

Wat als **kaakklachten** hoofdzaak worden?

Tandartsen en mondhygiënist spelen een belangrijke rol in de herkenning van kaakgewrichtsklachten en in een eventuele doorverwijzing naar een orofaciaal therapeut. Een multidisciplinaire aanpak door mondzorgverleners en gespecialiseerde fysiotherapeuten is in het belang van de patiënt.

De mond is meer dan de dentitie; het is een poort tussen binnen en buiten. Problemen in de gezondheid van patiënten, zoals (werk)druk, zorgen of stress uiteten zich vaak in het kauwstelsel. Het gebeurt regelmatig dat mensen stress (ongemerkt) afreageren via de kaken. Er bestaan niet voor niets zoveel gezegden over de relatie tussen spanning en het kauwstelsel, zoals 'het voor je kiezen krijgen', 'je ergens in vastbijten', 'veel aan je kop hebben' of 'op je tandvlees lopen'. Dit geeft myogene klachten, maar kan ook pijn of schade aan het gebit veroorzaken. Bovendien kan het van invloed zijn op de mogelijkheden voor mondhygiëne door de patiënt. Problemen in het kaakgewricht komen ook in de dagelijkse praktijk van de tandarts voor; patiënten met pijn in dit gebied melden zich immers eerder bij een tandarts dan bij de huisarts. Daarnaast is het voor tandartsen lastiger behandelen als er sprake is van een beperking van de monddopening.

met slijtage aan het gebit door bruxisme: ze klemt 's nachts (sleep bruxism). Bij doorvragen herkent mevrouw ook klemgedrag overdag (awake bruxism) bij pijn, piekeren of als zij in de auto zit. De klachten belemmeren haar in het dagelijks leven met eten (NRS 7): zij vermijdt eten van korsten en eet geen appels meer. Ook heeft zij moeite met inslapen door piekeren en omdat zij door pijn niet op haar linkerwang kan liggen (NRS 7). De directe aanleiding om te komen is een breuk in de 37 door bruxisme. De tandarts heeft haar ingestuurd omdat mevrouw vanwege de pijn niet lang met haar mond open kan liggen en daardoor niet of nauwelijks aan haar kies behandeld kan worden. Daarnaast is het doel verdere schade van het gebit in de toekomst te voorkomen. Mevrouw woont alleen. Zij is een actieve vrouw met veel interesses: zij doet een studie geschiedenis en is lid van de vrienden van een plaatselijk museum. Maar door de coronamaatregelen zijn veel activiteiten weggefallen. Zij ervaart hierdoor enig sociaal isolement.

Verder is het voor mevrouw een stressvolle periode. Hierdoor slaapt zij minder goed (inslaapproblemen door piekeren), waardoor de stress toeneemt, tolerantie voor pijn afneemt en herstel vermindert. Een in het verleden aangemeten opbeetplaatje draagt ze al jaren niet meer, ze heeft het kapotgebeten. Mevrouw heeft artrose in haar handen en in haar linker knie waardoor zij minder goed loopt en veel pijn heeft; ze gebruikt indien nodig pijnstilling. Zij wacht op een operatie voor haar knie, maar deze is vanwege corona uitge-

Auteurs



Saskia Vrickx

is algemeen fysiotherapeut en gespecialiseerd in orofaciale fysiotherapie. Zij heeft haar praktijk voor behandeling van klachten in het hoofd-halsgebied in Woerden en is bestuurslid van de Nederlandse Vereniging van Orofaciaal Fysiotherapeuten (NVOF).

CASUS 1 – MYOGENE TMD

Een 72-jarige mevrouw is door haar tandarts ingestuurd omdat het door kaakklachten niet mogelijk blijkt om een gebroken 37 te behandelen. Mevrouw geeft aan (spier)pijn te hebben in het gelaat. Op de Numeric Rating Scale (**afbeelding 1**) scoort zij daarvoor een 8. De pijn trekt door naar beide kanten van het hoofd (NRS 7). Verder ervaart zij steken in het oor (NRS 5). Zij wil niet alleen van de pijn af, maar ook weer haar mond zover open kunnen doen dat een tandheelkundige behandeling mogelijk wordt.

Uit de anamnese komt naar voren dat zij bekend is

steld. Zij merkt dat zij de pijn verbijt om toch door te kunnen gaan.

Algemeen lichamelijk onderzoek

Om de pijn in haar linkerknie te verminderen neemt mevrouw een antalgetische (pijn verminderende) houding aan. Zij belast haar linkerknie minder dan haar rechterknie. Bij een passieve zithouding valt de anteropositie van hoofd en schouders op. Tijdens de anamnese vertoont zij klemgedrag en speelt zij met haar lip. Daardoor trekt zij haar kaak naar proaal.

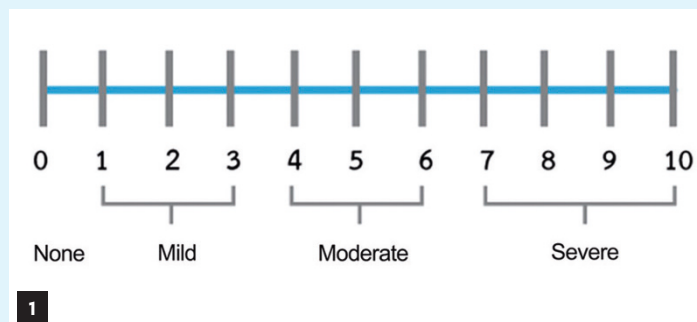
Mondonderzoek

Er is forse slijtage aan het gebit waarneembaar als gevolg van bruxisme. In het wangslimvlies zijn rillen te zien door het vacuüm zuigen van de wangen (afbeelding 2) en door tongpersen staan de afdrukken van de elementen in haar tong. De mondopening/actieve ROM (Range of Motion) meet 41 mm waar 40-45 mm normaal is (afbeelding 3). De zijdelingse bewegingen blijken evenmin beperkt, en er is geen crepitatie of klik hoor- of voelbaar. Bij palpatie van de verschillende kauwspieren (afbeelding 4-5) is er weinig verschil tussen links en rechts; hoge spierspanning is voelbaar bij m. masseter en m. temporalis, m. sternocleidomastoideus en trapezius par descendens. Druk op temporalis en masseter is voor mevrouw de herkenbare pijn.

Daarmee wordt als diagnose gesteld: myogene temporomandibulaire disfunctie (TMD) als gevolg van (stressgerelateerd) bruxisme.

Behandeling

De behandeling bestaat uit advies en informatie over de aandoening en de relatie met drukte, stress en belasting versus belastbaarheid. Detonerende- en massagetechnieken. Aanleren van zelfmassage, rek- en ontspanningsoefeningen, habit reversal (gewoonte-omkering van parafunctionaliteiten) en houdingsinstructies. Na vijf behandelingen meldt mevrouw duidelijk minder pijn en spierspanning in gelaat, nek en schouders en oren te hebben. Zij geeft aan dat het behandel doel van 75% vermindering is bereikt. Ook kan zij makkelijker op haar wang liggen (30 minuten NRS 1 à 2). Zij herkent klemgedrag overdag; zij kent de methode om dit bewust te stoppen. Mevrouw kan tandheelkundige behandeling voortzetten. Ook is in overleg met de tandarts een nieuwe opbeetsplaat aangemeten die zij 's nachts gaat dragen om verdere schade aan haar gebit te voorkomen.



Afb. 1 Numeric Rating Scale: 0 score is geen pijn/klachten, 10 is maximale pijn of klachten.



Afb. 2 Voorbeeld van wangrillen.

Mogelijk heeft zij daardoor 's nachts iets toename van bruxisme – er zit iets in de mond – maar deze klachten zijn te verminderen door rekoefeningen en (zelf)massage.

De oefeningen kan mevrouw zonder compensatie uitvoeren. De zelfmassage lukt slechts deels vanwege de artrose in haar handen, maar zij kan de klachten op dit moment hiermee goed op hanterbaar niveau houden. Indien klachten toenemen neemt zij zelf weer contact op voor verdere behandeling.



Mevrouw kan in ieder geval weer haar mond openhouden tijdens een behandeling bij de tandarts zonder al te veel pijn (NRS 3).

CASUS 2 – ARTROGENE TMD

Een 47-jarige vrouw is door haar tandarts verwezen omdat zij na een behandeling haar mond niet goed meer open kan doen. Na uitwerking van de verdoving blijkt dat mevrouw haar mond niet ver meer kan openen (1 eigen vinger) en ervaart zij pijn (NRS 8) ter hoogte van het rechterkaakgewricht. De pijn trekt door naar haar wang, het oor

en hoofd ter hoogte van m. temporalis. Zij neemt de dag na de ingreep contact op met de tandarts; deze stuurt mevrouw door naar de orofaciaal fysiotherapeut waar zij dezelfde dag nog terecht kan. Mevrouw was al jaren bekend met een klikkend kaakgewricht, rechts erger dan links. Dit was hinderlijk aanwezig bij gapen en eten.

Zij was iets beperkt in het eten van hard of taai voedsel, zoals nootjes en biefstuk. Ook afhappen van groter voedsel, zoals een hamburger, vermeed zij vanwege de geluiden en het gevoel dat er iets wegschiet bij een te grote mondopening.

Ze werkt op kantoor, 4 dagen per week, zit veel achter de computer en herkent een passieve houding aan haar bureau.

Ze woont met man en twee kinderen, tuiniert en danst graag, en is niet bekend met parafunctionaliteiten of afwijkend mondgedrag. In passieve zit- en standhouding is een anteropositie van het hoofd te zien.

Het centrum van de pijn bevindt zich direct voor het oor en trekt door naar wang, oor en hoofd. Het mondonderzoek toont een beperkte mondopening van 27 mm (**afbeelding 6**) met een lichte deviatie naar rechts en is pijnlijk aan het rechterkaakgewricht. De zijdelingse beweging is naar links 4 mm en naar rechts 8 mm. Compressie doet de pijn toenemen en tractie doet de pijn afnemen. Bij palpatie van de verschillende kauwspieren (**afbeelding 7-8**) is er een verschil tussen links en rechts: rechts is pijnlijk en voelt gespannen. Palpatiegevoelig is de m. masseter en de m. temporalis. De deviatie naar rechts wijst erop dat het linkerkaakgewricht wel 'normaal' functioneert, maar rechts vertraagd. Daarom trekt de kin naar rechts.

De afwijking aan de linkerzijde wijst erop dat de discus ventro-mediaal verplaatst is.

De spierspanning is waarschijnlijk een reactie op de kaakgewrichtsklachten en verandering van kaakstand.

Opvallend is de slijtage aan het onderfront (**afbeelding 9**).

We komen daarmee tot de volgende diagnose: ventro-mediale discusverplaatsing zonder reductie rechts.

Behandeling

De behandeling heeft bestaan uit het geven van informatie over de aandoening, mobilisatie van het kaakgewricht rechts en links, geven van tips, leef- en eetregels, en het aanleren van oefeningen. Na de eerste behandeling was de mondopening verbeterd



Afb. 3 Mondmeting bij patiënt. Tussen 40 en 45 mm is gemiddeld/normaal.n.



Afb. 4 Palpatie kauwspieren m. masseter.



Afb. 5 Palpatie kauwspieren m. temporalis.



<< **Afb. 6** Mondmeting bij patiënt bij aanvang van de behandeling: 20 mm.

< **Afb. 7** Palpatie kaakgewricht.

> **Afb. 8** Palpatie kauwpieten m. masseter.

>> **Afb. 9** Voorbeeld van gebitschade frontaal (als gevolg van bruxisme).



< **Afb. 10** Mondmeting bij patiënt na mobilisatie: 35 mm.

tot 35 mm en minder pijnlijk (afbeelding 10). Mevrouw kwam na een week terug. Tijdens het tweede consult werd de kaak opnieuw gemobiliseerd en haalde mevrouw de voor haar gevoel normale mondopening van 42 mm. Met behulp van zelfmassage leerde zij de spanning in haar spieren te verminderen, en kreeg zij oefeningen om het kaakgewricht te stabiliseren. Bovendien kreeg zij tips om haar werkhouding achter de computer te verbeteren. Mevrouw is tevreden. Mochten de klachten terugkomen dan neemt zelf contact op.

Conclusies

Een interdisciplinaire samenwerking tussen mondzorgverleners en gespecialiseerde fysiotherapeuten kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van kaakgewrichtsklachten. Van belang daarbij is ook zich te realiseren dat kaakgewrichtsklachten kunnen worden veroorzaakt door stress, houding en leefstijl. Met het puur tandheelkundig benaderen van dit soort klachten zouden we de patiënt tekortdoen.

