

Alternativ behandling af spændingshovedpine og kæbeledsdisfunktion i tandlægepraksis

En spørgeskemaundersøgelse blandt tandlæger i DTF's 5. Kreds (Århus Amt)

Thomas Kofod og Hans Jørgen Hansen

Året 1997 er udvalgt til »Hjerneåret« i »Hjernens årti«. Tandlæger har traditionelt været involveret i diagnostik og behandling af i hvert fald én sygdom med formodet cerebral oprindelse, nemlig spændingshovedpine. Man har i mange år antaget at tonisk kontraktion og deraf følgende overbelastning af de ydre kraniums tværstribede muskulatur, hvoraf de primære tyggemuskler udgør en væsentlig del, var en vigtig årsag til spændingshovedpinens patofysiologi. De senere års nationale og internationale forskning kan ikke entydigt bekræfte denne antagelse, og det må anses for sandsynligt at centrale neurofysiologiske processer har en væsentlig medvirkende rolle ved udviklingen af spændingshovedpine.

Den tandlægelige behandling af spændingshovedpine har et fysiurgisk tilsnit såsom gabeøvelser eller såkaldt bidfunktionel behandling i form af bidrehabilitering i videste forstand. Effekten af bidfunktionel behandling har traditionelt været anset for »god«. De nye synspunkter på spændingshovedpinens ætiologi og rationalet bag anvendelse af okklusal rehabilitering bør åbne mulighed for revurdering af vor behandlingsstrategi på området.

Hovedpinetilstande kan groft inddeles i tre store grupper: migræne med og migræne uden aura samt anden hovedpine, hvoraf spændingshovedpine er den dominerende. Specielt de to sidste former – migræne uden aura og spændingshovedpine – er meget almindelige. Over 90% af befolkningen lider af hovedpine under en eller anden form (1, 2).

Et skøn over tabet af arbejdsdage som følge af spændingshovedpine på populationsniveau er opgjort til 820 arbejdsdage/år per 1.000 personer med arbejde. Der er således betydelige personlige og socioøkonomiske omkostninger forbundet med spændingshovedpine (2, 3).

Forbruget af håndkøbsanalgetika hos patienter med spændingshovedpine er ganske betydeligt, idet 87% af patienterne har et forbrug af analgetika. Acetylsalisylsyrepræparater bruges af 59%, og paracetamol af 42% med spændingshovedpine (3, 4).

Migrænenes ætiologi er under afklaring, og det er meget sandsynligt at der er tale om deciderede cerebrale patofysiologiske processer (5). Spændingshovedpinens ætiologi er sværere at karakterisere. Formodningen om overbelastning af de primære tyggemuskler er svær at bevise, og en entydig sammenhæng mellem hovedpine, ømme tyggemuskler og okklusale disharmonier er næsten umulig at sandsynliggøre, selv om der findes klinisk oplagte eksempler.

I en ny dansk undersøgelse over smertesensitiviteten (følsomheden for smertefulde stimuli) hos kroniske spændingshovedpinepatienter (hovedpinefrekvens >180 dage/år) (7) undersøgte man dels smertetærskler og smertetolerancer ved trykalgometri (2. finger og tindingen), dels perikraniel ømhed ved palpation. Man undersøgte fem muskler og tre seneinsertioner. Undersøgelsen viste generelt øget ømhed ved palpation af de perikranielle myofasciale væv med følgende stignede ømhed: m. frontalis, proc. mastoideus, m. masseter, m. temporalis, m. coronoideus, m. sternocleidomastoideus, nakkemusklernes occipitale tilhæftning og m. trapezius. Med andre ord fandtes der hos spændingshovedpinepatienter større ømhed af nakke- og halsmuskulatur end af de primære tyggemuskler (elevatorene) (6, 7). Spændingshovedpine kan således ikke specifikt karakteriseres ved entydige årsagssammenhænge mellem fx malokklusion, tyggemuskelfunktion og muskelømhed. Fra neurologisk side anser man således ikke-migrænoid hovedpine som en diagnostisk »brokkasse« pga. den uafklarede ætiologi (4).

Baggrund for undersøgelsen

Afdeling for Tand-, Mund-, og Kæbekirurgi, Århus Kommunehospital, modtager ganske få henvisninger af patienter med spændingshovedpine, mens Afdeling for Protetik og

Bidfunktion på Odontologisk Institut, Tandlægeskolen, Århus Universitet, modtager et stort antal. Derimod modtager afdelingen på Kommunehospitalet over 100 henvisninger om året af patienter med kæbeledsdysfunktion. Hovedparten af disse henvisninger kommer fra praktiserende læger. De færreste kommer fra tandlæger, hvilket er modsat det sædvanlige henvisningsmønster. I to tilfældigt udvalgte opfølgelsesperioder i 1996 viste det sig at henvisninger af patienter med kæbeledsdysfunktion fra læger udgjorde mellem 66% og 95% af samtlige nyhenviste med kæbeledsdysfunktion.

Dette henvisningsmønster kan afspejle det forhold at praktiserende tandlæger selv behandler og afhjælper kronisk spændingshovedpine og kæbeledsdysfunktion vha. traditionelle bidfunktionelle behandlinger, hvorimod praktiserende læger henviser disse patienter til speciallæge eller speciallæge på sygehusene.

Det er imidlertid uvist om det er tilfældet, og denne undersøgelse har til formål at belyse dette forhold. Undersøgelsens resultater søger at beskrive tandlægers behandlingstilbud til patienter med spændingshovedpine og kæbeledsdysfunktion. Undersøgelsen har desuden til formål at beskrive brugen af alternative behandlingsformer i almen tandlægepraksis ved smerteterapi.

Materiale og metode

I perioden 15.10.1995-1.3.1996 blev der gennemført en anonymiseret spørgeskemaundersøgelse omfattende alle 728 medlemmer af DTF's 5. kreds (Århus Amt). De fik tilsendt et spørgeskema med 107 spørgsmål fordelt på fem emner vedr. 1) rutineundersøgelsesmetode af alle patienter, specielt mhp. spændingshovedpine og kæbeledsdysfunktion, 2) patientantal per år med spændingshovedpine samt andre typer af orofaciale smertetilstande, 3) indikationer for og behandling af patienter med spændingshovedpine, herunder vurdering af behandlingseffekt samt evt. viderehenvisning af disse patienter, 4) indikationer for og behandling af patienter med kæbeledsdysfunktion, herunder vurdering af behandlingseffekt samt evt. viderehenvisning af disse patienter, og 5) indikationer for samt brug af andre alternative behandlingsmetoder ved behandling af orofaciale smertetilstande, fx low power laser (LPL), akupunktur og transkutan nervestimulering (TNS). Inden for hver kategori fandtes mulighed for flere samtidige svarmuligheder, hvorfor det samlede antal svar overstiger 100%.

Herudover blev de deltagende tandlæger anmodet om at udfylde personlige basisoplysninger om bl.a. kandidatår, køn, arbejdsforhold, patientantal og klinikens evt. specialer.

Den 1. januar 1996 var der modtaget svar fra 176 klinikejere, hvorefter der udsendtes én rykkerskrivelse. Ved undersøgelsens afslutning (1.3.1996) var der indkommet svar fra 212 klinikejere af 304 mulige, svarende til 70%, samt fra 57 assisterende tandlæger og 58 andre tandlæger, som enten var ansat på Tandlægeskolen, eller som var ude af faget. Den lave besvarelsesprocent blandt assistenter vanskeliggør nærmere analyse. Der redegøres derfor i det følgende kun for klinikejernes svar, idet det antages, at den enkelte klinikejer er ansvarlig for den behandlingsstrategi, der er gældende på klinikken.

Den statistiske analyse blev foretaget vha. følgende edb-programmer: dBaseIII, SPSS og Medstat.

Epidemiologiske data

I spørgeskemaundersøgelsen deltog således 212 klinikejere, 51 (24%) kvinder og 161 (76%) mænd. Klinikejerne var blevet kandidater i årene 1949-1992. Af disse havde 75% opnået kandidatgrad i perioden 1968-1984.

Antallet af patienter tilsluttet sygesikringsoverenskomst blev af klinikejerne angivet til i gennemsnit 987 (min. 178 og maks. 3.200). I alt var patientgrundlaget 206.354 patienter, hvilket svarer til ca. 30% af indbyggerne i Århus Amt.

En tredjedel af klinikkerne modtog henvisninger eller var på anden måde subspecialiseret: 15% havde protetik som speciale, 12,5% parodontologi, 10% bidfunktion og 17,5% havde andre specialer (fx kirurgi, implantologi).

Resultater – Spændingshovedpine

Anamnese vedr. hyppighed af spændingshovedpine og palpation af tyggemuskler

»Indgår der i anamnesen spørgsmål vedr. hovedpine når du modtager en ny patient?«

Treogfirs procent af tandlægerne registrerede oplysninger om hovedpinetilstande ved modtagelsen af nye patienter. Hos 76% indgik denne registrering som et fast punkt i anamnesen.

»Indgår palpation af tyggemuskler/kæbeled i rutineundersøgelser?«

Hos 37% af tandlægerne indgik palpation af kæbeled og tyggemuskler som en fast del af undersøgelsessituationen.

»Er der nogle af dine patienter der nævner spændingshovedpine? Antal? Kvinde:mand ratio?«

Ca. 10% angav at de ikke havde patienter med spændingshovedpine i deres klientel; ca. 1/3 af tandlægerne angav at have mellem 1 og 10 patienter med spændingshovedpine. En tredjedel havde mellem 10 og 25 patienter med spændingshovedpine, og ca. 1/5 af tandlægerne mere end 25 patienter med spændingshovedpine. Mand:kvinde ratio var 1:3.

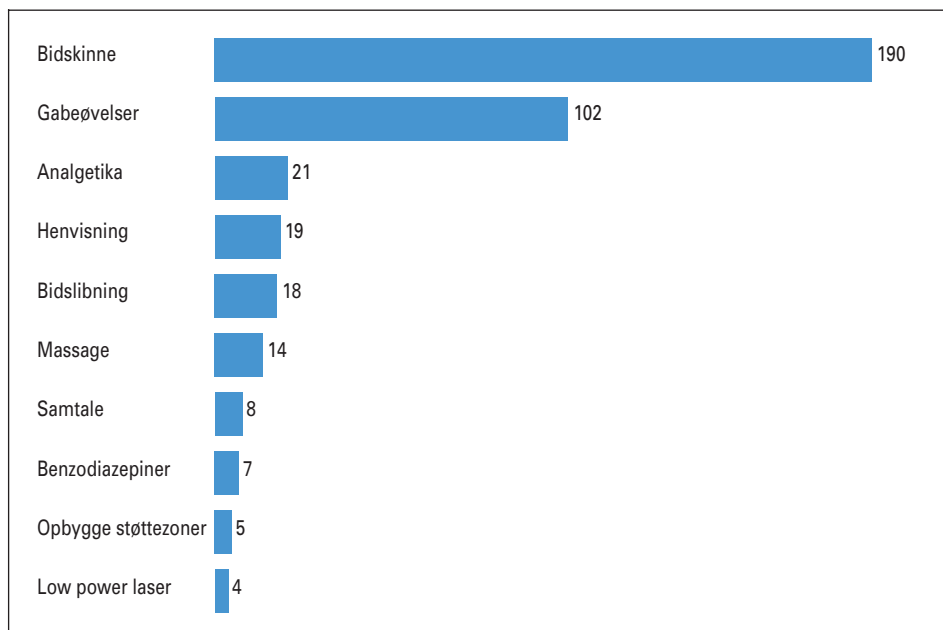


Fig. 1. Fordelingen af benyttede behandlinger mod spændingshovedpine blandt 212 tandlæger i Århus Amt.

Fig. 1. The distribution of treatment modalities versus tension-type headaches among 212 dentists in Århus county.

Behandling af spændingshovedpine

»Hvordan behandler du spændingshovedpine? Bidskinne, gabeøvelser, analgetika, benzodiazepiner, andet?«

Det primære behandlingsvalg for behandling af spændingshovedpine var bidskinnebehandling, som benyttedes af 90% af tandlægerne. Yderligere 48% supplerede med gabeøvelser, og 10% med analgetika (NSAID's).

Muligheden for viderehenvisning til kolleger blev benyttet af 9% af tandlægerne mhp. bidfunktionsbehandling, fysioterapi og ortodontisk behandling.

Kun få anvendte bidslibning (8%), massage (7%), samtale eller oplysning (4%), ordination af benzodiazepiner (3%), opbyggede støttezoner (2%) eller anvendte low power-laserbehandling (2%) (Fig. 1).

Henvisning af patienter med spændingshovedpine

»Hvor mange patienter med hovedpine henviser du årligt?«

Ca. 1/3 af tandlægerne henviste ikke patienter med spændingshovedpine, hvorimod de resterende 2/3 henviste visse patienter med spændingshovedpine. Disse oplysninger tyder på at tandlæger i Århus Amt henviser ca. 750 hovedpinepatienter årligt.

»Til hvem henviser du?«

Henvisning skete hyppigst til kolleger med speciale i bidfunktion (40%), til Tandlægeskolen (40%) eller til Afdeling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, ÅKH (23%). Der findes seks henvisningspraksis for bidfunktion i Århus Amt under kollegiale henvisninger. Kun 10% henviste til læge og 8% til neuro-

log. Derimod henviste 25% af tandlægerne til fysioterapi, kiropraktorbehandling eller zoneterapi og akupunktur.

Indikationer for iværksættelse af bidskinnebehandling

»Hvad er indikation for at du iværksætter bidskinnebehandling? Hovedpine, muskelømhed, gabebesvær, andet?«

Indikationen for iværksættelse af bidskinnebehandling var hyppigst hovedpine (77%) og/eller muskelømhed (80%). To tredjedele angav bruksisme med eller uden udtalt slid.

Behandlingsresultater

»Hvor mange patienter med spændingshovedpine skønner du at du kan hjælpe? 50%, 90% eller andet?«

Tandlægerne angav at de almindeligste resultater opnået ved hjælp af bidskinnebehandling var reduktion (80%) eller ophør (64%) af hovedpine, samt reduktion (70%) eller ophør (64%) af muskelsymptomer. Derudover opnåede ca. 20% af tandlægerne reduktion af symptomer som tinnitus, tandsmerter, kæbeledssmerter mv. Kun 13 tandlæger har ikke besvaret dette spørgsmål (Fig. 2).

Resultater – Kæbeledsdysfunktion

Behandling af kæbeledsdysfunktion.

»Hvordan behandler du kæbeledsdysfunktion, herunder bl.a. låsning og smerter? Bidskinne, blokade, analgetika, gabeøvelser, andet?«

Den hyppigst anvendte behandling af kæbeledslåsning og smerter var bidskinnebehandling, som anvendtes af 77% af

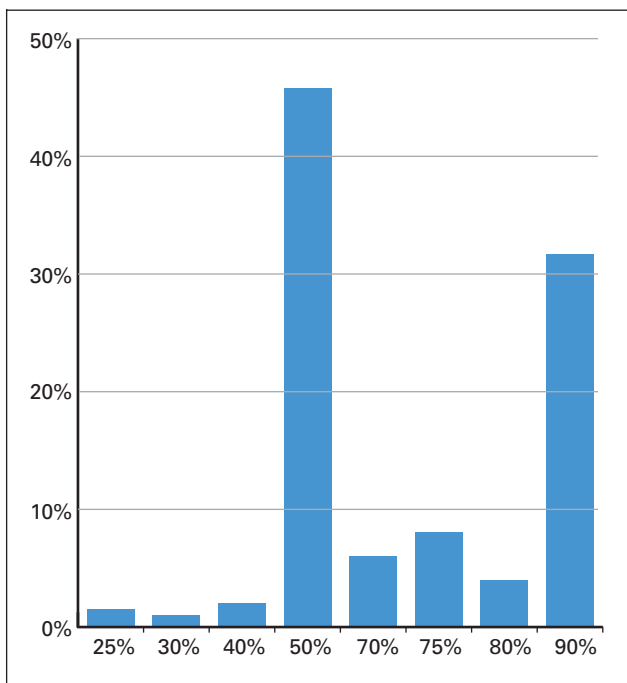


Fig. 2. Den procentvise fordeling af 212 tandlæger i Århus Amt efter behandlingssucces i henholdsvis 25%, 30%, 40%, 50%, 70%, 75%, 80%, 90% af tilfældene.

Fig. 2. The distribution by percentage of 212 dentists in Århus county who gained treatment success in respectively 25%, 30%, 40%, 50%, 70%, 75%, 80%, 90% of treated cases.

tandlægerne. Yderligere 41% af tandlægerne supplerede med gabeøvelser. Kun få anvendte analgetika (NSAID's) (10%) eller blokade (7%). Samlet benyttede ca. 15% af tandlægerne sig derudover af muligheden for at reponere kæbeled, beslibe okklusions- og artikulationsfacetter, samt opbygge støttezoner, og enkelte anvendte low power-laser. Til spørgsmålet: Anden behandling? har én tandlæge angivet samtale.

Henvisning af patienter med kæbeledsdisfunktion

»Hvor mange patienter med kæbeledsdisfunktion, herunder bl.a. låsning og smerter, henviser du årligt?«

Ca. 1/3 (36%) af tandlægerne henviste ikke patienter med kæbeledsdisfunktion, hvorimod størstedelen af de resterende tandlæger (61%) henviste 1-5 patienter årligt. Endelig henviste 3% flere end fem patienter med kæbeledsdisfunktion årligt.

»Til hvem henviser du?«

Henvisningerne fordelte sig ligeligt på Tandlægeskolen (38%), kolleger med speciale i bidfunktion (33%) eller Af-

deling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, ÅKH (31%). Enkelte tandlæger henviste til ortodontist (3%).

Behandlingsresultater ved bidskinnebehandling hos kæbeledsdisfunktionspatienter

»Hvilke resultater opnår du med skinnebehandling hos denne patientkategori?«

Det almindeligste resultat af bidskinnebehandling hos kæbeledsdisfunktionspatienter var smertereduktion (angivet af 56%). Derudover angav 35% af tandlægerne ophør af låsning, 31% angav ophør af smerter og 24% ophør af knæk efter skinnebehandlingen (24%).

Prislevelse for bidfunktionsbehandling

»Hvad koster bidfunktionsbehandling hos dig?«

Prisniveauet for bidfunktionsbehandling varierede meget. Gennemsnitsprisen for en samlet bidfunktionsbehandling (aftryk, bidskinne, 1. kontrol og efterfølgende konsultationer) var ca. 2.200 kr. Priserne varierede fra 700 kr. til 5.000 kr. (Fig. 3).

Diskussion

Undersøgelsen bekræfter naturligt nok at der i udstrakt omfang praktiseres behandling af spændingshovedpine og kæbeledsdisfunktion i almen tandlægepraksis i overensstemmelse med de principper som doceres på landets tandlægeskoler. Det forhold at der er sammenhæng mellem doceret viden og behandling i praksis forstærkes formentlig fordi 75% af klinikerne er uddannet inden for en relativ kort periode (ca. 15 år), hvilket afspejler dels baggrunden, dels den teoretiske »overbevisning« hos klinikerne og de personer der har undervist.

Sammenfatning vedr. spændingshovedpine

Når en ny patient henvender sig hos en tandlæge, eller når en fast patient oplyser om hovedpine, vil henholdsvis 83% og 76% blive udspurgt (skriftligt/mundtligt) vedr. symptomer på spændingshovedpine. Syvogtredive procent vil få foretaget en objektiv undersøgelse med relation til symptomerne.

Hovedparten af patienterne vil blive behandlet af tandlægen efter traditionelle bidfunktionelle principper. Ca. 95% af de adspurgte tandlæger anvendte rutinemæssigt fysiurgiske principper som bidskinne og gabeøvelser (53%) til afhjælpning af spændingshovedpine eller ømhed i tyggemuskulaturen. To tredjedele af tandlægerne henviser visse patienter, fortrinsvis til kolleger med speciale i arbejdsområdet: i privat praksis, på Tandlægeskolen eller i hospitalssektoren. Kun få henviser til læge (10%) og endnu færre til speciallæge i neurologi (8%). Femogtyve procent henviser til ikke-lægelige instanser (fysioterapeut, kiropraktor osv.). En tredjedel af

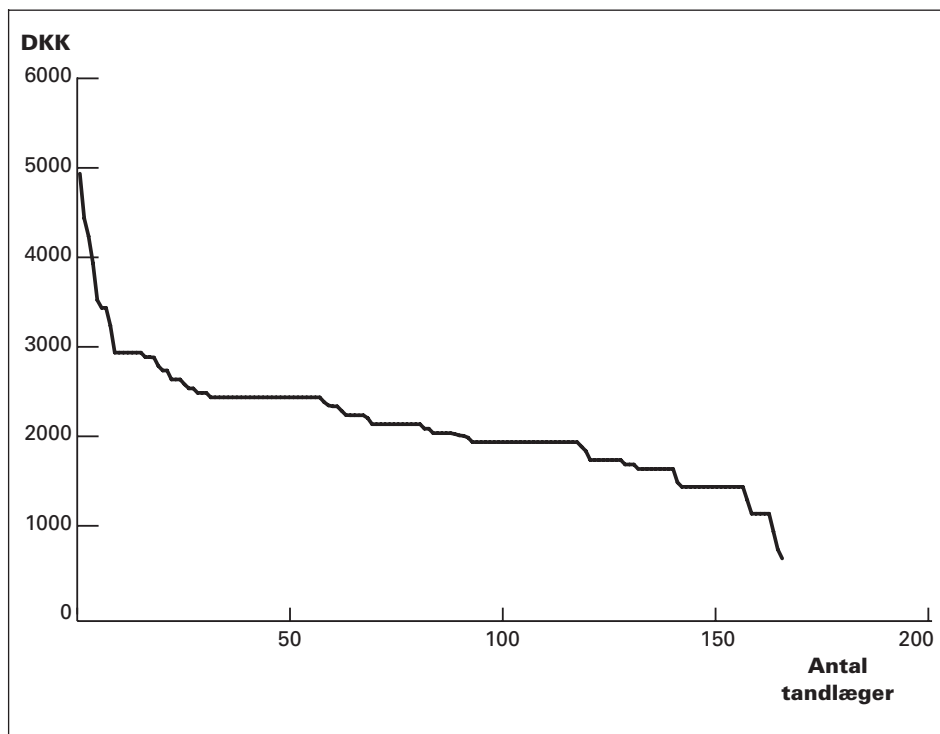


Fig. 3. Fordelingen af priser (i kr.) for bidfunktionsbehandling hos 172 tandlæger i Århus Amt.

Fig. 3. The distribution of stated prices for TMJ treatment by 172 dentists in Århus county.

tandlægerne henviste ikke patienter med spændingshovedpine mv., enten fordi de ikke mente at have sådanne patienter i egen praksis eller fordi de behandler dem selv. Effekten af den instituerede behandling har høj grad af succes idet de kategoriserede svar viser en bimodal fordeling mht. behandlingssucces. Ca. 50% af tandlægerne mener, at de kan reducere patienternes symptomer med ca. 50%, og ca. 30% af tandlægerne kan reducere symptomerne med 90% vha. traditionelle fysioterapeutiske/bidfunktionelle behandlingsprincipper. Kun ganske få angiver ingen behandlingseffekt.

Ca. 10% af tandlægerne angiver ikke at have patienter med spændingshovedpine i deres klientel og foretog følgelig ikke bidfunktionsbehandlinger.

Henvender patienten med spændingshovedpine sig derimod til praktiserende læge, kan der ske følgende: 1) spændingshovedpinen bliver behandlet af lægen (medicinsk), 2) eller patienten henvises til neurolog og behandles medicinsk (6).

Underdiagnostik af spændingshovedpine

På baggrund af de tidligere nævnte danske epidemiologiske data kan man estimere det gennemsnitlige antal patienter med hovedpine af spændingstypen i en gennemsnitstand-lægepraksis. De adspurgte tandlæger angav at have i gennem-

snit 987 patienter. *Rasmussen et al.* (3) fandt at 74% af den voksne danske befolkning havde haft spændingshovedpine i løbet af det sidste år, 10% mindst en gang om ugen, og 3% havde kronisk spændingshovedpine (>180 dage/årligt). Dette betyder at i en gennemsnitspraksis har 770 af 987 patienter haft spændingshovedpine i løbet af det foregående år. Nioghalvfems patienter har haft hovedpine så hyppigt som mindst én gang om ugen, og ca. 30 patienter lider af kronisk spændingshovedpine

Spændingshovedpine forekommer typisk hos yngre og midaldrende personer (2, 3, 7). En stor del af disse patienter må formodes at være betandede og underkastet regelmæssig tandpleje. Derfor må angivelser af at 10% af de adspurgte tandlæger ikke har patienter med spændingshovedpine, vække undren og give anledning til en formodning om at hovedpine af spændingstypen er underdiagnosticeret i tandlægepraksis.

Sammenfatning vedr. kæbeledsdyfunktion

Kæbeledsdyfunktionspatienter behandles i privat praksis stort set på samme vis som spændingshovedpinepatienter. Hovedparten vil blive behandlet af tandlægen efter traditionelle bidfunktionelle principper. Syvoghalvfjerds procent anvendte bidskinne, og 41% supplerede med gabeøvelser. To

tredjedele af tandlægerne henviste visse patienter fortrinsvis til kolleger med speciale i bidfunktion: i privat praksis, på Tandlægeskolen eller i hospitalssektoren. Hvis en kæbeleds-dysfunktionspatient går til læge, så bliver vedkommende henvist til en tandlæge (specialist). Dette er i overensstemmelse med at hovedparten af nyhenviste patienter med kæbeleds-dysfunktion til hospitalssektoren er henvist fra praktiserende læge eller speciallæge. Behandlingseffekten er dog knap så overbevisende for kæbeleds-dysfunktionsbehandling idet ca. halvdelen af tandlægerne er i stand til at opnå en 2/3 reduktion af smerterne, og kun 1/3 af tandlægerne opnåede ophør af smerter eller låsning. Praktisk taget ingen angav information og observation af tilstanden som en mulig behandling.

Generelt

Resultaterne af spørgsekemaundersøgelsen viser at der i odontologisk praksis i betydeligt omfang behandles patienter med spændingshovedpine og kæbeleds-dysfunktion. Dette fremgår ikke af de epidemiologiske neurologiske opgørelser (1, 2). Dette må ses som resultat af den næsten totale adskillelse mellem den neuromedicinske og odontologiske opfattelse og terapivalg til denne patientkategori.

Denne adskillelse fremgår af en helt ny statusartikel fra *Ugeskr Læger* (6), hvori det nærmeste man kommer omtale af den omfattende behandlingsaktivitet i odontologisk regi, er at »fysioterapi ... ideelt set bør forsøges før patienten tilbydes profylaktisk farmakologisk behandling«, og hermed menes behandling med tricykliske antidepressiva (amitriptylin), og at »ikke-farmakologiske behandlingsmuligheder normalt begrænses til hjemmeøvelser og fysioterapi«.

I den tidligere nævnte undersøgelse af kroniske spændingshovedpinepatienter (7) fandt *Bentsen et al.* generel hypersensitivitet, nedsat smertetærskel og – tolerance sammenlignet med raske kontrolpersoner. Man fandt herudover øget ømhed ved manuel palpation af de perikranielle myofascielle væv (muskler og seneinsertioner). Forskellen mellem patienter og kontrolpersoner var signifikant og betydelig for alle de undersøgte lokalisationer. Den øgede perikranielle ømhed kunne ikke direkte relateres til specifikke væv eller lokalisationer, men der var derimod tale om en generel ændring af perceptionen, og at smertetolerance og -tærskel kan moduleres af en fælles central faktor. Denne hypersensitivitet tyder på at cerebrale neurofysiologiske mekanismer er afficeret hos patienter med kronisk spændingshovedpine. Sammenhængen mellem den centrale hypersensitivitet og den øgede ømhed i de myofasciale væv er imidlertid uklar. Det er således uvist om det er centrale eller perifere mekanismer der initierer spændingshovedpinen.

Vores viden om spændingshovedpinens patofysiologi er utilstrækkelig. Der er flere mulige mekanismer bag udviklingen af myofascial smerte og dermed spændingshovedpine: 1) nedsat antinociceptiv effekt fra supraspinale strukturer og dermed mulighed for forøget supraspinal smertesensitivitet, 2) sensibilisering af neuroner på spinalt niveau (2. orden), og 3) sensibilisering perifert (nociceptorer). De forskellige mekanismers indbyrdes vigtighed og øvrige sammenhæng er delvis ukendt.

Noget tyder på at den centrale hypersensitivitet bliver forudgået af øget ømhed af de perikranielle væv, og at vedvarende smertestimuli fra det ydre kraniums tværstribede muskulatur sensibiliserer dele af centralnervesystemet og derved skaber øget smertesensitivitet, hvorved episodisk spændingshovedpine kan udvikles til kronisk, muligvis in-traktabel hovedpine (6).

En litteraturgennemgang (8) vedr. effekten af okklusal bid-skinnebehandling afslører at på trods af mange forskellige designtyper og funktionelle koncepter giver behandling under enhver form ensartet resultat, hvilket er en behandlings-succes på 70-90%. Dvs. at hovedparten af patienter med akutte symptomer på spændingshovedpine, myofascial smerte eller kæbeleds-dysfunktion vil respondere positivt på oplysning og observation, fysioterapi og evt. stabiliserende bid-skinne. Der vil dog være en restgruppe på 25-30% tilbage der fortsat har symptomer (9).

To nyere undersøgelser fra en canadisk gruppe anfægter i en vis grad rationalet bag traditionel bidfunktionsbehandling. Den første undersøgelse (10) viser at vilkårlig placebobidskinnebehandling stort set har samme effekt som behandlinger udført lege artis. En gennemgang af litteraturen (11) vurderede effekten af fysiurgiske behandlingsformer til behandling af muskuloskeletale smerter. Man fandt det bevist at patienternes symptomer lindredes under behandlingen med de fleste former for fysiurgisk terapi, inklusive placebo. Man fandt derudover at behandling er signifikant bedre end ingen behandling, samt at jo mere behandling en terapiform indeholdt desto bedre. Konklusionen var at de fleste patienter hjælpes i den periode de behandles, uanset hvilken form for fysiurgisk terapi de modtager. Dog var de fleste terapiformer ikke mere effektive end placebobehandling. Det skal anføres at undersøgelsen ikke omfattede farmakologiske behandlinger.

Selvom flere studier (10, 11) skaber tvivl om bidskinnebehandlingens terapeutiske effekt, må man samtidig konkludere at der heller ikke for andre behandlingsmetoder af spændingshovedpine og myofascial smerte foreligger god dokumentation, og med dette udgangspunkt er en stabiliserende bidskinne det bedste alternativ til fx langtidsmedicinsk behandling med tricykliske antidepressiva (6).

Colgate-Palmolive takkes for økonomisk støtte til gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen. Samtidig takkes de deltagende tandlæger fra DTF's 5. Kreds.

English summary

Alternative treatment of tension-type headaches and TMJs in dental practice. A questionnaire study among dentists in the county of Århus
New Danish epidemiologic surveys show that headache disorders are extremely common in the general population (1,2). None of these studies of neurological origin comprise the treatment of tension-type headache, provided by dentists. The result of this study is that dentists typically treat tension-type headaches, myofascial pain and TMDs by use of oral splints. The success rate among private practitioners is similar to that of splint efficacy in general in the literature (8), which is a 70-90% success rate. The success obtained by oral splints is mostly accountable to spontaneous remission, natural fluctuation of the condition in question (tension-type headaches, myofascial pain and TMDs) and the placebo effect.

A stabilizing oral splint is still an interesting non-invasive conservative treatment to long-term pharmacotherapy or irreversible dental treatment modalities.

Litteratur

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-57.
2. Rasmussen BK. Epidemiology of headache (disputats). Københavns Universitet; 1994.
3. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:443-6.
4. Jensen K. Kroniske hovedpinepatienter tager for mange piller. *Journal for sundhedsvæsenet* 1996;4:20-1.
5. Olesen J, Thomsen LL, Russell MB. Smertemekanismer og genteknik ved migræne. *Ugeskr Læger* 1997;159:2075-6.
6. Bentsen L, Jensen RA, Olesen J. Hovedpine af spændingstype. *Ugeskr Læger* 1997;159:4965-8.
7. Bentsen L, Jensen RA, Olesen J. Nedsat smertetærskel og tolerance hos patienter med kronisk spændingshovedpine. *Ugeskr Læger* 1997;159:4521-5.
8. McNeill C. History and evolution of TMD concepts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997;83:51-60.
9. Pedersen A, Hansen HJ. Long-term evaluation of 211 patients with internal derangement of the temporomandibular joint. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15:344-7.
10. Dao TTT, Lavigne GJ, Charbonneau A, Feine JS, Lund JP. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. *Pain* 1994;56:85-94.
11. Feine J, Lund JP. An assessment of the efficacy of physical therapy and physical modalities for the control of chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1997;71:5-23.

Forfattere

Thomas Kofod, tandlæge.

Privat praksis, Fiolstræde 19, 1171 København K

Hans Jørgen Hansen, overtandlæge, specialtandlæge, ekstern lektor, ph.d.

Afdeling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Århus Kommunehospital, og Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet