

SAMENVATTING

In hoofdstuk één worden enkele details van de geschiedschrijving over hoofdpijn vermeld. De eerste publicaties over afwijkingen van het kaakgewricht en de omliggende weefsels en de mogelijke relatie met hoofdpijnklaarten worden aangehaald. Achtereenvolgens wordt een aantal relevante studies op dit terrein besproken. Aan het eind van het hoofdstuk worden de doelstellingen van het hier gepresenteerde onderzoek toegelicht.

Hoofdstuk twee bevat de resultaten van een eerste studie naar afwijkingen binnen het kauwstelsel bij 50 chronische hoofdpijnpatiënten, die vanwege hun klachten werden doorverwezen voor neurologisch onderzoek. De bevindingen van het uitgebreide functieonderzoek (craniomandibulaire dysfunctie-onderzoek) en het neurologische onderzoek worden met elkaar vergeleken. In meer dan de helft van de gevallen was er een duidelijke pijncomponent binnen het kauwstelsel aantoonbaar en deze hoofdpijnpatiënten verschilden niet wezenlijk van de patiënten die worden behandeld voor craniomandibulaire dysfunctie (CMD). Aanwijzingen voor CMD manifesteerden zich meestal enkelzijdig terwijl de hoofdpijn vaker dubbelzijdig was. Er werd geen significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen.

In hoofdstuk drie werd de onderzoekspopulatie uitgebreid tot 100 patiënten. De onderlinge relatie tussen de localisatie van de hoofdpijn, de neurologische diagnose én de conditie van het kauwstelsel werd bestudeerd. Bij 55% van de patiënten werd pijn binnen het kauwstelsel (CMD-pijn) gevonden. Deze pijn was bijna altijd van een myogene oorsprong. Er werd een samenhang gevonden tussen bepaalde uitkomsten van het CMD-onderzoek en de localisatie van de hoofdpijn. Hoofdpijnpatiënten met CMD-pijn hadden bovendien een veranderde mondopening capaciteit. De resultaten bevestigen een nauwe samenhang tussen hoofdpijn en een myogene CMD. Deze samenhang was niet afhankelijk van de neurologische diagnose van de hoofdpijn.

In hoofdstuk vier wordt de klinische en röntgenologische asymmetrie van het gelaat besproken. Er werd van iedere hoofdpijnpatiënt een Orthopantomogram (OPG) gemaakt. De foto's werden geëvalueerd door een ervaren röntgen-specialist. Bij hoofdpijnpatiënten met CMD-pijn werd tijdens het klinisch onderzoek significant vaker een "scheef gezicht" geconstateerd dan bij patiënten zonder CMD-pijn. Bovendien werd er een relatie gevonden tussen asymmetrie van het gelaat, een hoofdtrauma in de anamnese en de localisatie van de hoofdpijn. Via een eerder gepubliceerde meettechniek werd op de OPG de verticale asymmetrie van de condylus en de ramus bepaald. De gemiddelde condylaire asymmetrie in deze groep hoofdpijnpatiënten was verrassend veel hoger dan eerder gevonden waarden in een populatie van tandartspatiënten. In dit opzicht waren migraine patiënten meer asymmetrisch dan patiënten met spierspannings hoofdpijn.

Individuele vormverschillen binnen het kaakgewricht werden vaker gevonden bij patiënten met CMD-pijn en met dubbelzijdige hoofdpijn. Deze resultaten doen

vermoeden dat er een relatie zou kunnen bestaan tussen asymmetrie in het kauwstelsel en de aetiologie van hoofdpijn.

Hoofdstuk vijf beschrijft de verschillen in het behaalde klinische resultaat met betrekking tot de hoofdpijn van of een CMD behandeling danwel een neurologische behandeling. Alle hoofdpijnpatiënten waarbij CMD pijn werd gevonden tijdens het functie onderzoek werden zonder voorkeur of door de neuroloog verder behandeld danwel door de tandarts. De CMD-behandeling resulteerde vaker in een verminderde intensiteit van de hoofdpijn en een vermindering van het gebruik van pijnstillers in vergelijking met de behandeling door de neuroloog. Ook werd in de groep die door de tandarts werd behandeld vaker een verandering in de frekwentie van de hoofdpijn gerapporteerd. Deze behandelingsresultaten geven aan dat tandartsen een waardevolle bijdrage zouden kunnen leveren in de bestrijding van chronische hoofdpijn wanneer er tijdens een CMD onderzoek afwijkingen worden gevonden.

Hoofdstuk zes gaat over mogelijke verschillen tussen hoofdpijnpatiënten die baat hadden bij een CMD-behandeling en diegenen waarbij de hoofdpijn niet was veranderd na CMD-behandeling. Bij ongeveer één derde van de patiënten met CMD-pijn reageerde de hoofdpijn niet of nauwelijks op de CMD-behandeling. Patiënten die ook nek problemen hadden tijdens de hoofdpijn gaven vaker aan dat de intensiteit van hun hoofdpijn was verminderd na de CMD-behandeling. Patiënten waarbij de frekwentie of de intensiteit van de hoofdpijn verminderde na de CMD-behandeling hadden een afwijkende mondopening capaciteit voor de behandeling begon. Bij deze patiënten was het verschil tussen de passieve en actieve maximale mondopening duidelijk groter dan bij de patiënten waarbij de hoofdpijn niet veranderde. Bij patiënten die minder hoofdpijn hadden na de behandeling was het verschil tussen passieve en actieve maximale mondopening voor de behandeling significant vaker 5 millimeter of meer. Hoewel klinische ervaring aangeeft dat dit soort metingen een aantal malen na elkaar moeten worden herhaald om betrouwbaar te zijn lijkt dit een eenvoudige klinische test voor hoofdpijn ten gevolge van CMD-problematiek.

Hoofdstuk zeven bevat de algemene discussie over de bevindingen en conclusies van de diverse studies in dit proefschrift. Diverse gepubliceerde onderzoeksresultaten op dit terrein komen aan de orde en worden vergeleken met de uitkomsten van de hier gepresenteerde studie. Dit hoofdstuk eindigt met een aanbeveling voor een multidisciplinaire aanpak van patiënten met hoofdpijn of aangezichtspijn.

CONCLUSIE

1. Er zijn grote overeenkomsten in de conditie van het kauwstelsel tussen patiënten van een dysfunctie kliniek en chronische hoofdpijnpatiënten.
2. De nauwe samenhang tussen hoofdpijn en myogene CMD bij patiënten met spierspannings hoofdpijn, combinatie hoofdpijn of migraine lijkt onafhankelijk van de neurologische diagnose.
3. Dubbelzijdige chronische hoofdpijn sluit CMD niet uit als oorzaak van de hoofdpijnklacht.
4. Hoofdpijn patiënten bij wie in het kauwstelsel een CMD-pijn kon worden opgewekt hadden klinisch significant vaker een asymmetrie van het gelaat dan de patiënten zonder CMD-pijn.
5. De verticale condylaire asymmetrie was groter bij migraine patiënten dan bij patiënten met spierspannings hoofdpijn.
6. Morfologische asymmetrie van de schedel of de onderkaak speelt wellicht een rol in de ingewikkelde pathogenese van hoofdpijn.
7. Bij meer dan de helft van de hoofdpijnpatiënten bij wie in het kauwstelsel een CMD-pijn kon worden opgewekt verminderde de hoofdpijnklachten na een CMD-behandeling.
8. Een groot verschil tussen de passieve en actieve maximale mondopening zou een selectie criterium kunnen zijn voor een hoofdpijn ten gevolge van CMD problematiek.