

Beste collega,

“Die kies moet eruit. Ik weet zeker dat dáár de pijn vandaan komt!”

Een 48-jarige vrouw werd naar mijn gnathologische spreekuur verwezen vanwege persisterende kiespijn. Er waren al meerdere klinisch gave molaren geëxtraheerd, zonder blijvende pijnvermindering. Inmiddels wilde patiënte ook element 17 (wederom gaaf) laten verwijderen.

Haar tandarts twijfelde en vroeg mij om een gnathologische beoordeling.

Wat bleek? De pijn in element 17 was gerefereerde pijn vanuit de musculus temporalis.

Maar de diagnose stellen bleek niet de grootste uitdaging. Patiënte was ervan overtuigd dat haar kies de oorzaak was en bleef tijdens meerdere consulten om een extractie vragen.

Wat volgde was een langdurig behandeltraject met pijneducatie, counseling, een stabilisatie-opbeetplaat, orofaciale fysiotherapie en vooral veel aandacht voor gedragsverandering en zelfregie.

Langzaam veranderde haar kijk op de pijn.

Na ongeveer een jaar konden we de behandeling succesvol afsluiten. Patiënte was niet volledig pijnvrij, maar had meer inzicht, minder klachten en vooral meer controle over haar pijn.

En de kies? Die zit er nog steeds. En haar eigen tandarts kan inmiddels ook weer opgelucht ademen.

Deze casus laat zien hoe belangrijk het is om bij aanhoudende kiespijn zonder voldoende odontogene verklaring verder te kijken dan het gebit.

Met hartelijke groet,

Anna Koevoets
Tandarts-gnatholoog | UNCLENCH

** Casuskenmerken zijn aangepast ter bescherming van de privacy.*

Follow us



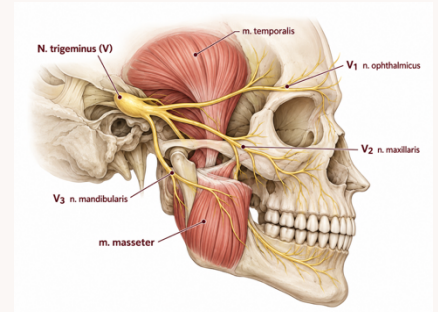
DE WETENSCHAP ERACHTER

Hoe kan pijn uit een kauwspier als kiespijn worden ervaren?

Niet alle kiespijn is van odontogene oorsprong. Bij patiënten met temporomandibulaire disfunctie (TMD) kan myofasciale pijn vanuit de *m. masseter* of *m. temporalis* worden waargenomen als pijn in één of meerdere gebitselementen.

Maar hoe werkt dat?

Een belangrijke verklaring is de convergentie van nociceptieve input vanuit verschillende orofaciale structuren op gedeelde neuronen in het trigeminale sensorische systeem. Hierdoor kunnen de hersenen de oorspronkelijke pijnbron niet altijd nauwkeurig lokaliseren. Pijn vanuit een kauwspier kan daardoor worden ervaren als kiespijn.



Hoe herken je gerefereerde kiespijn?

Denk bij persisterende kiespijn zonder overtuigende odontogene verklaring aan een mogelijke musculaire pijnbron.

Een belangrijk diagnostisch aanknopingspunt volgens de DC/TMD is het reproduceren van de **voor de patiënt herkenbare pijn** door palpatie van de betrokken kauwspier, waarbij de pijn wordt ervaren buiten de anatomische grenzen van de spier.

Dit onderzoek moet altijd worden gecombineerd met een zorgvuldige dentale diagnostiek.

De klinische boodschap

Wanneer een kies pijn doet, betekent dat niet automatisch dat de kies de oorzaak is. Het herkennen van gerefereerde myofasciale pijn kan onnodige endodontische behandelingen en extracties voorkomen.

Soms ligt de oorzaak van kiespijn buiten het gebit.

Wetenschappelijke referenties

1. De Laat A. Differential diagnosis of toothache to prevent erroneous and unnecessary dental treatment. *J Oral Rehabil.* 2020;47:775–781.
2. Schiffman E, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28:6–27.
3. Wright EF. Referred craniofacial pain patterns in patients with temporomandibular disorder. *J Am Dent Assoc.* 2000;131:1307–1315.
4. International Classification of Orofacial Pain (ICOP), 1st edition. (2020). Cephalalgia, 40(2), 129–221.