

ABSTRACT

Smerter fra den orofaciale muskulatur er formodentlig en situation, langt de fleste mennesker vil opleve en eller flere gange i løbet af livet. Der er stor sandsynlighed for, at det odontologiske team vil støde på disse mennesker blandt deres patienter, hvilket kræver indsigt i og forståelse for, hvad muskelsmerter er, og hvordan de håndteres. Denne oversigtsartikel beskriver state-of-the-art diagnostik og klassifikation af myofasciale orofaciale smerter qua International Criteria for Orofacial Pain (ICOP) samt en kortfattet diskussion af risikofaktorer og anvisning af ikke-invasiv behandling.

EMNEORD Muscle pain | myofascial pain | temporomandibular dysfunction | pathophysiology | diagnosis | management



Korrespondanceansvarlig forfatter:

PETER SVENSSON

peter.svensson@dent.au.dk

Myofasciale orofaciale smerter

PETER SVENSSON, professor, sektionsleder, dr.odont., ph.d., odont.dr. (h.c.), Sektion for Orofacial Smerte og Kæbefunktion, Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet, og gæsteprofessor, Odontologisk Fakultet, Malmø Universitet

► Accepteret til publikation den 17. juni 2021

Tandlægebladet 2021;125:xxx-xxx

MYOFASCIALE OROFACIALE SMERTER be- nævnes ofte også som temporoman- dibulære dysfunktionssmerter (TMD) af myogen karakter. Terminologien af muskelsmerter har i den grad varieret, men der er typisk fokuseret på de store tyggemusklér (m. masseter, m. tempo- ralis samt mm. pterygoideus internus og externus). Ret beset kan også tun- gemuskulatur, læbemuskulatur og de mimiske muskler være sæde for smertefulde reaktioner om end formodentlig langt mere sjældent. I dag anvendes som introduceret i dette tema- nummer International Classification of Orofacial Pain (ICOP) (1) for at systematisere og ensrette kriterier og håndtering i odontologisk praksis samt sikre overensstemmelse i den in- ternationale forskning omkring symptomatologi og patofy- siologi af de orofaciale smerter. ICOP er baseret på det store arbejde, som er gennemført med RDC/TMD (Research Crite- ria) og senere DC/TMD (Diagnostic Criteria) i forbindelse med ensretning af diagnostiske kriterier for TMD (2,3). Diagnostik af myofasciale orofaciale smerter vil blive beskrevet i det ef- terfølgende afsnit.

DIAGNOSTIK

Som udgangspunkt stilles ifølge ICOP diagnosen myofascia- le orofaciale smerter, når der anamnestisk er oplysninger om smerter i en region eller struktur, der anatomisk omfatter de store tyggemusklér. Smerten kan være spontan og kan provoke- res i den kliniske undersøgelse, fx ved maksimal gabning eller ved palpation. Smerten påvirkes endvidere – oftest forværres – ved tygning eller anden oral funktion.

Det bemærkes også, at der skelnes mellem myofasciale smerter med og uden meddelte smerter, hvilket i øvrigt også er tilfældet for kæbeledssmerter. Meddelte smerter angives,

når palpation giver anledning til en oplevelse af smerte uden for den anatomiske struktur, der palperes (1). Ud fra et diagnostisk synspunkt er det vigtigt at identificere eventuelle meddelte smerter fra kæbemuskulaturen, idet det er velkendt, at disse kan mistolkes som odontogene smerter eller øresmerter.

I ICOP er der endvidere indført et tidsmæssigt kriterium til underopdeling af de myofasciale orofaciale smerter, nemlig som værende akutte, episodiske sjældne (infrekvente: < 1 dag/måned), episodiske hyppige (1-14 dage/måned) og kroniske meget hyppige (> 15 dage/måned) baseret på forekomst af dage med smerter i de seneste tre måneder (Fig. 1). Man kunne benævne dette som "chronalgia", hvor det er intuitivt klart, at håndtering af akutte myofasciale smerter er væsentlig anderledes og sædvanligvis nemmere end håndtering af kroniske smerter. Det er således vigtigt, at denne tidsmæssige information indhentes i anamnesen ved udredningen af patienter med myofasciale orofaciale smerter.

Det bør også nævnes, at palpation af muskulaturen skal foregå med standardiseret tryk – 1 kg tryk i 2 sekunder på m. masseter og temporalis og ved vurdering af meddelte smerter i 5 sekunder.

I DC/TMD-kriterierne er det væsentligt, at smerten ved funktion eller palpation "minder om den typiske smerte", hvilket ikke fremgår af ICOP-kriterierne. Imidlertid er det en god idé at spørge sin patient om dette forhold, idet det er en hyppigt forekommende observation, at patienter kan opleve palpation som smertefuld, men at det ikke nødvendigvis minder om de sædvanlige smerter.

Baseret på den store overensstemmelse mellem DC/TMD og ICOP-kriterierne for myofasciale orofaciale smerter er det

Klinisk relevans

Korrekt diagnostik og klassifikation af orofaciale smerter er et "must", idet overvejelser om håndtering udspringer herfra, og hvor eventuelle differentialdiagnoser og behov for supplerende undersøgelser har været overvejet. Det kan anbefales at anvende ICOP-kriterierne for myofasciale orofaciale smerter, da der som et væsentlig nyt element er introduceret den tidsmæssige faktor. En af de afgørende overvejelser er derfor, om der er tale om akutte eller kroniske smerter, idet patofysiologi og behandling/håndtering er afgørende forskellig. Den kliniske undersøgelse af de store tyggemuskler kan gennemføres på få minutter, men skal altid ses i sammenhæng med en detaljeret anamnese om smerternes karakter og individuelle risikofaktorer.

Diagnostik og foranledning af relevant, ikke-invasiv behandling af myofasciale orofaciale smerter er tandlægens arbejdsområde og ansvar. De fleste patienter kan og bør håndteres i privat praksis, men specielt ved mere komplekse og kroniske smerter kan det være relevant at foretage henvisning til fx specialafdelingerne ved de odontologiske institutter.

rimeligt at antage, at både reproducerbarheden er stor og validiteten god i forhold til testens sensitivitet og specificitet (1,3).

På nuværende tidspunkt er der ikke deciderede diagnostiske kriterier for fx myofasciale smerter i tungemuskulaturen, ►

Chronalgia

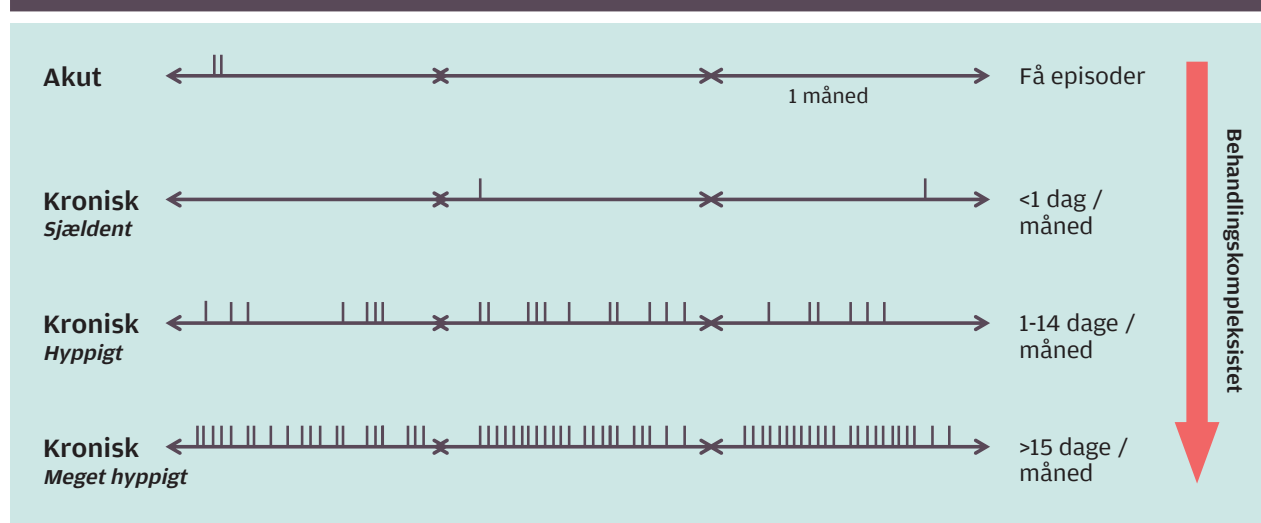


Fig. 1. Oversigt over den tidsmæssige inddeling af orofaciale myofasciale smerter "chronalgia". Behandlingskompleksiteten stiger ved kroniske og mere hyppigt forekommende smerter.

Fig. 1. Simple diagram of the temporal aspect of orofacial myofascial pain - coined "chronalgia". The complexity of management increases from acute to chronic and more frequently occurring pain episodes.

men det vil være forventeligt, at de overordnede kriterier også vil kunne gøre sig gældende her (1).

Endelig skal det bemærkes, at m. pterygoideus lateralis ikke indgår i de diagnostiske kriterier, hvilket er baseret på undersøgelser, hvor reproducerbarhed og diagnostisk præcision ikke er tilstrækkeligt. Det er dog op til den enkelte undersøger at afgøre, om palpation af andre muskelgrupper vil bidrage med væsentlig diagnostisk information og betydning for håndtering af den enkelte patient. Fx vil konsistens (blød/hård) og form/størrelse (hypo-/hypertrofi) af muskulaturen også kunne have diagnostisk information.

EPIDEMIOLOGI OG SYMPTOMATOLOGI

Myofasciale orofaciale smerter er en af de allermest hyppige orofaciale smertetilstande. Afhængigt af de specifikke kriterier er der angivet at være ca. 3-15 % af befolkningen, der har sådanne smerter i kæbemuskulaturen (4). Der er oftest ikke skelnet mellem varigheden af smerterne, men de mere kroniske er mindre hyppige (ca. 1 %) end de episodiske. Incidens for TMD-smerter angives at være ca. 2-4 % pr. år og ca. 0,1 % for de kroniske smerter (4). Det er karakteristisk, at der er flere kvinder end mænd, der oplever disse smerter, og at det er mest hyppigt i den fertile alder for kvinder, hvor hyppigheden aftager efter klimakteriet (4). Der er også etniske forskelle, og ikke-latino hvide amerikanere er i de store undersøgelser fra USA fundet oftere at have myofasciale orofaciale smerter, ligesom der er en vis social slagside (5).

Ud over smerterne som det væsentligste fund er der ofte nedsat livskvalitet, dårlig søvn, nedtrykthed og generel funktionel påvirkethed med mange sygedage, nedsat energi til familie og sociale relationer m.v. (4). Smerterne er ikke ledsaget af kliniske tegn på inflammatoriske forandringer såsom hævelse eller rødme, opleves som dybe, diffuse og spredende sig til et større område. Orale funktioner og specielt tygning af seje fødeemner, bevægelse af underkæben, tale og synkning kan som nævnt bevirke en forværring af smerterne, men der er aldrig autonome ledsagesymptomer, og smerterne har aldrig paroxysmal karakter (1).

PATOFYSIOLOGI OG RISIKOFAKTORER

For de fleste myofasciale orofaciale smerter vil det gælde, at de kan betragtes som primære smerter, hvilket ifølge International Association for the Study of Pain's (IASP) nyeste klassifikation betyder, at smerterne er en sygdom i sig selv og altså ikke et symptom på anden underliggende sygdom (6). Undtagelser fra denne regel findes naturligvis, og ICOP opererer med begrebet sekundære orofaciale myofasciale smerter, hvor fx en bakteriel infektion i kæbemusklen (myositis) eller en lokal eller generel inflammatorisk tilstand kan være forklaringen på smertetilstanden i muskulaturen.

For de primære myofasciale smerter kan der ikke identificeres én enkelt årsag eller risikofaktor (4,7). Dette er et af de gamle dogmer i odontologien, at malokklusion skulle være årsag til de myofasciale smerter, men systematiske oversigter og analyse konkluderer entydigt, at malokklusion kun er forbundet med en meget beskedent risiko for manifesterede myofasciale smerter. Pga. af overvægten af kvinder har fokus også været rettet på kønshormoner, men igen har forskningen vist, at de hormonelle ændringer

i løbet af menstruationscyklus er en relativt beskedent risikofaktor. Bruksisme – som netop diskuteret her i en artikel i Tandlægebladet – kan heller ikke ses som eneste forklaring på myofasciale smerter, men kan hos enkelte patienter være bidragende til symptomerne. Det er foreslået, at der er en lang række individuelle risikofaktorer omfattende miljø (stress), adfærd (brug af kæbemuskler), emotionelle faktorer (depression, nervøsitet), søvn samt neurobiologiske forhold (central og perifer sensibilisering samt endogene smertehæmmende system) og genetiske/epigenetiske forhold, der spiller sammen på en unik måde for den enkelte patient til at udvikle smerter (4,7). Fra amerikanske undersøgelser ser det ud til, at listen over risikofaktorer toppes af flere komorbide lidelser, dvs. patienter med fx hovedpiner, mavesmerter, nakke-skulder-lidelser ser ud til at være i øget risiko for også at få myofasciale orofaciale smerter (8). Den odontologiske smerteanamnese bør derfor omfatte andre samtidige smertelidelser, og en "smertetegning" af hele kroppen kan være nyttig til en bedre forståelse af patienten.

HÅNDTERING

Det er ligeledes et af de gamle dogmer i odontologien, at bidskinner skulle være den mest effektive og rationelle behandlingsform af myofasciale orofaciale smerter, hvilket dog ikke er understøttet af videnskabelig evidens (4). Bidskinner vil som regel dog have en positiv effekt, men den kan være vanskelig at skelne fra en placebo-effekt og forventninger til denne behandlingsform. De fleste systematiske undersøgelser og analyser konkluderer, at ikke-invasiv og reversibel behandling altid bør foretrækkes, og dette indebærer, at "egenomsorg" oftest er første skridt (9). Dvs. oplysning og information om tilstanden, gode råd og vejledning for håndtering af eventuelle risikofaktorer (stress, bruksisme) og fysioterapi, fx stræk af kæbemuskulaturen i fast regime, varme, massage, "jogging med underkæben" og afspænding af kæbemuskulatur samt nakke-skulder-muskler. Næste skridt kan omfatte analgetika, fx panodil eller ipren i fast regime i en kortere periode. Oftest har dette været forsøgt af patienten selv, og egentlig farmakologisk behandling af de mere kroniske smerter vil kunne indebære lavdosis tricyklisk antidepressiva, hvorimod opioider ikke har fast plads i håndteringen af de kroniske myofasciale orofaciale smerter (4). Ligeledes vil mere psykologisk baseret behandling med stresshåndtering, smertemestringsteknikker og kognitiv-adfærdsmæssige tiltag kunne komme på tale fx i samråd med klinisk psykolog eller patientens egen læge. For de fleste patienter vil det være en individuelt afstemt "pakke" af behandlingstiltag, der vil være hensigtsmæssig.

Afslutningsvis bør det bemærkes, at profylaktiske beslibninger og okklusal ækvilibrering i dag ikke kan betragtes som *lege artis*-håndtering af myofasciale orofaciale smertetilstande.

Derimod vil det være af stor værdi – som ved enhver anden form for orofacial smertetilstand – at danne sig et kvalificeret indtryk af patientens psykosociale påvirkethedsgrad (i DC/TMD benævnt som akse II-vurderingen), idet flere undersøgelser antyder, at dette er en stærkere indikator for prognosen end akse I (de fysiske symptomer). ICOP rummer naturligvis også disse redskaber til brug for vurderingen af patienter med orofaciale myofasciale smerter. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

MYOFASCIAL OROFACIAL PAINS

The recent International Classification of Orofacial Pain (ICOP) has an entire section devoted to myofascial orofacial pain which following the odontogenic types of pain by far is the most prevalent pain condition dentists will meet in their practice. ICOP provides guidelines for a standardized history and clinical examination of orofacial myofascial pain which are the essential prerequisites for classification and a work-

ing diagnosis that leads to a tentative treatment plan. Most primary myofascial pains are managed by non-invasive techniques including counselling, jaw exercises – physiotherapy, non-opioid medication and sometimes – but not always – an occlusal splint. Occlusal equilibration should be avoided. It is prudent to distinguish between acute and more frequent and chronic types of orofacial myofascial pain.

LITTERATUR

1. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OROFACIAL PAIN (ICOP). 1st ed. Cephalalgia 2020;40:129-221.
2. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord 1992;6:301-55.
3. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. J Oral Facial Pain Headache 2014;28:6-27.
4. Sessle BJ, Baad-Hansen L, Exposto F et al. Orofacial Pain – chapter 34. In: Lynch ME, Craig KD, Peng P, eds. Clinical pain management: a practical guide. Oxford, UK: Wiley-Blackwell Press 2021 (in press).
5. Slade GD, Bair E, By K et al. Study methods, recruitment, sociodemographic findings, and demographic representativeness in the OPPERA study. J Pain 2011;12(11 Supp):T12-26.
6. Treede RD, Rief W, Barke A et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain 2019;160:19-27.
7. Svensson P, Kumar A. Assessment of risk factors for oro-facial pain and recent developments in classification: implications for management. J Oral Rehabil 2016;43:977-89.
8. Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. J Dent Res 2016;95:1084-92.
9. List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. J Oral Rehabil 2010;37:430-51.