

Afwijkend monddrag vereist een multidisciplinaire aanpak

Samenvatting

Onderzoek heeft aangetoond dat men in 24 uur tussen de 1.200 en 2.000 keer slikt. Bij een normale slik zien we de tongpunt tegen de alveolairrand, het middelste gedeelte van de tong wordt aangezogen tegen het palatum en het achterste gedeelte van de tong is met een hoek van 45 graden naar beneden gekanteld. Bij een afwijkende slik rust de tong tegen de elementen en/of molaren aan, het middelste gedeelte van de tong is naar beneden gekanteld en het achterste gedeelte van de tong is tegen het palatum. De mogelijke oorzaken van een afwijkend slikpatroon zijn afwijkende mondgewoonten als duim-, vinger-, en speenzuigen, mondademen etc. Hierdoor drukt de tong tegen de fronsen en/of molaren, waardoor er afwijkingen in de vorm van het gebit ontstaan. Met behulp van meetinstrumenten zoals de Myoscan en/of Measuring station 430 kunnen de orofaciale spieren opgemeten worden en met OMFT wordt het verstoorde evenwicht van deze spieren hersteld.

P. (Peter) Helderop

Logopedist, Logopediepraktijk Peter Helderop, Vlaardingen en het Westland, P.Helderop@lpph.nl

Trefwoorden:

Oro-myofunctionele therapie, OMFT, orthodontist, logopedist, tandarts en afwijkende mondgewoonte

Leerdoelen:

Na het lezen van dit artikel kent u/kunt u:

- de basisprincipes van oro-myofunctionele therapie;
- de meetinstrumenten die worden gehanteerd tijdens de oro-myofunctionele therapie;
- dwarsverbanden herkennen met andere disciplines, waaronder tandheelkunde en orthodontie.

INLEIDING

Samenwerking tussen tandarts/orthodontist en logopedist is een vereiste om tot een stabiel eindresultaat te komen bij vormafwijkingen ten gevolge van afwijkende mondgewoonten. De tandarts behandelt preventief en verwijst vroegtijdig kinderen met afwijkende mondgewoonten naar de logopedist. Tijdens de orthodontische behandeling werkt de orthodontist nauw samen met een logopedist indien er sprake

is van afwijkende mondgewoonten. Peter Helderop is logopedist en werkt al meer dan 30 jaar in een tandartspraktijk.

OMFT

De oro-myofunctionele therapie (OMFT) is geen op zichzelf staande therapievorm. Zeker in relatie tot orthodontie zijn OMFT, logopedie en tandheelkunde nauw met elkaar verweven. In deze tijd, waarin steeds hogere eisen worden



Afbeelding 1 en 2: Open beet door proaal tongpersen.

gesteld aan effectiviteit van behandelingen, kan OMFT bijdragen aan een stabiel eindresultaat na orthodontie of kan het relaps orthodontie voorkomen. In de loop der tijd zijn de algemeen logopedie-practici die zich met OMFT bezighouden en de verwijzers, waaronder tandartsen en orthodontisten, anders naar OMFT gaan kijken.

De OMFT heeft zich ontwikkeld van: 1. Tegenwerking naar samenwerking, 2. afwachten naar preventief behandelen, 3. observatie naar digitaal meten, 4. relaps naar stabiel evenwicht en 5. monodisciplinair naar multidisciplinair behandelen.

Sedert de invoering van de Richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen, die in 2012 is ontwikkeld, is de samenwerking tussen tandartsen, orthodontisten en logopedisten bezegeld. Sinds de invoering van de richtlijn zijn tandartsen verplicht volgens die richtlijn te werken. Dit houdt in dat tijdens het periodiek onderzoek aandacht besteed wordt aan de afwijkende mondgewoonten bij de patiënt. Constateert de tandarts afwijkende mondgewoonten, dan verwijst de tandarts de patiënt naar de logopedist. De samenwerking tussen tandarts/orthodontist en logopedist is een vereiste om vormafwijkingen door afwijkende mondgewoonten te behandelen om tot een stabiel eindresultaat te komen. Een goede ontwikkeling daarin is dat de tandarts preventief is gaan behandelen. Niet meer afwachten totdat de vormafwijking is verergerd, maar vroegtijdig doorsturen naar de logopedist. Aan de hand van een aantal casussen worden de vijf tegenstellingen besproken.

CASUS 1

Een aantal jaren geleden kwam het voor dat bijvoorbeeld een patiënt pas aan het einde van het orthodontietraject doorverwezen werd naar de logopedist. De logopedist doet onderzoek, stelt een diagnose en maakt een behandelplan. In de eerste casus is sprake van een functionele open beet ten gevolge van een proale tongpers (Afbeelding 1 en 2). Tevens



is er een lage addentale tongpositie in rust en habitueel mondademen. Helaas is de behandeling nooit gestart want de orthodontist verwijderde de brackets en vertelde de patiënt dat het maximale resultaat was behaald (Afbeelding 3) en dat OMFT geen verder effect zou bereiken.

CASUS 2

Patiënt heeft afwijkende mondgewoonten waaronder een lage addentale tongligging, habitueel mondademen en een proale interdentale tongpers (Afbeelding 4 en 5). De tongpers, gemeten met het Myoscan en/of Measuring Station 430 (Afbeelding 6) bedraagt 11,1 N (Newton) waarbij een normale meting tussen de 4 – 5 N mag zijn. De kans op een blijvend en stabiel resultaat is bij deze patiënt nihil. De orthodontist werkt bij een functionele open beet namelijk alleen mechanisch en verandert niets aan het afwijkende mondgedrag.

AFWIJKEND MONDGEDRAG EN OMFT

Onderzoek toont aan dat een individu in 24 uur tussen de 1.200 en 2.000 keer slikt. Bij een 'normale slik' zien we de tongpunt tegen de alveolairrand, dus niet tegen de tanden. Het middelste gedeelte van de tong wordt aangezogen tegen het verhemelte. Bij een 'afwijkende slik' rust de



Afbeelding 3: Eindresultaat na orthodontische behandeling.



Afbeelding 4 en 5: Mondademhaling en proale interdentale tongpers verslechteren de orthodontische prognose.



Afbeelding 6: Measuring Station 430. Kijk hoe het station werkt op <https://sn.pub/fg1ZwW>

tongpunt tegen de voortanden aan. De tong zuigt mogelijk aan, maar heeft niet de kracht om aangezogen te blijven en zakt naar beneden. Daarna duwt de tong zich naar voren tegen de tanden. Of de tong duwt opzij tegen de kiezen. Dit resulteert in een 'open beet' ter hoogte van de voortanden of kiezen. Wanneer een persoon duimt of vingerzuigt wordt een open beet ter hoogte van de voortanden gecreëerd of in standgehouden. Tijdens het duimen of vingerzuigen ligt de tong laag. De tongspieren worden hierdoor zwak en zijn later niet meer in staat om zich aan te zuigen aan het verhemelte, wat nodig is bij een goed slikpatroon. Afwijkende mondgevoonten geven bijna altijd een afwijking in de tandstand. Deze tandstand kan rechtgezet worden met een beugel. Met een beugel wordt echter niet de oorzaak van het probleem aangepakt. Als er sprake is van afwijkende mondgevoonten, dan moeten deze voor, tijdens of na de beugelbehandeling, behandeld worden door een logopedist door middel van OMFT. Een combinatie van deze behandelingen zorgt voor een stabiel eindresultaat. Wanneer er sprake is van afwijkende mondgevoonten, dan worden eerst het duimen, nagelbijten, liplikken of vingerzuigen aangeleerd. Daarna gaat de logopedist

aan de slag met het herstellen van het evenwicht van de spieren in het mondgebied. Door middel van een werkschema worden lip- en tongspieren getraind. Daarnaast wordt de correcte manier van slikken aangeleerd met eten en drinken in verschillende consistenties. Naast de 'actieve' behandeling kan de logopedist ook de eerste fase van de 'Myosa' inzetten. Het doel van de Myosa is het afwijkende mondgedrag ook 's nachts te elimineren. De Myosa wordt één uur overdag en de hele nacht gedragen. De tandarts/orthodontist kan voor de bovengenoemde behandeldoelen gebruikmaken van een myobrace/myosa. Voor meer informatie over OMFT kan men kijken op de website van www.omft.nl

CASUS 3

Op zeer jonge leeftijd, nog geen drie jaar (2 jaar en 10 maanden) wordt deze patiënt door de tandarts doorverwezen vanwege speenzuigen. Door het speenzuigen is er een proaal slikpatroon ontstaan waardoor er op deze jonge leeftijd al een verticale open beet (VOB) van 8 mm is ontstaan (**Afbeelding 7**). De jongen is nog te jong voor directe OMFT maar door alleen het speenzuigen af te leren is er na anderhalve maand een normale sluitende beet ontstaan (**Afbeelding 8**).



Afbeelding 7: Open beet, mede door speenzuigen.



Afbeelding 8: Anderhalve maand na het stoppen met speenzuigen.

CASUS 4

Deze patiënt (3 jaar en 7 maanden) is door de tandarts doorverwezen vanwege afwijkende mondgewoonten. Er is sprake van een proaal interdentaal slikpatroon, habitueel mondademen, een interdentale tongpositie in rust, SOB sagiale overbeet (SOB) van 10 mm en een VOB van 7 mm (**Afbeelding 9 en 10**).



Afbeelding 9 en 10: Afwijkende beet door verkeerd slikpatroon en mondademhaling.



Afbeelding 11 en 12: Een maand na het starten van de OMFT en myobrace/myosa voor de nacht.

In een maand tijd is er door actieve OMFT, waaronder het afleren van het speenzuigen, het herstellen van het verstoord evenwicht van de orofaciale spieren, het aanleren van een alveolair slikpatroon, de VOB van 7 naar 4 mm en de SOB van 10 naar 7 mm gegaan (**Afbeelding 11 en 12**). Tijdens de actieve OMFT is gebruikgemaakt van een myosa. De controle na anderhalf jaar laat een mooi resultaat zien (**Afbeelding 13**).

CASUS 5

Patiënt (6 jaar) werd door de tandarts doorverwezen vanwege afwijkende mondgewoonten waaronder duimzuigen, lage addentale tongpositie in rust, habitueel mondademen, een proaal interdentaal slikpatroon en een multiple interdentale dyslalie (dentale articulatieklanken worden met de tong tussen de incisieven uitgesproken (**Afbeelding 14**)). Het logopedisch onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van de Myoscan en/of het Measuring Station 430 laat een verstoord evenwicht zien van de orofaciale spieren. De actieve OMFT richt zich op het herstellen van het verstoord evenwicht van de orofaciale spieren waarbij gebruik wordt gemaakt van een myosa. De functie van een myosa is onder andere het corrigeren van de tongpositie in rust, het aanleren van





Afbeelding 13: Bevredigend resultaat na anderhalf jaar.

neusademhaling en het versterken van de orofaciale spieren. De controle na drie jaar laat een prachtig en stabiel resultaat zien (**Afbeelding 15**).

CASUS 6

Een 26-jarige patiënt wordt door de orthodontist doorverwezen vanwege afwijkende mondgewoonten. De patiënt staat



Afbeelding 14: Kruisbeet als gevolg van een lage tongligging.



Afbeelding 15: Stabiel resultaat na drie jaar.

gepland voor een kaakoperatie en de orthodontist wil dat de logopedist voor de kaakoperatie het verstoorde evenwicht van de orofaciale spieren herstelt met een alveolair slikpatroon en een alveolaire tongpositie in rust. Dit om een zo stabiel mogelijk toekomstig resultaat te krijgen van de orofaciale spieren en relaps te ontlopen. Het logopedisch onderzoek met behulp van de Myoscan en/of het Measuring Station laat in de beginsituatie duidelijk een verstoorde evenwicht zien met een sterke tongdruk van 11,4 N (normaalwaarde 4 – 5 N) (**Afbeelding 16-18**). Na de actieve OMFT heeft de patiënt een kaakoperatie ondergaan en gaat de orthodontist verder met de behandeling. De logopedische controle na zes maanden laat een flinke verbetering zien.



Afbeelding 16 – 18: Afwijking door te hoge tongdruk wordt behandeld door een logopedist in samenwerking met een orthodontist.

BESCHOUWING

Tegenwoordig werkt de logopedist volgens een OMFT-protocol waarbij tijdens het logopedisch onderzoek onder andere de orofaciale spieren worden opgemeten door de Myoscan en/of het Measuring Station 430. Hierna kan de logopedist een diagnose stellen en actieve OMFT geven waarbij zeker gebruik wordt gemaakt van een myobrace/myosa. In de tandartsenpraktijk waar ik al meer dan dertig jaar werk, wordt er multidisciplinair gewerkt. Waar we begonnen met de samenwerking van één tandarts met één logopedist, werken er momenteel al vijf tandartsen, één mondhygiënist en komt de orthodontist eenmaal per maand op ons multidisciplinair spreekuur (**Afbeelding 19 en 20**). Hierbij worden casussen multidisciplinair in een ontspannen sfeer besproken en krijgen de patiënten een multidisciplinair advies van ons. Het stabiele eindresultaat en klanttevredenheid staan bij ons hoog in het vaandel. Daarnaast geven dr. Christina von Massow, (orthodontist) en Peter Helderop (logopedist) gezamenlijk de expertcursus OMFT. Dit betreft een tweedaagse nascholing OMFT voor orthodontisten, tandartsen en



Afbeelding 19 en 20: Multidisciplinair overleg in bijzijn van patiënt.

logopedisten. Zie voor meer informatie www.omfcursus.nl of www.kwec.nl. Voor meer informatie over OMFT kan men kijken op de website.

INTENSIEVER SAMENWERKEN

In 2018 deed Rachel Spanjer in het kader van haar opleiding tot logopedist onderzoek naar de multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van afwijkend mondgedrag. In haar eindrapportage, 'De interprofessionele samenwerking tussen tandartsen en logopedisten/orthodontisten' doet Spanjer de volgende aanbevelingen: 'Niet alle tandartsen verwijzen naar een logopedist bij afwijkende mondgewoonten. Daarnaast verschillen tandartsen in de volgorde van doorverwijzing in geval van een combinatieverwijzing. Een aanbeveling voor de beroepsgroep is om bij een verkeerde stand van de tanden, wanneer dit in combinatie gaat met een afwijkende gedraging, jeugdigen eerst te verwijzen naar een logopedist. Hierdoor wordt de kans op relaps na orthodontische behandeling kleiner. Informatievoorziening is hierin belangrijk. Wanneer tandartsen bijvoorbeeld door de KNMT op de hoogte gebracht worden van het belang van een logopedische voorbehandeling, zou dit kunnen leiden tot een toename van doorverwijzingen naar logopedisten, voordat orthodontische behandeling gestart wordt. Statistisch significante verschillen zijn aanwezig bij criteria voor doorverwijzing van jeugdigen naar logopedisten en/of orthodontisten. Tandheelkunde-opleidingen kunnen onderwijs op het gebied van deze verschillen afstemmen en zo samen besluiten wat de juiste lesstof is. Op die manier leren tandartsen meer over het onderwerp en voelen ze zich vaker competent. Daarnaast is het voor tandartsen met het gevoel dat ze te weinig informatie hebben ontvangen over afwijkende mondgewoonten, een aanbeveling om hier meer informatie over te vergaren. Een aanvullende cursus kan gevolgd worden, of literatuur over afwijkende mondgewoonten gelezen worden. Logopedisten kunnen contact opnemen met tandartsen in de omgeving en daar meer uitleg geven over afwijkende mondgewoonten en het belang van logopedische (voor)behandeling. Door interprofessionele samenwerking aan te gaan met tandartsen, kunnen zij samen werken aan het verbeteren van het gebit van een jeugdige.' Ook Isabella Kouwenhoven kwam in haar afstudeerscriptie voor de opleiding mondzorgkunde in 2020 tot een soortgelijke conclusie. Over de doorverwijzing van patiënten met afwijkende mondgewoonten schrijft zij: 'Uit dit dossieronderzoek is gebleken dat de interne tandarts, die gevestigd is bij de logopedist waarbij het dossieronderzoek is uitgevoerd, eerder doorverwijst. Om te kunnen vaststellen of dit bij andere tandartsen en logopedisten die gevestigd zijn in een gebouw ook het geval is, is nader onderzoek nodig. Als deze factor er daadwerkelijk voor zorgt dat doorverwijzing eerder plaatsvindt, is het advies voor de mondhygiënist een nauwe samenwerking aan te gaan met de logopedist. Op deze manier wordt de "stap" kleiner om door te verwijzen.

Ook is het werken in een multidisciplinair centrum aan te raden, omdat dit het doorverwijzen gemakkelijker maakt. Als een nauwe samenwerking niet optimaal of niet mogelijk is, is het van belang dat mondhygiënist kennis hebben van de afwijkende mondgewoonten en de tandheelkundige bijzonderheden die als gevolg kunnen optreden. Indien een logopedist opmerkt dat patiënten laat of niet doorverwezen worden door tandheelkundige professionals die de patiënten met regelmaat zien, is het aan te bevelen als logopedist intercollegiaal overleg te voeren met de mondhygiënist waarin informatie over afwijkende mondgewoonten en signalen hiervan worden benoemd. Of dit denkbaar is ligt aan beide professionals, waarin factoren als tijd, geld en stimulans meespelen. Verder onderzoek is essentieel om te kunnen aantonen of hedendaagse mondhygiënist alert zijn op en kennis hebben over afwijkende mondgewoonten. Mocht dit niet het geval zijn, dan kan bijscholing voor de mondhygiënist in het werkveld en aanpassing van het onderwijs van de opleiding Mondzorgkunde hier verbetering in brengen. ■

Dit artikel is een licht bewerkte versie van de eerdere publicatie in Tandartspraktijk nr. 7, november 2021

Referenties

- Barrett R.H., Hanson M.L. (1974). Oro Myofunctional disorders, C.V. Mosby, St. Louis.
- Barrett R.H., Hanson M.L. (1988). Fundamentals of orofacial myology. Ch. Th.Co. Springfield, IL.
- Benkert, K.K. (1997). The effectiveness of oromyofunctional therapy in improving dental occlusion, International journal of Orofacial Myology, 23, 35-46.
- Beyaert, E.M.M.L. e.a. (1993). Afwijkend mondgedrag bekeken. Een oriënterend onderzoek bij drie verschillende groepen. LOFO 1, 26-30.
- Boer, M. (1970). Aspecten van de gebitsontwikkeling bij kinderen tussen vijf en tien jaar. Ac. Proefschrift.
- Bondi, M. (1994). Orofasciale und craniozervikale myotherapie. - Garliner, D. (1974). Myofunctional Therapy in Dental Practice. Bartel Dental book, Brooklyn.
- Garliner D, Gables C. Treatment of the open bite, utilizing myofunctional therapy. Fortschr Kieferorthop. 1982 Aug;43(4):295-307.
- Grabowski R, Kundt G, Stahl F. Interrelation between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition: Part III: Interrelation between malocclusions and orofacial dysfunctions. J Orofac Orthop. 2007 Nov;68 (6):462-76.
- Hanson JW, Smith DW, Cohen MM Jr. Prominent lateral palatine ridges: developmental and clinical relevance. J Pediatr. 1976 Jul;89(1):54-8.
- Hentschel J, Ruff R, Juetten F, von Gontard A, Gortner L. Neonatal facial movements in the first minutes of life—eye opening and tongue thrust: an observational study. Am J Perinatol. 2007 Nov;24(10):611-8.
- Idema, N.K. Damsté, P.H. (1994). Habituëel mondademen. Een terreinverkenning. Bohn Stafleu en v Lochum.
- Jansonius-Schultheiss, K. e.a. (1991). Afwijkende mondgewoonten. Acco, Leuven. - Lierde van K, (2005), Effectiviteit van de verschillende behandelingsstrategieën voor open mondgedrag, mondademen, voorwaartse tonghouding in rust en tongpersen LOFO 7/8, 238-247.
- Linder-Aronson S, Backstrom A: A comparison between mouth and nose breathers with respect to occlusion and facial dimensions. Odontologisk Revy 11 :343, 1960.
- Linder-Aronson S: Dimensions of face and palate in nose breathers and in habitual mouth breathers. Odontologisk Revy 13: 197, 1963.
- Mason RM. A retrospective and prospective view of orofacial myology. Int J Orofacial Myology. 2008 Nov;34:5-14.
- Moll van Otterloo, J.J. Rouma, E.J.M., Tuinzing D.B., Kwast W.A.M. van der. (1993) The surgical correction of the vertical open bite in relation to speech and tongue behavior during swallowing. Ac. Proefschrift.
- Peck S. A biographical portrait of Edward Hartley Angle, the first specialist in orthodontics, part 3. Angle Orthod. 2009 Nov;79(6):1034-6.
- Peck S. A biographical portrait of Edward Hartley Angle, the first specialist in orthodontics, part 2. Angle Orthod. 2009 Nov;79 (6):1028-33.
- Peck S. A biographical portrait of Edward Hartley Angle, the first specialist in orthodontics, part 1. Angle Orthod. 2009 Nov;79 (6):1021-7.
- Proffitt, W. e.a. (1975). Myofunctional therapy for tongue thrusting; background and recommendations. J. A. Dent. Ass. 90,403-411.
- Rommelink, H.J. (1994) Open-mondhouding. Een overzicht. NTVT 101, 60-64 - Straub, W.J. (1960) Malfunction of the tongue. A. J. Orthod. 46,404-424.
- Richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen, NMT mei 2012.