

AF: TANDLÆGE PER STYLVIG
perstylvig@webspeed.dk

FOTO: SINE FIIG

 www.bidfunktion.com

KRONISK

spændingshovedpine og bidfunktion

Behandling af kronisk spændingshovedpine som følge af dysfunktioner i kæben er en tværfaglig opgave, der inddrager egen læge, og tandlæge og fysioterapeut med indsigt i bidfunktion

→ **Kronisk spændingshovedpine** er en af de hyppigste henvisningsårsager til min praksis. Hovedpinen, der ofte optræder i forbindelse med andre tilstande, som for eksempel ledlidelser, har store personlige og samfundsmæssige omkostninger. I en henvisningspraksis som min ses mange "hardcore"-patienter, der kræver omfattende udredning og behandling. Ofte løser vi problemerne i et samarbejde mellem flere behandlere: egen læge og tandlæge samt fysioterapeut og "bidtandlæge". Mange lettere tilfælde kan imidlertid løses med enklere midler.

SYMPTOMER

Den typiske patient kan føle, at det presser, spænder og trykker eller har smerter i hoved, ansigt, hals og i skulderregionen. Klassisk er der palpationssmerter, men ikke nødvendigvis. Hyppigt berettes om refererede smerter, såsom "tryk bag øjnene", smerter eller "lyd" fra ørene. Smerterne lindres ofte af massage, mens varme både kan provokere og lindre. Kulde forværrer oftest symptomerne. I relation til det bidfunktionelle eller mere korrekt "det oral-fysiologiske" er hovedpinen ofte værst om morgenen, hvis den grundlæggende årsag ligger i natlige parafunktioner som tænderskæren eller andre bevægelser uden tandkontakt.

Sovestillingen er af overordentlig stor betydning. Nogle af patienterne har om morgenen hovedpine, der svinder i løbet af kortere eller længere tid. Andre er symptomfri om morgenen, men får gener i løbet af dagen, eventuelt efter tygning. Her kan dybereliggende årsag være dysfunktioner for eksempel i sammenbidet. Årsagerne kan også søges i kæbefunktionen (med og uden tandkontakt), for eksempel at patienten kun tygger i den ene side, forkert fremstillede tandrestaureringer eller dårlig tandstilling. Belastningen på muskler, ligamenter og led efter dysfunktion summeres op i løbet af dagen og giver patienten tiltagende smerter. Patienten kan være mere eller mindre bevidst om den u hensigtsmæssige funktion.

Mange patienter bruger primært den ene side af kæben, men uden at have tandkontakt, hvilket medfører en overdreven muskulær styring, der kan føre til overbelastning. Det drejer sig for eksempel om patienter, der hyppigt skyder underkæben til den ene side, typisk når de koncentrerer sig om noget.

Det er sjældent, at der kun er "fejl" i tandsystemet. Typisk er der også holdningsanomalier og funktionsforstyrrelser andre steder i kroppen. Der kan ikke kun forekomme dysfunktion i muskler og led tæt til kæben for eksempel i nakke- og skulderregionen, men også i columna, pelvis og underkøben. Dette bør også indgå





Den tandlægefaglige del af behandlingen kan bestå af flere forskellige ting, men ofte bliver hovedpinepatienterne udstyret med bidskinne. Skinne skal optimere tandstilling og holdningen.

i tandlægens undersøgelse i forbindelse med udredningen af bidfunktionelle lidelser. Psykosociale forhold kan også udløse kronisk spændingshovedpine og andre bidfunktionelle problematikker. Der er internationalt udarbejdet en test (RDI-test) (1) til at afdække og kortlægge de psyko-sociale forhold.

BIDFUNKTIONELLE FORHOLD

Af typiske afvigelser i tænderne, kan nævnes:

- Tab af tænder eller blot manglende tandkontakt
- Udelukkende tandkontakt i den ene side af kæben som følge af for eksempel for lave fyldninger, der vil resultere i længere aktivitetsperioder (målt med EMG) i tyggemusklene mm. masseter, temporalis, pterygoideus med. et lat., digastricus, supra og infrahyoide (Møller & Bakke), hvilket fører til udtrætning.
- Krydsbid (underkæbetænderne sidder for langt til siden), specielt hvis det kun sidder i den ene side.
- Diverse trangstillinger og dybe bid (overkæbetænderne går langt ned over underkæbetænderne) er afvigelser i tandstilling, som stiller store krav til den muskulære styring i hver eneste tyggekcyklus eller synkebevægelse. Hvis vævskonditionen overskrides, kan der opstå muskulære overbelastninger, og over tid kan dette lede til kronisk spændingshovedpine.
- Overbid i overkæben eller kraftigt underbid medfører ofte manglende afstøtning af tandrækkerne og vil påvirke funktionen. Man kan sammenligne det med, at det er bedst at støtte med hele foden, når man står på gulvet; hvis man kun står på den bagerste halvdel eller tredjedel, er der forøget risiko for over- og fejlbelastning af muskler, ligamenter og led.

En del patienter gentager uhensigtsmæssige og ensidige bevægelsesmønstre, hvilket naturligvis også kan lede til lokal overbelastning. Dette kan forklare hovedpiner i forbindelse med urolige underkæber, overdreven sutning af hår, piberygning osv.

Holdningsafvigelser i bevægeapparatet er ofte tæt knyttet til ovennævnte funktionsbetingede hovedpiner, idet holdningen ofte påvirkes og forringes af de funktionsbetingede afvigelser og vice versa. Ligeledes kan for eksempel langvarig smerte fra unilateral ledpatologi eller tandbehandling medføre hyper- eller hypofunktion og sensibilisering af sensoriske nerver. Dette kan føre til en uønsket sensitivering af det sensoriske nervesystem.

Som led i en uheldig neuromuskulær påvirkning kan der forekomme øget cervikal lordose med (over) belastning af de store nakkemuskler som mm. longissimus og capitis samt de accessoriske holdningsmuskler. For at holde hovedet presses tungen mod ganen og tænderne, hvilket igen øger spændingen omkring hyoidmuskulaturen. Dette kan oveni den cerviko-mandibulære hovedpine medføre gener som synkebesvær, hæshed, øm og brændende tunge.

Der er således tale om et omfattende neuro-muskulo-sensorisk omkodning, der igen påvirker og præger patienten mere eller mindre. I en praksis med speciale i bidfunktion ser man naturligvis de grelle tilfælde, da de lettere klares af egen læge/fysioterapeut eller forbliver udiagnosticerede og ubehandlede.

DEFINITIONER

IASP - The International Association for the Study of Pain (1) definerer kronisk spændingshovedpine således: "konstant, trykkende ansigtssmerte, ofte symmetrisk og hyppigt global. Frontal-, orbital-, fronto-occipital-, occipital-, nuchal- eller hele scapulaområdet. Diffuse eller båndlignende, sædvanligvis bilateral, nogle gange mere på den ene side under forværring". (033.X7c)

AHS - American Headache Society tager i sin definition ligeledes udgangspunkt i fænomenologi og varighed, som skal være mere end 15 dage per måned. Disse definitioner er for tiden fremherskende.

I USA benyttes ofte betegnelsen TMD (Temporo-mandibular-disorders) og TMJ (Temporo-mandibular-joint syndrome). En anden måde at beskrive tilstanden på kunne være kranio-cerviko-mandibulære smerter/hovedpiner eller blot cerviko-mandibulære smerter/hovedpiner.

UNDERSØGELSEN

Den typiske patient kommer med sine ofte omfattende klager, der påvirker deres hverdag. De føler det, som om de har et strammende bånd omkring hovedet. Disse gener lider de ofte under mere end halvdelen af måneden. Patienterne indretter deres liv efter symptomerne. Når patienten testes, ligger hun relativt højt på NAS (Nominal Analog Scale) og VAS (Visual Analog Scale)-skalaen; ofte 7-9. Rimeligt ofte ses også en atypisk migræne mere eller mindre sideløbende med den kroniske spændingshovedpine. Tilstanden har ofte stået på i mange år.

Midaldrende og yngre hypermobile kvinder er overrepræsenterede i patientgruppen. Patienterne har haft mange kontakter til sundhedssystemet, der ofte har opgivet at hjælpe dem. Egen læge har gjort alt, hvad han kan, og patienterne har ofte prøvet alle former for medicinering. De har været igennem diverse supplerende udredninger hos for eksempel neurolog. Der er derfor en større eller mindre psykologisk og social overbygning på patientens klager. Dette stiller store krav til behandleren, som er nødt til at vide, hvad han kan håndtere, hvor langt han kan gå, og hvor meget, der kan opnås.

Det er vigtigt at optage en omhyggelig anamnese og spørge ind til mere end det, patienten umiddelbart selv fortæller, da det er de færreste, der forbinder kronisk spændingshovedpine med lænde-problemer eller synkebesvær. Gode rutinerede klinikere er essentielle i disse tilfælde.

Der skal foretages en klinisk undersøgelse af samtlige tilgængelige muskler med en vurdering af muskelkvaliteten med TTS (Total Tenderness Score - muskelømhed). Der gennemføres en klinisk ledundersøgelse og eventuelle supplerende undersøgelser ved særlige indikationer. Patientens orale forhold undersøges med hensyn til spyt mængder og -kvalitet, tændernes tilstand og livshistorie

(f.eks. antal caries-angreb, langvarige rodbehandlinger, implanta-ter), tændernes form og placering morfologisk og udredning af det funktionelle sammenbid og funktionsvilkår i kæben generelt. Der kontrolleres for tandslid; er der f.eks. kraftig bruxisme (tænder-skæren) eller er der tale om funktionsslid i kæbens yderstillinger. Der ses efter betændelser i tandkød og kæbeknogle (parodontose). I denne forbindelse benyttes modeller, det vil sige nøjagtige aftryk og registreringer, der gengiver tænderne og deres indbyrdes relationer og funktionsforhold. Patientens almene tilstand samt fremtræden i forbindelse med konsultationen observeres. Bider patienten for eksempel hyppigt sammen under samtalen, og sker det eventuelt i yderstillinger, eller har hun urolig underkæbe, og søger efter en fast position af kæben. Sutter hun på læber eller bider hun sig i kinden? Mulighederne er mange.

Jeg henter selv mine patienter i venteværelset, så jeg får mulighed for at iagttage dem siddende, når de rejser sig, går, under den initiale samtale, til de sidder i undersøgelses- og behandlingsstolen. Patienten undersøges og gennemgår Beightons test, og testes herudover for nakke- og kæbehypermobilitet. Jeg ser på holdningen, eventuelle afvigelser, samt registrerer holdningstype (sagittale plan: kyfotisk/lordotisk, swayback, flatback; frontale plan: scoilioser, anisomali osv.).

Supplerende undersøgelser kunne være relevante neurologiske test og for eksempel test af sensibilitet.

Der konkluderes på undersøgelsen og opstilles relevante behandlingsmuligheder. Observation af symptomforløbet over en periode er sjældent relevant, når der er tale om kroniske spændingshoved-piner. Patienterne har allerede udlevet en relevant observationstid. Medicinering er typisk også prøvet mere eller mindre professionelt, og en del af patienterne afgiftes som led i behandlingerne.

Patienterne har ofte været hos fysioterapeut, men de mere komplicerede tilfælde kræver fysioterapeuter med særlig indsigt i bidfunktion og hovedpine. Det er min erfaring, at dem er der for få af. Jeg samarbejder med nogle overordentlig professionelle, og vi har over årene raffineret vores behandlinger meget målrettet. Fysioterapi er vigtig, hvis bedst opnåelige situation skal opnås, og patienten skal fastholde behandlingsresultatet fremadrettet.

Den tandlægefaglige behandling består af flere ting, men indebærer ofte, at patienterne udstyres med bidskinne, der skal være med til at optimere tandfunktionen og holdningen. Skinnerne

findes i forskellige typer og tilpasses den enkelte patient. Bidskin-nerne kan være med til at rotere eller løfte kraniet og at stabilisere underkæben i bedst mulige position og neddrose uhensigtsmæs-sige funktioner. Den fremskudte underkæbe ses hyppigt hos patienter, der har udviklet en øget cervikal lordose, øget thorakal kyfose, har et cervikalt paradoks og en let foroverbøjet holdning. Tænderne og sammenbidet holder og fikserer ofte patienten i denne protraherede (fremad/nedadførte) hovedholdning. En del undersøgelser af kraniets udvikling og morfologi kredser mere eller mindre om denne sammenhæng, men der er ikke tradition blandt tandlæger for at anskue patienten helhedsorienteret. Tandlæger tænker meget i hvidt og rødt (tænder, tandkød) og ikke i muskler, led, funktion og holdning. Hovedet adskilt fra resten af kroppen.

Den optimale behandling er ofte en styret koordineret indsats, som selvfølgelig er unik for hver enkelt patient. I grove hovedtræk ser den således ud:

- Grundig udredning og diagnostik. Det er tidskrævende, kræver omhu, indsigt og øvelse.
- Grundig information til patienten, der skal have et problem af en rimelig størrelsesorden, der modsvarer af indsatsen. Patienterne skal vide alt det, der er relevant: behandlingstid, hvad det indebærer, prognoser, priser osv. Det er vigtigt at vælge rigtigt fra starten, for det er tåbeligt ikke at gennemføre hele behandlingen, så hellere vælge en enklere løsning.

BEHANDLING HOS TANDLÆGE, LÆGE OG FYSIOTERAPEUT

Hvis patientens problem er af en sådan art, at der er brug for en omfattende og tværfaglig behandling, starter specialtandlægen i første omgang med at lave en bidskinne. Bidskinne tilpasses, så den tager højde for patientens situation her og nu og det arbejde, som fysioterapeut og tandlæge skal i gang med. Når patienten har vænnet sig til skinnen, sendes hun til fysioterapeut. Tandlæge og fysioterapeut er i tæt kontakt og antal og hyppighed af konsultationer er aftalt på forhånd med patient og behandlerne. Tandlæge og fysioterapeuter kommunikerer via fax, mail og pr. telefon; derudover holdes jævnlige konferencer om patienterne. Det er altid et spændende forløb, og der kan for en tandlæge komme nye problemstillinger frem på konferencerne, der kræver justering af behandlingen og forventningerne.



FAKTA OM: PER STYLVIG

Per Stylvig blev kandidat i 1982 og opnåede Jus practicandi fra 1983. Han har en privat henvisningspraksis i bidfunktion på Frederiksberg. Per Stylvig har undervist på Københavns universitet og har en omfattende foredrags- og undervisningsvirksomhed i ind- og udland.

I takt med at muskelstyrken øges, holdningen forbedres, funktionerne omlægges, ændres også tandsystemets arbejdsbetingelser, og derfor justeres skinnen løbende. Det er vores erfaring, at medicinsk behandling er et supplement ved disse ofte langvarige forløb med patienter med kroniske smerter. Det er muligt at få patienterne til at slappe af i en periode for at påvirke holdningen og funktionen. Når der er opnået en fornuftig holdning lokalt såvel som mere generelt, bidtypen og positionen er fastlagt, sidder smerten ofte i det neurologiske system endnu. Her kan det være relevant med supplerende smertebehandling for at få nervesystemet til at forstå, at det har det bedre! Smertebehandlingen gennemføres ofte i et samarbejde mellem egen læge, speciallæge og bidtandlæge.

Efter at have afsluttet behandlingen venter vi altid tre måneder for at sikre os, at resultatet holder. Vi prøver herefter yderligere at fastholde det positive behandlingsresultat med supplerende relevante interventioner. Det letteste er at få patienterne til at have det bedre; det svære og udfordringen er at fastholde forbedringen.

SYMPTOMFORLØB

Der kommer ofte, men ikke altid, en vis forværring i starten af behandlingen, hvor der arbejdes med det belastede væv. Herefter kommer en periode med bedring eller status quo. Først efter de holdningsmæssige og funktionelle forbedringer har slået rod i det neurologiske system, kommer der en egentlig bedring. Det er vigtigt, at patienten hele tiden er informeret om dette forløb, så hun ikke har umiddelbare forventninger til instant cure. Der skal stilles realistiske forventninger, og disse skal indfries. Det er naturligvis også afgørende, at der er foretaget korrekt diagnostik, og for eksempel adskilt den kroniske hovedpine fra en migræne.

EVIDENS

Evidens for behandling af sammensatte problematikker, hvor resultatet (outcome) registreres over en længere tidsperiode, er i sagens natur næsten umulig. I forsøget på at måle vores egne resultater, foretog jeg sammen med fysioterapeuterne Inger Wiggers Kiær og Anne Louise Kiær en efterregistrering af en gruppe patienter, vi har undersøgt og påbegyndt behandlingen på i perioden 1999-2000. De sidste patienter blev afsluttet i 2004. Undersøgelserne og behandlingerne i denne undersøgelse er udelukkende ud-ført af Inger Wiggers Kiær og Per Stylvig.

Vi udvalgte de første 99 patienter med kronisk spændingshovedpine som hoveddiagnose og sammenlignede start- og slutparametrene hos dem. Alle patienterne i undersøgelsen havde modtaget anden behandling for lidelsen, før de kom hos os. 70 gennemførte vores behandling, heraf var 58 kvinder og 12 mænd. Aldersspredningen var 19-70 år. Alle havde frontale og sagittale deviationer på initiale undersøgelsestidspunkt. Behandlingen hos fysioterapeuten var 2-36 måneder med et gennemsnit på 16,8 måneder. Behandlingen hos tandlægen varede fra var 2-48 måneder med et gennemsnit på 17. Cirka en tredjedel af patienterne foretog deviationer af underkæben flere gange i løbet af undersøgelsen med tandkontakt og en tredjedel uden tandkontakt. Da patienterne blev afsluttet, var der syv procent, der stadig havde habituelle bevægelser.

LITTERATURLISTE

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. Edt by: Samuel F Dworkin, DDS, Ph D & Linda LeResche, Sc D.

RDC - TMD international; <http://rdc-tmdinternational.org/Home/tabid/36/Default.aspx>

Bakke M; Michler L & Møller E: Occlusal control of mandibular elevator muscles. *Scandinavian Journal of Dental Research* 1992,oct.; 100(5) 284-91.

80 procent følte de havde det bedre. 23 procent af alle patienter angav, at de havde det "bedre" og 57 procent "meget bedre".

Total Tender Score (TTS) forbedredes markant bedre hos alle, men der var store udsving. TTS ved undersøgelses- og udredningstidspunktet var gennemsnitligt 2,04 og faldt til 0,66 ved afslutningstidspunktet. De, der scorede lavest på Beightons test, fik de største forbedringer, mens dem med en høj score havde de mindste forbedringer vurderet med TTS. Hos denne gruppe faldt gennemsnitlig TTS ved afslutningstidspunktet til 1,7. Den subjektive forbedring viste ingen forskel. Gruppen med høj score på Beighton test udgjorde cirka en tredjedel af alle patienterne, og de havde en score på 4,8 på Beightons test.

Vi foretog en registrering af compliance hos patienterne og relaterede denne til behandlingsresultatet. Der viste sig at være en klar sammenhæng mellem compliance i form af at overholde aftaler hos fysioterapeut og gennemføre hjemmeøvelser og resultat af behandling. Høj compliance gav godt resultat og dårlig compliance gav ringere resultat.

Vi kunne på baggrund af vores undersøgelse konkludere, at patienterne følte klart en forbedring. Vi kunne registrere en forbedring af habituelle funktioner, samt en forbedret holdning. Dysfunktionsindikatorer som vævskvaliteter målt med TTS blev også forbedret.

Vores behandlingsprincipper bygger på anerkendte teknikker; men desværre uden sikker evidens. Vi har raffineret og tunet vores behandlingsprincipper i et fælles samarbejde, som vi synes, giver de bedste resultater. Undersøgelse og behandlingerne er omfattende og kræver stor indsigt. Det stiller store krav til behandlernes kvalifikationer og samarbejdsevner. Herudover er de tidsmæssige og økonomiske omkostninger store. ●

REFERENCER

1: (RDI) Diagnostiske Kriterier for Temporomandibulær Dysfunktioner. Tandlægeskolen. Peter Svensson Århus.