



# Onbegrepen pijn

Iedere tandarts heeft wel eens een onbegrepen pijnklacht meegemaakt in zijn of haar carrière. Dat is niet gek, want pijn is een subjectief begrip. Pijn is niet te zien op röntgenbeelden of op welke andere wijze dan ook. De tandarts kan slechts afwijkingen vaststellen. In de meeste gevallen is behandeling van de afwijking voldoende om de pijn te laten verdwijnen. **door dr. James J.R. Huddleston Slater**

**T**och, en dat zal elke tandarts die de onbegrepen pijnklacht voor de geest haalt, is behandeling van de gevonden afwijking niet afdoende om de pijn te laten verdwijnen. Denk aan een endo van een gebitselement waarbij ondanks een fraaie vormgegeven en gereinigd kanaalstelsel, de pijn onverminderd voortwoedt. Uitermate frustrerend voor allereerst de patiënt, maar natuurlijk ook voor de behandel­aar. Maar pijn kan ook blijven bestaan na extractie van een gebitselement, inslijpen, restaureren en noem maar op. Ik durf de stelling aan dat een mislukte pijnbehandeling een verkeerde diagnose is (afbeelding 1).

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, en 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 gevoeld wordt uit. Dat begrip wordt *sensitatie* genoemd. Het komt erop neer dat het lichaam ervoor zorgt dat de prikeldrempel verlaagd wordt en als het ware een seintje geeft dat je even voorzichtig moet zijn met het verbrande lichaamsdeel.

Sensitatie in de mond kennen we helaas maar al te goed.

---

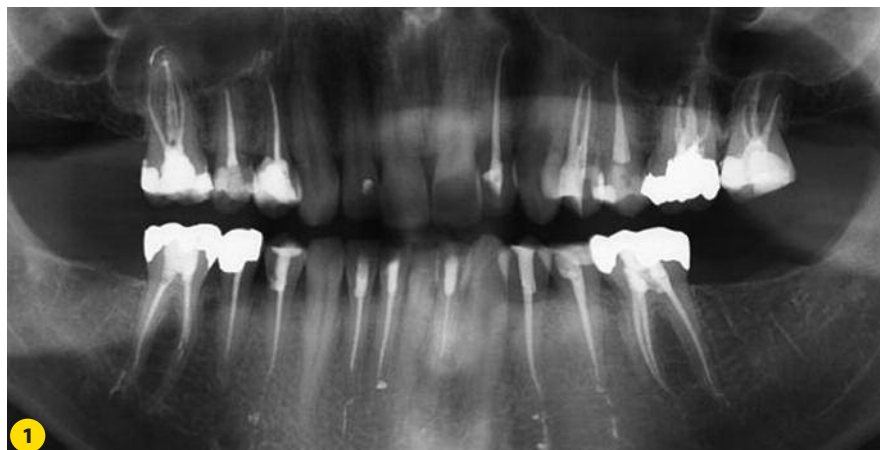
**dr. J.J.R. Huddleston Slater** is als tandarts-gnatholoog werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Hij houdt zich bezig met de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische orofaciale pijn.

Een flinke pulpitis van een gebitselement wordt meestal door een patiënt aangegeven 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 2e 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.

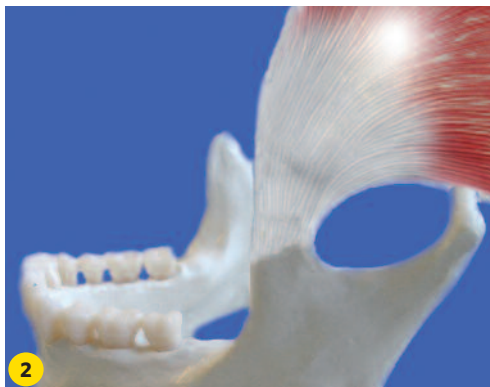
## Niet-odontogene pijnen

Pijn die gevoeld wordt in een gebitselement hoeft echter niet

**Afb 1** Op deze OPT is duidelijk te zien dat er wel erg veel wortelkanaalbehandelingen zijn uitgevoerd, zonder dat er sprake was van grote restauraties. Veelal ging het hier om gave elementen waarbij een endodontische behandeling werd gestart. Was de diagnose van de pijnklachten in die gevallen correct? Of zou het gaan om een niet-odontogene pijn?



**Afb 2** De aanhechting van de musculus temporalis aan de processus coronoïdeus van de onderkaak.



**Afb 3-4** De ligging van de musculus temporalis aan de processus coronoïdeus in de mond.



**Afb 5** OPT van een patiënt bij wie mislukte behandelingen uitgevoerd zijn, maar de pijn niet verdween. Oorzaak: een tendinitis van de musculus temporalis.



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 kiespijnen kunnen 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, speekselklieren, etc.), maar ook bij 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 presen-

teert 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 2-4) 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 processen heen ligt. 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 gemaakt worden.

Afbeeldingen 5-7 zijn OPT's van patiënten bij wie meerdere mislukte behandelingen tegen de pijn zijn ingezet, maar de diagnose een tendinitis van de musculus temporalis was.

### Anamnese en diagnostiek

Anamnesticus verdient het aanbeveling om goed uit te vragen hoe pijn geprovoceerd kan worden. Odontogene pijnen wor-



**Afb 6-7** OPT's van patiënten bij wie meerdere mislukte behandelingen zijn uitgevoerd, zonder verlichting van de pijn. Ook hier was de oorzaak van de pijn in beide gevallen van niet-odontogene aard: een tendinitis van de musculus temporalis.



**Afb 8** Lokale anesthesie is niet alleen een therapeutisch hulpmiddel, maar ook een uitstekend aanvullend diagnosticum. Maak er gebruik van!  
**Afb. 9** Lokale anesthesie van de musculus temporalis. Zie ook kadertekst.



den 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, spraken, gapen, lachen, etc.). Soms gaat het om een sub-tiel 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.

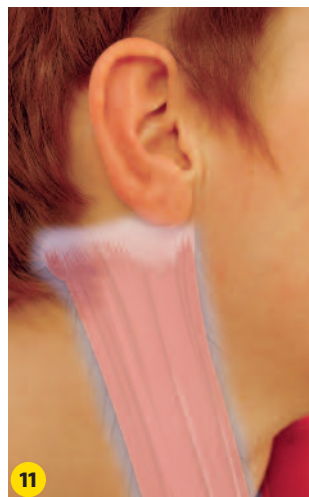
Een ander, vaak over het hoofd gezien maar uiterst effectief

diagnostisch hulpmiddel is het geven van lokale anesthesie (**afbeelding 8**): een proefanesthesie. Anesthesie wordt zo goed als uitsluitend therapeutisch 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 uitstekend verdoven met een techniek die sterk lijkt om het geven van een mandibulair blok (zie **afbeelding 9** en de kadertekst op de volgende pagina).

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 lijken op tand- of kies- ▶

pijnen. Ook kunnen de grote nekspieren pijn geven die op een tand- of kiespijn lijken, zoals de musculus sternocleidomastoïdeus (afbeelding 10-11). Kenmerk blijft dat palpatie de projectieplaats (hier de tand of kies) geen toename van de pijn geeft én dat verdooving van de projectieplaats (de tand of kies) geen afname van de pijn geeft terwijl de verdooving 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.



Afb. 10-11 De musculus sternocleidomastoïdeus.

het karakter hebben van een tand- of kiespijn. Daarbij komt ook nog eens dat een verdooving de triggerzone van de neuralgie (dus de plek waarmee de patiënt de neuralgiforme pijn kan opwekken) uitschakelt, waardoor het lijkt of de anesthesie de pijn laat wegtrekken. De boodschap is hier: is de kies getrokken en blijft de pijn, denk dan ook aan een andere oorzaak van de pijn. En een tweede boodschap: het verhaal van de patiënt is een essentiële bron van informatie.

## Neuropathische pijnen

Niet alle pijnen vinden hun oorsprong in beschadiging van weefsel. Er zijn ook zogenaamde neuropathische pijnen: pijnen die hun oorsprong vinden binnen het zenuwstelsel. Een van de bekendste voorbeelden is de trigeminusneuralgie (*tic douloureux*). Deze pijnen kunnen zeer sterk lijken op tand- of kiespijnen, en zelfs ook door de patiënt als zodsanig geduid worden, vooral omdat de patiënt klachten heeft in het verzorgingsgebied van een van de takken van de nervus trigeminus. Toegegeven, de meeste patiënten met een neuralgie zullen waarschijnlijk in eerste instantie door de huisarts gezien worden, maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat een patiënt altijd eerst naar de huisarts gaat. De tandarts kan natuurlijk ook als eerste geconfronteerd worden met deze klachten. Een patiënt met neuralgiforme pijnen, zoals een trigeminusneuralgie, kan de pijn meestal opwekken met bewegingen van de onderkaak, zoals kauwen of bewegen met de tong. Maar dat kan vaak ook, en dat is kenmerkend, door heel licht met de vinger langs de huid, of in sommige gevallen de kies of tand te strijken.

Niet zelden verliest een patiënt met een trigeminusneuralgie in het diagnostisch proces echter een aantal gebitselementen door extracties. De pijn is dan zo hevig dat de patiënt welhaast smeekt om een extractie omdat deze pijnen 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 gevoeld wordt. Dan wordt de vinger naar superior bewogen, precies tot waar het botcontact verdwijnt. Om te controleren of u op de juiste plek zit, kunt u de patiënt vragen de onderkaak naar links of naar rechts te bewegen. Als u op de juiste plaats zit, wordt uw vinger weggedrukt door de benige structuur van de processus. Op deze plaats legt u, nadat u met uw naald botcontact heeft gemaakt, een klein depot anesthesie na aspiratie (ongeveer een kwart tot een halve carpule is doorgaans voldoende).

## Reuzencel-arteriïtis

Een reuzencel-arteriïtis is een vorm van een vasculitis die vaak voorkomt in de wat oudere populatie, met een gemiddelde leeftijd van rond de 70. Het gaat om een ontsteking van de middelgrote bloedvaten, meestal die vanuit de aortaboog ontstaan (en dus naar het aangezicht lopen). Feitelijk is een patiënt die nooit hoofdpijnklachten had en ineens hoofdpijnen heeft en ouder is dan pak zo'n 60 jaar, verdacht. De klachten zijn: pijn bij kauwen, aanraakpijn in de temporale regio (meestal bij het dragen van een hoed of pet). Soms is er sprake van dubbelzien. Het grote gevaar is dat door de ontsteking van de bloedvaten in korte tijd blijvende blindheid kan optreden. Dus bij verdenking op een reuzencel-arteriïtis is haast geboden en dient een patiënt direct te worden ingestuurd voor bepaling van de bloedbezinking. Is deze bezinking verhoogd en is er sprake is van genoemde symptomen, moet behandeling gestart worden (hoge dosis, langere tijd prednison).

## Conclusie

Pijnen in het aangezicht zijn in veruit de meeste gevallen odontogeen van aard. Nochtans kunnen sommige pijnen zich presenteren als een tand- of kiespijn, maar zijn in feite afkomstig vanuit andere structuren, zoals de spieren, pezen of kaakgewrichten.

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 verdooving 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 proefverdooving zal dan uitsluitend geven. Het is geen schande om een proefverdooving te herhalen. Immers, in tegenstelling tot veel van ons handelen laat een proefverdooving geen spoor na.

*'Kiespijn: bezint eer ge met boor of tang begint.'*