

Slechte mondgewoontes 2

In NT 15/2017, p. 16 is een reactie van orthodontist Erik Reukers opgenomen op het artikel over slechte mondgewoontes in NT 14/2017 p. 24. Reukers stelt daarin onder meer dat mijn verhaal, dat een open beet door tongpersen wordt veroorzaakt en dat dit zou moeten worden afgeleerd door oromyofunctionele therapie voorafgaand aan de orthodontische therapie die de afwijkende anatomie corrigeert, niet klopt. Bij deze wil ik de lezer duidelijkheid verschaffen omtrent de behandeling van afwijkende mondgewoonten door de logopedist. Ik ben het met Reukers eens dat kinderen in een vroeg stadium verkeerde mondgewoontes moeten afleren, dat vervolgens daar waar nodig de correcte anatomische vorm middels orthodontische therapie moet worden hersteld en dat daarna moet worden beoordeeld of de functie zich, zoals je zou mogen verwachten, aanpast aan de gecorrigeerde anatomische vorm. Dit laatste punt is van cruciaal belang. Past de tong zich niet aan, dan heeft de orthodontist na afloop van zijn behandeling een realistische kans op relaps en kan er wederom een open beet, overbeet, et cetera ontstaan. Wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat bij de orthodontische behandeling van een open beet in combinatie met afwijkende mondgewoonten, in 17 tot 43 procent van alle gevallen een relaps optreedt. Dat komt niet alleen door de lage tongpositie in rust maar ook door proale slikpatronen. Tijdens OMFT-therapie worden meetinstrumenten gebruikt als het Measuring Station 430 waarbij onder andere de tongdruk tijdens de slik wordt vastgesteld. Tijdens een alveolaire slik drukt de tong met een kracht van 4 tot 5 N tegen de processus alveolaris. Is er sprake van een proale interdentaal tongpers, dan worden tongdrukkrachten van 14 tot 15 N gemeten. De orthodontische therapie wordt hierdoor nadelig beïnvloed en samenwerking met een logopedist is dan ook gewenst. Met elkaar kunnen wij ervoor zorgen dat de logopedist voor een herstel zorgt van een evenwicht in de orofaciale spieren waardoor na de orthodontische behandeling de kans op relaps kleiner wordt en de patiënt tevreden naar huis gaat.



Casus 1. Vroegtijdig afleren van duimzuigen en corrigeren van de rustpositie van de tong en aanleren van een alveolaire slik. Het resultaat na 1 maand, 4 maanden en 6 maanden. De logopedische therapie duurt gemiddeld 10a 15 consulten.



Casus 2. Orthodontische behandeling in combinatie met afwijkende mondgewoonten. Open beet wil niet sluiten door een proale interdentale slik. Door actieve OMFT therapie in combinatie met een trainer is de open beet na 4 maanden gesloten en kan de orthodontist zijn/haar werk afronden en is er een stabiel resultaat bereikt.

Peter Helderop, logopedist, Vlaardingen