



OSTEOARTRITIS VAN HET KAAKGEWRIGHT

CLASSIFICATIE

De term “temporomandibulaire dysfuncties” (E.: temporomandibular disorders) wordt vaak gebruikt om alle problemen van het temporomandibulaire gewricht en de hieraan gerelateerde musculoskeletale structuren aan te duiden. Het is geen diagnose, maar een niet-specifieke verzamelnaam van verschillende, zowel articulaire als niet-articulaire, aandoeningen.

Deze richtlijn is gericht op de meest voorkomende vorm van temporomandibulaire dysfunctie, namelijk osteoartritis (OA) van het kaakgewricht. Het gaat daarbij om een laaggradige degeneratieve gewrichtsontsteking (“degenerative joint disease”- DJD). Deze gaat meestal gepaard met pijn en mechanische gewrichtsveranderingen (‘internal derangements’), waarvan de luxatie van de discus articularis de meest voorkomende is. Vaak dragen tendomyogene pijnklachten bij aan de uiteindelijke klinische presentatie.

Differentieel diagnostisch moet worden gedacht aan hooggradige gewrichtsontsteking (o.a. reumatoïde artritis, infectieuze artritis) en extra-articulaire oorzaken van bewegingsstoornissen van de onderkaak (o.a. tendomyogene bewegingsbeperking, hyperplasie van de processus coronoïdeus).

OORZAKEN

Overbelasting speelt een centrale rol bij het ontstaan van OA en kan ook van invloed zijn bij de ontwikkeling van luxatie van de discus. Ook (stomp) trauma op de kin en flexie-extensie ongevallen (whiplash) van de nek kunnen OA veroorzaken of verergeren. Mogelijke etiologische factoren zijn het herhaaldelijk overbelasten (klemmen en knarsen). Genetische en metabole factoren kunnen bijdragen aan het verlagen van de drempel voor weefselbeschadiging als gevolg van overbelasting en/of trauma.

KLINISCHE PRESENTATIE OA

- Pijn intra-articulair (pre-auriculair)
- Myofasciale pijn en hoofdpijnklachten achter en rondom de ogen
- Uitstralende pijn vanuit het gewricht naar temporaal, oren, nek en schouder
- Pijn wordt opgewekt door bewegen en belasten van de musculoskeletale structuren, dus bij wijd openen, kauwen, klemmen en/of knarsen
- Vaak intra-articulair knappen of slotklachten door positieverandering van de discus (respectievelijk reducerende discusluxatie en permanente discusluxatie)
- Krakende geluiden (crepitatie) samenhangend met voortschrijdende degeneratieve veranderingen van de gewrichtsoppervlakken
- Beperking mondopening, protrusie en (contra)-laterale bewegingen
- Palpatiepijn gewricht, kauwmusculatuur, m.sternocleidomastoïdeus, m.trapezius
- Veranderde occlusie (oplopend occlusievlak, open beet)
- Verworven skeletale afwijkingen (asymmetrie)

EVALUATIE EN DIAGNOSE

- Anamnese
- Klinisch onderzoek
- Lab: zelden geïndiceerd voor OA. In geval van bv reumatoïde artritis wel zinvol
- Beeldvorming: OPT (screening). Op indicatie: frontale en laterale opnames, (CB)CT (benige afwijkingen), MRI (weke delen, discus positie, gewrichts effusie), isotope botscan (metabole activiteit en ontsteking)

WILKES CLASSIFICATIE

Deze classificatie is gebaseerd op de progressie van OA, vooral gebaseerd op internal derangements en beeldvorming en wordt gebruikt voor diagnose en voorspellen van behandelresultaten. Wilkes II en III hebben grotere kans op herstel/verbetering door conservatieve of chirurgische therapie dan Wilkes IV en V.

STAGE	CLINICAL	IMAGING	CHARACTERISTICS
I.EARLY	Painless clicking No restricted motion	Slightly forward disc, reducing Normal osseous contours	Normal disc form Slight anterior displacement Passive incoordination (clicking)
II.EARLY/ INTERMEDIATE	Occasional painful clicking Intermittent locking Headaches	Slightly forward disc, reducing Early disc deformity Normal osseous contours	Anterior disc displacement Thickened disc
III.INTERMEDIATE	Frequent pain Joint tenderness, headaches Locking Restricted motion Painful chewing	Anterior disc displacement, reducing early progressing to non- reducing late Moderate to marked disc thickening Normal osseous contours	Disc deformed & displaced Variable adhesions No bone changes
IV.INTERMEDIATE/ LATE	Chronic pain, headache Restricted motion	Anterior disc displacement, non reducing Marked disc thickening Abnormal bone contours	Degenerative remodeling of bony surfaces Osteophytes Adhesions, deformed disc without perforation
V.LATE	Variable pain Joint crepitus Painful function	Anterior disc displacement, non reducing with perforation and gross disc deformity Degenerative osseous changes	Gross degenerative changes of disc and hard tissues; Perforation Multiple adhesions

BEHANDELING

Begrip over het natuurlijke beloop van OA is van groot belang voor de behandelplanning. OA heeft in de meeste gevallen een zelflimiterend klinisch beloop, waarbij symptomen vanzelf verminderen, hoewel dit in veel gevallen wel meer dan een jaar kan duren. Wel kunnen uiteindelijk röntgenologisch waarneembare tekenen van degeneratie te zien zijn, zelfs zonder dat er nog klinische symptomen zijn. Er bestaat dus vaak een discrepantie tussen de klinische presentatie en de beeldvorming. De ernst van de symptomen kan aanzienlijk variëren. In een beperkt aantal gevallen kan er sprake zijn van een progressieve aandoening met als gevolg verlies van condylair bot en benige faciale afwijkingen.

Behandeldoelen:

- pijn reductie
- verbeteren van dysfunctie
- vertragen van de progressie van OA

Niet-chirurgische therapie

Toepassen bij alle symptomatische patiënten met OA. Indien er sprake is van geringe of matige pijn en dysfunctie volstaat deze vorm van therapie in het overgrote deel van de gevallen. Ook bij patiënten met ernstige pijn en dysfunctie is niet-chirurgische therapie vaak effectief. Indien reductie van symptomen na 2-3 weken uitblijft: beoordelen minimaal invasieve chirurgische indicatie (met name artrocentesis). In geval van een closed lock: onafhankelijk van pijn intensiteit, vroege (chirurgische) interventie overwegen (artrocentesis).

1. Voeding en bewegingspatroon
Verminderen belasting TMG door zacht dieet en minder belastend bewegingspatroon
2. Educatie
Begrip over en vermijden van spanninggerelateerde gewoonten (klemmen, knarsen, overmatig kauwgom kauwen, nagelbijten) is van groot belang. Consult psycholoog overwegen.
3. Medicatie
NSAID's, tricyclische antidepressiva
4. Fysiotherapie/ oefeningen
5. Splint therapie
6. Injecties
Lokale anesthesie in pijnlijke spieren, myofasciale trigger points, de n. auriculotemporalis of intra-articulair, vooral tbv diagnostiek.
Op indicatie corticosteroid voor reductie van capsulitis, botox bij myogene hyperactiviteit.

Chirurgische therapie

Indien niet-chirurgische therapie geen verbetering van pijn en dysfunctie geeft. Met name bij closed lock kan uitstel van behandeling (m.n. minimaal invasieve therapie, i.c. artrocentesis) de progressie van OA versnellen. Voor TMD is slechts in enkele gevallen uitgebreide chirurgische therapie geïndiceerd. Juiste en adequate diagnostiek is van eminent belang!

Minimaal invasieve chirurgische behandel mogelijkheden OA:

1. Artrocentesis
2. Diagnostische artroscopie

Op specifieke indicatie: chirurgische artroscopie, artrotomie (discus extirpatie), artroplastiek.

Overige chirurgische behandel mogelijkheden van het TMG:

- Discus extirpatie (discectomie): bij afgescheurde of sterk gedegeneerde discus articularis
- Artroplastiek: bij fibreuze of benige ankylose
- Condylectomie: bij condylaire hyperactiviteit, soms bij sterk gedeformeerde of hyperplastische kaakkop
- Artroscopische verstijving van het retrodiscale weefsel: bij recidiverende luxaties van het TMG
- Eminectomie: bij recidiverende luxaties van het TMG, indien retrodiscale verstijving niet succesvol of niet mogelijk is
- Condylotomie: bij heftig pijnlijk en/of sociaal invaliderend knappen als gevolg van een reducerende discusluxatie
- Coronoidectomie: bij trismus als gevolg van ankylose of fibrosering/ verlittekening m.temporalis

Informed consent is uitermate belangrijk:

- aard van de aandoening
- natuurlijk beloop
- potentiële chirurgische complicaties
- bijwerkingen
- prognose
- alternatieve behandel mogelijkheden

Postoperatieve zorg

Van groot belang voor een optimaal behandelresultaat.

Instructies betreffen:

- wondverzorging
- medicatie
- oefentherapie (bewegen, niet belasten)
- zacht dieet
- eventueel splint therapie
- voor de ingreep specifieke instructies

Literatuur

- De Bont LGM, Stegenga B: Pathology of temporomandibular joint internal derangement and osteoarthritis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 22: 71, 1993
- de Leeuw R: A 30-year follow up of non-surgically treated temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. In: van Denderen BV, editor. Groningen: Drukkerij 1994
- Wilkes CH: Internal derangements of the temporomandibular joint: Pathologic variation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 115: 469, 1989
- Wilkes CH: Surgical treatment of internal derangements of temporomandibular joint. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 117: 64, 1991
- Boering G: Temporomandibular joint osteoarthritis (1966 Doctoral thesis, UMCG). Groningen. Drukkerij, van Denderen BV, 1994
- Schellhas K: internal derangement of the temporomandibular joint: radiologic staging with clinical and pathologic correlation. *Magnetic Resonance Imaging* 7 (5): 495, 1989
- Nitzan DW, Dolwick MF: An alternative explanation for the genesis of closed lock symptoms in the internal derangement process. *J Oral Maxillofac Surg* 49: 810, 1991
- Sanders B: Management of internal derangement of the temporomandibular joint. *Seminars in Orthodontics* 1: 4: 244, 1995
- Vos LM, Stegenga B: Arthrocentesis as initial treatment for temporomandibular joint arthropathy: a randomized controlled trial. *J Craniomaxillofac Surg* 42: 134, 2014
- Nitzan DW, Marmary Y: The anchored disc phenomenon: A proposed etiology for sudden-onset, severe and persistent closed lock. *J Oral Maxillofac Surg* 55: 797, 1997
- Moses JJ, Sartoris D, Glass R, et al: The effect of arthroscopic surgical lysis and lavage of the superior joint space on TMJ disc position and mobility. *J Oral Maxillofac Surg* 47: 674, 1989
- Stegenga B, de Bont LGM, Dijkstra PU, Boering G: Short-term outcome of arthroscopic surgery of temporomandibular joint arthrosis and internal derangement: a randomized controlled clinical trial. *Brit J Oral & Maxillofac Surg* 31:3, 1993b
- Dolwick MF, Sanders B: TMJ internal derangement and arthrosis. St Louis: Mosby, 1985
- Stegenga B, Vissink A et al. *Handboek voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie*, 281-313. Groningen, van Gorcum, 2013