

Raamwerk behandeling prothesepatiënten met ernstige kakhalsproblemen

De werkgroep:

Wendy Knibbe, Marthe Bruins, Frank Graauwmans, Dianne Groenen,
Chiquit van Linden van den Heuvell, Paul Versteegh.

Inhoud

Inleiding	3
Achtergrond	3
Het behandeltraject	4
Intake	4
Behandeling	4
Evaluatie	4
Afsluiting	4
Behandelstrategieën bij kokhalsklachten van prothesepatiënten	5
<i>Intake</i>	5
1. Vragenlijsten	5
2. Educatie	5
3. Bespreken behandeling	7
<i>Behandeling</i>	8
1. Oefenen	8
2. Behandelen van aan het kokhalzen gerelateerde psychische problematiek	9
3. Bij de edentaat wordende patiënt	9
4. Tandheelkundige strategieën	9
<i>Evaluatie</i>	12
Bijlage 1: De VLEK	13
Bijlage 2 Begeleid oefenen	14
Bijlage 3: De trial denture base procedure	15

Inleiding

Tijdens de MFP-workshop van 16 maart 2018 zijn vanuit de commissie-MFP van de NVGPT verschillende werkvelden op het gebied van de maxillofaciale prothetiek benoemd. De wens was om richtlijnen te verzamelen en eventueel te ontwikkelen en deze te gebruiken voor consensus bijeenkomsten en onderwijsdoeleinden.

De behandeling van patiënten met een extreme kokhalsreflex is één van die aandachtsgebieden. Hoewel een patiënt met een overmatige kokhalsreflex voor elke tandarts een uitdaging vormt, is behoefte aan een specifieke richtlijn voor de MFP-patiënten. Bij deze groep gaat het niet zozeer om het onder controle krijgen van de kokhalsreflex opdat de patiënt in staat is een tandheelkundige behandeling te ondergaan. Het gaat vooral om het onder controle krijgen van deze reflex in het dagelijks leven zodat de patiënt zijn prothese kan dragen. In dit document hebben we ons dan ook gericht op de (pre)edentate patiënten die problemen hebben met het dragen van/functioneren met een prothese door kokhalsklachten.

Initieel was de wens vanuit de eerdergenoemde bijeenkomst om een richtlijn te ontwikkelen voor deze doelgroep. Een richtlijn wordt echter opgesteld vanuit wetenschappelijke kennis over de effectiviteit van behandelmethoden. Voor dit probleem is er geen afdoende wetenschappelijke ondersteuning voor welke behandelvorm dan ook. Een protocol schrijven is ook overwogen. Echter, een protocol houdt in dat voor één behandelstrategie gekozen wordt. Dit zou geen recht doen aan het feit dat binnen het veld verschillende strategieën toegepast worden die door betrokkenen als werkzaam ervaren worden. Er is geen evidence voor of tegen één of ander. De werkgroep heeft dan ook gekozen voor het opstellen van een raamwerk, met als doel: het uiteenzetten van principes waarover consensus is en waarin de toegepaste strategieën en hun rationale beschreven worden. Indien er in de toekomst meer onderzoek is kan het schrijven van een richtlijn alsnog overwogen worden.

Achtergrond

Bij het opstellen van dit document is door de auteurs gewerkt vanuit de consensus dat het kokhalsfenomeen multifactorieel is en wordt aangestuurd vanuit gedragsmatige, cognitieve, emotionele en tandheelkundige componenten. Het kokhalzen kan dan ook het beste via een interdisciplinaire aanpak worden benaderd. Dat wil veelal zeggen, door tandarts en psycholoog gezamenlijk, waarbij ondersteuning van daartoe getrainde tandartsassistenten kan worden ingezet of hulp van fysiotherapeut, logopedist of mogelijk andere disciplines kan worden ingeroepen.

Kernpunten in de behandeling van kokhalsklachten zijn controle en verwachtingsmanagement. Het ervaren van controle is centraal bij het behandelen van het kokhalzen. Controle over ademhaling, ontspanning, de behandeling, de reactie op het kokhalzen en uiteindelijk het onder controle krijgen van het kokhalzen zelf. Verwachtingsmanagement speelt een rol omdat patiënten vaak binnenkomen met duidelijke ideeën over wat de behandeling bij het CBT in gaat houden en over hun eigen rol daarin. Het is belangrijk dat vanaf het begin van de behandeling duidelijk wordt wat reële verwachtingen zijn. Daarbij gaat het om zowel verwachtingen voor wat betreft het proces, als over het tandheelkundige resultaat. De patiënt zal binnen de behandeling een veel actievere rol krijgen dan hij wellicht zelf in gedachten had, terwijl met betrekking tot het resultaat vaak uitgelegd moet worden dat pas gedurende de behandeling duidelijk zal worden wat mogelijk, nodig en haalbaar is.

Er zijn omstandigheden waarin de medische problematiek of voorgeschiedenis van de patiënt de kokhalsklachten mogelijk beïnvloedt. Wanneer een patiënt aangeeft dat zijn kokhalsklachten het gevolg zijn van de medische situatie en daarmee impliciet of expliciet te kennen geeft dat trainen geen zin heeft, is het raadzaam met de behandelend arts te overleggen wat de effecten kunnen zijn van de medische conditie, alvorens te beslissen over het behandelplan. In sommige gevallen kan het juist ingesteld zijn op medicatie (bijvoorbeeld astmamedicatie) al een groot verschil maken in de kokhalsklachten.

Het behandeltraject

Intake

De intake is bij voorkeur interdisciplinair (psycholoog en tandarts) en kan gezamenlijk of na elkaar plaatsvinden. Bij de intake wordt onderzocht wat er aan de hand is, wat er gedaan kan worden en wordt op basis daarvan een plan gemaakt en met de patiënt besproken.

- Rol psycholoog: uitvragen van gedrag, gedachten, verwachtingen, ervaringen, emoties (o.a. angst) en het geven van psycho-educatie
- Tandarts: medische achtergrond, tandheelkundige historie en kokhalsverleden, expertise prothese en mondsituatie, reactie orale stimulaties, inschatting omgang prothese en beeldvorming in pre-edentate fase ten behoeve van prothese-educatie met daarbij aandacht voor de kosten en verwachtingen, en eventueel aanvragen van een machtiging voor de behandeling bij de zorgverzekeraar.

Behandeling

Psycholoog en/of tandarts na elkaar, of parallel aan elkaar:

- Terugdringen kokhalsfenomeen onder begeleiding van een psycholoog en eventueel ondersteunende disciplines;
- Tandheelkundige behandeling, indien noodzakelijk: zorg voor een “draagbare” prothetische situatie/voorziening via opbouw oefenplaatje, nieuwe prothese of omvorming c.q. uitbreiding oude prothese

Evaluatie

De kokhalsbehandeling wordt op gezette tijden geëvalueerd, waarbij wordt bekeken in hoeverre de behandeling tot dan toe effectief is geweest. Op basis van de evaluatie wordt besloten of en hoe de behandeling te vervolgen.

Afsluiting

Definitief vervolgtraject via (terug)verwijzing of op CBT.

Behandelstrategieën bij kokhalsklachten van prothesepatiënten

In het onderstaande worden verschillende strategieën beschreven die onderdeel kunnen uitmaken van de behandeling van kokhalsklachten bij prothesepatiënten. Deze strategieën zijn soms complementair, vullen elkaar aan binnen een behandeltraject, andere houden een keuze in voor een bepaalde benadering van het kokhalsprobleem.

Binnen een multidisciplinaire behandeling is het van belang dat de verschillende behandelaars volgens dezelfde visie werken, elkaars boodschap bevestigen/versterken en dat zij behandelstrategieën kiezen die elkaar aanvullen. Ook als eenieder zich bij zijn leest houdt, kan een aanvulling of overlap bij sommige strategieën helpend zijn. Het is van belang, dat elke behandelaar op de hoogte is van de rationale achter de strategie die de andere disciplines toepassen en dat binnen de behandeling van één patiënt de strategieën op elkaar aansluiten.

Contra-indicaties voor het behandelen van kokhalsklachten bij prothesepatiënten:

- Ernstige psychiatrische problematiek, voor zover deze kokhalstherapie in de weg zou staan.
- Een patiënt kan in zulke spanningsvolle omstandigheden zijn dat het onwaarschijnlijk is dat het behandeltraject op dit moment succesvol kan zijn. Dan kan de behandeling beter worden uitgesteld tot de situatie van de patiënt stabiel en minder spanningsvol is.
- Onvoldoende motivatie bij een patiënt voor een stapsgewijs gewenningstraject waarbij hoogfrequent behandelcontact en dagelijks doen van huiswerkopdrachten vereist is.
- Parallele trajecten zoals verzekeringsaanvragen voor implantaten of andere lopende procedures.

Intake

1. Vragenlijsten

Bij verschillende centra voor bijzondere tandheelkunde wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten als onderdeel van intake en screening, om de behandeling zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de patiënt. Denk hierbij zowel aan de algemene gezondheidsvragenlijsten en lijsten voor psychologische screening als aan zelfrapportagevragenlijsten voor het inschatten van de aard en ernst van de kokhalsklachten, of een lijst die ondersteunt bij een gestructureerde manier van onderzoeken van de reflex tijdens de intake, de VLEK (zie bijlage 1).

Het vragenlijstonderzoek wordt besproken met de patiënt om zodoende het zelfinzicht van de patiënt te vergroten.

2. Educatie

Het (leren) ervaren van controle staat centraal bij de behandeling van het kokhalzen en er wordt uitgegaan van een behandeling waarbij veel inzet wordt verwacht van de patiënt, niet alleen tijdens de afspraken maar vooral ook daarbuiten. Daarom is het belangrijk dat de patiënt begrijpt wat de behandeling inhoudt, waarom deze zo is vormgegeven en wat er van hem verwacht wordt. Educatie vormt dan ook een basisingrediënt voor een succesvolle behandeling. De uitleg aan patiënten wordt op eigen wijze vormgegeven binnen de verschillende centra, maar met een aantal terugkerende onderdelen:

2a. Verwachtingen

Patiënten komen vaak binnen met duidelijke ideeën over de behandeling bij het CBT en de eigen rol daarin. Het is belangrijk dat vanaf het begin van de behandeling duidelijk wordt welke verwachtingen reëel zijn, zowel de verwachtingen over het proces, als over het tandheelkundige resultaat. De patiënt heeft binnen de behandeling vaak een veel actievere rol dan hij zelf in gedachten had, terwijl veelal pas gedurende de behandeling duidelijk zal worden wat mogelijk, nodig en haalbaar is. Vanuit een accepterende houding van de tandarts, waarin begrip en uitleg verankerd zijn, zal het in een vroeg stadium de patiënt duidelijk gemaakt moeten worden, dat hij een probleem heeft en dat hij een groot aandeel heeft in mogelijke oplossingen.

2b. Uitleg over kokhalzen:

Uitleg kokhalsreflex

De kokhalsreflex is een aangeboren lichamelijke reactie die zich intra-uterien ontwikkelt vanaf de achttiende week van de zwangerschap. De functionele betekenis ligt in de bescherming van het lichaam tegen voorwerpen die tot verstikking zouden kunnen leiden. Herkenbaar is wellicht het voorbeeld van een baby die voor het eerst vaste voeding krijgt. Het kind kan nog niet zo goed kauwen en vast voedsel doorslikken, dus dat gaat nog weleens mis. Het kindje kokhalst, de ouders schrikken, kloppen op het ruggetje, zijn bezorgd, terwijl de baby nauwelijks onder de indruk is: door het kokhalzen is de spijsbrok weer teruggewerkt, de baby kauwt en slikt opnieuw, is tevreden en kijkt de ouder aan, klaar voor de volgende hap. Kortom een heel gewone, helpende reactie, aangestuurd door een lichamelijke gewaarwording.

Uitleg kokhalsreactie

Mensen kunnen ook kokhalzen als ze iets heel vies zien, ruiken of zelfs een verhaal horen wat hen doet walgen. Een herinnering aan een afstotelijke gebeurtenis (vies of heel naar) kan de reactie ook op doen komen. In die situaties is geen sprake van lichamelijke aanraking. Hieruit blijkt dat kokhalzen niet alleen lichamenlijk, maar ook vanuit ervaring, verwachting en emotie aangestuurd wordt. Dit is een heel normaal verschijnsel, waarbij de precieze aard van de uitlokkers van persoon tot persoon verschilt. Dat dit zo werkt heeft te maken met de manier waarop het zenuwstelsel en de hersenen werken en vloeit voort uit de beschermende functie van het kokhalzen. Het lastige is dat de kokhalsreflex zich hierdoor kan uitbreiden van waar hij fysiek 'hoort' - achter in de mond - tot een situatie waarbij sommige mensen al gaan kokhalzen bij het tandenpoetsen of zelfs bij het aanraken van het puntje van de tong.

Uitleg hoe een kokhalsreflex kan leiden tot een ongewenste kokhalsreactie

We weten dat er bij mensen met zo'n ongewenste kokhalsreactie, atomisch geen verschillen zijn. Een deel van de mensen heeft een negatieve ervaring in het mond/halsgebied meegemaakt, waardoor het beschermingsmechanisme, de kokhalsreflex, als het ware te scherp wordt afgesteld. Een andere deel van de mensen is er sprake van een onderliggende angst, zoals angst om te stikken of angst om te braken, die ervoor zorgt dat de kokhalsreactie eerder optreedt. Bij een deel van de mensen is het onduidelijk hoe het komt dat zij een versterkte kokhalsreactie hebben en is deze meestal geleidelijk en door de jaren heen ontstaan.

Uitleg over hoe een ongewenste kokhalsreactie afgeleerd kan worden

Juist omdat een ongewenste kokhalsreactie aangeleerd gedrag is, valt deze reactie ook weer terug te dringen. Dezelfde mechanismen die werken om het kokhalzen uit te breiden, kunnen we inzetten om het weer onder controle te krijgen. Dat is waar deze behandeling op gestoeld is.

Uitleg over in stand houden van de ongewenste kokhalsreactie

Belangrijke factoren die meespelen in het in stand houden van de kokhalsreactie kunnen we laten zien via de 3G-cirkel. Deze cirkel bestaat uit 'gedachtes', 'gevoel' en 'gedrag'. Vaak zien we bij mensen die last hebben van een kokhalsreactie dat er sprake is van gedachtes over het kokhalzen zoals 'ojee, zo meteen komt hij weer' of 'straks ga ik overgeven'. Dit leidt tot bepaalde gevoelens zoals angst, schaamte of boosheid. Deze gevoelens lijden tot spanningsopbouw in het lichaam. Hierdoor zit er ook meer spanning in de spieren in het mondhals gebied en treedt de ongewenste kokhalsreactie sneller op. Daarnaast leiden deze gevoelens vaak ook tot bepaald gedrag. Gedrag wat we vaak zien is vermijdingsgedrag, zoals niet meer naar de tandarts gaan of vermijden achterin de mond te poetsen. Daarnaast zien we veiligheidsgedrag zoals snoepjes gebruiken of slokjes water drinken om de kokhalsreactie te onderdrukken.

Uitleg insteek behandeling

Doordat de zojuist getekende cirkel de ongewenste kokhalsreactie in stand kan houden, zal de behandeling op deze drie G's inspelen. Er zal ten eerste aandacht zijn voor niet-helpende gedachtes die voor spanningsopbouw zorgen in het lichaam zorgen. Daarnaast zal er door middel van het gebruik van de buikademhaling gezorgd worden dat de lichaamsspanning maximaal gereduceerd wordt. Tot slot wordt veiligheidsgedrag gestopt en wordt in stapjes het vermijdingsgedrag verminderd. Dit doen we vaak met behulp van spatel oefeningen of oefeningen met een haplepel. Dit noemen we ook wel exposure.

Wanneer traumatische ervaringen een rol spelen

Als door nare ervaringen in het verleden het mondgebied negatief beladen is, moet een behandeling er eerst op gericht zijn deze ervaring minder emotioneel beladen te maken. Pas daarna kan gestart worden met exposure behandeling.

2c. Uitleg over de rol van middelengebruik:

Het gebruik van nicotine, alcohol en cafeïne kan de kokhalsreactie in de hand werken. Bij patiënten die veel alcohol en/of koffie drinken en/of die roken, is het van belang deze relatie te bespreken en hen aan te raden het middelengebruik te stoppen of minderen.

Conclusie

Het is belangrijk op een accepterende, niet-verwijtende manier bovenstaande te bespreken zodat de patiënt met deze informatie een handvat heeft om met zijn kokhalsklacht aan de slag te gaan. De nadruk ligt hierbij op uitleg van de klassieke en operante conditionering, waarbij de reflex in zijn bescherming is doorgesloten. De patiënt kan deze reactie weer onder controle krijgen.

3. Bespreken behandeling

Uitleg over het verloop van de behandeling:

- Hoe de vervolprocedure is (wel/geen CBT, teambespreking, behandelingsaanvraag zorgverzekeraar).
- Vervolgafspraken (wel/geen/combi etc.), betrokken behandelaars.
- Welke strategieën toegepast zullen worden en waarom (gerelateerd aan de uitleg over het kokhalzen).
- Eventuele oefenprocedure en huiswerk voor patiënt.

Behandeling

1. Oefenen

Een patiënt zal, om zijn kokhalsklachten onder controle te krijgen, aan de slag moeten. Om hem hierbij te begeleiden wordt vrijwel overal gebruikt gemaakt van oefeningen, zowel in de behandelkamer als vooral ook om thuis mee aan de slag te gaan.

Naast gewenning en gedragsverandering is een belangrijk doel van het oefenen het creëren van succeservaringen. Met succeservaringen komt vertrouwen, zakt de spanning en stijgt de kans op vervolgsucces. De oefeningen (zie bijlage 2 Begeleid oefenen) zullen over het algemeen dan ook zo eenvoudig mogelijk beginnen en naarmate de patiënt vordert, opbouwen in moeilijkheidsgraad.

Ingrediënten voor succesvol oefenen:

- Patiënt geruststellen en vertrouwen geven.
- Observatie van de kokhalsreactie van patiënt op basis van ademhaling, ontspanning, tijd nemen.
- Aandacht voor rust en tijd tijdens de behandeling.
- Op laten doen van positieve ervaringen.
- Werken met het richten van de aandacht, zowel de aandacht leren richten op iets anders dan het voorwerp in de mond, als het kunnen en mogen ervaren van het voorwerp in de mond.
- Eventueel in aanwezigheid van een partner of naaste.

Thuis

Zoals gezegd is het belangrijk dat de patiënt thuis aan de slag gaat met de behandeling. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Bouw tolerantie op door oefeningen thuis consequent, frequent en intensief te doen. Dit betekent niet dat de patiënt er de hele dag mee bezig moet zijn, over het algemeen zullen er afspraken gemaakt worden over de frequentie en duur van het oefenen (bijvoorbeeld 3x op een dag 10 minuten). Soms wordt afgesproken om, wanneer de patiënt geen controle ervaart even afleiding te zoeken en het op een later tijdstip opnieuw aan de slag te gaan, om frustratie te voorkomen.
- Aandacht voor afleiding in het dagelijks leven om fixatie op de kokhalsproblematiek te voorkomen. En tijdens het oefenen kan afleiding met een taak of sterke prikkel helpend zijn.
- Vermijdingsgedrag tegengaan.
- Sociale steun van patiënt mobiliseren.
- Op laten doen van positieve ervaringen.
- Leg uit aan de patiënt dat als hij of zij de prothese net zolang draagt totdat het kokhalzen optreedt en dan de prothese uit doet er een Pavlov reactie optreedt: “uitdoen betekent verlichting”. Het is daarom zaak om van tevoren af te spreken hoe lang geoefend gaat worden. De tijdsduur wordt zo gekozen dat de verwachting dit dat de patiënt het zonder veel problemen kan volhouden zonder kokhalzen. Vervolgens kan de draagduur worden verlengd binnen haalbare stappen.

2. Behandelen van aan het kokhalzen gerelateerde psychische problematiek

Het kan zijn dat de indruk bestaat dat het kokhalzen uitgelokt of in stand gehouden wordt door psychische problematiek. In dat geval is het voor het welslagen van de behandeling zinvol om deze problematiek te behandelen. Te denken valt aan:

- Aan het kokhalzen gerelateerde angst, zoals bijvoorbeeld stikangst.
- Aan het kokhalzen gerelateerd psychotrauma.
- Stressoren, intern of extern, die dermate overheersend zijn dat ze zowel het kokhalzen in de hand werken als interfereren met het deelnemen aan de kokhalsbehandeling.
- Aan het kokhalzen gerelateerde cognities kunnen de klachten in stand houden.

Met name in het geval dat een angst of nare herinnering het kokhalzen in stand houdt (gaat vaak samen), kan gedacht worden aan behandeling van die angst en/of dat herinneringsbeeld door middel van EMDR (of andere vorm van traumabehandeling). Daar waar het gaat om meer algemene stressoren zal ingeschat moeten worden of daar in het kader van deze behandeling iets aan gedaan kan worden, bijvoorbeeld d.m.v. een kortdurende CGT, of dat gekozen moet worden om de behandeling uit te stellen tot patiënt elders daaraan kan werken, of de situatie zo veranderd is dat ruimte is gekomen voor de kokhalsbehandeling. In geval van aan het kokhalzen gerelateerde cognities die de klachten in stand houden, zullen deze cognities onderwerp van behandeling moeten zijn in de vorm van uitleg over het verband tussen gedachten, gevoel en gedrag gericht op kokhalzen en het identificeren van de niet-helpende gedachten van de patiënt om deze om te kunnen vormen naar helpende gedachten.

3. Bij de edentaat wordende patiënt

Het kan natuurlijk voorkomen dat een patiënt last heeft van een extreme kokhalsreactie, nog niet edentaat is, maar op het punt staat de dentitie te verliezen. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat de beslissing op welk moment zal worden overgegaan op totaalextractie bij de patiënt ligt. Dit omdat het zeer moeilijk te voorspellen is of de patiënt een (immediaat) prothese zal accepteren. Hoewel tandheelkundige strategieën nog niet toepasbaar zijn, kan al wel een aanvang gemaakt worden met het toepassen van de andere strategieën om te leren de kokhalsreactie onder controle te krijgen teneinde op die manier vertrouwen op te bouwen voor een edentate situatie. In het oefentraject kan dan het beste aandacht worden besteed aan het maken van afdrukken en een oefenplaatje.

4. Tandheelkundige strategieën

Ook bij een tandheelkundige behandeling is het belangrijk om richting te geven aan de eigen verantwoordelijkheden van de patiënt. Alleen wanneer patiënt zijn kokhalsreactie onder controle kan krijgen is het mogelijk om een voorziening in de mond verdragen of de voorbereidende handeling te laten uitvoeren. Na intake en tijdens evaluatiemomenten moet nagedacht worden over de manier waarop tandheelkundig met het probleem omgegaan wordt. Bestaande behandelopties in het kader van de kokhalstherapie zijn: het maken van afdrukken, het aanpassen van een bestaande prothese, vervangen van een bestaande prothese, het werken met een Trial Denture Base (TDB).

Afdrukken maken

Patiënten met kokhalsklachten hebben veelal moeite met het maken van afdrukken. Afdrukken moeten gemaakt worden wanneer de prothese aangepast wordt, een nieuwe prothese gemaakt wordt of een TDB vervaardigd wordt.

Afdrukken ongeacht het kokhalzen

Er kan voor gekozen worden om deze afdrukken te maken ongeacht de eventuele kokhalsklachten van patiënt. Dit gebeurt vanzelfsprekend altijd in overleg met de patiënt.

Overwegingen hierbij zijn:

- Bij een deel van de behandelaren is de indruk dat het afdrukken een heel moeilijke hindernis is voor een patiënt, terwijl het iets is wat uiteindelijk niet zo heel vaak hoeft te gebeuren. Zij stellen dat het dan beter is om die afdrukken, in overleg met de patiënt, dan maar gewoon te maken en de kokhalstraining te richten op de prothese die daarna volgt.
- Als een patiënt zonder kokhalzen een gebitsprothese kan dragen, maar last heeft van kokhalzen bij het maken van afdrukken en geen behandeling wenst gericht op de vermindering van de kokhalsklacht. Dan kan er in overleg gekozen worden voor het afdrukken ongeacht het kokhalzen.

Om dit niet te laten verworden tot een nare ervaring waardoor de klachten verergeren, let op:

- **vooraf** aan te geven hoe lang de afdruk in de mond zal zitten;
- te bespreken dat de lepel niet tussentijds uit de mond gehaald kan worden, zonder dat de afdruk mislukt en opnieuw gemaakt moet worden;
- dat er een opvangbakje op de schoot van de patiënt staat;
- een 'niet storen' bordje op de behandeldeur te plaatsen;
- eventueel radiogeluid zachter te zetten;
- te zorgen dat de temperatuur niet te hoog is in de behandelkamer;
- overweeg gebruik te maken van 'stugge alginaat' (Dit om te voorkomen dat er alginaat de keelholte inloopt. De verhouding water/alginaat voor 'stugge alginaat' staat aangegeven aan de achterkant van de meeste watermaatbekers);
- de lepel eerst achter in de mond te plaatsen en daarna naar voren aan te drukken worden, de overmaat aan alginaat zal dan bij de lippen de mond uit komen i.p.v. in de keel.

Enkele tips die kunnen helpen bij beheersing van het kokhalzen tijdens het maken van de afdruk:

- patiënt goed rechtop laten zitten en door de neus laten ademen;
- zout op de tong (parodontax);
- patiënt de benen laten strekken en te laten concentreren op de tenen en het gevoel van de billen op de stoel;
- na het plaatsen van de lepel in de mond de patiënt afleiden met technieken die afgeleid zijn van yoga, zoals het in gedachten meeschrijven van de letters van tien tot nul.

Afdrukken als onderdeel van het oefentraject

Een andere benadering is om het afdrukken onderdeel te maken van het traject waarin de patiënt leert de kokhalsreflex onder controle te krijgen. Het is dan het eerste onderdeel waarvoor geoefend wordt. Oefeningen die hierbij ingezet worden zijn dezelfde als eerder beschreven, aangevuld met oefenen met afdruklepels, begeleid en thuis. Deze worden eerst gepast bij de patiënt. Vervolgens wordt begonnen met een partiële afdruklepel in de onderkaak, dan partiële lepel in de bovenkaak, dan een volledige lepel in de onderkaak, dan een volledige lepel in de bovenkaak. Altijd afzonderlijk oefenen met als start een goede ademhaling met de mond een stukje open. Als dit redelijk gaat kan de patiënt thuis de lepels vullen met aardappelpuree, dit kan de patiënt gewoon doorslikken net zoals ons vulmateriaal. Benadruk dat dit niet lekker is maar geen kwaad kan. Deze oefening zittend oefenen, eventueel gevolgd door de stoel iets achterover (zoals bij het nemen van afdrukken voor kroon en brugwerk gebruikelijk is).

Nb: Slikken met de mond open kan wel, maar dit vraagt meestal enige oefening van de patiënt. Vertel de patiënt dat het laten lopen van het speeksel uit de mond een andere optie is en dat de patiënt zich daarvoor niet hoeft te schamen.

Aanpassen van de huidige prothese

De patiënt heeft veelal het idee dat kwaliteit, vorm, formaat of een specifiek deel van de prothese het kokhalsprobleem veroorzaakt en kan vragen om aanpassing van de prothese. Het is raadzaam om bij eventuele aanpassingen op te passen voor verslechtering van de situatie. Aanpassing van de prothese heeft niet de voorkeur indien deze niet van eigen hand is. Eventueel kan een kopie van de huidige prothese worden gemaakt en deze worden aangepast.

Een enkele keer bestaat de overtuiging dat aanpassing van de prothese (verkorte tandboog, verbeterde retentie en/of occlusie) voldoende effect zal beogen.

De behandelaar dient zich bewust zijn van het risico van aanpassen, en zeker inkorten, van een prothese. Hoewel de patiënt in eerste instantie de indruk zal hebben dat de aanpassing een verbetering is, wordt vaak gezien dat hij bij een volgende controle terugkomt met een vraag om hetzelfde toch nog net iets verder aan te passen. Dit kan zich herhalen tot verder inkorten niet meer mogelijk is. De patiënt is als het ware getraind om steeds 'beter' te kunnen kokhalzen.

Daarbij leert de ervaring dat hoe meer geprobeerd wordt een probleem als kokhalzen door middel van tandheelkundig ingrijpen op te lossen, des te meer zal de patiënt er van overtuigd raken dat het een probleem is wat technisch opgelost moet worden, ook wanneer het tandheelkundig ingrijpen niet succesvol is. Het draagvlak voor andere interventies gericht op gedrag, cognitie en emotie wordt dan steeds kleiner.

Prothese vervangen

Hierbij geldt hetzelfde voorbehoud met betrekking tot tandheelkundig ingrijpen als genoemd bij voorgaande optie. Het is daarom van belang dat de huidige prothese beoordeeld wordt en alleen dan vervangen wordt als deze objectiveerbaar niet voldoet en/of duidelijk is dat een aspect van de prothese naar verwachting voor de gemiddelde prothesedragers tot vergelijkbare problemen zou leiden. In dat geval is het raadzaam te kiezen voor het vervangen van de prothese. Veelal zal vervangen onderdeel van de bredere behandeling zijn en zullen de andere strategieën ook ingezet moeten worden.

Let bij uitvoering op:

- optimale ruimte voor de tong;
- beperkte bedekking van palatum (in te schatten door de behandelaar waar de A-lijn moet lopen);
- geringe volume van prothesebasis;
- goede beethoogte (liever te laag dan te hoog);
- gebruik eventueel kleinere elementen;
- beperk eventueel de tandboog tot aan de 1e of 2e premolaar.

Trial Denture Base (bijlage 3)

(Deels) edentate kokhalspatiënten waar bij het direct vervaardigen van een voorziening geen succes wordt verwacht. De indicatie kan eventueel in samenwerking met een psycholoog worden gesteld.

- Door te oefenen met een steeds groter wordende TDB kan het zijn dat patiënt uiteindelijk beter in staat is om een volledige prothese te accepteren. Het kan psychisch zeer stimulerend werken doordat er tijdens de procedure "succesmomenten" worden gecreëerd. Tevens kan het positief werken dat de (visuele) prikkel van een trial denture base anders is dan die van de huidige prothese, waar patiënt vaak een hekel aan heeft gekregen.

- Het kan een fase zijn voor patiënten waarbij je uiteindelijk naar een implantaat gedragen voorziening wilt. Middels een trialbase kan de voorspelbaarheid worden vergroot. Het is een goede methode om uit te testen of patiënt een minimale prothese in de mond kan verdragen. Met behulp van kleefproducten kan de retentie van de prothese worden vergroot. Er wordt beoordeeld of de patiënt de trial base een aantal (bijvoorbeeld 6) uur per dag kan dragen. De tandarts zal op basis van deze uitvoering van het huiswerk bekijken of de patiënt de prothese op implantaten zal kunnen (ver)dragen.

Evaluatie

De kokhalsbehandeling wordt op gezette tijden geëvalueerd, waarbij wordt bekeken in hoeverre de behandeling tot dan toe effectief is geweest. Op basis van de evaluatie wordt besloten of en hoe de behandeling te vervolgen.

1. Als de initiële behandeling min of meer succesvol is gebleken:
 - Kan de patiënt worden terugverwezen.
 - Het kan zijn dat een tussendoel bereikt is en in het kader van de kokhalstherapie worden besloten tot het maken van een nieuwe prothese. Mogelijk wordt de kokhalsbehandeling vervolgens hervat gericht op het leren dragen van de prothese
 - Wanneer de patiënt een adequate prothese heeft leren dragen, maar om tandheelkundige redenen een prothese met voldoende retentie niet mogelijk is, kan een implantaatgedragen voorziening mogelijk uitkomst bieden.
2. Wanneer nog niet voldoende is bereikt, maar de verwachting is dat dit wel gaat komen, kan besloten worden de kokhalsbehandeling voort te zetten, eventueel door andere technieken in te zetten dan tot dan toe gebruikt zijn, te denken valt aan andere ontspanningstechnieken of verwijzing voor intensievere psychologische diagnostiek en behandeling.
3. Wanneer de inschatting is dat ook het voortzetten van de behandeling niet succesvol zal zijn, of niet meer zal opleveren dat tot zover het geval is, kan besloten worden om:
 - De behandeling te staken, de patiënt behoudt de situatie zoals deze is. Dit kan gebeuren wanneer een patiënt onvoldoende gemotiveerd blijkt om de behandeling te vervolgen zoals deze aangeboden wordt of als er geen hulpvraag meer is.
 - Te kiezen voor het gebruik van implantaten voor de retentie van de prothese . Over het algemeen zal dan tenminste vereist zijn dat de patiënt aantoonbaar een prothese van gelijke omvang als te verwachten is bij een implantaatgedragen voorziening kan verdragen zonder kokhalzen. Voor de keuze welke voorziening (uitneembare prothese of bijvoorbeeld een vaste brugprothese) gelden dezelfde criteria als bij de indicaties implantaatgedragen voorzieningen: er is geen gebleken evidence voor de ene of andere variant, waardoor het criterium doelmatig en niet onnodig kostbaar geldt

Bijlage 1: De VLEK

VLEK

patiëntsticker

Instructie

Geef aan of de patiënt een kokhalsreflex vertoonde tijdens onderstaande handelingen c.q. aanrakingen met een spiegel. Eventuele protheses met een palatumplaat worden uitgenomen.

U voert de aanrakingen met een voelbare druk uit gedurende 2 seconden, en waar mogelijk beiderzijds.

Wanneer u een handeling niet hebt uit kunnen voeren vanwege de extreme kokhalsreflex, scoort u dit met "ja".

De stoelleuning staat niet meer dan 30° overeind.

Buiten de mond

1. vlak voor de geopende mond	nee	ja
-------------------------------	-----	----

In de mond

2. tegen achter-boven front	nee	ja
-----------------------------	-----	----

3. ter hoogte van 2 ^e molaren	nee	ja
--	-----	----

4. binnenkant wang bij 2 ^e molaren	nee	ja
---	-----	----

5. processus boven bij molaren 7/8	nee	ja
------------------------------------	-----	----

6. zijkant tong bij 2 ^e molaren	nee	ja
--	-----	----

7. overgang palatum molle	nee	ja
---------------------------	-----	----

Bijlage 2 Begeleid oefenen

Oefeningen die gebruikt kunnen worden:

- Ontspanning en ademhaling (buikademhaling; “laag” ademen i.p.v. “hoog”). In ontspannen toestand treedt kokhalzen minder snel op. Wanneer iemand het kokhalzen kan voelen aankomen, kan dit mede door ontspanning ook weer afzakken.
- Variatie benutten: wanneer lukt het wel/beter?
- Graduele exposure in de stoel/exposure in vivo aan kokhalzen via systematische desensitisatie: stapsgewijs de tolerantie van de patiënt opbouwen door gebruik te maken van steeds grotere voorwerpen. Bij edentate patiënten: afdruklepel of oefen-prothese zonder tanden (Trial Denture Base), steeds lastigere posities in de mond en steeds langere tijdsduur van inhouden van het voorwerp.
- Leren slikken met de mond open.
- Kokhalsreactie beter leren beheersen door de spieren in de hoofd-/halsstreek aan te spannen of juist te ontspannen. De mondhouding (lees: positie tongbeen) bij bepaalde klinkers zoals “o” i.p.v. “a” of “i” is zodanig verschillend dat een patiënt hiermee kan leren om de kokhalsreactie in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen en opvangen.
- Om een naderende kokhalsreactie op te vangen leert de patiënt vier aandachtspunten: de buikademhaling, losse schouders, “lange nek” en ontspannen gezichtsspieren (inclusief de tong!).
- Tijdens de training raakt de behandelaar de patiënt intra-oraal aan met spiegeltje of (gehandschoende) vinger. De patiënt concentreert zich op zo vroeg mogelijke herkenning van een naderende kokhalsreflex. De behandelaar concentreert zich op subtiele verandering in ademhaling of spierspanning van de patiënt. Bij de eerste sensatie van een naderende kokhalsreflex geeft de patiënt een teken. Vroeg in de training stopt de behandelaar de handeling en wordt de patiënt aangemoedigd de aandacht extra te richten op de geleerde aandachtspunten. De patiënt geeft ook aan wanneer de sensaties gestopt zijn. De aanrakingen gaan dan weer verder. Later in de training ‘bevriest’ de behandelaar de betreffende aanraking, en probeert de patiënt – met het spiegeltje of de vinger van de psycholoog als het ware bevroren in de handeling – ook in die moeilijker situatie de gevoelde sensaties door middel van extra concentratie op de geleerde aandachtspunten tegemoet te treden.
- De bewustwording van de patiënt van een verandering in ademhaling of spierspanning is cruciaal voor het succes van de training. Dagelijks oefenen is daarbij behulpzaam: de patiënt zal steeds beter in staat zijn zich bewust te zijn van ademhaling en (ont)spanning. De partner kan extra hulp bieden door de rol van behandelaar op zich te nemen en de patiënt intra-oraal aan te raken met een theelepeltje of tandenborstel.
- Het effect van de kokhalstraining is de basis voor het tandheelkundig vervolg. Mogelijk is de patiënt in staat verdere behandeling bij de huistandarts te ondergaan, mogelijk verdient het de voorkeur een nieuwe - al dan niet implantaat-gedragen - prothese te maken op het CBT. De bepaling van het vervolg is multidisciplinair, het vervolg zelf wordt uitgevoerd door de tandarts.

Bijlage 3: De trial denture base procedure

Hoewel het vervaardigen van een TDB minder stappen vereist dan vervaardiging van een conventionele prothese, kan het zijn dat veel tijd nodig is voor controles en aanpassing van de TDB. Het is wenselijk om met de boven TDB-prothese te beginnen, omdat deze meestal het grootste probleem zal vormen voor patiënt, en in een later stadium een onderprothese te vervaardigen.

Laat aan de hand van een (goede) alginaatafdruk een doorzichtig basisplaatje (basis TDB) vervaardigen. Het meest voor de hand liggend is de optie om in extreme gevallen klein te beginnen en de TDB op geleide van bevindingen uit te bouwen naarmate de patiënt meer kan accepteren in de mond. Dit kan bijvoorbeeld door twee TDB-plaatjes te laten vervaardigen en met het kleinste plaatje te beginnen met oefenen. Zo kan de exposure worden opgebouwd.

Is het de inschatting dat uiteindelijk wel de volle omvang benut zal gaan worden dan kun je samen met patiënt kijken of en zo ja hoeveel de A-lijn moet worden ingekort. Slijp in het begin niet te veel weg, patiënt zal thuis met het plaatje moeten oefenen. Het verkorten van de A-lijn kan in meerdere sessies worden uitgevoerd. De frequentie van de controles wordt overeengekomen met de patiënt (bijvoorbeeld iedere twee weken).

Wanneer het plaatje (in zekere mate) wordt geaccepteerd door patiënt kunnen er elementen worden aangebracht. Laat hiervoor een waswal aanbrengen op het plaatje om aan te kunnen geven hoe je elementen op wilt laten stellen. Eventueel kan ervoor worden gekozen om eerst alleen het front op te laten stellen en uiteindelijk misschien alleen met een eerste premolaar af te laten maken, afhankelijk van wat patiënt lijkt te accepteren.

Alternatief:

Een andere, technisch minder praktische methode is om klein te beginnen en de voorziening te vergroten