

Kiespijn die geen kiespijn is

Bijna elke tandarts of kaakchirurg heeft wel eens te maken met onbegrepen pijnklachten in het aangezicht. In veruit de meeste gevallen zijn deze pijnen odontogeen van aard. Toch kunnen sommige pijnen zich presenteren als een tand- of kiespijn, terwijl ze afkomstig zijn vanuit andere structuren. Dit artikel geeft meer achtergrond over odontogene en niet-odontogene pijn en hoe je ze van elkaar kunt onderscheiden.

James J.R. Huddleston Slater en Nico Hofman

Onbegrepen pijnklachten zijn frustrerend. Voor de tandarts, maar vooral voor de patiënt. Denk aan een endo van een gebitselement waarbij - ondanks een fraai vormgegeven en gereinigd kanaalstelsel - de pijn onverminderd voortwoedt. Maar pijn kan ook blijven bestaan na extractie van een gebitselement, inslijpen, of restaureren.

Eigenlijk is een mislukte pijnbehandeling een verkeerde diagnose. We gaan ervan uit dat als we pijn voelen, de pijn afkomstig is van de plek waar we de pijn voelen. Gelukkig is dat vaak het geval. Een beschadiging, zoals een verbranding is precies te voelen. Dat is maar goed ook, want in een reflex kan het lichaamsdeel dat beschadigd dreigt te worden, worden teruggetrokken. Als pijn echter wat langer bestaat, breidt het gebied waar de pijn wordt gevoeld uit. Dat begrip wordt *sensitatie* genoemd. Het komt erop neer dat het lichaam ervoor zorgt dat de prikkelrempel verlaagd wordt en als het ware een seintje geeft dat je even voorzichtig moet zijn met het verbrande lichaamsdeel.

Sensitatie in de mond komt zeker ook voor en dat kennen we helaas maar al te goed. Een flinke pulpitis van een gebitselement wordt meestal door een patiënt aan-

gegeven alsof deze ook in de buurelementen gevoeld wordt. Via de anamnese ('*Bij welk gebitselement begon de pijn?*') en klinisch onderzoek (percussie, koudetesten, warmwatertesten) komen we er meestal wel uit en loopt een behandeling ingezet tegen de pijn goed af. Maar lastiger wordt het als de patiënt de bovenkaak en de onderkaak niet goed kan duiden als locatie van de pijn. Zeker in de molaarregio kan dat lastig zijn. De tweede molaar is wat dat betreft berucht. Het is een bekende valkuil dat een endo in een ondermolaar gestart wordt, terwijl een bovenmolaar de boosdoener is, of andersom.

Niet-odontogene pijnen

Pijn die gevoeld wordt in een gebitselement hoeft echter niet altijd een odontogene oorzaak (dat wil zeggen vanuit een gebitselement) te hebben. Er zijn meerdere structuren in het aangezicht die, indien aangedaan, klachten kunnen geven die sterk op tand- of kiespijn lijken.

Het is wellicht in eerste instantie wat vreemd dat pijnklachten gevoeld kunnen worden in een structuur die volkomen gezond is. Maar in feite is er sprake van een projectie van pijn van elders in het lichaam. Het fenomeen dat pijn op een andere plaats wordt waargenomen dan vanaf waar deze afkomstig is, wordt gerefereerde

pijn genoemd. Ook worden hiervoor wel de begrippen *weerpijn*, *verplaatspijn* of *heterotopische pijn* gebruikt. Gerefereerde pijnen kunnen optreden bij viscerale pijnen (pijn vanuit de organen, zoals de lever en speekselklieren), overige pijnen vanuit dieper gelegen structuren, zoals pezen, spieren



en gewrichten, maar ook gebitselementen. Helaas is het zo dat gerefereerde pijnen in het aangezicht nogal eens voorkomen. Dat betekent concreet dat we als tandarts altijd achterdochtig moeten zijn als een patiënt een tand of kies aanwijst als de oorzaak van de pijn.

Een bekende valkuil is dat een gerefereerde pijn zich presenteert als een tand- of kiespijn, maar in feite afkomstig is vanuit een kauwspier. Met name de aanhechting van de musculus temporalis aan de processus coronoïdeus van de onderkaak (afbeelding 1) is berucht. Het gaat hier om een steriele ontsteking van de pees van de temporalis, een tendinitis van de temporalis. De aanhechting van deze temporalis (de grootste van de kauwspieren) is een bundeling van alle vezels die als een soort kapsel rondom de processus heen ligt (afbeelding 2). Deze structuur laat zich naar het gevoel van een patiënt lastig onderscheiden van een tand- of kiespijn, omdat deze qua locatie ter hoogte van de kiezen ligt. Palpatie van een aangedane - lees overbelaste - processus is uiterst pijnlijk. Eventueel kan er een links/rechtsvergelijking worden gemaakt.



Anamnese en diagnostiek

Anamnestic verdient het aanbeveling om goed uit te vragen hoe pijn geprovoceerd kan worden. Odontogene pijnen worden meestal geprovoceerd door aanraking - in welke vorm dan ook - van het element en omliggende weefsel, of door thermische prikkels. Musculoskeletale pijnen, dat zijn de pijnen waaronder de aanhechting van de musculus temporalis valt, zijn meestal te provoceren door biomechanische activiteit (kauwen, spreken, gapen, lachen, etc.). Soms gaat het om een subtiel verschil. Immers bij het kauwen van voedsel is er meestal sprake van een combinatie van biomechanische activiteit, aanraking van het aangedane element en met een beetje pech ook van thermische prikkels. Het stellen van scherpe vragen in de anamnese en zorgvuldig luisteren is daarom cruciaal. Met name het luisteren, en het inlassen van een zogenaamde functionele stilte geeft regelmatig interessante informatie die met het stellen van een batterij gesloten vragen ('Doet het pijn bij kauwen en in welke kies?') niet aan het licht komt. Want alleen als de tandarts zwijgt, kan de patiënt spreken. Dat lukt echt niet als de tandarts zelf aan het woord is.

Een ander, vaak over het hoofd gezien maar uiterst effectief diagnostisch hulpmiddel is het geven van lokale anesthesie; een proefanesthesie. Anesthesie wordt zo goed als uitsluitend bij therapeutische ingrepen toegepast, maar het geven van een proefanesthesie kan goed helpen bij het stellen van een diagnose. Een verdoving van element 14 die klinisch goed lijkt te zitten (te testen door het tandvlees te sonderen) maar die de pijn niet doet wegtrekken, is een slechte kandidaat voor een succesvolle endostart. Het verdient aanbeveling om altijd even te vragen of de pijn na het geven van de verdoving wegtrekt. Is dat niet het geval, heroverweeg dan de diagnose en denk daarbij eens aan een element in de onderkaak, of bijvoorbeeld aan de aanhechting van de m temporalis.

Deze structuur laat zich overigens uitstekend verdoven met een techniek die sterk lijkt om het geven van een mandibulair blok (zie de kadertekst en afbeelding 3).

Er zijn helaas meer spieren die gerefereerde pijnen kunnen veroorzaken die sterk lijken op tand- of kiespijnen. De musculus masseter, die kauwspier in de wang, kan in een aantal gevallen ook pijnen geven die sterk

Lokale anesthesie van de processus coronoïdeus

De processus coronoïdeus is te vinden door een vinger over de occlusale vlakken van de ondermolaren dorsaal te bewegen totdat de opstijgende tak van de onderkaak wordt gevoeld. Dan wordt de vinger naar superior bewogen, precies tot waar het botcontact verdwijnt. Om te controleren of je op de juiste plek zit, kun je de patiënt vragen de onderkaak naar links of naar rechts te bewegen. Als je op de juiste plaats zit, wordt je vinger weggedrukt door de



benige structuur van de processus. Op deze plaats leg je, nadat je met de naald botcontact hebt gemaakt, een klein depot anesthesie na aspiratie. Ongeveer een kwart tot een halve carpule is doorgaans voldoende (afbeelding 3).

lijken op tand- of kiespijnen. Ook kunnen de grote nekspieren pijn geven die op een tand- of kiespijn lijken, zoals de musculus sternocleidomastoïdeus. Kenmerk blijft dat palpatie op de projectieplaats (hier de tand of kies) geen toename van de pijn geeft én dat verdoving van de projectieplaats (de tand of kies) geen afname van de pijn geeft terwijl de verdoving wél zit. Zou nu de oorzaak van de pijn (hier de nekspier) gepalpeerd dan wel verdoofd worden, dan zou er een toename, respectievelijk een afname van de pijn plaatshebben.

Conclusie


Pijnen in het aangezicht zijn in veruit de meeste gevallen odontogeen van aard. Toch kunnen sommige pijnen zich presenteren als een tand- of kiespijn, terwijl deze afkomstig zijn vanuit andere structuren, zoals de spieren, pezen of kaakgewrichten. Een bekende structuur is de pees van m Temporalis, die klachten kan geven die lijken op kiespijn van gebitselementen 17/16 of 27/26.

Is de pijn odontogeen (dat wil zeggen als de pijn afkomstig is uit een gebitselement of omliggende structuur, zoals het parodontium, of een alveole), dan zal percussie of palpatie de pijn provoceren. Anesthesie

zal het omgekeerde effect sorteren: de pijn neemt af. Als de pijn een projectie is vanuit een andere structuur dan zal percussie, palpatie of verdoving geen effect sorteren.

Bedenk echter wel dat de praktijk vaak weerbarstiger is dan de theorie. Als iemand vaak tegen een kies drukt, zal deze gevoeliger worden. Dat wil niet zeggen dat daarmee de oorzaak vaststaat. Het effect van een proefverdoving zal dan uitsluitend geven. Het is geen schande om een proefverdoving te herhalen. Immers, in tegenstelling tot veel van ons handelen laat een proefverdoving geen spoor na.

NVvE Lustrumcongres: ENDO 360

Op 4 en 5 november 2022 vindt in Hotel Okura Amsterdam het NVvE Lustrumcongres plaats. Daar gaan de auteurs aan de hand van twee casus in op wat er zoal in de differentiële diagnose van een dentogene pijn staat, leggen ze uit hoe een eenvoudig aanvullend onderzoek een schat aan informatie kan opleveren en bespreken ze de behandeling van deze klachten. Ook geven ze een workshop waarbij de diagnostiek van de hierboven behandelde structuren wordt getoond. Voor meer informatie en inschrijven: www.nvve.com 

Dr. James J.R. Huddleston Slater (1972) is tandarts-gnatholoog en heeft een eigen tandartspraktijk in het centrum van Groningen. Hij houdt zich naast de algemene tandheelkunde bezig met de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische aangezichtspijn. Naast de algemene praktijk is James gastdocent aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Hij geeft regelmatig college aan tandartsen en kaakchirurgen in opleiding over diagnostiek en behandeling van patiënten met aangezichtspijnen. Verder is James klinisch-epidemioloog en secretaris van de stichting Kennisinstituut Mondzorg (KIMO).

Nico Hofman (1973) is bewegingswetenschapper en fysiotherapeut en is mede-eigenaar van FGN Midden West (PACA, fysiotherapie Dekker en fysiotherapie Alkemade). Hij houdt zich naast de algemene fysiotherapie bezig met behandeling van patiënten met aangezichtspijn en nekklachten, patiënten met myofasciale pijnklachten en (top)sporters. Naast de algemene praktijk is Nico gastdocent op de VU. Hij geeft regelmatig college aan studenten bewegingswetenschappen. Verder is hij al 20 jaar verbonden aan een commerciële schaatsploeg, op dit moment JumboVisma.