

Specialisten aan het woord

Hoe slecht is zuigen op duim, vinger of speen?

Speen-, duim- of vingerzuigen geeft een verhoogd risico op een open beet in het gebit van jonge kinderen, bleek uit een eerder artikel in dit blad. Of deze open beet blijvend is, is niet bekend, net zomin als de invloed ervan op de spraakontwikkeling. Maar hoe kijken specialisten hier tegenaan? Het NTVM vroeg een MKA-chirurg, orthodontist, logopedist en mondhygiënist naar hun ervaringen. Hun boodschap? Onderschat nooit de rol van tong en weke delen.

Tekst **Anne Doeleman** Beeld casus **Peter Helderop**

In het eerste nummer van het NTVM van dit jaar onderzochten dr. Vanessa Hollaar en dr. Lianne Remijn door middel van literatuuronderzoek de relatie tussen fopspeengebruik, duim- en vingerzuigen en malocclusie. Hun conclusie: speen-, duim- en vingerzuigen geven een verhoogd risico op een open beet. Er was weinig bewijs dat speengebruik een negatieve invloed heeft op de spraakontwikkeling. Maar hoe zit dit dan precies? Is er niets aan de hand als kinderen maar stoppen met zuigen op speen, duim of vinger voordat ze gaan wisselen? Wanneer moet een orthodontist of logopedist worden ingezet? Wat kan een mondhygiënist hierin betekenen? Kunnen open beten spontaan herstellen? En kan het ook zo uit de hand lopen dat een operatie noodzakelijk wordt?

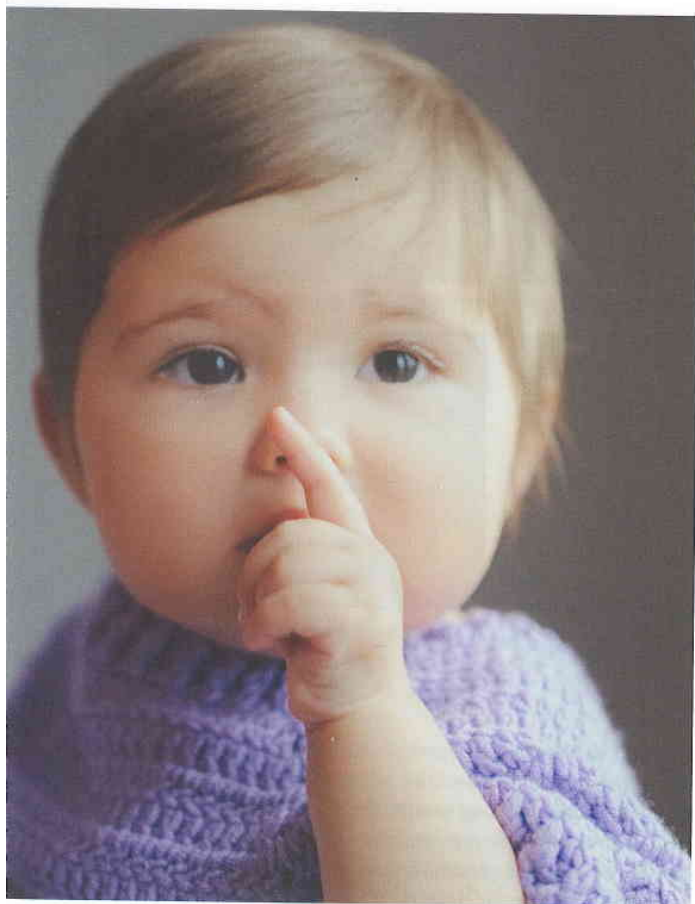
Slissen

Eigenlijk, zegt logopedist Peter Helderop, hangt alles af van het tong- en slikgedrag van een kind. Helderop is getraind en trainer in oro-myofunctionele therapie (OMFT), een oefentherapie die gericht is op het herstellen van een verstoord evenwicht in het functione-

ren van de orofaciale spieren. Als een kind kortdurend duimt, hoeft dat geen probleem te zijn. Maar het gevaar van een duim of speen is dat er afwijkend monddrag wordt gevormd. De tong wordt door een speen, duim of vinger in de mond naar beneden en voorwaarts gedrukt. Elke keer als een kind slikt – overdag zo'n twee keer per minuut – wordt de tong daarvoor voorwaarts gedrukt. De tongpers komt tegen de tanden, wat een overjet (SOB) of open beet tot gevolg kan hebben. De tongpers en lage tongligging kan leiden tot een unilaterale of bilaterale kruisbeet.

Normaal gesproken drukt de tongpunt juist tegen de processus alveolaris, legt Helderop uit. Dat zorgt voor expansie van de bovenkaak. Door de lage tongligging door speen, duim of vingers, kan een te smalle bovenkaak ontstaan. Dat heeft niet alleen gevolgen voor het gebit, maar kan er ook voor zorgen dat kinderen verkeerd gaan praten. Door het spreken met de tong tussen of tegen de tanden of kiezen, kunnen ze de klanken t, d, n, l, s en z verkeerd gaan uitspreken: het zogenaamde slissen of lispelen.

Een ander gevolg van afwijkend monddrag kan otitis media – middenoorontsteking – zijn, zegt Helderop. Bij een goede slik gaat de tong naar achteren. Dit



'Het veranderen van spier- en slikfuncties heeft invloed op de vorm van het gebit'

spenen of vingers. Malocclusies als gevolg van duim of speen kunnen in principe spontaan herstellen. Als een kind op tijd – voor het vierde jaar – stopt met het gebruik van een fopspeen of met zuigen aan duim of vingers, dan is er een grote kans op goed herstel, zegt Von Massow. Maar, voegt ze er direct aan toe: dan moet wel het tong- en slikgedrag goed zijn, en moeten de lippen goed sluiten. En dat is lang niet altijd het geval. Ze ziet in haar praktijk in Den Haag dan ook regelmatig kinderen en volwassenen die als gevolg van zuigen op duim, vingers of speen een malocclusie hebben ontwikkeld.

Een open beet is het meest voorkomende gevolg van duim, speen of vingers in de mond, zegt Von Massow. Die open beet kan ook resulteren in andere problemen. Omdat de tong in een lage positie ligt, wordt de bovenkaak te smal en past de onderkaak niet meer goed op de bovenkaak. Dat kan een kruisbeet of overbeet tot gevolg hebben. Soms gebeurt ook het omgekeerde: afhankelijk van de manier van zuigen, kan het ook gebeuren dat de onderkaak naar voren komt. Dat gebeurt het vaakst als er wordt gezogen op de ring- en middelvinger. Er kan dan een onderbeet of klasse III ontstaan.

Tongpers

Von Massow benadrukt, net als Helderop, de rol van de tong en weke delen. Von Massow studeerde tandheelkunde en orthodontie in Duitsland. Het eerste dat ze daar op de opleiding leerde, was: 'Weke delen vormen hard weefsel.' Von Massow: "De groei van de kaak en het gebit is afhankelijk van het gedrag en het gebruik van de tong, lippen en spieren. De tong is de sterkste spier van het lichaam, dus heeft veel invloed." In Nederland is die gedachte nog geen gemeengoed, merkte Von Massow. Maar zij vindt het essentieel dat er goed gekeken wordt naar de tong, lippen en spieren voordat begonnen wordt met orthodontie. "Als er sprake is van een tongpers, lukt het ons nooit om een open beet te sluiten." Von

geeft een negatieve druk op de farynxwand, wat zorgt voor reiniging van de buis van Eustachius. Slikt iemand verkeerd, dan ontstaat er positieve druk en wordt de buis van Eustachius dus niet gereinigd. Helderop: "KNO-artsen zijn vaak nog niet bekend met dit probleem. Ze pakken niet altijd de oorzaak aan, maar bestrijden de symptomen door buisjes te plaatsen." Wat de logopedist uit Vlaardingen betreft is het dus duidelijk: leer een kind zo snel mogelijk af om te zuigen op een speen, duim of vinger. Helderop: "De behoefte aan zuigen bestaat maar tot de leeftijd van 9 maanden. Daarna is het makkelijk om foutieve mondgewoonten te ontwikkelen."

Open beet

Ook orthodontist Christina von Massow is voorstander van het snel afleren van zuigen op duim,

Casus 1

Duimzuigend patiëntje van Peter Helderop met een proale tongpers, tongpositie in rust is interdentaal, articulatie (= spraak) is interdentaal en mondademster. Op de derde foto is het resultaat na drie maanden te zien. Dat werd behaald door het elimineren van de afwijkende mondgewoonten, onder andere het duimzuigen en mondademen afleren, het aanleren van een alveolair slikpatroon en de tongpositie in rust. De vierde foto is het resultaat na zes maanden.



1. Situatie bij aanvang (1)



2. Situatie bij aanvang (2)



3. Resultaat na drie maanden



4. Resultaat na zes maanden

Massows assistenten zijn allen getraind om deze problemen te herkennen. Zij kunnen hier zelf mee aan de slag, of verwijzen naar een logopedist die getraind is in oro-myofunctionele therapie.

Dat juicht logopedist Helderop uiteraard toe. Hij merkt dat veel orthodontisten razend enthousiast zijn over OMFT en werkt met enkele orthodontisten in zijn omgeving ook goed samen. Er is bij die aanpak vaak sprake van een stabiel resultaat en tevreden patiënten. Maar er zijn ook nog steeds orthodontisten die OMFT onzin vinden, merkt Helderop. "Voor hen staan de economische belangen voorop. Terwijl wetenschappelijk bewezen is dat als een orthodontist een open beet behandelt als er nog sprake is van afwijkende mondgewoonten, er een grote kans is op een relapse." Hij haalt orthodontist Edward Angle aan, die al in 1918 zei: "The tongue is a living orthodontic appliance." Helderop: "Het veranderen van spier- en slikfuncties heeft enorm veel invloed op de vorm van het gebit."

Myobrace

Helderop ziet patiënten waarbij sprake is van afwijkend monddrag ten gevolge van speen-, duim- of vingerzuigen meestal zo'n tien tot vijftien keer. Hij begint met een intake en onderzoek en meet de spierfuncties met verschillende meetinstrumenten. Eerst

moeten verkeerde gewoontes worden afgeleerd: stoppen met zuigen op de duim, vingers of speen dus. Daarna probeert hij door middel van lip- en tongoefeningen de tongdruk in kracht te veranderen en met de tong op de juiste plek in de mond te slikken. Dat vergt trainen, trainen, trainen, aldus Helderop. Na drie maanden vindt een controle plaats: is het nieuwe slikpatroon geautomatiseerd of niet?

Helderop maakt ter ondersteuning van de actieve therapie vaak gebruik van een myobrace. Ook orthodontist Von Massow maakt regelmatig gebruik van een myobrace bij patiënten bij wie sprake is van verkeerd tong- en slikgedrag. Een myobrace geeft de tong informatie over de juiste stand tijdens het slikken. In Nederland is niet iedereen voorstander van zo'n bite, merkt ook Von Massow. Grootste bezwaar van sceptici: patiënten kunnen behandelmoe worden als ze al twee jaar een myobrace gebruiken voorafgaand aan een orthodontische behandeling. Von Massow: "De motivatie is natuurlijk heel belangrijk bij orthodontie. Maar zoiets gebeurt alleen als een myobrace wordt meegegeven zonder begeleiding. Ik heb nog nooit een negatief effect gezien van een trainer."

Beugel

Voor de orthodontische behandeling is de eerste vereiste ook dat er gestopt is met duimen, vingerzuigen

Casus 2

De resultaten van oro-myofunctionele therapie door Peter Helderop. Het gaat om een meisje dat duimt en ademt via de mond. Ze heeft een proale slik, rustpositie is laag addentaal, de spraak is addentaal/interdentaal en er is een mediaanlijnvverschuiving met een kruisbeet.

Tijdens de actieve OMFT-therapie die gemiddeld vijftien wekelijkse zittingen duurt is er een alveolair slikpatroon aangeleerd en heb ik tijdens de therapie gebruik gemaakt van een myobrace. Deze wordt dagelijks een uur overdag gedragen en gedurende de hele nacht. De myobrace wordt ongeveer drie tot maximaal zes maanden gedragen.



1. Situatie bij aanvang (1)



2. Situatie bij aanvang (2)



3. De myobrace



4. Resultaat na zes maanden

gen of speengebruik. Soms helpt Von Massow daarbij. Als er sprake is van een grote afwijking, bijvoorbeeld een kruisbeet, een grote open beet of een onderbeet, kan op 7- of 8-jarige leeftijd al gestart worden met een beugel. Is de afwijking kleiner, dan wordt wat later gestart, als kinderen 10 of 11 zijn.

Er is bij deze afwijkingen altijd sprake van functionele orthodontie om de kaakgroei te verbeteren, vaak met uitneembare beugels. Von Massow en haar team besteden ook altijd aandacht aan de tongfunctie. Als de tong goed functioneert, na behandeling met een myobrace en logopedie bijvoorbeeld, en de patiënt gemotiveerd is, kunnen goede resultaten worden bereikt. Von Massow plaatst ook altijd een retentiebeugel, om terugval te voorkomen.

Operatie

Bij grote afwijkingen als gevolg van te lang speen-, duim- of vingerzuigen is een operatie soms niet te vermijden, geeft Von Massow aan. Als patiënten tot in de puberteit of zelfs als volwassene nog doorgaan met hun verkeerde gewoonten, kan dat niet altijd door een orthodontist hersteld worden.

Toch komt het maar zelden voor dat iemand een operatie nodig heeft enkel als gevolg van speen of duim, zegt MKA-chirurg Theo Hoppenreijts. De prevalentie van open beten bij kinderen is 15% en daalt tot 3% bij

volwassenen. In Hoppenreijts' ziekenhuis Rijnstate in Arnhem worden jaarlijks zo'n 250 kaakoperaties uitgevoerd. Zo'n 15 tot 20% daarvan betreft patiënten met een open beet. Regelmatig is daarbij sprake van afwijkend monddrag, maar bij bijna alle patiënten is de skeletale afwijking de reden voor de operatie.

Voor zijn promotie in 1999 onderzocht Hoppenreijts 267 volwassen patiënten met een open beet en onderliggende skeletale afwijkingen. Daarnaast zijn er vaak afwijkende mondgewoonten en hebben patiënten moeite om de lippen ontspannen te sluiten. Dat de tong een grote rol speelt hierbij, staat voor Hoppenreijts wel vast. Maar het is als het verhaal van de kip en het ei, meent hij: komt de tong tussen de tanden omdat er een open beet is, of is de open beet ontstaan doordat de tong tussen de tanden wordt geduwd in rust en bij slikken en spreken? Duidelijk is Hoppenreijts wel dat tong- en slikgedrag – meer dan vinger-, duim- of speenzuigen – grote invloed heeft op de groei en de ontwikkeling van het gelaat. Hoppenreijts: "Soms hebben patiënten met open beten problemen met kauwen en spreken. Ook vinden ze soms dat ze door het open monddrag een 'dommige' uitstraling hebben, wat niet bijdraagt aan een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen."

Hoppenreijts en zijn collega's zien slechts een paar procent van alle patiënten met een open beet.

Door de verticale groei van het gelaat, ontstaat een lang en smal gezicht met niet zelden een open beet. De skeletale afwijking is met enkel orthodontie niet te verhelpen.

Relapse

De kaakoperatie bestaat uit het veranderen van de stand van de onder- of bovenkaak of de kin. Als er sprake is van verticale groei, is vaak een operatie op al deze drie niveaus nodig. De operatie kent een relatief hoog percentage relapse. Ten tijde van Hoppenreij's promotieonderzoek in 1999 was dat nog 20%, nu is dat zo'n 5 à 10%. Hoppenreij's: "We weten nu dat alle onderdelen tijdens en rondom de operatie belangrijk zijn. De orthodontist zorgt vóór de operatie voor verbreding van de kaak en een goede tandboog. De MKA-chirurg moet in één keer de open beet volledig sluiten, zodat er geen ruimte meer voor de tong is om tussen de tanden te kruipen. We moeten ook veel aandacht hebben voor de kaakgewrichten: als de kaakkopjes fragiel zijn, moeten we zorgen voor zo min mogelijk druk tijdens en na de operatie. En de logopedist OMFT is zeer waardevol om de tongfunctie te begeleiden."

**'Ik heb nog nooit
een negatief effect
gezien van een
trainer'**

Het liefst laat Hoppenreij's de patiënt voor de operatie een keer naar de logopedist OMFT gaan. Na de operatie moet de logopedist de patiënt vervolgens begeleiden in het trainen van de juiste positie en bewegingen van de tong binnen de tandbogen. De tong heeft na de operatie minder ruimte en mag niet meer tussen de tanden komen om relapse te voorkomen. Hoppenreij's: "Als er nog wat ruimte over is na de operatie, kruipt de tong er zo weer tussen en is de orthodontist niet bij machte de open beet te sluiten. Door de behandeling van orthodontist en MKA-chirurg ontstaat een nieuw evenwicht tussen de tongdruk aan de ene kant en de lipdruk aan de andere kant."

Logopedist Helderop hoopt dat er meer aandacht komt voor afwijkend monddrag. Hij geeft cursussen en lezingen over OMFT en merkt dat tandartsen en mondhygiënist vaak nog niet voldoende op de hoogte zijn. Zij hoeven deze patiënten niet zelf te behandelen, maar kunnen afwijkend monddrag wel signaleren en zo nodig ook doorverwijzen naar een logopedist OMFT. Sterker: de richtlijn Mondzorg voor jeugdigen geeft ook aan dat mondzorgverleners dat zouden moeten doen. Helderop: "Het zou goed zijn als ze patiënten ook zouden vragen 'zet je kiezen eens op elkaar'. Dan kun je kijken hoe de stand van de kaken, het gebit en de tong is." ■

OMFT voor mondhygiënist

Voor mondhygiënist Marloes Buskens uit Vlaardingen was de cursus oro-myofunctionele therapie (OMFT) een ware eyeopener. Ze volgde de tweedaagse cursus bij Peter Helderop en was erg enthousiast. "Ik wist niet dat afwijkende mondgewoonten zo'n grote invloed kunnen hebben op de stand van de tanden. Het was ook heel leuk om het werk van een logopedist te bekijken en te zien dat hiermee zulke goede resultaten geboekt kunnen worden."

Sinds ze de cursus volgde, let Buskens meer op mondgewoonten en slikgedrag bij patiënten. Als patiënten een open beet hebben of als ze een mondademhaling vermoedt, vraagt ze hen een slikbeweging te maken en vraagt ze verder door. Patiënten verwachten niet altijd dat de mondhygiënist ook kijkt naar het gedrag van de tong. Ze krijgt verschillende reacties: sommige patiënten staan ervoor open, van anderen hoeft het niet zo. Af en toe stuurt ze patiënten door naar Helderop, als ze openstaan voor logopedie. En soms is het al voldoende om patiënten te wijzen op hun gedrag. "Laatst gaf ik een folder van logopedie mee aan een ouder van een kind dat duimde. Het kind was binnen no time van het duimen af; de folder was al genoeg." Er bestaan verschillende cursusaanbieders voor een cursus OMFT. Meer informatie is bijvoorbeeld te vinden op www.omft.nl, www.omftcursus.nl of www.kwec.nl. Mondhygiënist ontvangen KRM-punten voor deelname aan de cursus.