

## NTFs landsmøte 2020:

# Smerter i kjeve- og

 NILS ROAR GJERDET

**O**rofaciale smerter kan frustrere både pasient og behandler. Overlege og spesialist i maxillofacial kirurgi Pål Galteland fra Oslo universitetssykehus begynte sesjonen med å drøfte ulike smertetyper, slik som de nociceptive, nevrogene, psykogene og idiopatiske. Ikke-odontogene smerter kan være relatert til for eksempel migrene og clusterhodepine, og også ha årsak utenfor det orofasiale området, for eksempel ved koronar sykdom.

Temporomandibulær dysfunksjon (TMD) er en samlebetegnelse for plager i kjeveledd og tyggemuskulatur, ikke en spesifikk diagnose. Anamnesen er her, som ellers, viktig: Lokalisasjon, hvor sterke er smertene, er de i anfall, noe som virker provoserende eller lindrende. Er det lyder? Kan pasienten peke på stedet for smertene? Hva med medikamenter, psykiske lidelser?

Undersøkelsene omfatter funksjonstesting, slik som gapeevne, om det er okklusjonsinterferenser og tegn på tannslitasje. Det kan gjøres belastningstest (spateltest, Mahans test). Invasive metoder, for eksempel artroskopi, kan være aktuelle ved spesielle utredninger. Radiologiske undersøkelser ble dekket av Caroline Hol i denne sesjonen.

Spørsmålet er ofte om smertene kan ha opphav i kjeveleddet eller utenfor. Hvis de er utenfor er det ofte snakk om myalgi. Da kan det være aktuelt med avslapningsøvelser, NSAID-preparater, bittskinne, og kanskje Botoxinjeksjon i spesielle tilfeller.

Nevrogene smerter er utfordrende å håndtere. Det kan være snakk om trigeminusnevralgi, anfallssmerter, trigemi-

nal nevropatisk smerte, persisterende idiopatisk ansiktsmer- te. Da er det aktuelt med spesialistutredning. Nevropatier er ikke uvanlige etter inngrep, for eksempel endodonti og implantatinnsetting, men det går gjerne over etter et års tid.

Ved smertetilfeller er det hensiktsmessig med en «trappetrinnstilnærming», altså begynne konservativt og med mer spesialiserte undersøkelser etter hvert. I alle tilfeller bør man unngå omfattende tannbehandling som kan vise seg å være unødvendig. Psyke og soma hører sammen også her, og informasjon til pasienten er viktig.

### Hvilke radiologiske undersøkelser er relevante og når?

Caroline Hol er ansikts- og kjeveradiolog ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) og er også i privat praksis. Informasjonen fra vanlige tannbilder skal ikke undervurderes. Panoramarøntgen gir oversikt, men har svakheter, slik som overlapping og dårlig avbildning av fronttannområdet og bihuler. Leddspalter kan knapt vurderes.

Snittbilder, CT/CBCT (computer tomografi / cone beam CT) og MR (magnetresonans), vil gi mer informasjon. MR gir informasjon om bløtvev, for eksempel diskusplassering og adheranser, mens CBCT kan gi informasjon om små endringer i benoverflatene. Det er nasjonale og internasjonale retningslinjer for bruk av CBCT ved smerteutredning. Det er også norsk veileder for håndtering av TMD.

Eventuell henvisning til radiolog må inneholde informasjon om relevante symptomer og klinisk problemstilling, og man må sende med eksisterende bilder.

# ansiktsregionen



Overlege i maxillofacial kirurgi Pål Galteland (tv) og ansikts- og kjeve radiolog Caroline Hol snakket om orofasiale smerter. (Etter skjermkopier)