



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

notities uit de praktijk

Verkrampingen van de spieren van de mond bij een trompettist (oromandibulaire dystonie): een bijzonder ziektebeeld en een mislukte behandeling

Kees Hoogduin

SAMENVATTING In dit artikel wordt het klinisch beeld gegeven van een bijzondere neurologische aandoening: de oromandibulaire dystonie. Speciale aandacht wordt besteed aan een uniek fenomeen dat bekend staat als *sensory tricks* (sensorische trucjes). Door bijvoorbeeld de kin of wang aan te raken of door te neuriën, kuchen of de mond open te sperren blijkt het soms mogelijk de dystone contracties te verminderen. Deze bijzondere mogelijkheid om dystone kramp te verminderen is toegepast bij een trompettist met een oromandibulaire dystonie. Helaas zonder succes.

Inleiding

Dystonie is een neurologisch ziektebeeld waarbij er voortdurend spiercontracties plaatsvinden die vaak verkrampingen en bepaalde bewegingsafwijkingen (zoals draaibewegingen of een abnormale houding) als gevolg hebben (zie Warrenburg, 2008). Dit alles kan leiden tot ernstige beperkingen van de motorische functie. De klachten beginnen dikwijls als een actiedystonie, dat wil zeggen dat de dystonie alleen tijdens het bewegen optreedt. Later is dat meestal niet meer het geval, maar activeren van de aangedane spieren doet de klachten meestal verergeren (Fahn, 1988). Zo kan een patiënt met een schrijfkramp problemen hebben met schrijven, maar werken met de laptop hoeft geen problemen te geven.

Oromandibulaire dystonie is een dystonie waarbij vooral de spieren van de mond, de kaken, en eventueel de keel, betrokken zijn. Het

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is adviseur van de HSK Groep. Tevens is hij voorzitter van de VGCT.

klinisch beeld staat bekend als het syndroom van Meige of Breughel. De laatste naam is gebaseerd op overeenkomsten van de patiënt met een portret dat Pieter Breughel schilderde ‘De zonde der Luiheid’ waarbij de geportretteerde een fysiologisch dystone beweging laat zien, namelijk het gapen (Toloso, Kulisensky & Fahn, 1988).

Een dystonie kan ontstaan als een erfelijke ziekte of als gevolg van aandoeningen van de hersenen, bijvoorbeeld bij de ziekte van Huntington. Meestal wordt er geen specifieke oorzaak gevonden en wordt er gesproken over een idiopathische (sporadische) dystonie.

Dystonie is een vrij zeldzame aandoening met een voorkomen van ongeveer 0,1 promille van de bevolking (Warner, 2000).

Dystonie en ‘sensory tricks’

Ongeveer twintig jaar geleden verwees een huisarts een cliënt naar de psychiatrische polikliniek met de woorden: ‘Het moet niet gekker worden’. Wat was het geval? Een zestigjarige vrouw had zijn spreekuur bezocht in verband met een vrij snel ontstaan onvermogen om te spreken. Ze had een briefje bij zich waarop stond dat zij op vakantie steeds moeilijker was gaan praten en na veertien dagen helemaal niet meer kon spreken. Wanneer ze met praten begon, verkrampten de spieren van haar keel. Ze schreef dat ze na enkele dagen merkte dat ze nog wel kon zingen en zelfs kon praten als ze het zingend deed. De huisarts stelde tijdens het consult voor om dat dan maar te doen waarna zij goed in staat bleek met een hoge stem al zingend de antwoorden op zijn vragen te verschaffen. De huisarts verwees haar als ‘hysterisch’ naar de polikliniek. Ze leed echter aan de ziekte van Meige. Naast de verkramping van de mond vertoonde ze het beeld dat geïllustreerd wordt in de figuur: een krampachtig opensperren van de mond met dichtknijpen van de ogen. Bij nader onderzoek bleken ook bij haar de oogleden soms krampachtig te sluiten (blefaro-spasme). Het zingend wel kunnen praten is een van de vele merkwaardige trucjes die personen met een dystonie soms kunnen helpen iets minder last te hebben van de klachten. De succesvolle strategie door met een trucje de dystone symptomen te verminderen, is zelfs min of meer kenmerkend voor de dystone verschijnselen. Onderzoek heeft laten zien dat de meeste patiënten met bijvoorbeeld een dystone scheefhals een relevante klachtenreductie hebben door een hand naar de kin te brengen of deze anderszins aan te raken (*sensory trick* of antagonistische geste). Ongeveer 90 procent van de cliënten kon met dit trucje de krampverschijnselen van de nek verminderen (Hoogduin & Moene, 2010). Bij deze cliënten bleek ook de elektromyografische activiteit (EMG) bij toepassen van het trucje te verminderen. Ook

bleek de truc vooral effectief wanneer het hoofd in de neutrale of zelfs contralaterale positie stond (Schramm, Reiners & Naumann, 2004).

Wij beschreven een dergelijke cliënt die met onder andere de hier beschreven methode een betekenisvolle klachtenreductie kon bewerkstelligen (Hoogduin, 2007). De cliënt, een langeafstandshardloper, had zijn sport in verband met dystonie moeten staken. Na de behandeling was hij weer in staat om tien kilometer hard te lopen.

Bij cliënten met oromandibulaire dystonie worden diverse trucjes beschreven om de klacht te verlichten. Tolosa et al. (1988) noemen onder andere: gaan liggen, neuriën, zingen, geeuwen of kuchen, het gezicht aanraken, kauwen of de mond opensperren. Stress, spanning, vermoeidheid en activeren van de spieren doen de klachten vaak toenemen. De verklaring voor de werkzaamheid van deze trucjes is niet geheel begrepen. Uit PET-scan-onderzoek bleek een verhoogde activiteit in de pariëtale schors (inferior en superior) bij het toepassen van de truc waardoor betrokkenheid van de hogere centra van sensorische integratie aannemelijk is. Door de truc zou op een bijzondere manier informatie verschaft worden over de correcte positie van het hoofd met als gevolg een tijdelijk uitblijven van de dystone activiteiten (Schramm et al., 2004). Het gegeven dat cliënten met dystone klachten soms met behulp van diverse trucjes enige controle kunnen krijgen over hun stoornis was het uitgangspunt bij de poging een cliënt met een oromandibulaire dystonie te behandelen. Deze man, professioneel trompetspeler, was door de verschijnselen niet langer in staat zijn beroep uit te oefenen.

Gevalsbeschrijving

Een 58-jarige trompettist, verbonden aan een landelijk orkest, meldt zich aan voor behandeling in verband met de onmogelijkheid nog langer op zijn muziekinstrument te spelen. Zodra hij het instrument aan de mond zet, krijgt hij een pijnlijke kramp in zijn kaken waardoor het spelen hem niet meer lukt. De klachten bestaan nu gedurende ongeveer zes maanden en zijn in de laatste maand niet toegenomen. Wanneer hij geen trompet speelt, heeft hij geen klachten. Hij is gehuwd, heeft twee kinderen. Hij zou geen psychische klachten hebben. De score op de SCL90 valt binnen de normscore van de Nederlandse bevolking.

Bij de analyse van zijn klachten blijkt hij alleen last te hebben bij het spelen. Zoals eerder gezegd: als hij niet speelt, heeft hij geen last, bij het spelen krijgt hij onmiddellijk problemen. Of stress of vermoeidheid de klacht verergeren, is niet duidelijk. Zodra hij speelt, ontstaat er direct een pijnlijke kramp. In de

afgelopen maanden was het hem één keer mogelijk weer wel te spelen. Hij was bij zijn moeder op bezoek geweest. Ze hadden samen langdurig gesproken over zijn kindertijd. Hij had verteld dat hij geen goede herinneringen aan zijn jeugd had en zich thuis als kind alleen en niet geliefd had gevoeld. Zijn moeder probeerde hem uit te leggen dat zij het goed had bedoeld, maar dat hij zo onbereikbaar was. 's Avonds thuisgekomen (zijn vrouw en kinderen waren een paar dagen naar zijn schoonfamilie) kreeg hij een vreselijke huilbui. Hij raakte geheel ontredderd, terwijl het verdriet dat hij als kind zo vaak had gevoeld, hem overmande. Bijna automatisch pakte hij zijn trompet en speelde, terwijl hij in een vreemde melancholische gemoedstoestand verkeerde, plots weer zonder kramp te krijgen. Toen hij de volgende dag weer probeerde te spelen bleken de dystone verschijnselen hem het spelen weer onmogelijk te maken.

De conclusie van de intake luidt: oromandibulaire dystonie (actie-type).

Bij actiedystonie helpt een training in ontspanning soms een beetje. Reinders, Hoogduin en Boelaars (1994) behandelden met behulp van hypnose en gedragstherapie in een open studie negen cliënten met schrijfkrimp. Zij vonden een significante verbetering van de pijnklachten en schrijfsnelheid. De krimp kon echter niet beïnvloed worden.

Bij eerder neurologisch onderzoek was de cliënt niet in staat met behulp van de eerder beschreven trucjes zoals neurien, zingen of aanrakingen de krampen te verminderen. Nog niet onderzocht was of de mentale toestand van emotionele ontredde, die immers gepaard ging met de tijdelijke verdwijning van de dystone symptomen, gebruikt zou kunnen worden bij de behandeling. Een mogelijkheid die ontredde toestand op te wekken en hem in die toestand te verzoeken om te spelen, lijkt een interessante behandeloptie. Hypnose met specifieke suggesties kan mogelijk de cliënt in een dergelijke toestand brengen. Daarna zouden we moeten onderzoeken of bepaalde aspecten van die mentale toestand zonder de ontredde trainbaar zouden zijn en het hem aldus mogelijk zouden maken weer te kunnen musiceren.

De cliënt wordt verteld dat tijdens een zitting van twee tot drie uur zal worden geprobeerd met hypnose een dergelijke mentale toestand op te wekken waarna hij net als toentertijd thuis moest proberen trompet te spelen. Nadrukkelijk wordt hem verteld dat de kans op succes niet goed aan te geven is omdat het hier gaat

om een experimentele benadering. Er bestaat geen wetenschappelijke ondersteuning voor het slagen van de poging. De cliënt stemt in. Over die zitting kunnen we kort zijn. Het lukt in het geheel niet de cliënt in een trance te brengen, laat staan de verlangde mentale toestand te bereiken. De zitting moet helaas zonder enig resultaat worden beëindigd.

Na het schrijven van deze bijdrage, de behandeling vond alweer langer geleden plaats, rees de vraag of voor het bereiken van die emotionele ontreddehypnose wel noodzakelijk was. Achteraf was het misschien een optie geweest de cliënt te vragen zich bewust te verdiepen in de nare ervaringen van vroeger. Mogelijk was aldus ook die toestand van ontreddehypnose bereikt.

Voor hypnose was gekozen omdat het tot de mogelijkheden behoort – wanneer eenmaal een dergelijke toestand is bewerkstelligd – met suggesties de cliënt te leren aspecten van deze toestand zelf op te wekken en aldus in een bijzondere mentale toestand zonder die ernstige ontreddehypnose weer te kunnen spelen.

ABSTRACT This article gives the clinical picture of a peculiar neurological disorder: the oromandibular dystonia. Specific attention is given to a unique and well known phenomenon: the sensory tricks. Dystonic contractions can sometimes be reduced by slightly touching the skin of the chin or cheek, or by humming, coughing or opening the mouth. The existence of this particular possibility to diminish dystonic complaints was unsuccessfully applied in the treatment of a trumpeter suffering from oromandibular dystonia.

Referenties

- Fahn, S. (1988). Concept and classification of dystonia. In: S. Fahn, C.D. Marsden & D.B. Calne (eds.) *Advances in Neurology. Dystonia 2* (pp. 1-8). New York: Raven Press.
- Hoogduin, C.A.L. (2007). De scheefhals: torticollis dystonie. In C.A.L. Hoogduin, *Psychologische interventies bij ongewone stoornissen* (pp. 109-114). Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C.A.L., & Moene F.C. (2010). Differentiële disgnostiek bij dystonie (in voorbereiding).
- Reinders, M., Hoogduin, C.A.L., & Boelaars, V. (1994). Hypnose und Verhaltenstherapie bei Schreibkrampf. *Experimentele und Klinische Hypnose, 10*, 159-167.

- Schramm, A., Reiners, K., & Naumann, M. (2004). Complex mechanisms of sensory tricks in cervical dystonia. *Movement Disorders, 19*, 452-458.
- Tolosa, E., Kulisevsky, & Fahn, S. (1988). Meige syndrome: primary and secondary forms. In: S. Fahn, C.D. Marsden & D.B. Calne (eds.), *Advances in Neurology. Dystonia 2* (pp.509-516). New York: Raven Press.
- Warner, T.T. (2000). A prevalence study of primary dystonia in eight European countries. *Journal of Neurology, 247*, 787-792.
- Warrenburg, B.P.C. van de (2008). Dystonie: een praktisch overzicht. *Tijdschrift voor Neurologie & Neurochirurgie, 109*, 271-283.