



Musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel

Projectgroep
Musculoskeletale
stoornissen van het
kauwstelsel¹

Consensus over diagnostiek en therapie in de gnathologie

De werkgroep uitvoeringsrichtlijnen gnathologie (WUG) van de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde stelde in 1999 een projectgroep samen, die een consensus-tekst moest samenstellen over de diagnostiek en therapie van temporomandibulaire stoornissen in Nederland. Bij de behandeling van musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel wordt in die consensus gekozen voor een tweesporen- of biaxiale benadering met aandacht voor de somatische en psychosociale aspecten. De belangrijkste klinische beelden zijn in dit artikel beschreven en tevens worden de relevante opties voor therapie gegeven. Aan de orde komen tendomyalgie, myogene bewegingsbeperking, artralgie, discusluxatie, residuale osteoartrose, adhesievorming/ankylosering en luxatie. Het beleid bij alle aandoeningen bestaat uit counseling, aangevuld met andere opties afhankelijk van de diagnose. Reversibele behandelopties, zoals de stabilisatieopbeetplaat, medicatie en fysiotherapie, behoren veelal tot de eerste keus van aanpak. Minimaal invasieve ingrepen zijn soms vroeg in het beloop geïndiceerd. Binnen de biaxiale benadering kan psychologische zorgverlening deel uitmaken van het beleid.

PROJECTGROEP MUSCULOSKELETTALE STOORNISSEN VAN HET KAUWSTELSEL. Musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel. Consensus over diagnostiek en therapie in de gnathologie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 281-287.

Inleiding

Terminologie

Onder 'gnathologie' wordt in dit artikel 'de kennis van het bewegingsapparaat van het kauwstelsel met inbegrip van de fysiologie, de stoornissen in zijn werking en de behandeling daarvan verstaan. Zij strekt zich uit tot het onderzoek en de behandeling van het kauwstelsel in algehele omvang'. In de internationale literatuur worden de musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel geduid met de termen 'temporomandibular disorders' (afgekort tot TMD) en 'craniomandibular disorders' (afgekort tot CMD). Ook in het Nederlands taalgebied worden deze afkortingen gebruikt, waarbij met de 'D' dan eigenlijk dysfunctie wordt bedoeld, een synoniem voor 'stoornissen'. Het Nederlandstalige equivalent van het Engels zou 'temporomandibulaire' of 'craniomandibulaire stoornissen' zijn. De omschrijving 'aandoeningen van het bewegingsapparaat van het kauwstelsel' geeft de werkelijkheid nog het meest zuiver weer. In dit document wordt de term 'temporomandibulaire stoornissen' gebruikt. Het gaat om een groep stoornissen met deels overlappende symptoomprofielen en behandelopties.

Aanleiding tot en doel van dit artikel

Aandoeningen of stoornissen van het bewegingsapparaat van het kauwstelsel uiteten zich als orofaciale pijn en (of) mandibulaire bewegingsstoornissen. De inzichten in dergelijke stoornissen zijn de afgelopen decennia aan grote veranderingen onderhevig geweest. Zo

werd gedurende vele jaren verondersteld dat occlusale factoren een causale rol spelen en was de aanpak bij temporomandibulaire stoornissen vaak gericht op een correctie van vermeende stoornissen in de gebitsocclusie en -articulatie. Een ander voorbeeld is de betekenis die werd toegekend aan het aanwezig zijn van kaakgewichtsgeluiden en de behandel noodzaak ervan. Omdat is komen vast te staan dat deze factoren een veel beperktere rol spelen dan aanvankelijk werd verondersteld, is de diagnostische en de therapeutische benadering van temporomandibulaire stoornissen verregaand veranderd. In 1997 werd in verband hiermee door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde de werkgroep 'Uitvoeringsrichtlijnen gnathologie'(WUG) ingesteld - bestaande uit mr. drs. Th. J.M. Kluskens, dr. A.P. Slagter en dr. M.H. Steenks - onder andere voor het opstellen van een consensus omtrent de diagnostiek en de therapie van musculoskeletale stoornissen. De WUG heeft bij haar activiteiten contact gezocht met die universitaire afdelingen Tandheelkunde, die verantwoordelijk zijn voor de discipline Gnathologie. Dit heeft op 15 oktober 1999 geleid tot het ontstaan van de projectgroep 'Musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel'. In dit artikel wordt de huidige consensus, die op 13 december 2002 werd geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de NVGPT, beschreven. Het ligt in het voornemen om op basis van deze consensus te komen tot meer uniformiteit bij het onderzoeken en het behandelen van patiënten met temporomandibulaire stoornissen en uiteindelijk tot de ontwikkeling van een richtlijn.

Er is voor gekozen om niet iedere bewering te onderbouwen met een of meerdere referenties, maar om de

Samenvatting

Trefwoorden:

- Gnathologie
- Temporomandibulaire dysfunctie
- Diagnostiek

¹Uit de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT). De leden van de Projectgroep zijn, in alfabetische volgorde:

F. Bosman
Th.J.M. Kluskens
F. Lobbezoo
M. Naeije
A.P. Slagter
M.H. Steenks
B. Stegenga

Datum van acceptatie:
3 april 2003.

Adres:
Dr. M.H. Steenks
UMC Utrecht
Postbus 85.060
3508 AB Utrecht
m.h.steenks@med.uu.nl

Tabel 1. As I. Klinische diagnoses met de belangrijkste kenmerken en therapeutische opties.

Klinische diagnose ¹	Klinische kenmerken ²	Therapeutische opties ³
Tendomyalgie Pijn van de kauwspieren A: ≤ 6 maanden bestaand B: > 6 maanden bestaand	- Rapportage diffuse pijn - Pijn bij palpatie van kauwspieren (m.n. mm. masseteres & temporales) - Rekpijn - Contractiepijn m. masseter, m. temporalis - Statische pijn < dynamische pijn	- Counseling Bij A: - Medicatie: NSAID, diazepam, amitriptyline - Injectie lokale anesthesie/methylprednisolon ⁴ - Oefentherapie in rustiger fase Bij B: - Fysiotherapie - Stabilisatieopbeetplaat - Psychologische zorgverlening - Medicatie: amitriptyline
Myogene bewegingsbeperking Bewegingsbeperking uitgaande van de kauwspieren	- Beperkte opening - Spierstijfheid - Evident verschil actief en passief openen (> 5 mm)	- Counseling - Fysiotherapie - Chirurgie ⁴
Artralgie A: 0-12 weken bestaand B: > 12 weken bestaand	- Rapportage pijn regio TMG - Gewrichtspijn bij palpatie en functie - Pijn bij tractie - Dynamische pijn > statische pijn - Verdwijnen van pijn na lokale anesthesie	- Counseling Bij A: - Medicatie: NSAID (evaluatie 7-10 dg) - Evt. vervolg: medicatie combineren met anesthesie stabilisatieopbeetplaat, arthrocentesis Bij B: - Stabilisatieopbeetplaat - Fysiotherapie - Psychologische zorgverlening - Arthrocentesis ⁴
Discusluxatie I Discusverplaatsing met reductie	- Reproduceerbare knap bij translatie in TMG (openen, proaal, contra-lateraal) - Reciproque knap (tijdens openen bij grotere graad van opening dan tijdens sluiten) - Openen vanuit protrusie elimineert knap	- Counseling Bij sterke sociale beperking: - Arthrocentesis ⁴ - Gemodificeerde condylotomie ⁴
Discusluxatie II Discusverplaatsing met reductie en semi-permanent blokkeren	- Als discusluxatie I - Periodiek optreden van blokkeren; patiënt is gewoonlijk in staat blokkade zelf op te heffen	- Als discusluxatie I - Fysiotherapie (mobiliseren en oefenen)
Discusluxatie III Discusverplaatsing zonder reductie A: ≤ 1 maand bestaand B: > 1 maand bestaand	Bij A: - Veelal in combinatie met tendomyalgie en/of artralgie - Plotseling optredende translatiebeperking in TMG - Knap in de regel niet (meer) - Deviatie onderkaak - Patiënt is niet in staat de blokkering zelf op te heffen Bij B: - Beperkte translatie in TMG (openen, proaal, contralateraal) - Beperking afnemend in tijd (tenzij adhesief) - Overeenkomstige deviatie mandibula	- Counseling Bij A: - Herstel intra-artculaire verhoudingen Bij B: - Accepteren discuspositie - Mobiliserende technieken ter vermindering adhesie - Arthroscopische chirurgie ⁴ - Discus extirpatie ⁴
Residuale osteoartrose De uitgebluste arthrosis deformans	- Remodelling/degeneratieve veranderingen (OPT) - Crepitatie	- Counseling
Adhesievorming/ankylosering Verkleefing, verstijving in/van het kaakgewricht A: fibreus B: benign	Bij A en B: - Anamnese met (geleidelijk toenemende) translatiebeperking in TMG - Ontsteking, evt. trauma in anamnese - Beperkte of ontbrekende translatie in TMG - Overeenstemmende deflectie mandibula Bij A: - Diagnostische arthrocentesis/artroscopie duidt op volumeverkleining gewricht resp. fibreuze adhesies in TMG Bij B: - Röntgenologisch zichtbare verbening (OPT, conventionele gewrichtsopnamen, CT)	- Counseling - Fysiotherapie - Arthrocentesis ⁴ - Arthroscopische chirurgie ⁴ - Arthroplastiek ⁴
Luxatie Uit de kom schieten A: incidenteel B: recidiverend (habituueel)	- (Vooral bij A) veelal in combinatie met tendomyalgie en/of artralgie - Kaakkop ver ventraal van het laagste punt tuberculum articulare en niet zelfstandig kunnen sluiten van de mond	Bij A: - reponeren - counseling (bewegingseducatie) Bij B: - Counseling - Reponeren (zonodig) - Elastieken intraoraal - Reponeren (slechts na bewegingseducatie) ⁴ - Arthroscopie (verstijving retrodiscaal) ⁴ - Eminectomie ⁴

¹ Andere (zeldzamer) aandoeningen kunnen vergelijkbare symptomen vertonen.² Niet alle kenmerken hoeven tegelijk aanwezig te zijn; zij hebben dus niet de status van criteria.³ De aangegeven therapeutische opties zijn direct gerelateerd aan de as I klinische diagnose. Bij het bepalen van het uiteindelijke behandelingsbeleid dienen de as II bevindingen te worden betrokken.⁴ Deze therapiemodaliteiten dienen slechts na multidisciplinair overleg te worden overwogen.

lezer aan het einde van de consensustekst een lijst met leessuggesties voor te leggen. Daarin zijn vooral goed toegankelijke publicaties opgenomen in de vorm van Nederlandstalige tekstboeken en artikelen, aangevuld met een aantal essentiële Engelstalige publicaties.

De beroepsbeoefenaar die zich vanuit de tandheelkunde bezighoudt met de 'gnathologische' zorg (o.a. de tandarts-algemeen practicus, tandarts-gnatholoog, kaakchirurg) stelt zich ten doel het zo adequaat mogelijk diagnosticeren en zo nodig behandelen van temporomandibulaire stoornissen. De inzichten, neergelegd in dit artikel, vormen de weerslag van beraad tussen de vakdocenten van de faculteiten tandheelkunde in Nederland en worden onderschreven (consensus) door de tandarts-gnathologen binnen de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde. Het is ieders eigen verantwoordelijkheid (*Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg, de wet BIG*) om wegen te bewandelen die afwijken van de in dit document beschreven inzichten. Een goede onderbouwing en verantwoording naar collegae zijn daarbij echter essentieel.

Voor optimale zorgverlening is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. De behandelaar wordt in staat geacht zijn eigen vermogens en beperkingen goed in te schatten en adequaat gebruik te maken van de kennis van anderen (consulteren, actief bij de behandeling betrekken, of verwijzen).

Epidemiologie

Symptomen van temporomandibulaire stoornissen komen in de bevolking veelvuldig voor (30-50%); slechts een klein deel van de populatie zoekt echter behandeling (1-5%). Dit betreft vooral vrouwen in de leeftijdscategorie vijftien tot veertig jaar. Het beloop van acute klachten is gewoonlijk gunstiger dan dat van chronische klachten. Voor klachten die ondanks gegeven adviezen niet binnen vier tot zes weken verdwijnen, is het belangrijk nadere zorg te verlenen, teneinde het ontstaan van chronische klachten te vermijden.

Biaxiale benadering van musculoskeletale stoornissen van het kauwstelsel

Musculoskeletale stoornissen kunnen het dagelijkse functioneren ernstig beïnvloeden. In welke mate dit het geval is, is afhankelijk van vele factoren en individueel bepaald. De bij de patiënt tijdens de anamnese en het klinisch onderzoek waargenomen bevindingen moeten goed en eenduidig worden vastgelegd, zonder hieraan direct een oordeel te verbinden. Om hieraan sturing te kunnen geven, is gekozen voor een diagnostisch systeem met 2 assen: een somatische (as I) en een psychosociale (as II). De karakteristieke kenmerken van verschillende (min of meer frequent voorkomende) klinische beelden worden in as I beschreven (tab. 1). Aangezien meerdere klinische beelden tegelijk aanwezig kunnen zijn, kunnen meerdere klinische diagnoses tegelijk worden gesteld.

Bij verschillende individuen kunnen dezelfde somatische beelden zich zeer uiteenlopend uiten. As II geeft meer zicht op de 'impact' van de as I-afwijking(en) op het dagelijks functioneren, zoals ziekteverzuim, en op de psychosociale aspecten, die voor het beleven van de ziekte van belang kunnen zijn. Zowel as I als as II moeten dus bij de diagnostiek worden betrokken en geven dus beide aanknopingspunten voor het behandelbeleid.

Documentatie

Om tot een adequaat behandelbeleid te kunnen komen, is het allereerst noodzakelijk alle relevante gegevens over de patiënt, zijn klachten, het beloop daarvan, zijn medische status en psychosociale omstandigheden nauwkeurig vast te stellen en te documenteren. Dit vindt plaats in een onderzoeksprocedure (die algemeen wordt aangeduid als uitgebreid functieonderzoek), bestaande uit een anamnese, een lichamelijk onderzoek en eventueel een aanvullend onderzoek.

Anamnese

Uitgangspunt voor de anamnese is de hulpvraag. Het is daarbij van belang vast te leggen of deze primair afkomstig is van de patiënt of van de verwijzer. Het is vaak nuttig reeds vooraf gegevens over de algemene gezondheid, de klacht zelf alsook eventuele psychosociale factoren beschikbaar te hebben. Hiertoe kan gebruikgemaakt worden van vragenlijsten, waarmee informatie over aspecten betreffende as I en as II kan worden verkregen.

In de anamnese wordt navraag gedaan naar de belangrijkste symptomen van de aanwezige musculoskeletale stoornissen: pijn en bewegingsstoornissen. Hoe uitgebreid zijn de aanwezige klachten? Gaat het om een lokaal probleem of zijn er aanwijzingen dat de klachten onderdeel zijn van een systemische aandoening? Pijn wordt nader gekarakteriseerd naar locatie, intensiteit, duur en de mate van beïnvloedbaarheid (bijv. het optreden bij mandibulaire functies, bij bewegingen van de nek of bij emotionele factoren). Bewegingsstoornissen omvatten verschijnselen zoals bewegingsbeperkingen, slotverschijnselen, onregelmatige bewegingen, hypermobiliteit of gewrichtsgeluiden. Het is wenselijk om te beschikken over anamnestiche informatie omtrent aandoeningen van de cervicale wervelkolom, die soms overlappende symptoomprofielen vertonen met die van temporomandibulaire stoornissen.

Hoewel as II-aspecten kunnen worden vastgelegd met behulp van hiertoe geëigende vragenlijsten, is het belangrijk ook voldoende aandacht aan deze aspecten te besteden tijdens het afnemen van een gerichte anamnese. Een indruk kan worden verkregen over de aanwezigheid van somatoforme stoornissen, depressie, angst en fobieën, conversiestoornissen, neuroticis-

me en andere relevante psychosociale aspecten. De as I-aspecten geven ook zicht op de lijdensdruk en de beleving van de klachten: de invloed van de klachten op het dagelijks functioneren kan hiermee worden beoordeeld, bijvoorbeeld de wijze waarop met de klachten wordt omgegaan, arbeidsverzuim, deelname aan sociale activiteiten, ervaren controle over de pijn, de mogelijkheid de pijn te kunnen beïnvloeden.

Gedurende de anamnese moet tevens gekeken worden naar mogelijke factoren die samenhangen met het ontstaan of instandhouden van de klacht. Overbelasting van de anatomische structuren en overschrijding van de geestelijke belastbaarheid worden daarbij onderzocht.

Volgend op de inventarisatie van de belangrijkste symptomen worden hun onderlinge samenhang en hun relatie met klachtenbeïnvloedende factoren vastgelegd in een nauwkeurige beschrijving van het beloop van de stoornis sinds het ontstaan ervan.

De voorgeschiedenis met betrekking tot (tandheelkundige en medische) behandelingen, medicatie, opnames in het ziekenhuis en doorgemaakte trauma's, maakt eveneens deel uit van de anamnese.

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek omvat een algehele inspectie, zowel extra- als intraoraal, een nauwkeurig pijn- en bewegingsonderzoek van het kauwstelsel, een globaal bewegingsonderzoek van de nek en een beoordeling van mogelijke relevante oclusale kenmerken.

De extraorale inspectie is onder andere gericht op het beoordelen van asymmetrieën, zwellingen, de huid (bijv. littekens) en de houding van het hoofd. Bij de intraorale inspectie dienen alle mogelijke oorzaken van pijn in het hoofd-halsgebied te worden betrokken, zoals odontogene afwijkingen, afwijkingen van het parodontium, aanwijzingen voor pathologische veranderingen van de mucosa en tekenen van parafuncties en mondgewoonten die mogelijk in verband kunnen worden gebracht met overbelastingen. Het in kaart brengen van de gebitsstatus en het klinisch beoordelen van de gebitsocclusie en -articulatie behoren eveneens tot dit deel van het onderzoek.

Kenmerkend voor vrijwel alle temporomandibulaire stoornissen is de nauwe relatie van de symptomen met bewegingen en belasting van de kaak en het innemen van bepaalde kaakposities. Een belangrijk deel van het lichamelijk onderzoek is dan ook het vaststellen of de voor de patiënt herkenbare klachten en de symptomen kunnen worden geprovoceerd door het actief openen van de mond, het passief doorvoeren daarvan, het bewegen van de kaak in het horizontale vlak, het palperen van het kaakgewricht en de hiervoor toegankelijke kauwspieren, de asdruk (compressie), tractie- en translatietesten en specifieke statische en dynamische testen. Het mandibulaire bewegingspatroon en stoornissen daarin (o.a. deviatie, bereidheid tot bewegen, knappen of crepitatie tijdens bewegen) worden beoordeeld en de maximale bewegingsuitslagen worden gemeten en vastgelegd.

Mogelijke invloeden vanuit de cervicale wervelkolom worden nader vastgesteld in een onderzoek naar de actieve bewegingen van de nek. Indien dit onderzoek specifieke afwijkingen (bijv. pijn bij actief bewegen) oplevert, is verder onderzoek door een ter zake deskundige te overwegen.

Beeldvormend en aanvullend onderzoek

Het is gewenst een orthopantomogram beschikbaar te hebben om odontogene of andere mogelijke oorzaken van de klachten vast te stellen of uit te sluiten. Eventueel kunnen aanvullende röntgenopnamen of uitgebreider beeldvormend onderzoek (zoals tandfilms, CT, MRI, botscan) geïndiceerd zijn.

Als het lichamelijk onderzoek onvoldoende aanknopingspunten biedt voor het vaststellen van de oorsprong van de pijnklachten, kan het geven van proefanesthesie (van perifeer naar centraal) meer duidelijkheid verschaffen. Bij het vermoeden van een systemische aandoening kan laboratoriumonderzoek noodzakelijk zijn en is verwijzing gewenst. Voor het volledig documenteren van ernstig slaapbruxisme is polysomnografie (slaapregistratie) noodzakelijk. Het uitgebreid instrumenteel registreren van kaakbewegingen en kaakposities alsook het vervaardigen van elektro-myogrammen in het kader van diagnostiek van temporomandibulaire stoornissen heeft vooralsnog geen wetenschappelijke onderbouwing.

Analyse, interpretatie en prognose

Bij elke patiënt met orofaciale pijnklachten moeten, alvorens een temporomandibulaire aandoening wordt overwogen, andere afwijkingen die vergelijkbare klachten kunnen veroorzaken (bijv. pulpitis, neuralgiforme pijnbeelden) worden uitgesloten. Indien geïndiceerd kan een ter zake deskundige (bijv. endodonto- loog, neuroloog, kno-arts) worden geconsulteerd.

In tabel 1 zijn de meest voorkomende as I-beelden samengevat. Daarin zijn klinische diagnoses, de meest karakteristieke kenmerken en mogelijke therapeutische opties weergegeven. Deze klinische diagnoses kunnen een uiting zijn van regionale pathologie of een meer uitgebreide pathologische achtergrond hebben (reumatoïde artritis, groeistoornissen, neuromusculaire ziekten, fibromyalgie enz.). Steeds zijn specifieke kenmerken aangegeven, die tijdens een anamnese en een klinisch onderzoek zijn vast te stellen. In overeenstemming met het onderscheid in hoofdsymptomen van temporomandibulaire stoornissen (pijn, bewegingsstoornissen) worden achtereenvolgens de volgende klinische beelden onderscheiden: tendomyalgie, myogene bewegingsbeperking, artralgie, verschillende manifestaties van discusverplaatsingen ('intra-articulare verstoringen' op basis van discusluxatie), residuale osteoartrosis, adhesieve (ankyloserende) intra-articulare verstoringen en luxatie.

Bij een patiënt kunnen meerdere klinische diagno-

sen tegelijk worden gesteld. Een mandibulaire bewegingsbeperking zou bijvoorbeeld kunnen berusten op een myogene oorzaak (bijv. door fibrosing: de klinische as I-diagnose zal dan enkelvoudig zijn, namelijk 'myogene bewegingsbeperking') of een pijnlijke mandibulaire bewegingsbeperking die als klinische as I-diagnose tendomyalgie kan worden geduid, maar ook op een osteoartritis, waarbij de klinische presentatie vaak meervoudig is en bijvoorbeeld kan passen bij de klinische diagnoses 'artralgie', 'permanente discusluxatie' en 'tendomyalgie'. De onderzoeker dient zich derhalve ruim te oriënteren teneinde de gepresenteerde klachten te kunnen duiden en andere pathologie uit te kunnen sluiten.

As II-aspecten hebben vooral betrekking op pijnge-relateerde beperkingen en de psychosociale status. In as II worden dan ook de lijdensdruk, die door de klachten wordt veroorzaakt, en de fysieke beperkingen, die de afwijking met zich meebrengt, in kaart gebracht. Naast de klinische diagnose zijn deze aspecten bepalend voor het beleid. Voor het objectiveren van deze aspecten zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar, zoals de symptom checklist - 90 (SCL - 90), pijnvragenlijsten zoals de graded chronic pain scale (GCP), de mandibular function impairment questionnaire (MFIQ) of de multidimensionale vragenlijst Screen. Men moet zich echter realiseren dat een aantal daarvan nog onvoldoende gevalideerd is om als diagnostisch instrument te dienen, hetgeen overigens ook geldt voor het gebruik van delen van vragenlijsten. Meer onderzoek is dus nog nodig om de validiteit en de betrouwbaarheid van dergelijke meetinstrumenten te bepalen. Vooralsnog leveren de meeste vragenlijsten dus slechts een indicatie op voor eventuele psychosociale problematiek en daarmee de indicatie een psycholoog te betrekken bij de consultatieve fase en/of de behandeling.

Het is belangrijk inzicht te verkrijgen in het verwachtingspatroon van de patiënt: van welke aspecten (van as I en as II) ondervindt hij de meeste hinder en verwacht hij verbetering? Niet alleen de klinische diagnose bepaalt de uiteindelijke therapie (mogelijke op de klinische diagnose gebaseerde therapeutische opties zijn weergegeven in tabel 1), as II-aspecten kunnen de mogelijkheden (sterk) beperken en op deze wijze het uiteindelijke behandelbeleid in belangrijke mate bepalen. Alvorens tot een behandelplan te komen is het dus essentieel voldoende zicht te hebben op alle bovengenoemde aspecten. Op deze wijze kunnen de complexiteit van de afwijking (het resultaat van eerdere behandelingen, comorbiditeit, de aanwezigheid van psychosociale factoren en de mate van chroniciteit) en de prognose van de behandeling worden ingeschat.

Beleid

Doel van behandeling

Het belang van het vaststellen van de klinische presentatie (as I-diagnosen) in relatie tot het functioneren (as

II-aspecten) wordt weerspiegeld in de belangrijkste doelen van behandeling: pijnreductie, herstel van mobiliteit en verbetering van functie, dagelijkse activiteit en kwaliteit van leven. Bij het vaststellen van het beleid worden tevens factoren gewogen die bijdragen aan het totstandkomen of toenemen van klachten. In dit verband is ook de duur van het bestaan van de klachten (het onderscheid tussen 'acut' en 'chronisch') van belang, aangezien het beleid hierdoor in belangrijke mate wordt bepaald.

Algemene overwegingen

Behandelingen dienen bij voorkeur een reversibel karakter te hebben en met regelmaat (op met de patiënt overeengekomen momenten) te worden geëvalueerd om ongewenste of te langdurige behandelingstrajecten te vermijden. Hierop zal onder het kopje 'Evaluatie' nader worden ingegaan. De evaluatiemomenten kunnen ertoe leiden dat de behandeling wordt gemodificeerd, maar kunnen ook aanleiding geven tot het heroverwegen van de gestelde (klinische) diagnose en nader onderzoek, consultatie of verwijzing.

De meest frequent toegepaste behandelingsmodaliteiten zijn: counseling, medicamenteuze therapie, (stabilisatie)opbeetplaattherapie, fysiotherapie, psychologische zorgverlening en invasieve behandelingen (arthrocentesis, arthroscopie en chirurgie).

Ruime ervaring is opgedaan met interdisciplinaire behandelingen binnen de driehoek tandarts, fysiotherapeut en psycholoog. Het geringe beroepsspecifieke karakter van sommige behandelingsmodaliteiten kan betekenen dat de keuze bestaat om patiënten, deels in overeenstemming met hun eigen wensen, kennis, denkbeelden en beleving, te behandelen in samenwerking met of te verwijzen naar de meest in aanmerking komende hulpverlener (relaxatie kan bijvoorbeeld zowel door de fysiotherapeut als de psycholoog worden geïnstrueerd). Bij verwijzingen buiten de eigen discipline dient de huisarts van de patiënt betrokken te worden.

Counseling

Counseling vormt een essentieel onderdeel van iedere behandeling. Elke therapie start met counseling en omvat het geruststellen, informeren en adviseren van de patiënt met betrekking tot de bevindingen, de (klinische) diagnose en beïnvloedende factoren. Daarbij wordt uitleg gegeven over de aard van de afwijking(en) en over het gebruik van de kaak, waarbij speciale aandacht wordt besteed aan het vermijden van overbelasting door kauwgewoonten, parafuncties en andere belastende gedragspatronen. De relatie tussen belasting en belastbaarheid wordt besproken. Adviezen zijn ook gericht op het vermijden van bewegingsangst. "Wel bewegen, niet belasten" is dus het devies. Attributies van de patiënt, zijnde cognities die de patiënt zelf aan de gepercipieerde aandoening toeschrijft, worden in de bespreking aan de orde gesteld en waar nodig van

commentaar voorzien. Ook toelichting ten aanzien van eventueel eerder uitgevoerde behandelingen is van belang, zeker als een nieuw vergelijkbaar behandelvoorstel wordt overwogen. Aangezien counseling bij iedere vorm van therapie een voorwaarde is voor het slagen daarvan, is het van belang dat men zich ervan overtuigt dat de patiënt de verstrekte informatie en de gegeven adviezen goed heeft begrepen en in staat is deze uit te voeren. In vervolconsulten kan dit alles worden getoetst.

Op grond van het effect van counseling kan nadere behandeling overbodig blijken te zijn. Niettemin is in vele gevallen enige aanvullende vorm van therapie gewenst. Het is belangrijk om vooraf de behandeldoelen met de patiënt te bespreken en af te stemmen op zijn wensen. Daarbij moet het verwachtingspatroon van de patiënt aan de realiteit worden getoetst en zo nodig moeten worden bijgesteld. Zicht op een reëel verloop van de behandeling en op de prognose geeft de patiënt een perspectief. Op basis hiervan kan in samenspraak een keuze worden bepaald, hetgeen de therapeutrouw ten goede komt.

Medicamenteuze therapie

Medicatie wordt meestal voorgeschreven om pijn en ontsteking te bestrijden. Pijnbestrijding kan in de regel het beste plaatsvinden volgens de navolgende ladder: paracetamol/NSAID; combinatie van paracetamol/NSAID met codeïne; en opioïden (tramadol, morfine). Niettemin kan het verstandig zijn bij acute pijn en bij kortdurend gebruik eerder opioïden voor te schrijven. Op indicatie kunnen adjuvante medicamenten worden gegeven.

Bij het voorschrijven van pijnmedicatie is een aantal vuistregels van belang. Pijnmedicatie moet voldoende hoog worden gedoseerd en 'de klok rond' (niet 'zo nodig') worden gegeven. Vooral bij langdurig gebruik van NSAID's moet men extra maatregelen nemen om beschadiging van het maagslijmvlies te beperken (bijv. selectieve cox-2 remmers; middelen met toegevoegde beschermende prostaglandinen; of een combinatie met maagsapsecretie bevorderende middelen). Vooral bij de oudere patiënt moet men letten op de bijwerkingen van deze middelen op maag, lever, nieren en bloedstolling.

Bij het bestrijden van (acute) ontstekingen van het kaakgewricht (bijv. artralgie als gevolg van een artritis) of spieren (bijv. tendomyalgie als gevolg van een tendinitis van de m. temporalis) kan worden overwogen lokaal corticosteroiden te injecteren. Voor intra-articulair gebruik kan men dexamethason of triamcinolon (Kenacort®) toepassen; methylprednisolon (Depomedrol®) kan worden toegepast bij tendinitis.

Als adjuvante medicatie bij tendomyalgie kan het beste een tricyclisch antidepressivum (amitriptyline 10-25 mg eenmaal daags voor het slapen gaan) worden toegepast. Het gebruik van benzodiazepinen (bijv. diazepam) kan worden overwogen, maar langdurig gebruik hiervan wordt ontraden.

Stabilisatieopbeetplaattherapie

De stabilisatieopbeetplaat, ook wel (stabilisatie)splint, (stabilisatie)splint of kortweg opbeetplaat genoemd, moet heden ten dage worden beschouwd als een niet-specifieke, ondersteunende behandelingsmodaliteit en niet als causale therapie. In de literatuur bestaat echter voldoende wetenschappelijke ondersteuning om het gebruik ervan te rechtvaardigen. De opbeetplaat kan ook worden toegepast als gebitsbescherming bij bruxisme. Ook in dit opzicht is opbeetplaattherapie niet causaal van aard. Het is op grond van het beloop van een behandeling zelden gerechtvaardigd de oclusale verhoudingen van de opbeetplaat over te brengen naar het natuurlijke gebit. Als dit al is geïndiceerd, dan moet worden gewacht tot de balans in het kauwstelsel is hersteld.

Fysiotherapie

Het doel van de behandeling op stoornisniveau (bijv. pijn, bewegingsbeperking) kan bestaan uit het mobiliseren van de kaakgewrichten, het verbeteren van houdings- en bewegingsgevoel, het versterken van de spier, het laten ontspannen (lokaal en algeheel), het beïnvloeden van afwijkend monddrag, het dempen van de pijn en het verbeteren van de lichamelijke conditie. De fysiotherapeut streeft deze behandeldoelen na met behandelvormen uit de oefentherapie (eventueel in de vorm van myofeedback), massagetherapie en/of fysieke therapie in engere zin (bijv. koude en warmte prikkels). Voor het gebruik van fysiotherapie (bijv. ultrageluid, interferentie, softlaser) als primaire behandelmodaliteit bestaat geen wetenschappelijke ondersteuning. Bij chronische klachten zal de fysiotherapeut zich meer richten op het bestrijden van beperkingen in activiteiten en participatie.

Psychologische zorgverlening

Psychosociale factoren (chroniciteit van klachten, pijn, psychische stress, angst, ongerustheid en lijdensdruk) zijn vaak van invloed op klachten van het mandibulaire bewegingsapparaat. Beperking van deze invloed en het aanreiken van copingstrategieën bij residuale of niet/moeilijk behandelbare symptomen zijn heel belangrijk. Psychologische zorgverlening vormt dan ook een belangrijk aspect van de behandeling, dat deels door de clinicus zelf kan worden uitgevoerd (uitleg, geruststelling, counseling). Het kan echter wenselijk zijn de behandeling geheel of gedeeltelijk te laten ondersteunen of over te laten nemen door een psycholoog of psychiater, afhankelijk van de aard en omvang van de problematiek.

Invasieve therapie

De meeste temporomandibulaire stoornissen hebben een gunstig natuurlijk beloop en niet-invasieve behan-

deling zal in vele gevallen voldoende effectief zijn. Afhankelijk van de aard en de ernst van de afwijking, kan bij een aantal as I-aandoeningen invasieve therapie noodzakelijk blijken te zijn. Bij de overweging om tot invasieve therapie over te gaan, moeten as II-aspecten worden meegewogen. Het niet of onvoldoende effectief zijn van niet-invasieve behandeling is echter geen randvoorwaarde voor invasieve therapie. De aard van de problematiek (as I en as II) kan zodanig zijn, dat invasieve therapie reeds in een relatief vroeg stadium moet worden overwogen (zo kan men arthrocentesis overwegen in geval van een permanente discusluxatie met veel pijn, die niet of onvoldoende reageert op andere, daartoe geëigende therapievormen. Arthrocentesis is een operatieve ingreep met als doel het verbeteren van de gewrichtsmobiliteit en het verminderen van een eventuele gewrichtsontsteking). Nauwkeurige diagnostiek is ook bij deze afweging de sleutel.

Tegenwoordig wordt onderscheid gemaakt tussen minimaal invasieve therapie (arthrocentesis, diagnostische artroscopie) en chirurgische therapie (arthroscopische chirurgie, condylectomie, eminectomie, discectomie, artroplastiek, coronaoïdectomie, gemodificeerde condylotomie, kaakgewrichtsprothese). Minimaal invasieve technieken, in het bijzonder arthrocentesis, zijn relatief eenvoudig uit te voeren onder lokale anesthesie en kenmerken zich door weinig complicaties en een snel posttherapeutisch herstel. Zij kunnen dan ook relatief vroeg in het beloop worden toegepast.

Evaluatie

Temporomandibulaire stoornissen kunnen voornamelijk niet causaal worden behandeld; niet zelden zal de stoornis van dien aard zijn dat, ook na behandeling, residuale symptomen zijn te voorzien. Het resultaat van de behandeling hangt onder meer af van de gestelde specifieke doelen, het verwachtingspatroon (van zowel patiënt als behandelaar), de beschikbaarheid van behandelingsmodaliteiten en de mate waarin de factoren die bijdragen tot de klachten, kunnen worden beheerst. Evaluatie van deze aspecten op daartoe van tevoren vastgestelde en met de patiënt overeengekomen momenten is van groot belang en voorkomt behandeltrajecten die ongewenst zijn. Indien succes

binnen de verwachte of vastgestelde termijn uitblijft, dient de klinische diagnose en/of de ingezette behandeling te worden heroverwogen alvorens een alternatief beleid in te zetten. Er moet naar worden gestreefd de evaluatie volgens vastgestelde criteria te laten verlopen, zowel op de korte als de lange termijn.

Aanbevolen literatuur

- DWORNIK SF, LERESCHE L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 1992; 6: 301-355.
- LOBBEZOO F, ZAAG J VAN DER, VISSCHER CM, MEULEN MJ VAN DER, BECKING AG, NAEIJE M. Multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van craniomandibulaire dysfunctie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 471-475.
- NAEIJE M, LOON LAJ VAN (RED). Craniomandibulaire functie en dysfunctie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- NAEIJE M, LOBBEZOO F, LOON LAJ VAN, SAVALLE WPM, ZAAG J VAN DER, HUDDLESTON SLATER JJR, MEULEN MJ VAN DER, VISSCHER CM. Behandelingsprotocol voor craniomandibulaire dysfunctie. 1. Diagnostiek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 368-374.
- NAEIJE M, LOBBEZOO F, LOON LAJ VAN, SAVALLE WPM, ZAAG J VAN DER, HUDDLESTON SLATER JJR, MEULEN MJ VAN DER, VISSCHER CM. Behandelingsprotocol voor craniomandibulaire dysfunctie. 2. Behandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 406-412.
- NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR TANDHEELKUNDE. Themanummer Bruxisme. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 270-311.
- NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR TANDHEELKUNDE. Themanummer Temporomandibulaire dysfunctie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1996; 103: 241-292.
- OKESON JP (RED). Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc., 1996.
- STEENKS MH, WIJER A DE (RED). Craniomandibulaire dysfuncties vanuit een fysiotherapeutisch en tandheelkundig perspectief. Lochem: Tijdstroom, 1989.
- STEENKS MH, WIJER A DE, BOSMAN F. Orthopedic diagnostic tests for temporomandibular and cervical spine disorders. *J Back Musculoskeletal Rehabil* 1996; 6: 135-153.
- STEENKS MH (RED). Evidence based diagnosis and treatment in TMD and orofacial pain. *NVGPT bulletin* 1999; 3: 3-54.
- STEGENGA B, BONT LGM DE. Management of temporomandibular joint degenerative diseases: biological basis and treatment outcome. Basel: Birkhauser, 1996.
- STEGENGA B, SPIJKERVET FKL, DE BONT LGM. Orofaciale pijn en mandibulaire bewegingsstoornissen. In: Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de (red). Mondziekten en kaakchirurgie. Assen: Van Gorcum, 2000.
- STEGENGA B. Teamaanpak bij diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 464-470.
- WIJER A DE. Fysiotherapie bij myogene dysfunctie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1989; 96: 517-523.

Diagnosis and management of musculoskeletal disorders of the masticatory system. A Dutch consensus statement

Diagnosis and management of musculoskeletal disorders of the mandibular locomotor system have changed throughout the past decades. The Dutch Society of Temporomandibular Disorders and Prosthetic Dentistry initiated a consensus on this subject. The Utrecht Medical Center and the dental schools of the universities in Amsterdam, Groningen and Nijmegen produced a consensus statement, which eventually may lead to guidelines for the Dutch dental profession. The bi-axial somatic and psychosocial diagnostic approach is endorsed. Assessment, diagnostic subgroups, and management strategies, including occlusal appliances, physiotherapy, psychological treatment, and surgery are described. Counseling and reversible treatments are first choice options, although minimal invasive procedures may be considered in the early phase approach.

Summary

Key words:

- Gnathology
- Temporomandibular disorders
- Diagnosis