3. Uitkomsten van de univariate logistische regressieanalyses op de factoren leeftijd en geslacht. Per variabele wordt de regressiecoëfficiënt (B-waarde) getoond, de p-waarde en de oddsratio (OR) met bijbehorend 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI).

abelen, werd getracht verschillen (en overeenkomsten) tussen temporomandibulaire pijn en andere orofaciale pijnen te achterhalen binnen een groep patiënten die behandeling zochten in een kliniek voor orale kinesiotherapie. De data die in dit onderzoek zijn gebruikt, waren afkomstig uit de digitale 'Diagnostische Vragenlijst' en het uitgebreide functieonderzoek. De voordelen van een retrospectief onderzoek zijn dat dit relatief snel en met weinig kosten uitvoerbaar is. Nadeel is dat de data op voorhand zijn verzameld ten behoeve van klinische doeleinden en niet zozeer ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Op deze manier kan niet specifiek worden gevraagd naar aspecten die voor dit onderzoek mogelijk van belang zouden kunnen zijn, zoals sociale aspecten (bijvoorbeeld de mate van ervaren steun door familie en/of werk). Ook werd in de vragenlijst niet gevraagd naar etnische en culturele achtergrond. Van deze aspecten is bekend dat zij niet alleen van invloed kunnen zijn op pijnbeleving en pijnrapportage, maar ook op psychologische factoren, zoals stress en depressie (Lasch, 2000; Van der Meulen et al, 2009). Een ander nadeel is het subjectieve karakter van een vragenlijst als meetinstrument. Hieraan valt weinig te doen, zeker niet voor onderzoek waarin subjectieve fenomenen als pijn, stress en depressie worden onderzocht. In dit onderzoek was ervoor gekozen de klinische diagnose 'temporomandibulaire pijn' niet verder te differentiëren in subdiagnosen (pijn uitgaande van de kauwspieren, temporomandibulair gewricht of beide) aangezien dit de analyse en de interpretatie van de resultaten zou bemoeilijken. Ook was het niet mogelijk voor iedere patiënt met orofaciale pijn, bij wie de diagnose temporomandibulaire pijn was uitgesloten, een meer specifieke diagnose voor de pijnstoornis te stellen. Het betroffen doorgaans chronische pijnstoornissen van neuropathische oorsprong of waarvan een specifieke diagnose moeilijk was te stellen (zoals 'atypische odontalgie').

Interpretatie van de onderzoeksresultaten

In dit vergelijkend onderzoek werden tussen de 2 patiëntengroepen geen significante verschillen gevonden voor het merendeel van de psychologische aspecten uit het biopsychosociaal model. De 2 patiëntengroepen verschilden niet van elkaar in de mate van psychologische stress, depressieve klachten, angstklachten en levenskwaliteit in relatie tot de mondgezondheid. Ook verschilden ze niet van elkaar op de biologische aspecten niet-specifieke lichamelijke klachten, slaapproblemen, bijtactiviteiten en parafunctionele activiteiten met de weke delen. Verder bleek uit dit

onderzoek dat geen verschillen werden gevonden tussen de 2 groepen in pijnhinder, chroniciteit van de pijn, het (hebben) ondergaan van een psychologische/psychiatrische behandeling, het (dagelijks) gebruik van alcohol en roken. Deze resultaten suggereren dat patiënten met temporomandibulaire pijn deze psychologische en biologische aspecten niet anders beoordelen dan patiënten met andere vormen van orofaciale pijn. Wel zijn er tussen de 2 patiëntengroepen statistisch significante verschillen voor de scores op bruxisme, pijnintensiteit en niet-specifieke pijn. Het bleek dat de oddsratio op temporomandibulaire pijn toeneemt naarmate hoger werd gescoord op deze 3 variabelen. Met andere woorden, patiënten die zich presenteren met temporomandibulaire pijn scoren gemiddeld hoger op deze variabelen dan patiënten met andere vormen van orofaciale pijn.

De oddsratio voor de variabele 'pijnintensiteit' was 1,017. Dit betekent dat wanneer de score op pijnintensiteit van een patiënt 1 eenheid hoger is, de kans dat deze patiënt daadwerkelijk temporomandibulaire pijn heeft 1,017 keer zo groot is. Aangezien een éénpuntsverschil op een schaal van 0 tot 100 slechts marginaal is te noemen, is de bijbehorende oddsratio dan ook klein. De oddsratio voor een verschil van bijvoorbeeld 25 punten in pijnintensiteit zou een (klinisch) meer relevante waarde betekenen. Deze 'nieuwe' oddsratio wordt berekend door de e-macht te nemen van 25 keer de B-waarde en is dan 1,53. Dit betekent dat wanneer een patiënt 25 punten hoger scoort op pijnintensiteit, de kans dat hij temporomandibulaire pijn heeft voor die patiënt meer dan 1,5 keer groter is dan bij patiënten die geen temporomandibulaire pijn hebben.

Op dezelfde manier kan de oddsratio voor de factor 'niet-specifieke pijn' worden geïnterpreteerd. Wanneer de score op de vragen over niet-specifieke pijn 1 punt hoger is, dan is de kans op het hebben van temporomandibulaire pijn 1,075 hoger dan bij patiënten die een andere orofaciale pijn hebben. Aangezien in dit geval sprake is van een schaal van 0 tot 16, is het relevanter om te kijken naar de oddsratio bij een verschil van bijvoorbeeld 5 punten. De oddsratio is dan 1,43.

Tot slot blijkt ook een relatie te bestaan tussen temporomandibulaire pijn en het rapporteren van bruxisme. Voor bruxisme (bereik 0 - 16) blijkt dat met ieder punt dat de score op deze schaal toeneemt, de kans op het hebben van temporomandibulaire pijn 1,065 keer groter wordt en dat bijvoorbeeld 5 punten hoger op deze schaal de kans op temporomandibulaire pijn 1,37 keer groter is.

Klinische relevantie

De relatie tussen bruxisme en temporomandibulaire pijn, zoals uit de resultaten van dit onderzoek wordt gesuggereerd, blijkt niet altijd in de literatuur te worden bevestigd. Zo hebben klinische onderzoeken waarin nachtelijke registraties van bruxisme bij patiënten met temporomandibulaire pijn werden uitgevoerd dit verband tot op heden nog onvoldoende aangetoond (Pergamalian et al, 2003; Van Selms et al, 2008). Daarentegen blijkt uit diverse artikelen

Onafhankelijke variabelen	B	p	OR (95%-BI)
Psychologische stress	0,009	0,653	1,009 (0,970 - 1,050)
Depressieve klachten	0,006	0,477	1,006 (0,989 - 1,024)
Angstklachten	0,000	0,977	1,000 (0,970 - 1,032)
Niet-specifieke lichamelijke klachten	-0,003	0,861	0,997 (0,961 - 1,034)
Niet-specifieke pijn	0,072	0,019	1,075 (1,012 - 1,142)
Slaapproblemen	0,053	0,091	1,054 (0,992 - 1,121)
Oral Health Impact Profile	0,015	0,081	1,015 (0,998 - 1,032)
Bruxisme	0,063	0,016	1,065 (1,012 - 1,121)
Bijactiviteiten	-0,074	0,251	0,928 (0,818 - 1,054)
Parafunctionele activiteiten met de weke delen	-0,030	0,382	0,970 (0,907 - 1,038)
Pijnintensiteit	0,017	0,001	1,017 (1,007 - 1,028)
Pijnhinder	0,001	0,884	1,001 (0,993 - 1,008)
Duur van de aangezichtspijn	-0,132	0,613	0,876 (0,526 - 1,460)
Psychologische behandeling	-0,093	0,632	0,911 (0,622 - 1,334)
Dagelijks alcohol	-0,286	0,282	0,751 (0,446 - 1,265)
Roken	0,345	0,102	1,412 (0,933 - 2,137)

Tabel 4. Uitkomsten van de univariate logistische regressieanalyses. Per variabele wordt de regressiecoëfficiënt (B-waarde) getoond, de p-waarde en de oddsratio (OR) met bijbehorend 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). Vetgedrukt de variabelen die discrimineerden tussen beide pijngroepen ($p < 0,025$).

dat experimenteel bruxisme wel is geassocieerd met spierpijn in de kauwspieren (Glaros en Burton, 2004; Koutris et al, 2009; Svensson en Graven-Nielsen, 2001). Ook wordt de relatie tussen bruxisme en temporomandibulaire pijn vaak gerapporteerd in onderzoeken waarin is gebruikgemaakt van vragenlijsten om bruxisme vast te stellen (Manfredini en Lobbezoo, 2010). Een mogelijke verklaring voor het feit dat onderzoeken die gebruikmaken van zelfevaluatie van bruxisme vaker positieve relaties lijken op te leveren dan onderzoeken die gebruikmaken van instrumentele technieken, kan liggen in de opvatting van patiënten dat er een relatie bestaat tussen bruxisme en temporomandibulaire pijn. Zo zouden patiënten met ochtendhoofdpijn dit kunnen wijten aan vermeend bruxisme gedurende hun slaap. Uit onderzoek van Van der Meulen et al (2010) blijkt dat hoe hoger de zelfgerapporteerde bruxisrefrequentie is, hoe meer patiënten geloven dat bruxisme de oorzaak van de temporomandibulaire pijn is. Toekomstig onderzoek zal meer duidelijkheid moeten brengen over deze paradox.

Het is lastig te verklaren waarom patiënten met temporomandibulaire pijn verhoudingsgewijs hoger scoorden op pijnintensiteit dan patiënten met andere orofaciale pijn. Mogelijkerwijs bevonden zich in de groep met niet-temporomandibulaire orofaciale pijn relatief meer patiënten bij wie een andere hoofdklacht dan 'pijn' de reden was voor de verwijzing, zoals gebitslijtage of een functieprobleem.

Het is bekend dat patiënten met temporomandibulaire pijn vaak ook pijn in andere delen van het lichaam rapporteren, bijvoorbeeld in de nek of de rug (De Wijer et al, 1996; Visscher et al, 2001). Dit is in overeenstemming met wat is gevonden in dit onderzoek. Er was namelijk een significant verschil tussen de patiënten met temporomandibulaire pijn en de patiënten met andere orofaciale pijn bij het rapporte-

ren van niet-specifieke pijn. Deze uitkomst past ook binnen het huidige denkbeeld over de relatie tussen wijdverspreide pijn, bijvoorbeeld fibromyalgie, en temporomandibulaire pijn (Fricton, 2004). Hoewel fibromyalgie slechts bij een klein deel van de patiënten met temporomandibulaire pijn wordt gediagnosticeerd, rapporteert het overgrote deel van de patiënten met fibromyalgie wel temporomandibulaire pijn (Plesh et al, 1996). Het valt daarom te verwachten dat een deel van de patiënten met temporomandibulaire pijn niet louter een lokale pijn had.

Slotbeschouwing

Met dit onderzoek is getracht antwoord te geven op de vraag in hoeverre, met behulp van een vragenlijst, onderscheid kan worden gemaakt tussen temporomandibulaire pijn en andere orofaciale pijnen, uitgaande van het biopsychosociaal model. Hoewel er diverse beperkingen kleven aan een retrospectief vragenlijstonderzoek, kan toch worden geconcludeerd dat veel overeenkomsten bestaan tussen de 2 groepen patiënten, vooral op de psychologische aspecten. Een duidelijk verschil lijkt op het medisch-biologische vlak te liggen. Zo rapporteerden patiënten met temporomandibulaire pijn vaker bruxisme dan patiënten met andere orofaciale pijn, al zou dit ook kunnen liggen aan de mogelijke opvatting van patiënten dat een relatie bestaat tussen bruxisme en temporomandibulaire pijn. Daarnaast hadden patiënten met temporomandibulaire pijn vaker pijn in andere delen van het lichaam. Een vragenlijst als de in dit onderzoek gebruikte 'Diagnostische Vragenlijst' geeft niet alleen veel achtergrondinformatie over de klacht, maar kan ook een hulpmiddel zijn om biologische en psychologische karakteristieken van de klacht in kaart te brengen.

Literatuur

- * Arindell WA, Ettema JHM. SCL-90. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 2003.
- * Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992; 6: 301-355.
- * Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- * Friction JR. The relationship of temporomandibular disorders and fibromyalgia: implications for diagnosis and treatment. *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8: 355-363.
- * Glaras AG, Burton E. Parafunctional clenching, pain, and effort in temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2004; 27: 91-100.
- * Koutris M, Lobbezoo F, Naeije M, et al. Effects of intense chewing exercises on the masticatory sensory-motor system. *J Dent Res* 2009; 88: 658-662.
- * Lasch KE. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Manag Nurs* 2000; 1: 16-22.
- * Leeuw R de. Temporomandibular disorders. In: Leeuw R de (ed.). *Orofacial pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Chicago: Quintessence Publishing Co., Inc., 2008.
- * Lobbezoo F, Selms MK van, John MT, et al. Use of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for multinational research: translation efforts and reliability assessments in The Netherlands. *J Orofac Pain* 2005; 19: 301-308.
- * Manfredini D, Lobbezoo F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109: e26-e50.
- * Meulen MJ van der, Lobbezoo F, Aartman IH, Naeije M. Self-reported oral parafunctions and pain intensity in temporomandibular disorder patients. *J Orofac Pain* 2006; 20: 31-35.
- * Meulen MJ van der, Lobbezoo F, Aartman IH, Naeije M. Ethnic background as a factor in temporomandibular disorder complaints. *J Orofac Pain* 2009; 23: 38-46.
- * Meulen MJ van der, Ohrbach R, Aartman IH, Naeije M, Lobbezoo F. Temporomandibular disorder patients' illness beliefs and self-efficacy related to bruxism. *J Orofac Pain* 2010; 24: 367-372.
- * Meulen MJ van der, Lobbezoo F, John MT, Naeije M. Oral Health Impact Profile. Meetinstrument voor de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 134-139.
- * Naeije M, Lobbezoo F, Loon LAJ van, et al. Behandelingsprotocol voor craniomandibulaire dysfunctie 1. Diagnostiek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 368-374.
- * Pergamalian A, Rudy TE, Zaki HS, Greco CM. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 2003; 90: 194-200.
- * Plesh O, Wolfe F, Lane N. The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. *J Rheumatol* 1996; 23: 1948-1952.
- * Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain* 2000; 4: 71-81.
- * Selms MK van, Lobbezoo F, Visscher CM, Naeije M. Myofascial temporomandibular disorder pain, parafunctions and psychological stress. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 45-52.
- * Selms MK van, Naeije M, Zaag J van der, Lobbezoo F. Myogene tem-

poromandibulaire pijn: behandelen met aandacht! *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2009; 116: 260-265.

- * Stegenga B. Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 464-470.
- * Suvinen TI, Reade PC, Kempainen P, Kononen M, Dworkin SF. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. *Eur J Pain* 2005; 9: 613-633.
- * Svensson P, Graven-Nielsen T. Craniofacial muscle pain: review of mechanisms and clinical manifestations. *J Orofac Pain* 2001; 15: 117-145.
- * Visscher CM, Lobbezoo F, Boer W de, Zaag J van der, Naeije M. Prevalence of cervical spinal pain in craniomandibular pain patients. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 76-80.
- * Visscher CM, Naeije M, De Laat A, et al. Diagnostic accuracy of temporomandibular disorder pain tests: a multicenter study. *J Orofac Pain* 2009; 23: 108-114.
- * Wijer A de, Leeuw JR de, Steenks MH, Bosman F. Temporomandibular and cervical spine disorders. Self-reported signs and symptoms. *Spine* 1996; 21: 1638-1646.

Summary

Distinguishing temporomandibular pain from other types of orofacial pain based on a questionnaire

This study investigated whether, apart from the usual tools for the diagnosis of temporomandibular pain, a questionnaire can distinguish between temporomandibular pain and other types of orofacial pain, based on the biopsychosocial model. 509 patients, who reported orofacial pain in an online questionnaire, were divided into 2 groups based on a clinical examination: patients with temporomandibular pain and patients with orofacial pain in whom temporomandibular pain was excluded. Logistic regression analyses showed that the 2 patient groups did not differ from each other with regard to the majority of biological and psychological aspects of the biopsychosocial model. However, patients with temporomandibular pain reported bruxism and non-specific pain more often, and reported a higher intensity of pain. This study showed that a questionnaire can aid in distinguishing patients with temporomandibular pain from patients with other types of orofacial pain.

Bron

C.E.H.M. Bonn^{1,2}, M.K.A. van Selms¹, F. te Poel³, C.M. Visscher¹, F. Lobbezoo¹, M. Naeije¹

Uit ¹de afdeling Functieleer en Restauratieve Tandheelkunde, leerstoelgroep Orale Kinesiologie, van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), ²de faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, afdeling Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam en ³de faculteit der Aard- en Levenswetenschappen, afdeling Gezondheidswetenschappen, sectie Preventie van de Vrije Universiteit Amsterdam
Datum van acceptatie: 24 november 2012

Adres: dr. M.K.A. van Selms, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam
m.v.selms@acta.nl