



Gecombineerde behandeling van hoofd-, nek-, kaak- en gezichtsklachten

Een nieuwe kijk op hoofd- en gezichtspijn

Tekst: **Sanne van der Poel**

Beeld: **Marcel Morsink**

Hoofdpijn is naast rugklachten één van de meest voorkomende klachten aan het bewegingsapparaat. Veel mensen kampen met chronische hoofdpijn zonder dat er een duidelijke diagnose wordt gesteld. Tijdens het jaarlijkse congres van de Nederlandse Associatie Orthopedische Manuele Therapie, wat onlangs plaatsvond, sprak Prof. Dr. Harry von Piekartz over zijn kennis in de relatie tussen nek-, hoofd-, gezichts- en kaakpijn.

Dr. Harry von Piekartz is manueel therapeut en professor in de Physiotherapy, gespecialiseerd in nek-, hoofd-, kaak- en gezichtsklachten. In zijn gespecialiseerde praktijk in Ootmarsum ziet hij veel kinderen en volwassenen met deze klachten. "Mijn interesse en specialisatie is uit nood geboren", begint Harry von Piekartz lachend zijn verhaal. "Als beginnend fysiotherapeut in de groepspraktijk in Rijssen kreeg ik veel mensen in mijn praktijk doorgestuurd door huisartsen en neurologen met nek-, hoofd- en gezichtspijn die niemand graag behandelen wou. Ik ontdekte dat er nog maar heel weinig bekend was over de behandeling van gecombineerde nek-, hoofd-, kaak- en gezichtsklachten. Ik ben me er goed in gaan verdiepen. Dit is nu ruim 20 jaar geleden."

Nek-, hoofd- en kaakklachten ontstaan vaak in de kindertijd

Inmiddels behandelt Von Piekartz in zijn

praktijk veel patiënten met klachten aan het hoofd-, nek-, kaak en aangezichtsgebied. Hierbij valt ook te denken aan klachten als oorsuizen, evenwichtsklachten en duizeligheid. Hij ziet vooral veel jonge kinderen en jongeren tot een jaar of dertig. "De oorzaak van nek-, hoofd- en kaakklachten ligt vaak al in de jonge

jaren. De preventieve zorg bij fysiotherapie en manuele therapie ligt dan ook vaak bij kinderen", aldus Von Piekartz. "Wat ik vooral veel zie is een toename van chronische hoofdpijn bij jonge mensen tussen de 20 en 30 jaar. De hoofdpijn is vaak in de kindertijd aanwezig geweest, vervolgens jaren niet, maar komt uiteindelijk terug. Eenduidige literatuur is hier niet over bekend omdat de wetenschappelijke onderzoeken uit de verschillende

specialisaties als pediatrie, orthodontie en KNO weinig of niet overlappen. De huisarts of neuroloog diagnosticeert vaak migraine of spierspanningshoofdpijn en geeft medicamenteuze therapie. De jonge patiënt blijft jarenlang deze medicatie slikken terwijl die vaak onvoldoende helpt. Het beeld wat ik zie is

'Ik zie een toename van chronische hoofdpijn bij jonge mensen tussen 20 en 30 jaar'

vaak niet passend bij de diagnose. Als ik vervolgens met de patiënt terugkijk naar het klachtenpatroon dan zie ik vaak dat deze jong volwassenen als kind regelmatig een bijholte- of oorontsteking hebben gehad. Of ze zijn onder behandeling bij een oogarts voor een oogafwijking. Ook blijken hoofdpijnklachten te zijn begonnen in de periode dat de patiënt als kind zijn eerste beugel kreeg en de tanden veranderden van positie. Er moeten dus

De invloed van het kaakgewricht op cervicogene hoofdpijn

“De meeste manuele therapeuten behandelen cervicogene hoofdpijn door de nek te mobiliseren maar denken vaak niet aan de invloed van het kaakgewricht”, aldus Dr. von Piekartz. Uit zijn review in 2006 ‘The Influence of Cranio-cervical Posture on Maximal Mouth Opening and Pressure Pain Threshold in Patients With Myofascial Temporomandibular Pain Disorders’, blijkt dat mensen met cervicogene hoofdpijn (hoofdpijn vanuit de nek) significant beter worden door het behandelen van de kaak middels manuele therapie. Bij cervicogene hoofdpijn bleek vaak een bewegingsbeperking in

bij deze tweede groep gekeken naar de mondbewegingen. Ze kregen oefentherapie gericht op houdingsverbetering, stabilisatie van het kaakgewricht en het stretchen van de spieren rond de kaak. Gedurende 6 weken werden 6 behandelingen gegeven. Vervolgens is meteen na de behandeling, na 3 maanden en na 6 maanden geëvalueerd. Er was duidelijk een significant onderscheid te zien waarbij de onderzoeksgroep aanzienlijk minder klachten had dan de controlegroep, ook na een lange duur. Een belangrijke verklaring voor de uitslag, volgens Von Piekartz, is dat de tandpositie(occlusie) en kaakfunctie

‘conclusie: tandpositie en kaakfunctie bepalen de nekpositie’

het kaakgewricht of een hoge sensitiviteit van de kauwspieren.

Voor dit onderzoek heeft Von Piekartz met zijn onderzoeksgroep deelnemers gezocht met nek- of hoofdpijnklachten die bij een manueel therapeut onder behandeling waren met de diagnose cervicogene hoofdpijn. Belangrijk in de inclusiecriteria was dat nog niemand naar de kaak had gekeken en dat de deelnemer de laatste drie maanden voorafgaand aan het onderzoek geen tandarts had bezocht. Deze groep deelnemers is vervolgens gerandomiseerd. Bij één groep ging de manuele therapie door die ze al kregen en de andere groep kreeg daarnaast ook manuele therapie en oefeningen van de kaak. Naast de manuele behandeling werd er

de nekpositie bepalen. Ook zou door reducering van de orofaciale nociceptoren veranderde neuromodulatie in de hersenstam en de hersenen kunnen ontstaan die de functie van de nek verbetert.

veel bijdragende factoren uit het verleden in kaart worden gebracht.”

Relatie tussen hoofdpijn en gezichtsproblematiek

Er blijkt dus vaak achteraf een relatie tussen hoofdpijn en gezichtsproblematiek. Von Piekartz geeft een voorbeeld van een verklaring hiervoor: “vanuit de literatuur is bijvoorbeeld bekend dat iemand met een bijholteontsteking door de mond gaat ademen omdat hij niet door de neus kan ademen. Belangrijk om te weten is dat de neusademhaling de groei van de schedel voor een groot gedeelte bepaalt. Kindjes die door de mond ademen hebben vaak een smal gezicht, een kleine bovenlip, tanden die naar binnen toe staan en een slappe tong. Door deze slappe tong krijgen ze geen druk op het gehemelte en daardoor wordt de schedel niet breder. Het hoofd staat vervolgens niet goed op de hoog cervicale wervelkolom en het hoofd is iets naar achteren gedraaid met de neus in de lucht (cranial rotatie posterior). Dit kan wervelkolom- en bekkenaanpassingen veroorzaken en op lange termijn voor nek- en hoofdpijn zorgen. Nu is het zo dat vanuit de literatuur niet helemaal bekend is dat dit klinische patroon direct te maken heeft met de klachten van het kind of (jong) volwassene. Want niet ieder kind met deze (minimale) disfuncties heeft immers ook klachten. De uitdaging is om dit klachtenpatroon goed in kaart te brengen en dan systematisch (multidisciplinair) te behandelen.”

De behandeling

Bij aanvang van de therapie kijkt hij dus vooral naar de disfuncties die er zijn in het kaakgewricht en de schedel neurale bewegingssystemen. Hij kijkt bijvoorbeeld of de kaak en de oogkassen (craniale mormologie) optimaal ontwik-



keld zijn. Hierbij horen ook het testen van het oor, de ademhaling, de tong, de ogen en de nek- en gezichtsspieren. De cranial morphologie is immers direct geschakeerd aan deze functies. De behandeling bestaat enerzijds uit een combinatie van verfijnde mobilisatietechnieken van de schedel-, kaak- en hoge nekregio en gerichte oefen- en trainingsprogramma's voor de functies van de hoofd- en gezichtsorganen. Voorbeelden zijn gerichte tongoefeningen tegen het gehemelte en/of oogsoefeningen.

Anderzijds wordt ook gekeken naar de functie van de wervelkolom. Indien nodig behandelt hij regelmatig samen met verschillende andere disciplines zoals logopedisten, optometristen, KNO-artsen, orthodontisten en tandartsen.

Praktijkvoorbeeld

Von Piekartz: "Een voorbeeld van een behandeling is de casus van een jonge vrouw van 23 jaar met de diagnose migraine. Zij kreeg elke week minimaal een hoofdpijnaanval en kon meestal 1 of 2 dagen niet optimaal werken. Als modelontwerpster werkte ze intensief achter de computer en bijna iedere dag rond 13.00 uur kreeg ze hoofdpijn. Bij klinische observatie bleek dat na een paar uur

geconcentreerd werken haar oog naar buiten ging staan en ze haar nek bijdraaide. Mogelijk had ze een lichte functiestoornis in het oog tijdens het uitvoeren van (langdurig) dezelfde activiteit (astigmatismus). In samenwerking met een optometrist ben ik de behandeling gestart. De functioneel

optometrist adviseerde het kortdurend dragen van een prismabril zodat ze wat minder impulsen kreeg en het oog tot rust kwam. In de tussentijd heb ik de nek en de schedel gemobiliseerd en de ogen getraind. De oogspiertraining bestond onder meer uit afwisselend dichtbij en veraf zien oefenen, afwisselende impulsen aanbrenge, de kleine oogspieren trainen en de ogen goed met elkaar leren samenwerken. De klachten zijn na twee maanden drastisch gereduceerd. De hoofdpijnaanvallen kwamen eigenlijk niet meer voor en de medicatie is gestopt. Retrospectief kan hier geconcludeerd worden dat haar hoofdpijnklacht eigenlijk geen echte migraine was. Een ander voorbeeld is de

behandeling van een jonge man van 20 jaar met een knakkende kaak en pijnklachten aan de zijkant van zijn gezicht. Uit klinisch onderzoek is bekend dat specifiek motorische controle-oefeningen van het nek/schoudergebied samen met specifiek motorische controle-oefeningen van het

'Eigenlijk is er nooit sprake van een 'recept behandeling''

orofaciale gebied gunstige effecten kunnen hebben op dit soort klachten. Deze oefeningen kunnen ondersteund worden door minimale nek- en kaakmobilisaties. De patiënt kreeg de motorische controle-oefeningen, gebaseerd op de motorische disfuncties die gevonden waren. Oefeningen als het bewust openen van de mond zonder een zijwaartse beweging met een lichte tongdruk tegen het gehemelte. En lichte statische zijwaartse oefeningen van de kaak zonder het aanspannen van de gezicht- en de nekspieren."

Kortdurende therapie

"Eigenlijk is er nooit sprake van een 'recept behandeling'. Iedere patiënt is in

zijn klachtenpatroon uniek”, benadrukt Von Piekartz. Zijn behandeling is meestal kortdurend. De behandeling duurt 45 minuten en vindt eenmaal in de twee tot drie weken plaats. Na drie tot zes weken moet er duidelijke verbetering zijn. Na de behandeling wordt er goed geëvalueerd naar de functie van het orgaan. In de meeste gevallen worden gestandaardiseerde foto’s en filmpjes met elkaar vergeleken middels een speciaal fotometrieprogramma, worden functietesten geëvalueerd en wordt er indien nodig een vragenlijst nog eens ingevuld. Von

(Duitsland) waar hij momenteel een onderzoeksteam leidt, worden systematisch wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd op onder andere het domein van neuromuskeletale klachten. De wetenschappelijk onderbouwde kennis en klinische expertise heeft hij gebundeld in een internationale opleiding voor fysiotherapeuten, logopedisten en tandartsen onder de organisatie Cranofacial Therapy Academy (CRAFTA). CRAFTA is ontwikkeld als specialisatie-instituut voor onderwijs, onderzoek en samenwerking in de behandeling van het neuromus-

pathologie, disfuncties en therapie van het kauwsysteem. De CRAFTA gecertificeerde therapeut (www.crafta.nl) houdt zich hier ook mee bezig maar analyseert ook de mogelijke (neuromuskuloskeletale) bijdragende factoren zoals boven beschreven. Daar waar de orofaciaal therapeut geen vooruitgang meer boekt in zijn behandeling, kan de CRAFTA therapeut misschien nog iets betekenen voor de patiënt maar natuurlijk ook andersom.”

Het CRAFTA concept wordt in de volksmond vaak gelijkgesteld aan cranio-sacrale therapie. Mogelijk komt dit doordat er ook veel aan de schedel wordt gewerkt en de namen op elkaar lijken (craniofaciale therapie versus cranio-sacrale therapie). “Het tegendeel is echter waar”, legt Von Piekartz uit. “Cranio-sacraal therapie gaat uit van een eigen, mijns inziens verouderde theorie, om schedelbeenderen te beïnvloeden met minimale druktechnieken aan onder andere de schedel en het sacrum (heiligbeen). DE CRAFTA therapeut gebruikt schedelmobilisaties of vaak aanhoudend minimaal of krachtige druk om inter- en intracraniale druk te veranderen samen met functietraining van de organen als ogen en oren. Deze modellen beroepen zich op de actuele wetenschappelijke onderzoeken uit de orthodontie, plastische, neuro- en maxilla-faciale chirurgie.

‘Hier ligt nog een groot open gebied voor rehabilitatie voor zowel de fysiotherapeut als de psycholoog’

Piekartz heeft standaard na een jaar een gratis evaluatiemoment met de kinderen. Hij kijkt dan naar de functies, het gezicht, de lippenstand, de kaak, de ogen en de stand van de voeten. Hij kijkt of het hoofd beter beweegt en of de beweging van het hoofd en de ogen vloeiend verloopt. Dit meet hij met goed gevalideerde meetinstrumenten zoals fotometrie, sonometrie (Zebis systeem), scoliometer, algometrie en andere klinische testen. In veel gevallen verandert de functie en de (craniofaciale) morfologie. De lichte scoliose is bijvoorbeeld verdwenen, het gezicht is vol proportioneel geworden of de tandocclusie schijnt zich genormaliseerd te hebben zonder orthodontie. De gegevens worden in overleg met de ouders of de patiënten voor de wetenschap gebruikt.

CRAFTA

Het werk in de praktijk is slechts een klein gedeelte van de activiteiten die Von Piekartz onderneemt. In Osnabruck

keloskeletale systeem van de schedel-, gezichts- en kaakregio en de samenhang hiervan met de rest van het lichaam. CRAFTA biedt cursussen aan voor fysio-manueeltherapeuten, logopedisten en tandartsen binnen Europa en volgend jaar ook in de VS en Canada. Ook in Nederland is het een geaccrediteerde opleiding en wordt het aangeboden door het moderne opleidingsinstituut Nexus in Gennep (www.nexus-physiotherapy.eu).

CRAFTA versus orofaciale therapie en cranio-sacraal therapie

Von Piekartz geeft aan dat er vaak onduidelijkheid bestaat over verschillende vergelijkbare therapievormen. “In Nederland kent men de gevestigde fysiotherapeuten die zich gespecialiseerd hebben in het orofaciale (kaakregio) domein. De Nederlandse vereniging van orofaciale therapie (www.nvoft.nl) bestaat uit een gespecialiseerde groep fysiotherapeuten die zich dominerend bezighouden met de

Multidisciplinair

Het stimuleren van de multidisciplinaire samenwerking is in Nederland een belangrijke pijler voor CRAFTA. “Deze doelgroep van patiënten vraagt mijns inziens om een multidisciplinaire aanpak waarbij fysio- en manueeltherapeuten goed samenwerken met tandartsen, orthodontisten, KNO-artsen en neurologen”, aldus Von Piekartz, die ook ervaring heeft in andere Europese

landen. Vooral in Duitsland vindt er openheid van ideeën en een samenwerking plaats tussen de fysio- manueeltherapeut en een tandarts, optometrist, kaakchirurg of KNO-arts. "Dit zou in Nederland nog wel wat kunnen groeien. Mogelijk ligt dat aan de structuur van de gezondheidszorg. Duitse tandartsen en orthodontisten staan in het algemeen meer open voor een holistische benadering."

Chronische pijnpatiënt herkent emoties traag

Op zoek naar nieuwe behandelinzichten op het gebied van chronische (hoofd)pijn heeft Von Piekartz met zijn onderzoeksteam ook een andere belangrijke bijdragende factor gevonden om chronische pijnklachten aan het hoofd en gezicht te verminderen.

Uit een nog niet gepubliceerd onderzoek met als titel 'People with chronic facial pain perform worse than controls at a facial emotion recognition task; but it's not all about the emotion' blijkt namelijk dat zowel de links-rechtsherkenning als mede de emotievariabiliteit minder is bij mensen met chronische gezichtspijn. Er blijkt vooral een vertraging in de emoties

tatie van chronische pijn. "Hier ligt nog een heel groot open gebied voor rehabilitatie voor zowel de fysiotherapeut als de psycholoog. Zowel fysiotherapeuten als psychologen kunnen dit met hun cliënten gaan trainen. Door dit te oefenen verminderen de klachten. Vooral met kinderen is dit spelenderwijs heel leuk."

De CRAFTA Research groep werkt op dit ogenblik aan een computerprogramma, een App en een kaartspel, ontwikkeld voor de links-rechts training. Patiënten krijgen hier bijvoorbeeld een gezicht te zien waar één oog is dichtgeknepen. De patiënt moet aangeven of dit het linker of rechter oog is. Om de complexiteit te vergroten is het beeld vaak 90 of 180 graden gedraaid. Bij een andere oefening krijgen patiënten beelden te zien van emoties. Ze moeten de emotie herkennen en proberen de emotie na te bootsen. Ook gecombineerde oefeningen zijn mogelijk.

Oefenen van emotieherkenning om pijn te verminderen

Von Piekartz heeft een aantal casussen in kaart gebracht van patiënten met chronische hoofdpijn die heel erg goed

'De links-rechts- en emotieherkenning blijkt een belangrijke functie te zijn voor de verandering van pijn'

angst en afschuw, de zogeheten negatieve en asymmetrische emoties (emoties waarbij de beweging in één dominante gezichtshelft zit). De links-rechts- en emotieherkenning blijkt een belangrijke functie te zijn voor de verandering van pijn.

"Dit is natuurlijk spannend", zegt Von Piekartz enthousiast. "Omdat deze kennis goed gebruikt kan worden in de rehabili-

reageren op deze aanpak. In zijn praktijk behandelde hij bijvoorbeeld een vrouw van middelbare leeftijd. Haar klachten omschreef ze als een druk op het voorhoofd, een brandend gevoel in de ogen, gedomineerde nekpijn en pijn aan de arm aan de rechterkant. Na langdurige fysiotherapie, osteopathie en medicamenteuze behandeling kwam ze in contact met Von Piekartz. Hij heeft bij haar heel

SYMPOSIUM 2013



BEWEGINGEN IN DE ORTHOPEDISCHE MANUELE THERAPIE



WWW.NAOMT.NL

Op 14 en 15 juni vond in Leiden op Hogeschool Leiden het terugkerende Manueel Therapeuten congres plaats van de N.A.O.M.T: "Bewegingen in de Orthopedische Manuele Therapie". Twee dagen konden Manueel Therapeuten lezingen bijwonen van onder andere Beate Dejaco, Harry von Piekartz, Hans van den Berg, Susannah Britnell en René Assink. Naast lezingen was er een ruim aanbod aan workshops en posterpresentaties.

U kent Chemodol,
de hypo-allergene
afwasbare massage-olie.
Maar Chemodis heeft
meer massage-oliën.
Zoals Chemotherm,
een massage-emulsie
met milde en
verantwoorde warmte-
werking. Het zuiver
plantaardige Olivine,
zonder conserveer-
middelen en emul-
gatoren. Chemovine,
speciaal voor de sterk
behaarde huid.

**Over de rug
van Chemodol.**

En, speciaal voor de
overgevoelige huid,
Chemoderm met
natuurlijke werkstoffen
en de ongeparfumeerde
Baselin Emulsion
met biologische
eigenschappen.
Uw leveranciers
kunnen u er alles
over vertellen.
Of bel voor meer
informatie:
0800-chemodis
(0800-24 36 63 47).
www.chemodis.nl



CHEMODIS
Dat ligt voor de hand



Chemodis B.V.
Para-medische Farmacie
Postbus 9160
NL-1800 GD Alkmaar
Tel. +31 (0)72 - 520 50 83
Fax +31 (0)72 - 512 82 14

gericht haar emoties in kaart gebracht door foto's van haar te maken. Aan de hand van de FEEL test, een bekende psychologische test, ontwikkeld door de psychologen Traue en Kessler van de Universiteit in Ulm, bekeek hij met haar welke emoties het sterkst waren. Bij de FEEL test krijgt een patiënt 42 plaatjes te zien waarbij de patiënt de 6 basisemoties ziet die 6 maal terug komen. De patiënt moet de emoties raden waarbij er getest wordt op accuraatheid en snelheid. Aan de hand van normwaarden is uit te rekenen of iemand normatief reageert. Bij deze mevrouw was de snelheid en accuraatheid van bepaalde emoties duidelijk verminderd. Bij de links-rechts test bleek rechts vertraagd in de herkenning.

Von Piekartz is begonnen met het trainen van de rechterhersenhelft door links-rechts oefeningen. Hij oefende met haar het imiteren van bijvoorbeeld links of rechts een oog te openen of te sluiten. Vervolgens hebben ze geoefend met de emotietraining. Na 6 weken om de week een behandeling waren de klachten aan-

zienlijk minder en had ze ook veel meer emoties. Haar klachten werden duidelijk minder zonder dat daar manuele therapie aan te pas kwam. Ook een jongetje dat met oud & nieuw aan één kant in zijn gezicht verlamd is geraakt door een zenuwbeschadiging reageert heel goed op deze training.

“Psychologen hebben al veel onderzoek gedaan naar emotie. Zo weten we bijvoorbeeld dat als iemand manisch depressief is, hij ook een stoornis heeft in de emotieverwerking en daardoor ook in de emotie-expressie. Er wordt dan met cognitieve gedragstherapie gewerkt. Maar de relatie met pijn en beweging en neuromodulatie wordt vaak overgeslagen. De training van emotie en links-rechts herkenning kan een prachtige aanvulling zijn tijdens de behandeling van de chronische (gezichts)pijnpatiënt”, sluit Harry von Piekartz zijn verhaal af. □

Meer info ➔ www.moveemens.nl



Dr. Harry von Piekartz

Harry von Piekartz is sinds 1985 fysiotherapeut en was tot 2007 praktijk eigenaar van 'Praktijk voor (sport)fysiotherapie en manuele therapie' te Rijssen, een praktijk voor manueeltherapie, gespecialiseerd in hoofd-, nek- en gezichtsklachten. Sindsdien werkt hij parttime in een eigen privé-praktijk in Ootmarsum, gespecialiseerd in manuele therapie en craniofaciale disfuncties en pijn. Hij heeft in 1988 zijn opleiding Manuele Therapie in Zwitserland behaald (Manuele Therapie Maitland Konzept IMTA). In 1993 slaagde hij voor zijn IFOMT diploma in Nederland (NVMT: Nederlandse Vereniging voor

Manuele Therapie). In 1994 sloot hij zijn Docenten opleiding Manuele Therapie af voor de IMTA® (International Maitland Teacher Association) en werd in 1995 docent bij het Neuro Orthopedisch Instituut (NOI®). In 2000 behaalde hij zijn Master of Science in Fysiotherapie aan de Universiteit van Leuven (België). In 2003 werd hij senior Docent voor de IMTA en in 2004 kreeg hij een Fellowship van de ICCMO® (International College of Craniomandibular Orthopedics, sectie Duitsland) en werd President van de Craniofacial Therapy Academy (CRAFTA®). Harry von Piekartz heeft

twee boeken geschreven: "Craniofacial dysfunction and pain (2001) en Craniofaciale Dysfunction and Pain Assessment, Treatment and Management (2007), die in drie talen zijn uitgegeven. Hij publiceert verschillende artikelen en is betrokken bij studies over hoofdpijn bij kinderen, nek en kaakklachten wat onder andere onderdeel is van zijn PhD studie aan de Stafford University in Engeland die hij in 2005 heeft afgesloten. Sinds 2008 is hij Professor in Fysiotherapie aan de Hochschule (University of applied Science) in Osnabruck.