

Logopedie en/of orthodontie?



Open beet en tongpersen

Tijdschrift:

[Tandartspraktijk](#) > [Uitgave 8/2016](#)

Auteur:

Adela Toman

Over de invloeden van omgevingsfactoren op het ontwikkelen en in stand houden van een malocclusie bestaan steeds meer onderzoeken. Toch staat nog niet vast in welke mate deze omgevingsfactoren een rol spelen.

Bij het analyseren van een casus kan je nooit met zekerheid vaststellen wat precies de oorzaak is van de ontstane afwijking. Sommige oorzaken, zoals de vorm en groei van de kaak, zijn genetisch van aard, maar omgevingsfactoren spelen ook een belangrijke rol. Voorbeelden daarvan zijn slikken met tongpersen, duimzuigen en afwijkend mondgedrag, zoals veel op pennen bijten. Dergelijk mondgedrag zorgt ervoor dat het evenwicht tussen de groei van de kaak en de spierkracht die uitgeoefend wordt op de botstructuur verstoord raakt. Dit leidt vaak tot een onjuiste gezichtsontwikkeling en orthodontische problemen.

Omdat mijn visie 'het behandelen en creëren van functionele gebitten in harmonische gezichten' is, pas ik in veel situaties een multidisciplinaire aanpak toe. Dit houdt in dat ik verwijs naar de logopedist of dat ik een myofunctioneel behandelplan opstel. Zo'n plan heeft ten doel een correcte functie van de orofaciale musculatuur te ontwikkelen, bijvoorbeeld met behulp van een myofunctionele trainer. Door de tong in de juiste positie in de bovenkaak te trainen en de lippen gesloten te houden, leer je een goed slikpatroon en ontwikkel je een neusademhaling. Het resultaat is dat de bovenkaak functioneel groeit en verbreedt, hetgeen de stabiliteit van de orthodontische behandeling bevordert.

Reflecties

De relatie tussen afwijkend monddrag en malocclusies kan je op een heldere manier duidelijk maken met de stelling 'Functie beïnvloedt vorm.' Iemand die tijdens zijn of haar groei veel heeft gesport of lichamelijke inspanning heeft gedaan, heeft sterke en harmonisch gevormde botten. Dit in tegenstelling tot iemand die meer sedimentair (weinig fysiek actief) geleefd heeft.

Het ligt voor de hand om nu te veronderstellen dat regelmatige inspanning van de kaakspieren op een vergelijkbare manier als sporten de groei van de kaak beïnvloedt.

De meeste orthodontische afwijkingen worden in de basis veroorzaakt door ruimtegebrek. Een scheve stand van de tanden, een kruisbeet of een dento-alveolaire discrepantie is vaak het gevolg van onvoldoende groei van de kaak. Deze groei is voor een groot deel genetisch bepaald, maar kunnen wij deze ook deels zelf beïnvloeden? Zouden wij grotere kaken hebben als we onze spieren regelmatig trainen door bijvoorbeeld kauwbewegingen te maken?

Ook over deze vraagstukken bestaan studies. Hierin bekijken onderzoekers skeletten van verschillende raciale groepen om te zien of hun eetgewoontes een aantoonbare invloed hebben op de groei van hun kaakstelsel. Uit een dergelijke studie kwam naar voren dat bij Eskimo's de kaak zich sterker ontwikkelde omdat zij veel rauw vlees eten. Het duidelijkst uitte zich dat in het feit dat de derde molaren bijna altijd volledig doorgebroken waren binnen de tandboog.

De antropologische studies van Corruccini (Mellen Studies in Anthropology, 1999) tonen aan dat de bij de evolutie van de primitieve mens naar de moderne mens de kaakvorm zich ontwikkeld heeft door veranderd eetgedrag. Het kant-en-klare en zachtere voedsel heeft geleid tot de zogenoemde disease of civilisation. In het kaakstelsel zie je dit terug in kleinere kaken, vaker scheve tanden, ruimtegebrek en agenesieën.

Duimen, tongpersen en open beet

Bijna alle kinderen gebruiken in hun eerste levensjaren hun duim of een speen. Dit heeft weinig of geen invloed op de melkdentitie. Wanneer ze deze echter blijven gebruiken tijdens de groei van de blijvende voortanden, kan dit leiden tot een afwijking. De spierspanning in de duim geeft een druk naar proaal en dit leidt tot orthodontische problemen als een open beet, smal palatum en naar buccaal gekantelde incisieven. Vaak blijft de bovenkaak smal en blijft de groei van de onderkaak achter, zodat er een distale sagittale discrepantie ontstaat (afbeelding1).

Hierna volgen een aantal casussen waarin een multidisciplinaire aanpak tot een goed resultaat heeft geleid. Op de foto's is soms wat tandplak te zien, maar dat komt helaas vaker voor bij puberende beugelaars.

Casus 1 (afbeelding2-4)

Deze casus is een voorbeeld van myofunctionele therapie in de praktijk.

Tijmen is zeven jaar, heeft een grote overbeet en moeite met kauwen en slikken. Hij heeft geduimd tot zijn zesde jaar en met slikken perst hij nu zijn tong naar voren. Zijn ouders vragen zich af of ik al een beugel kan plaatsen om zijn probleem te verhelpen. Omdat hij pas over een aantal jaar in aanmerking komt voor een behandeling waarbij de groei van zijn kaak gestimuleerd wordt, besluit ik alvast te beginnen met myofunctionele therapie. Als hulpmiddel gebruik ik een Trainer van Myofunctional Research Company (MRC) waarmee hij een aantal spieroefeningen kan doen. Die oefeningen houden in: met de Trainer in de

mond 20 minuten per dag de lippen gesloten houden, slikken met de tong in de juiste positie tegen de Trainer en tegelijkertijd bewust door de neus ademen.

Ik adviseer hem en zijn ouders om de oefeningen overdag te doen en de Trainer ook 's nachts te dragen. Deze behandeling zorgt ervoor dat zijn gewoontes worden doorbroken, dat Tijmen zich bewust wordt van zijn tongpositie en dat zijn lipspieren sterker worden.

Na 15 maanden dragen van en oefenen met zijn Trainer heeft Tijmen geen overbeet meer, gaat hij bewust met zijn tong om en kan hij makkelijker kauwen. In de toekomst moeten we bekijken of er nog een orthodontische behandeling noodzakelijk of gewenst zal zijn.

Casus 2 (afbeelding5-8)

Soms kan ik de orthodontische en myofunctionele therapie combineren. Lucy is 13 jaar en wil graag rechte tanden hebben. Nu is de stand van haar tanden onregelmatig, heeft ze een open beet van drie millimeter en een klasse I-occlusie. Verder slikt zij met tongpersen en heeft ze een lage tongpositie in rust. Om tot een optimaal en stabiel resultaat te komen adviseer ik een gecombineerde therapie. Hierbij zorgt het myofunctionele deel voor correctie van de afwijkende mondgewoontes en het orthodontische deel voor een rechte stand van de tanden. De Trainer voor Braces (MRC) kan tegelijk met vaste apparatuur gedragen worden, wat de behandelijd verkort (afbeelding7). Na acht maanden dragen van deze Trainer gecombineerd met myofunctionele oefeningen overdag, is de open beet verminderd en gaat slikken veel beter.



Afb. 1

De gevolgen van duimen en tongpersen zijn duidelijk te zien.



Afb. 2
Retrognaat profiel en overbeet.



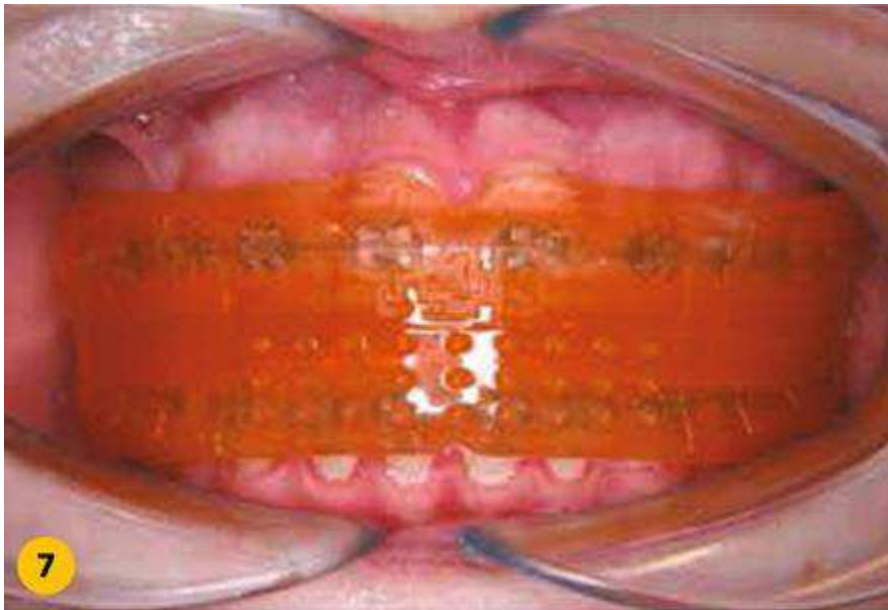
Afb. 3
Bij het sluiten van de mond is spanning van de onderlip te constateren.



Afb. 4
Het eindresultaat van alleen behandelen met een Trainer.



Afb. 5-6
Beginsituatie van Lucy: open beet en onregelmatige stand van het front.



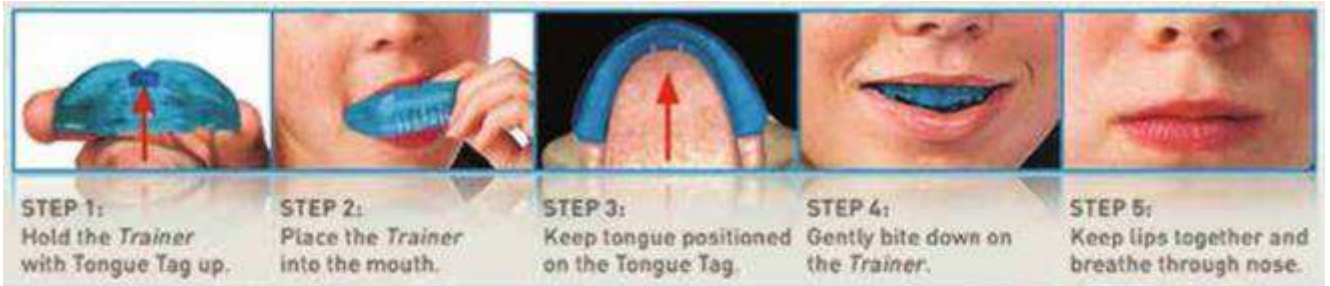
Afb. 7

De trainer kan tegelijk met de vaste apparatuur gedragen worden.



Afb. 8

Na 8 maanden is de open beet verminderd en de stand van het front regelmatig geworden.



Afb. 9
 Het profiel van Steven toont spanning van de m. mentalis – een myofunctionele afwijking.



Afb. 10
De open beet rechts en onregelmatige stand van het front met spleetje dat Steven graag netjes wil hebben.



Afb. 11
Na de gecombineerde behandeling toont Steven een ontspannen musculatuur.



Afb. 12

Spleetje gesloten en regelmatige stand van het front: Steven is tevreden.

Casus 3 (afbeelding9-12)

Het komt soms voor dat ik het myofunctionele deel van de behandeling uitbesteed. Steven kwam naar de praktijk omdat hij de spleet tussen zijn voortanden gesloten wilde hebben. Hij heeft een geringe klasse II-afwijking, laterale open beet rechts en een enigszins onregelmatige stand van de voortanden. Bij verder onderzoek constateer ik lateraal tongpersen naar rechts. Omdat zijn verzekeringsbudget beperkt was, besluit ik hem eerst naar de logopedist te verwijzen om daar de afwijkende mondgewoonte af te leren. De basisverzekering vergoedt deze behandeling. Na deze voorbehandeling heeft Steven maar acht maanden vaste apparatuur in de bovenkaak nodig om tot een bevredigend resultaat te komen.

Conclusie

Zoals te zien is gaat een malocclusie regelmatig samen met afwijkend monddrag. Door tijdig te behandelen of te verwijzen kan een multidisciplinaire aanpak duidelijk voordelen geven. De behandeling is hierdoor vaak korter of goedkoper. Ook zijn de resultaten stabiel, omdat afwijkende mondgewoonten zijn afgeleerd.

Over dit artikel

Bohn Stafleu van Loghum - Uitgeverij voor de gezondheidszorg