

Depressie

Op 19 oktober 1995 promoveerde de Leidse huisarts-onderzoeker Harm van Marwijk op het proefschrift 'Depression in the elderly as seen in general practice'.¹ Promotores waren Prof.dr. J.D. Mulder en Prof.dr. M.P. Springer; copromotor was Dr. J.M.H. Hermans. Het boek wordt besproken door de Almeerse huisarts Berend Terluin.

Depressies komen bij ouderen vaker voor dan bij jongeren, en het is bekend dat ze een negatieve invloed hebben op de functionele toestand, de medische consumptie en de mortaliteit in deze groep. *Van Marwijk* doet in zijn proefschrift verslag van enkele patiëntgebonden onderzoeken naar de prevalentie en het beloop van depressie en een enquête onder huisartsen naar hun diagnostische kennis en therapeutisch handelen met betrekking tot depressie. Het Engelstalige proefschrift is opgebouwd uit zes hoofdstukken in artikelvorm (waarvan er vier zijn gepubliceerd), een inleiding en een afsluitend hoofdstuk.

De onderzoeken

1 Vijfenzestig huisartsen beantwoordden vragen over twee papieren patiënten met een ernstige depressie. Ongeveer twee derde van de huisartsen stelde de juiste diagnose. Daarbij gaven zij aan vooral te letten op suïcidaliteit, slaapproblemen, veranderingen in eetlust en gewicht, psychomotorische remming en interesseverlies.

2 Een groep van 384 opeenvolgende huisartspatiënten van 65 jaar of ouder vulde de Zung Self-rating Depression Scale en de Geriatric Depression Scale (GDS) in. Een gestratificeerde steekproef van deze patiënten (n=101) werd vervolgens geïnterviewd met een 'referentie-interview voor milde depressie', gebaseerd op de ICHPPC-2-Defined. De prevalentie van (milde) depressie werd op basis van deze gegevens geschat op 17 procent.

3 Volgens de betrokken huisartsen (n=7) waren 53 van de onder (2) genoemde 384 patiënten depressief (van wie drie ernstig). De diagnose van de huisarts kwam slechts in 17 gevallen overeen met de interviewdiagnose. De huisartsen verstrekten achteraf informatie over de behandeling van 44 van de 53 patiënten. Zeventien patiënten kregen geen enkele behandeling. De overigen kregen steunende gesprekken (27x), antidepressiva (9x), benzodiazepinen (3x) of een verwijzing naar een 'mental health professional' (1x). Patiënten die langer dan zes

maanden depressief waren en patiënten die meer dan drie symptomen hadden, kregen vaker een vorm van behandeling.

4 Voor het tweede patiëntgebonden onderzoek vulde een andere groep van 580 opeenvolgende huisartspatiënten van 65 jaar of ouder de GDS in, terwijl de betrokken huisartsen (n=13) onafhankelijk de contactredenen en hun diagnoses registreerden. Vervolgens werden alle patiënten geïnterviewd met het 'referentie-interview voor milde depressie' en de Diagnostic Interview Schedule (DIS) voor het vaststellen van ernstige depressie (major depression) of chronisch-milde depressie (dysthymia). Door middel van het interview werden zeven patiënten met een ernstige depressie gevonden en 39 patiënten met een milde depressie, van wie 22 chronisch. De prevalentie van alle vormen van depressie was 7,9 procent. Slechts een kwart van de 46 depressieve patiënten was ook door de huisarts als depressief herkend. De patiënten met een ernstige depressie werden niet beter herkend dan de patiënten met een milde depressie.

5 *Van Marwijk* besteedt een apart hoofdstuk aan de kwaliteiten van de 30-item GDS en kortere versies als screeningslijst voor het vinden van een DIS-depressie (ernstig of chronisch-mild). Bij een logistische regressie-analyse bleven er slechts twee items over die statistisch significant discrimineerden tussen DIS-depressieven en niet-depressieven. Deze vragen waren 'Bent u innerlijk tevreden met uw leven?' en 'Heeft u het gevoel dat uw leven leeg is?'. De GDS bleek beter geschikt voor het uitsluiten dan voor het aantonen van een DIS-depressie.

6 Het cohort van 46 bejaarde patiënten met een DIS-depressie (ernstig of chronisch-mild) of een ICHPPC-milde depressie uit het laatste onderzoek werd na zes en twaalf maanden geïnterviewd om het herstel te volgen. Ondertussen werden ook de huisartsen ondervraagd over de behandeling van deze patiënten. Of (en zo ja, hoe) de huisartsen onwetend werden gehouden over de vraagstelling van dit onderzoek, wordt niet vermeld. De drop-out was tamelijk groot: na 6 en 12 maanden konden 29 respectievelijk 25 patiënten worden geïnterviewd. Het herstel van de depressieve patiënten was boven verwachting: alle 10 patiënten met een ICHPPC-milde depressie, 11 van de 15 patiënten met een chronisch-milde depressie en 3 van de 5 patiënten met een ernstige depressie waren na 12 maanden hersteld. Herkenning van de depressie door de huisarts had geen invloed op het herstel. *Van Marwijk* komt tot de conclusie dat depressies bij ouderen minder ernstig

zijn dan in de literatuur wel wordt gesuggereerd, dat de huisartsgeneeskundige zorg aan depressieve ouderen adequaat is en dat, vanwege de goede prognose, het benoemen van mildere vormen van depressie niet per se noodzakelijk is.

Commentaar

Het onderzoek dat *Van Marwijk* heeft verricht, is geen geringe klus geweest, en hij verdient alle lof hiervoor. Hij verdient het ook dat zijn proefschrift kritisch wordt gelezen en geëvalueerd.

- Met behulp van het 'referentie-interview voor milde depressie' werd in één onderzoek een prevalentie van depressie van 17 procent gevonden, terwijl in een tweede onderzoek de prevalentie voor de drie te onderscheiden vormen van depressie 7,9 procent was. Ik neem aan dat het referentie-interview niet alleen de niet-chronische milde depressie, maar ook de ernstige depressies en de chronisch-milde depressies includeerde. Hoe kan het dan dat je met een uitgebreidere interview-batterij onder overigens dezelfde omstandigheden toch minder depressies vindt? Toeval?

Ik ben zo vrij geweest om de Chi-kwadraat uit te rekenen van het verschil tussen 17 en 7,9 procent, rekening houdend met het werkelijk aantal geïnterviewde patiënten; de Chi-kwadraat is 8,1 (df=1). De kans op het verkrijgen van het gevonden verschil zonder dat er sprake is van een werkelijk verschil in onderzoekspopulatie en/of -methoden, is kleiner dan 0,005. *Van Marwijk* houdt het op het ontbreken van een minimumduur in de ICHPPC-criteria (p. 83). Dit lijkt me geen voldoende verklaring, want ruimere criteria kunnen wel tot onbetrouwbaarheid leiden, maar dit leidt eerder tot het verdoezelen dan tot het ontstaan van verschillen. Misschien weet *Van Marwijk* een betere verklaring. Zo niet, dan is er altijd nog een kans van 1 op 200 dat het toeval hem ernstige parten heeft gespeeld.

- Een derde van de huisartsen weet niet goed wat een depressie is. Meer dan de helft van de depressieve patiënten krijgt onvoldoende behandeling van de huisarts. Huisartsen noemen andere personen depressief dan die als zodanig met een gestandaardiseerd interview (de DIS) worden geïdentificeerd. Op het eerste gezicht lijken dit schokkende bevindingen. Maar het gekke is, dat het allemaal niet veel uitmaakt. Alle patiënten met een 'milde depressie' genezen vanzelf, onafhankelijk van de bemoeienis van de huisarts. De meeste patiënten met een 'chronisch-milde depressie' zijn na een jaar spontaan niet meer depressief. Zelfs drie van de

vijf patiënten met een 'ernstige depressie' zijn na een jaar genezen. De vraag dringt zich onontkoombaar op waarover *Van Marwijk* het eigenlijk heeft. Gaat zijn onderzoek over de psychiatrische ziekte depressie bij ouderen of alleen over depressieve klachten?

Mijns inziens is het laatste het geval. In de eerste plaats is nooit aannemelijk gemaakt dat een 'milde depressie' een milde variant is van de psychiatrische ziekte depressie.² In de tweede plaats mag de DIS dan een gestandaardiseerd *psychiatrisch* diagnostisch interview zijn, de validiteit ervan in een niet-psychiatrische populatie staat niet vast. De gegevens van *Van Marwijk* illustreren dit waar blijkt dat het gros van de patiënten die voldoen aan de criteria voor 'dysthymie', na een jaar is genezen, terwijl dysthymie in de psychiatrie berucht is om zijn chroniciteit. Terwijl *Van Marwijk* in zijn laatste onderzoek maar zeven patiënten vond die voldeden aan de criteria voor een 'ernstige depressie', is het nog maar de vraag of al deze patiënten een 'echte depressie' hadden.²

Mijn conclusie is dat het proefschrift van *Van Marwijk* voornamelijk betrekking heeft op oudere patiënten met depressieve klachten en niet op oudere patiënten met een depressie. Dit lijkt me een belangrijke kanttekening bij zijn conclusie dat het allemaal wel meevalt met de depressieve ouderen en dat de huisartsenzorg wel adequaat is. Of dat namelijk ook geldt voor bejaarde huisartspatiënten met een 'echte depressie', zal nog moeten blijken uit nieuw onderzoek.

B. Terluin

1 Van Marwijk HWJ. Depression in the elderly as seen in general practice. Prevalence, diagnosis, and course [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1995. ISBN 90-9008697-8.

2 Terluin B, Van der Meer K. Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie? Huisarts Wet 1995; 38: 307-9.

Reactie

Het eerste punt van Terluin betreft de verschillende schattingen van het voorkomen van depressie bij ouderen in beide onderzoeken. Eén verklaring is dat in het tweede onderzoek meer depressieve patiënten zijn thuisgebleven dan in het eerste. Volgens de zelfinvullijst, de Geriatric Depression Scale, had in het eerste onderzoek 21 procent van de respondenten depressieve klachten en in het tweede 16 procent. Ook

de huisartsen vonden de tweede groep minder depressief: 14 procent in het eerste en 9 procent in het tweede onderzoek.

Het eerste onderzoek was eigenlijk meer een voorstudie. Na een screenende fase volgde bij een deel van de patiënten in de tweede fase een interview. Deze opzet is relatief goedkoop, doordat er maar een beperkt aantal interviews nodig is, en dit werd destijds in de literatuur veelvuldig beschreven. In 1990 was er bovendien geen geschikt psychiatrisch interview beschikbaar voor depressie bij ouderen. We gebruikten daarom vragen uit een bestaande depressieschaal (MADRS) voor het beoordelen van de huisartsgeneeskundige criteria voor depressie (ICHPPC-2-Defined). Deze schatting was waarschijnlijk niet erg nauwkeurig.

Het tweede onderzoek is vooral uitgevoerd, omdat een tweetraps-design na de ervaringen met de eerste studie toch wat wankel leek en we de vragenlijst noodgedwongen deels zelf hadden ontwikkeld. Inmiddels was er contact met de GGD in Eindhoven, waar een onderzoek bij ouderen had plaatsgevonden met de Nederlandse versie van het diagnostisch interviewschema. Daar verzorgde men tevens trainingen in het gebruik van dit meetinstrument. In het tweede onderzoek was daarom het doel om alle ouderen te interviewen die in een maand contact hadden met een aantal huisartsen. Deze resultaten lijken mij daarom de beste schatting van de werkelijke omvang van het probleem.

Zoals ook in zijn reactie (met Van der Meer) op de NHG-Standaard Depressie het geval was, speelt in het commentaar van Terluin een definitieprobleem rond depressie een rol: heeft Van Marwijk het nu eigenlijk over de psychiatrische ziekte depressie bij ouderen of over depressieve klachten? Het is volgens Terluin in ieder geval de vraag '... of deze patiënten een echte depressie hadden'. Ik raak altijd wat in de war als het gaat over echtheid. Wat voor de een echt is, is voor de ander onecht. Onder 'echt' verstaat Terluin mogelijk datgene wat gekoppeld is aan het actieve handelen van huisartsen en dus aan de prescriptie van antidepressiva. Maar echte depressieve klachten (de patiënt voelt ze) zijn toch niet minder echt, omdat de huisarts geen medicijn voor de klachten kan voorschrijven? Ik ben dan ook voor toekomstig onderzoek meer geïnteresseerd in de vraag wat patiënten het best helpt bij een depressieve episode dan of de huisarts de depressie al dan niet echt vindt. Ik denk aan de andere kant dat we het daar uiteindelijk ook wel over eens zijn.

Harm van Marwijk

Slaapstoornissen en dips bij astma

Het proefschrift van de longarts *Van Keimpema* gaat over verstoring van de nachtrust en dips in de morgen bij astmapatiënten. Dit wordt in de literatuur en bij standaarden als een belangrijk probleem gezien: verstoorte nachtrust of morgendips zijn een reden de behandeling te intensiveren en zouden samenhangen met een grilliger beloop en een minder goede prognose. Goed onderzoek naar deze fenomenen is echter schaars.

De studie is uitgevoerd bij twee groepen poliklinische patiënten met stabiel astma. Groep A bestond uit 103 niet nader geselecteerde patiënten, groep B bestond uit 35 patiënten met verstoring van de nachtrust of 'dippen' 's morgens. In dagboeken hielden de patiënten het optreden van klachten (overdag en 's nachts), de piekstroom, hun subjectieve slaapkwaliteit en fitheid overdag bij.

Binnen groep A bleek 19 procent van de patiënten 'ochtenddaler' ($\geq 3 \times$ /week ≥ 20 procent daling PEF en $< 2 \times$ /week nachtelijk ontwaken), 10 procent 'nachtelijke ontwaker' ($\geq 2 \times$ /week nachtelijk ontwaken) en had 71 procent geen grote problemen 's nachts of een ochtenddip. Op bekende klinische parameters (spirometrie, histaminedrempel e.d.) bleken deze drie subgroepen van groep A niet significant van elkaar te verschillen. Op basis van de literatuur was verwacht dat het percentage astmapatiënten met verstoorte nachtrust of ochtenddip hoger zou zijn en dat dergelijke patiënten slechter zouden scoren op de klinische parameters. Het slaappatroon van de patiënten uit groep A leek meer op dat van mensen die aan slapeloosheid leden dan op patiënten met slaapproblemen door een belemmerde ademhaling als bij het slaapapneusyndroom.

Vervolgens werden de 'dagboek-parameters' onderling gecorreleerd in beide groepen (A en B). Het gevonden patroon bleek in beide groepen hetzelfde: de gevonden correlaties waren niet hoog (coëfficiënten rond de 0,3), de subjectieve slaapkwaliteit en fitheid overdag correleerden niet alleen met de nachtelijke klachten en de ochtend-PEF (zoals verwacht), maar ook met de klachten overdag (onverwacht).

Groep B is vervolgens behandeld met een slow-release oraal salbutamolpreparaat. In een cross-over design is beoordeeld of de slaapkwaliteit verbeterde. Dit was niet aantoonbaar.

Tot slot is in een pilot van 12 patiënten uit groep A nagegaan of intensivering van de behandeling middels toevoeging van een langwerkend β -mimeticum de objectieve slaapkwaliteit verbeterde (de objectieve slaapkwaliteit werd gemeten met EEG-registraties, hetgeen overigens bij slechts 6 van de 12 patiënten lukte). Ook dit bleek niet aantoonbaar.

De auteur relateert op basis van deze resultaten het belang van verstoring van de nachtrust of ochtenddips bij astma; wellicht berust het verschijnsel eerder op een verhoogde werkzaamheid dan op het astma zelf, en is uitleg en geruststelling beter dan intensivering van de behandeling.

Het onderzoek oogt degelijk en de resultaten zijn belangwekkend. Met name de bevinding dat de objectieve slaapkwaliteit van astmapatiënten meer op die van slapelozen dan van 'slaapapneuërs' lijkt, ondermijnt de vigerende visie dat het bioritme van astma op zichzelf de nachtrust verstoort. Het is daarentegen jammer dat de auteur zijn hypothese over het mogelijk effect van intensivering van de behandeling zo summier (een pilot van 12 patiënten) en langs ongebaande paden heeft onderzocht (oraal β -mimeticum, langwerkend β -mimeticum). Als de gedachte is dat intensivering van de op het astma gerichte behandeling verbetering van kernsymptomen moet geven, waarom dan niet gewerkt met internationaal erkende stappen in het stappenplan voor de behandeling (bij onvoldoende controle ophogen van de dosering onderhoudsmedicatie en/of toevoegen van een tweede type luchtwegverwijder)? Bovendien is de hypothese dat verstoorde nachtrust of ochtenddips samenhangen met ernstiger vormen van astma, onvoldoende uitgewerkt. Wat is ernstig: onvoorspelbaar of instabiel (dergelijke patiënten waren nu uitgesloten) of een slechtere prognose (dan was een onderzoek met een lange follow-up nodig geweest)?

Mijn conclusie is: het ritme in symptomen van astma blijft interessant, ook voor behandelend artsen omdat een verstoorde nachtrust nu eenmaal erg vervelend is. Het komt waarschijnlijk minder vaak voor dan ons geleerd is en we weten nog niet precies wat we er aan moeten doen. Het pleidooi voor allerlei vervolgonderzoek van de auteur ondersteun ik dan ook van harte, te beginnen bij het beschrijven en vervolgen van de verschijnselen, niet alleen bij poliklinische, maar ook bij patiënten onder controle bij huisartsen. Als aan deze oproep op grote schaal gevolg gegeven wordt, is Ton van Keimpema in zijn hoofddoel geslaagd.

Wouter van Hensbergen

- 1 Van Keimpema ARJ. Nocturnal waking and morning dipping in clinically stable asthma patients [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1995; 130 bladzijden, geen handelsuitgave. ISBN 90-9008589-0.

Reactie

Inderdaad vormen mijn bevindingen geen ondersteuning van de krachtige aanpak van 'nachtelijk astma en morgen-dippen' die in diverse standaarden wordt geadviseerd. Mijn onderzoek betrof echter patiënten zonder een op handen zijnde exacerbatie. De opmerking dat het belang van symptomen in het kader van exacerbaties niet is onderzocht, is derhalve terecht. Mijn bevindingen geven wel aanleiding de klinische relevantie van morgen-dippen en nachtelijk ontwaken in 'stabiele' patiënten te relativeren, maar bieden hierover, gezien het inventariserende en hypothesevormende karakter van het onderzoek, geen uitsluitel. Bij de behandeling van de 12 patiënten ging het niet om onderzoek naar de effectiviteit van de medicamenten, maar om een – 'low budget' – pilot-onderzoek naar de realiseerbaarheid van een model om het effect nachtelijke bronchusobstructie – middels het moduleren ervan – op de slaapkwaliteit en vervolgens op het functioneren overdag te bestuderen. Hoewel mijn conclusies wellicht uitdagend waren, mag op grond hiervan het handelen niet bepaald worden. Er is inderdaad nader onderzoek noodzakelijk, waarbij een aantal methodologische striikelblokken nog een hindernis vormen.

A.R.J. van Keimpema

Kaakpijn – nekpain

Dr. A. de Wijer is fysiotherapeut en manueel therapeut te Utrecht. Zijn proefschrift 'Temporomandibular and cervical spine disorders' wordt besproken door Maarten Jonquière, huisarts en arts voor manuele geneeskunde in Delft.

In de literatuur wordt geregeld melding gemaakt van het tegelijkertijd optreden van (of een mogelijk verband tussen) temporomandibulaire disfunctie (TMD) en cervicale wervelkolomdisfunctie (CSD). In de Nederlandse terminologie wordt het begrip craniomandibulaire disfunctie gebruikt. Aan de hand van een zeer uitgebreide literatuurstudie (met 31 pagina's literatuurverwijzingen) komt *De Wijer* tot de

conclusie dat de relatie niet zonder meer kan worden gelegd. Vanwege verschillen in methodologische opzet en bestudeerde populaties, soms ook wegens controversiële resultaten, kunnen studies niet altijd met elkaar worden vergeleken.¹

Als huisarts komen we beide clusters van klachten tegen, de CSD met zekere regelmaat. Uit de literatuur blijkt dat 40 procent van de specifieke verwijzingen naar de fysiotherapeut met betrekking tot het bewegingsapparaat klachten van de cervicale wervelkolom betreft. Daarnaast worden bij 5 procent van de volwassen Nederlanders klinisch matige tot ernstige klachten van het kauwstelsel vastgesteld. In menige huisartspraktijk zal een lagere incidentie worden gemeten.

Doel van het onderzoek

Het onderzoek van *De Wijer* had als doel inzicht te verwerven in het voorkomen van TMD en CSD en het mogelijke verband tussen TMD en CSD in dezelfde patiëntenpopulatie. Het onderzoek is stapsgewijs opgezet. Patiënten uit één patiëntenpopulatie werden onderzocht op het bestaan van TMD en/of CSD. Hierbij werden anamnestiche gegevens en de resultaten van orthopedische tests van het kauwstelsel en de cervicale wervelkolom gebruikt. Voordien echter werd onderzoek gedaan naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de in de dagelijkse praktijk gebruikte orthopedische tests van het kauwstelsel en de nek inclusief de schoudergordel. In een aparte studie werd aan de hand van een vragenlijst onderzocht of patiënten met CSD zich onderscheidden van (subgroepen van) patiënten met TMD. Op basis van deze gegevens werd beoordeeld of en in welke mate TMD en CSD elkaar overlappen. Tenslotte werden de specifieke kenmerken van beide syndromen geanalyseerd, waarbij de variabelen, discriminerend voor TMD en CSD werden geïdentificeerd.

Voor een nadere begripsomschrijving van de onderhavige syndromen citeer ik uit de samenvatting van de dissertatie. 'Temporomandibulaire dysfuncties worden in de literatuur aangeduid als dysfuncties van het bewegingsapparaat van het kauwstelsel in ruime zin, waarbij rekening wordt gehouden met de artrogene en myogene ketens en met de invloeden vanuit de neurogene structuren, de viscera en de psyche. De karakteristieke kenmerken van TMD zijn: pijn ter plaatse van het kaakgewricht en/of de kauwspieren, bewegingsstoornissen waaronder bewegingsbeperking en/of deviaties in het bewegingspatroon en gewrichtsgeluiden tijdens het bewegen van de kaak.

Bij cervicale wervelkolom dysfuncties zijn de structuren van de wervelkolom betrokken en deze kunnen klachten veroorzaken vanuit de nek naar de schouder, arm, interscapulaire regio en/of het hoofd. Naast een houdings en bewegingsafhankelijke pijn is er sprake van bewegingsbeperking van de nek en hypertone en/of pijnlijke nekspieren.⁷

Onderzoekopzet en resultaten

Voor het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de orthopedische tests en palpatietechnieken bij de klinische diagnostiek van TMD werden 79 patiënten gezien door een tandarts en een fysiotherapeut. De patiënten waren verwezen naar de afdeling temporomandibulaire ziekten en orofaciale pijn van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Na de anamnese werd eerst door de tandarts extra- en introrale inspectie verricht, de occlusie beoordeeld en werden de volgende onderzoeken verricht: actieve bewegingen van de mandibula, passief openen van de mond, tractie en translatie, compressie, isometrische weerstandstest, palpatie van het gewricht en de kauwspiermusculatuur en röntgenonderzoek. Na informed consent werden de patiënten binnen twee uur opnieuw onderzocht door de fysiotherapeut.

De betrouwbaarheid van de metingen 'actief openen van de mond', en de registratie van 'clicken' was groot. Het meten van pijnintensiteit en het noteren van gewrichtsgeluiden tijdens actief openen bleken minder betrouwbaar. Omdat diagnostiek altijd gebaseerd is op een combinatie van tests, werden ook multitestcores (MTS) samengesteld voor elke test. In deze samengestelde score bij compressie werd ook een redelijke betrouwbaarheid gevonden voor gewrichtsgeluiden, terwijl pijn minder betrouwbaar bleek.

Geconcludeerd wordt dat de hoofdsymptomen van TMD (pijn, bewegingsbeperking en gewrichtsgeluiden) het betrouwbaarst kunnen worden vastgesteld door middel van multitestcores. Tevens wordt geadviseerd dat klinici hun onderzoekstechnieken met regelmaat calibreren om de betrouwbaarheid van hun resultaten in de dagelijkse praktijk te verbeteren.

De opzet van het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van bevindingen bij CSD was vergelijkbaar. In deze studie werden 92 patiënten met symptomen van cervicale klachten die door de huisarts naar de fysiotherapeut waren gestuurd, at random geselecteerd. Zij werden door twee geroutineerde fysiotherapeuten onderzocht door middel van anamnese, lichamelijk onderzoek, orthopedisch onder-

zoek van cervicale en thoracale wervelkolom en schoudergordel, neurologische tests en palpatie. Na onderzoek door de eerste therapeut werd de patiënt na informed consent binnen 15 minuten opnieuw onderzocht door de tweede fysiotherapeut, die onkundig was van de eerdere bevindingen. Het orthopedisch onderzoek was zeer uitgebreid en omvatte actieve en passieve bewegingstests van de wervelkolom en de schoudergordel (met beoordeling van bewegingsuitslag en eindgevoel). Tevens werden zorgvuldig alle relevante nekspieren en alle benige uitsteeksels van nek en schouder gepalpeerd. Ook nu werden multitestcores berekend.

Actieve en passieve flexie, extensie van de cervicale wervelkolom, en de de tests voor de schoudergordel bleken betrouwbaar. Ook hier wordt gadviseerd om dergelijke tests verder te verfijnen en met regelmaat te calibreren.

De derde voorstudie had als doel om mogelijke verschillen aan te tonen tussen specifieke en begeleidende symptomen van patiënten met CSD en (subgroepen) patiënten met TMD door middel van een vragenlijst. Deze vragenlijst was in een eerder onderzoek opgesteld en bevatte vragen over demografische gegevens, de voorgaande behandeling(en) en de reden voor het consult. Daarnaast werd gevraagd naar pijnlijke of gevoelige gebieden in het gebied van hoofd/hals en schoudergordel, symptomen van TMD, klachten van oren, neus, ogen en keel die bij beide symptoomcomplexen kunnen voorkomen, psychosociale factoren en algemene gezondheidsvragen.

Er werden 111 opeenvolgende patiënten met TMD en 103 opeenvolgende patiënten met CSD in het onderzoek opgenomen. De TMD-patiënten waren verwezen naar de afdeling tandheelkunde, de CSD-patiënten werden geselecteerd in de fysiotherapiepraktijk.

Er bleek anamnestic een significant verschil tussen de patiëntengroep met verschijnselen behorend bij TMD en de groep met CSD-patiënten. Deze patiënten toonden ten aanzien van verschijnselen van stoornissen in het kauwstelsel geen verschil met de normale populatie. Daarom werd geconcludeerd dat CSD niet oorzakelijk en/of onderhoudend kan zijn voor TMD-klachten. Behoudens symptomen in en rond het oor waren er geen verschillen in bijkomende verschijnselen tussen beide groepen.

Met behulp van een vragenlijst kan onderscheid worden gemaakt tussen CSD- en TMD-patiënten, met name door middel van vragen die betrekking hebben op het kauwstelsel.

Tenslotte werden nadien deze zelfde patiën-

tengroepen beide onderzocht met de al eerder beschreven orthopedische tests voor het kauwstelsel en die voor de nek/schoudergordel. Dit resulteerde in de volgende conclusies. Door middel van testen van het kauwstelsel kan onderscheid worden gemaakt tussen beide patiëntengroepen. Zoals eerder reeds opgemerkt, verschillen CSD-patiënten niet van de normale populatie ten aanzien van verschijnselen behorend bij TMD. Alleen orthopedisch onderzoek van de nek is niet voldoende om onderscheid tussen beide groepen patiënten te maken. Ook schoudergordelonderzoek is hiervoor niet geschikt.

Conclusies en aanbevelingen

Tot slot werd geconcludeerd dat de hypothese dat nekonderzoek belangrijk zou bijdragen aan de differentiële diagnostiek van TMD en CSD, niet juist bleek. Uit de studie bleek vooral dat 'de caudale relatie' (pijn in de nek bij TMD) sterker is dan 'de craniale relatie' (pijn in het kauwstelsel bij CSD).

De aanbevelingen gelden vooral tandarts en fysiotherapeut. De tandarts krijgt het advies de vragenlijst routinematig te gebruiken bij patiënten van wie vermoed wordt dat zij klachten van het kauwstelsel hebben. Zonder aanwijzingen voor nekklachten kan de patiënt verder door de tandarts worden behandeld. Indien door de vragenlijst, eventueel aangevuld met actief en palpatie-onderzoek van de nek, uitgebreidere nekproblematiek blijkt, dient de patiënt te worden verwezen naar huisarts en/of medisch specialist. Voor huisarts en fysiotherapeut geldt dat aandacht aan het kauwstelsel moet worden geschonken bij patiënten met persisterende myogeen bepaalde nekklachten. Bij nader onderzoek kan een eventuele TMD worden vastgesteld, waarna verwijzing naar de tandarts dient plaats te vinden.

Opmerkingen en openstaande vragen

De gemiddelde huisarts zal weinig patiënten met klachten van het kauwstelsel herkennen (maar waarschijnlijk wel zien!). Daarom is aandacht voor dit proefschrift nuttig. De inhoud getuigt van grote kennis van dit specialistische terrein, dat toch zo dicht bij de eerste lijn ligt. Het onderzoek is met grote zorgvuldigheid opgezet en uitgevoerd. Er is een zeer uitgebreide literatuurstudie aan vooraf gegaan, waarbij vele tegenstrijdigheden werden vastgesteld. Opvallend hierbij is dat de auteur in zijn onderzoekopzet kiest voor studie in één populatie, maar in zijn voor het onderzoek essentiële voorstudies gebruik maakt van twee verschillende populaties. Ook in de hoofdstudie verge-

lijkt hij twee groepen patiënten die wel voor TMD en CSD werden onderzocht, maar op basis van geheel andere klachten waren verwezen. Het is natuurlijk zeer de vraag of de conclusies op grond van deze verschillen zijn te extrapoleren naar de 'huisartspopulatie'.

Op grond van de resultaten van de studie naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van bevindingen bij CSD komt de auteur tot de conclusie dat veel klinische tests niet betrouwbaar zijn en dienen te worden verijnd. Het is interessant te weten welke suggesties hij daarvoor in gedachten heeft. Tot nu toe wordt met deze klinische tests wel gewerkt en wordt er beleid op afgestemd. Een vergelijking met de kritiek op de NHG-schouderstandaard dringt zich hier op. Ook bij het daarin beschreven onderzoek neemt de twijfel over de betrouwbaarheid van de orthopedische tests toe.

De grootste relevantie voor de huisarts is vanzelfsprekend de aandacht die voor dergelijke klachten wordt gevraagd. Het lijkt zinvol dat de huisarts bij patiënten met onverklaarde of therapieresistente nekklachten denkt aan en vraagt naar klachten van het temporomandibulaire systeem. Wij zijn het in het algemeen niet gewend actief te vragen naar pijn bij het kaakgewricht, indien de patiënt daar zelf niet over klaagt. Het vragen naar geluiden bij het openen van de mond, het onderzoeken van de mondopening en het vaststellen van een bewegingsbeperking moet gemakkelijk aan te leren zijn. In de conclusies wordt door *De Wijer* vooral aangegeven dat een combinatie van verschijnselen (een beperkte mondopening gepaard met pijn en/of deviatie van de onderkaak bij functietests) relevanter is dan alleen het vaststellen van een bewegingsbeperking.

Pas op de laatste bladzijden komt de huisarts in beeld – behoudens zijn positie als verwijzer van CSD-patiënten naar de fysiotherapeut – met het advies rekening te houden met TMD bij patiënten met persisterende myogene nekklachten. Zegt dat iets over de aandacht die er tot nu toe in de eerste lijn voor dergelijke klachten bestaat? Zelf bedacht ik hoe zelden een patiënt door zijn tandarts naar mij wordt verwezen met dergelijke problematiek. Worden deze patiënten ook niet door de tandarts herkend, of worden zij langs andere kanalen verwezen? Wellicht zou gezamenlijke nascholing met de naburige tandartsen tot een onvermoede samenwerking kunnen leiden.

Dr. Maarten Jonquière
huisarts en arts voor manuele geneeskunde,
Delft

- 1 De Wijer A. Temporomandibular and cervical spine disorders [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995; 176 pagina's. ISBN 90-393-0877-2.

Reactie

De paragraaf opmerkingen en openstaande vragen geeft aanleiding tot een nadere beschrijving van de patiëntengroepen met betrekking tot de verwijzingen die hebben plaatsgevonden. Patiënten met CSD die deelnamen aan het onderzoeksproject zijn door huisartsen voor onderzoek en behandeling ingestuurd naar de fysiotherapiepraktijk. De TMD-patiënten zijn zowel door de huisarts als door de tandarts verwezen naar de afdeling Bijzondere Tandheelkunde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. In een eerder onderzoek heeft *De Leeuw* de anamnestiche gegevens verzameld van zowel patiënten met TMD als controlegroepen met en zonder verschijnselen en symptomen van TMD.¹ Uit het landelijk epidemiologisch onderzoek tandheelkunde blijkt dat ongeveer één op de vijf personen bij het anamnestiche onderzoek minstens op één vraag naar het voorkomen van symptomen van kaakgewrichtsklachten positief antwoordt.² Op basis van het klinisch onderzoek bleken bij 5 procent van de mensen matige tot ernstige symptomen voor te komen, en 5 procent van de mensen bleek van plan te zijn zich met de bestaande klachten te melden bij de huisarts of tandarts. Indien mensen met klachten behandeling gezocht hadden, bleek de helft hiervan de huisarts te hebben geconsulteerd. *De Kanter* komt in zijn studie tot een behandelhoeft van 3,1 procent van de bevolking.² In absolute cijfers is dit een aanzienlijk aantal, waarbij huisartsen en fysiotherapeuten zich dienen te realiseren dat veel patiënten niet behandeld worden omdat de symptomen niet als uiting van TMD worden herkend. Bij meer dan 40 procent van de patiënten met TMD wordt oorspijn anamnestiche vastgesteld. De diagnose is niet altijd eenvoudig, doordat verschijnselen van TMD kunnen worden gemaskeerd dan wel worden verward met andere aandoeningen, zoals pijn door cariës, parodontaal abces en neuralgie.

Bij het gebruik van klinische tests is het van belang rekening te houden met de achterliggende gegevens, het doel, en de betrouwbaarheid, sensitiviteit, specificiteit, voorspellende waarde en verdere validering van deze tests. Voor de tests die gebruikt worden binnen het orofaciale gebied zijn vele aspecten in kaart gebracht.

Helaas blijft het klinisch wetenschappelijk onderzoek van de nek-schoudergordel hierbij nog achter. Het is van groot belang, gezien de omvang van het CSD-probleem, meer zicht te krijgen op het doel en de waarde van de diverse tests.

De resultaten met betrekking tot het orthopedisch onderzoek van het kauwstelsel hebben duidelijk gemaakt dat de symptomen van TMD betrouwbaar kunnen worden vastgesteld. Voor de huisarts is het van belang de verschijnselen bewegingsbeperking en kaakgewichtsgeluiden vast te stellen en te evalueren door middel van actief bewegen (openen, sluiten, zijwaarts en voorwaarts bewegen van de onderkaak) en voor pijn het actief bewegen te completeren met passief openen en palpatie van het kaakgewricht en de kauwspieren. Deze tests kunnen goed worden ingepast in de dagelijkse praktijk van de huisarts.

Huisartsen en fysiotherapeuten worden in de dagelijkse praktijk veelvuldig geconfronteerd met patiënten die hoofdpijn en nekpijn hebben. Bij velen blijkt er weinig overeenstemming te bestaan ten aanzien van de probleemdefiniëring rond nekklachten. Dit dient een reden te zijn om attent te zijn op ziektebeelden met deels gelijklopende symptoomprofielen, zeker gezien het feit dat de leeftijds categorie van de patiënten overeenkomsten vertoont. De huisarts dient rekening te houden met het feit dat patiënten met TMD frequent pijnklachten aangeven in de nekregio; bij patiënten met een myogeen bepaalde TMD bleek dit zelfs 53 procent te zijn.

Als uit onderzoek van de huisarts blijkt dat de patiënt myogeen bepaalde nekklachten heeft, dan is het verstandig om met behulp van enkele vragen en tests vast te stellen of er sprake is van een mogelijke invloed vanuit het temporomandibulaire gebied. De huisarts kan door middel van enkele gerichte vragen verantwoord discrimineren tussen TMD en CSD; voorbeelden hiervan zijn:

- Heeft u pijn voor het oor of ter plaatse van de wangen?
- Heeft u het idee dat u uw mond minder ver open kunt doen dan vroeger?
- Voelt u pijn als u uw mond wijd open doet?
- Heeft u last van pijn bij het kauwen van hard en/of taai voedsel?
- Hooft u geluiden bij het bewegen van de onderkaak? Zo ja, treedt er ook pijn bij op?
- Heeft u last van een stijf en/of vermoeid gevoel in uw wang of uw kauwspieren?
- Knarst u met de tanden?
- Klemt u uw tanden of kiezen krachtig op elkaar?

- Heeft u last van andere gewrichten of spieren?
- Heeft u last van oorklachten?

Het aanvullend orthopedisch onderzoek om beide patiëntengroepen van elkaar te onderscheiden, kan zich beperken tot het actief bewegen van de onderkaak, het passief openen van de mond (d.w.z. de mondopening aan het eind van de beweging nog iets doorzetten, zodat de eindstand wordt bereikt) en de palpatie van het kaakgewricht, de masseter- en de temporalisspijeren.

De huisarts wordt geadviseerd deze tests te gebruiken bij patiënten met persisterende hoofdpijn, neklachten en bij patiënten verdacht van een TMD. Mocht de differentiële diagnostiek vragen oproepen, dan kan een *second opinion* bij de tandarts en fysiotherapeut worden overwogen. Dezen dienen dan wel geschoold te zijn op dit specifieke terrein. Binnen de beroepsgroep fysiotherapie zijn fysiotherapeuten met een specifieke interesse voor 'hoofdzaken' verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie en Tandheelkunde (Homeruslaan 59a, 3581 MD Utrecht; telefoon 030.251.5596). Deze groep is bij- en nageschoold door de Universitaire Centra te Amsterdam en Utrecht. Voor meer uitgebreide problemen kan de patiënt het beste verwezen worden naar een centrum bijzondere tandheelkunde, waar de mogelijkheid bestaat de problemen van de patiënt multidisciplinair te beoordelen.

Het probleem ten aanzien van de waarde van de nekgerichte tests is op grond van de huidige stand van zaken niet op te lossen. Helaas moeten wij constateren dat gegevens over sensitiviteit, specificiteit en validiteit grotendeels ontbreken. Daar er geen verband bestaat tussen gevonden stoornissen en beperkingen, lijkt het voor fysiotherapeuten van belang om niet alleen te kijken naar de lokale stoornissen, maar eveneens een oordeel te geven over het niveau van de beperkingen en mogelijk handicaps. Het classificeren volgens het ICDH-model (impairments - disabilities - handicaps) is bij de fysiotherapeut inmiddels voldoende ingeburgerd.

A. de Wijer

- 1 De Leeuw JRJ. Psychosocial aspects and symptom characteristics of crano-mandibular dysfunction [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1993.
- 2 De Kanter RJAM. Prevalence and etiology of craniomandibular dysfunction. An epidemiological study of the Dutch adult population [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1990.