

# Multidisciplinaire aanpak bij een patiënt met een verhoogde kokhalsneiging

Een 38-jarige vrouw werd verwezen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde in verband met een verhoogde kokhalsneiging en angst voor de tandheelkundige behandeling. Een behandeltraject werd gestart met graduele exposure *in vivo* in combinatie met ademhalingsoefeningen, waarbij de patiënt ook thuis oefeningen deed. Daarnaast werd zij verwezen naar een (externe) logopedist. Tijdens dit behandeltraject kreeg de patiënt last van gebitselement 27 en een oplossing op korte termijn was noodzakelijk. Reguliere behandeling was vanwege de bestaande verhoogde kokhalsneiging (nog) niet mogelijk. Gekozen werd voor een behandeling met lachgas voor de pijnklacht, in combinatie met het gestarte behandeltraject, zodat de lachgassedatie uiteindelijk ook weer kon worden afgebouwd. Mede door de motivatie van de patiënt en een multidisciplinaire samenwerking is een goed en stabiel behandelresultaat behaald.

Borsjé C. Multidisciplinaire aanpak bij een patiënt met een verhoogde kokhalsneiging

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 361-363

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.07/08.17103>

## Inleiding

Een 38-jarige vrouw werd verwezen door haar huistandarts vanwege een extreme kokhalsneiging naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT). Zij was 1,5 jaar geleden voor het laatst bij haar tandarts geweest. De patiënt wilde graag weer een gezond gebit en normaal en zelfverzekerd naar de tandarts kunnen gaan.

## Anamnese en diagnose

Tijdens intraoraal onderzoek werd een gemutileerde dentitie gezien. Van de gebitselementen 26 en 47 waren alleen nog wortelresten aanwezig en verder werden diverse diepe (zowel primaire als secundaire) cariëslaesies geconstateerd, vooral achterin de mond. Ook in het front was cariës aanwezig. De DPSI-scores (3-) toonden veel tandsteen en pockets; hier werden de grootste problemen (de diepste pockets) achterin de mond aangetroffen. Tijdens de inspectie van de achterste molaren werd een kokhalsneiging opgewekt door aanraking van de tong met de spiegel. Het maken van bitewing-opnamen tijdens de intake was niet mogelijk vanwege de verhoogde kokhalsneiging. Afbeelding 1 toont de vervaardigde panoramische röntgenopname.

De patiënt had een aangeboren vaatafwijking in het linkerbeen (syndroom van Klippel-Trénaunay) en was daarvoor onder behandeling bij een specialist, een orthopeed en een revalidatiearts. Ook maakte zij gebruik van psychologische consulten voor onder meer traumaverwerking van een auto-ongeval, een ongeval thuis en voor de omgang met de lichamelijke beperkingen door de vaat-

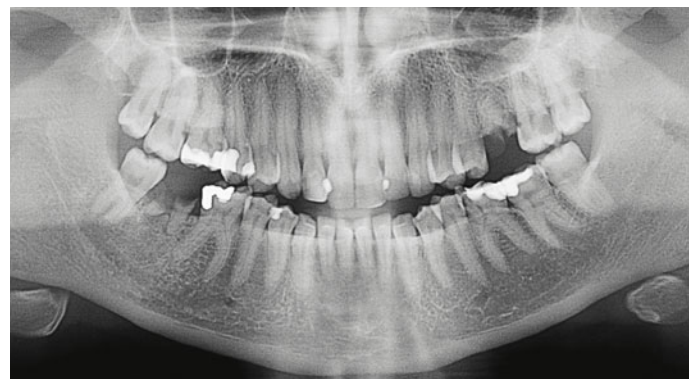
## Leermoment

Bij een patiënt met een verhoogde kokhalsneiging en een grote behandelachterstand is een combinatie van behandeling door een logopedist, toepassing van lachgas en graduele exposure *in vivo* een goede optie. De motivatie van de patiënt en de onderlinge communicatie van de verschillende behandelaars spelen hierbij een grote rol.

afwijking in het dagelijks leven. Bij geen van de bovenstaande behandelingen werd medicatie toegepast.

Tijdens het intakegesprek bevestigde patiënt haar angst voor de tandheelkundige behandeling, wat ook bleek uit de scores op de vragenlijsten voor angstdiagnostiek. De behandelangst was als kind begonnen, vooral veroorzaakt door een moeder met behandelangst. Zelf had ze in het verleden geen nare ervaringen gehad bij de tandarts, op de extreme kokhalsneiging na. De behandelangst uitte zich als angst voor controleverlies tijdens de behandeling. Door de traumatische ervaringen in het verleden (buiten de tandheelkunde) was de angst voor controleverlies ontstaan. De patiënt beschouwde het kokhalzen tijdens de behandeling ook als een vorm van controleverlies en vreesde daarbij vooral dat zij door het kokhalzen zou stikken.

Aan de hand van een zogenoemde kokhalsvragenlijst werd onder andere bekeken wat de ernst van de kokhalsneiging was en in welke situaties deze optrad. Hieruit bleek dat de klachten sinds de vroege jeugd bestonden, heviger waren in de ochtend en vooral optraden bij aanraking van de tong en mondzorgbehandelingen achter in de mond en in de bovenkaak. Voor de klachten van kokhalzen bestond ook angst. Stress en angst verergerden de kokhalsneiging. Over het ontstaan van de extreme kokhalsneiging had zij geen duidelijk idee.



Bij eerste consult genomen panoramische röntgenopname van patiënt die 1,5 jaar geleden voor het laatst de tandarts had bezocht. Ze had veel cariëslaesies, tandsteen en pockets. Door verhoogde kokhalsneiging was het onmogelijk bitewing-opnamen te maken.

Na de intake (een combinatie van een tandarts Angstbegeleiding en een psycholoog) werd als diagnose gesteld: een extreme kokhalsneiging en een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling, waarin angst om te stikken centraal staat.

### Behandeling

Een behandeltraject werd gestart met graduele exposure *in vivo* in combinatie met ademhalingsoefeningen en een verwijzing naar de logopedist om meer controle te krijgen over de tong en het mondgevoel verder te ontwikkelen (Bassi et al, 2004; Van Linden van den Heuvell, 2006; De Jongh, 2012). Hierin werd de verhoogde kokhalsneiging gezien en behandeld als een op zichzelf staand probleem (Van Houtem et al, 2015; Van Houtem, 2016). Als dit behandeltraject verder was gevorderd, kon de röntgendiagnostiek worden voltooid en het tandheelkundige behandelplan worden afgemaakt.

Tijdens de eerste behandelsessie werd begonnen met een ademhalingsoefening en het uitleggen van de oefeningen en rationale daarachter voor thuis. De patiënt kreeg een bitewinghouder mee om te oefenen. Omdat zij tijdens het tandenpoetsen ook last had van een extreme kokhalsneiging kon zij ook thuis oefenen door de ademhalingsoefening en het tandenpoetsen te combineren. De patiënt was bijzonder gemotiveerd en oefende veel. Tijdens de volgende sessies werd steeds met behulp van graduele exposure *in vivo* geoefend met het maken van röntgenopnamen. De behandelsessies werden begeleid door een assistent uit het CBT die hiervoor (intern) was opgeleid. Parallel aan dit traject liep de behandeling bij de logopedist, waar de patiënt - door in kleine stapjes de mond te verkennen - een beter mondgevoel ontwikkelde en met ontspanningsoefeningen het hoofd-halsgebied actief leerde ontspannen. Zij merkte vooruitgang door de oefeningen en kon gemakkelijker dingen in de mond verdragen. Het resultaat was positief, maar de vooruitgang ging langzaam; er waren inmiddels 5 maanden verstreken.

Inspectie na pijnklachten linksboven achterin de mond toonde dat gebitselement 27 door cariës profunda als verloren moest worden beschouwd. Er werd gezocht naar een oplossing voor dit probleem op korte termijn en naar de meest effectieve manier om af te wijken van de interventie van eerste keuze.

Twee opties werden besproken: extractie van de gebitselementen met een slechte prognose onder algehele anesthesie of met behulp van lachgassedatie. De patiënt koos voor behandeling met lachgas en een wenssessie werd gepland. Na toediening van het lachgas konden bitewing-opnamen worden gemaakt. De patiënt reageerde positief op deze ervaring en besloten werd een aantal behandelingen met lachgas uit te voeren in verband met de behandel noodzaak vanwege de pijnklacht en de behandelachterstand. Tijdens deze behandelingen werd een aantal gebitselementen met cariës profunda geëxtraheerd en werden wortelresten verwijderd. Ook werd een restauratieve behandeling uitgevoerd in de onderkaak met cofferdam.

De patiënt bleef ondertussen thuis oefenen met de bitewinghouder zodat dat het positieve resultaat behouden kon blijven. Het doel was om de behandeling met lachgas af te bouwen en zonder lachgas tandheelkundige behandelingen uit te voeren. Om dat te bewerkstelligen werd tijdens de lachgassedatie vooraf lokale anesthesie gegeven zodat patiënt kon wennen aan een handeling in de mond zonder lachgas. Bij de restauratieve behandeling die werd uitgevoerd zonder lachgas met graduele exposure *in vivo* merkte de patiënt veel verbetering op en veel minder kokhalsneiging in vergelijking met de aanvang van het behandeltraject. Ook gebitsreiniging bleek gemakkelijker te gaan omdat er achterin de mond kon worden gepoetst, zonder dat de extreme kokhalsneiging optrad.

Een behandeling bij de huistandarts voor gebitsreiniging, parodontale behandeling en een kleine restauratie is inmiddels goed en zonder kokhalsneiging verlopen.

Besloten werd de derde molaar linksonder te behouden voor een beter kauwvermogen en deze te restaureren en daarbij gebruik te maken van cofferdam, zonder toepassing van lachgas. Tijdens deze behandeling trad de verhoogde kokhalsneiging niet op en verliep de behandeling soepel.

De patiënt is erg blij met dit resultaat en zal de overige caviteiten bij haar huistandarts laten behandelen.

### Discussie

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een extreme kokhalsneiging inderdaad vaak angstiger zijn voor de tandheelkundige behandeling dan patiënten zonder die verhoogde kokhalsneiging (Randall et al, 2014; Van Houtem et al, 2015). Behandelangst en extreme kokhalsneiging kunnen als 2 losstaande fenomenen worden beschouwd en ook zo worden behandeld (Van Houtem, 2016).

De interventie van eerste keus bij een patiënt met een extreme kokhalsneiging is graduele exposure *in vivo* in combinatie met ademhalingsoefeningen of een andere vorm van afleiding (Bassi et al, 2004; Van Linden van den Heuvell, 2006; De Jongh, 2012). Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende behandelmethoden (Van Houtem et al, 2015; Prashanti et al, 2015).

In de hier beschreven casus werd, gezien de staat van het gebit en de pijnklacht linksboven, uiteindelijk besloten om van de eerstekeusinterventie af te wijken. De behandel noodzaak was echter zo groot dat alleen graduele exposure *in vivo* niet voldoende bleek. Een aantal opties is besproken en uiteindelijk is gekozen voor behandeling met lachgas (Kaufman, 1988; De Jongh, 2012; Broers, 2015). Deze behandel aanpak heeft als voordeel dat de verhoogde kokhalsneiging niet of minder optreedt en behandeling daardoor sneller goed verloopt. Dat is ook gebleken tijdens het behandeltraject met deze patiënt. De tandheelkundig hoognodige behandelingen zijn op deze manier uitgevoerd en tijdens deze periode van behandelen is de patiënt thuis blijven oefenen met graduele exposure *in vivo*. Mede door haar grote motivatie is het gelukt om de behandeling met lachgas af te bouwen en uiteindelijk zonder lachgas behandelingen uit te voeren, zowel bij de huistandarts als in

het CBT (De Jongh et al, 2009). De reden dat niet meteen met behandeling onder lachgassedatie is gestart, is dat zowel de patiënt als de behandelaar hebben willen voorkomen dat er afhankelijkheid van lachgas ontstond. Door te starten met een interventie van de eerste keus, is die afhankelijkheid in deze casus voorkomen.

De gevolgde behandelplan lijkt erg geschikt voor mensen die een grote behandelachterstand hebben en op korte termijn tandheelkundige zorg behoeven. De resultaten van graduele exposure *in vivo* alleen zouden de kokhalsneiging ook kunnen hebben verminderd, maar laten in dit geval te lang op zich wachten. Belangrijk is dan om de patiënt wel gedurende dat traject te blijven laten oefenen thuis, zodat afbouw van behandeling met lachgas mogelijk wordt.

In deze casus komt ook de multidisciplinaire aanpak goed naar voren. Zo hebben logopedist, psycholoog, tandarts Angstbegeleiding en assistent (en patiënt) als een team gefunctioneerd en heeft ieder bijgedragen aan het positieve behandelresultaat. Door de goede communicatie onderling en het parallel behandelen, is een positief resultaat bereikt bij deze patiënt. Zo is inmiddels haar gebit volledig gesaneerd bij haar huistandarts en heeft zij de afgelopen 2 jaar de tandarts regelmatig bezocht voor periodieke controles.

#### Literatuur

- \* Bassi GS, Humphris GM, Longman LP. The etiology and management of gagging: a review of the literature. *J Prosthet Dent* 2004; 91: 459-467.
- \* Broers DLM, et al. Voorwaarden voor het toepassen van lichte (inhalatie) sedatie in de tandheelkunde door middel van zuurstof-lachgas door tandartsen, artsen en mondhygiënist. Concept. Oktober 2015.
- \* Houtem CMHH van. Anxiety, fainting and gagging in dentistry. Separate or overlapping constructs? Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2016. Academisch proefschrift.
- \* Houtem CMHH van, Wijk AJ van, Boomsma DI, Lighthart L, Visscher CM, Jongh A de. Self-reported gagging in dentistry: prevalence, psychosocial correlates and oral health. *J Oral Rehabil* 2015, 42: 487-494.
- \* Jongh A de. Angst voor de tandarts. Een praktische handleiding. Assen: Van Gorcum, 2012.
- \* Jongh A de, Broers DLM. De risico's op het mislukken van een angstbehandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2009; 116: 324-329.
- \* Kaufman E, Weinstein P, Sommers EE, Soltero DJ. An experimental study of the control of the gag reflex with nitrous oxide. *Anesth Prog* 1988; 35: 155-157.
- \* Linden van den Heuvel GFEC van, Pelkwijk BJ ter, Stegenga B. Kokhalzen bij behandelingen in de mond. De beschikbare diagnostiek en behandelmethoden. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 134-136.
- \* Prashanti E, Sumanth KN, Renjith George P, Karanth L, Soe HH. Management of gag reflex for patients undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 10: CD011116.
- \* Randall CL, Shulman GP, Crout RJ, McNeil DW. Gagging and its associations with dental care-related fear, fear of pain and beliefs about treatment. *J Am Dent Assoc* 2014; 145: 452-458.

#### Summary

##### Multidisciplinary treatment approach in a patient with a severe gag reflex

*A patient was referred to a centre for special care dentistry due to problems with a severe gag reflex and dental care-related anxiety. A regular treatment was started with gradual exposure in vivo in combination with breathing exercises, which involved the patient doing exercises at home. In addition, she was referred to an (external) speech therapist. During the treatment the patient suffered from pain in [molar] tooth 27 and a short-term solution was necessary. Regular treatment was not (yet) possible due to the existing severe gag reflex. Treatment with nitrous oxide was chosen to address the pain, in combination with the treatment that had already been started, so that the nitrous oxide could eventually be reduced again. Due in part to the patient's motivation and a multidisciplinary approach a good and stable result has been achieved.*

#### Bron

C. Borsjé

Uit de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg van de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) in Amsterdam

Datum van acceptatie: 26 maart 2017

Adres: mw. C. Borsjé, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081LA Amsterdam  
c.borsje@sbt.acta.nl