

Tandheelkundige consequenties bij het gebruik van een MRA

Doordat een MRA de onderkaak (mandibula) naar voren houdt tijdens het slapen, kan de tong de luchtweg minder gemakkelijk blokkeren en wordt de keelholte ruimer. Naast het gunstige effect op de ademweg, kent het gebruik van een MRA ook een aantal bijwerkingen. Kort gezegd zorgt een MRA voor een – soms best flinke – toename van de belasting op het kauwstelsel. Dit stuk gaat in op de korte en lange termijn gevolgen van het gebruik van een MRA.

Geen werking zonder bijwerking

Bij het gebruik van een MRA zullen in de eerste dagen een aantal bijwerkingen optreden. Deze bijwerkingen zijn meestal een toename van de speekselvloed, pijn in het gebit, pijn in het oor of kaakgewricht, een stijf en vermoeid gevoel in de kauwspieren. Deze klachten zijn het directe gevolg van een toename van de belasting op het kauwstelsel. Meestal zijn deze klachten alleen aanwezig in de eerste weken na het plaatsen van de MRA en gaan deze klachten met een aantal weken vanzelf over. Vaak nemen de klachten toe als de MRA wat bij wordt getitreerd.

Naast deze klachten wordt vaak op de wat langere termijn ook een tijdelijke open beet of gevoel van een beetverandering in de ochtenduren waargenomen bij patiënten die een MRA gebruiken. De open beet is het directe gevolg van een overbelasting op het kauwstelsel. Dit beeld wordt dan ook wel toegeschreven aan vochtaccumulatie in het retrodiscale gebied van het kaakgewricht. Meestal is de open beet of de beetverandering tijdelijk en verdwijnt deze na ongeveer een half uur. De open beet kan ook teruggedrukt worden door te bijten op een dunne siliconen plaat (zogenaamde Leaf Gauge) waardoor de patiënt de onderkaak als het ware naar achteren bijt.

Op de wat langere termijn (meestal na een half tot 2 jaar), zullen er veranderingen in de gebitsocclusie waarneembaar zijn. Deze veranderingen kunnen klein zijn zodat het nauwelijks opvalt, maar soms kunnen deze veranderingen zorgen voor een verstoring van de functie, waardoor het aantal occluderende elementen verlaagd is en de oorspronkelijke maximale occlusie niet meer bereikt kan worden. De gevolgen op de gebitsocclusie zijn het gevolg van de krachten op de gebitselementen waardoor deze, net zoals dat gebeurt bij orthodontische apparatuur, zullen verplaatsen. De mate en de snelheid

waarmee deze verplaatsingen optreden is per patiënt verschillend en heeft onder meer te maken met het aantal elementen, het aanhechtingsniveau op het bot de krachten, die de MRA genereert. Ook kan de kaakrelatie en gebitsocclusie voor behandeling een rol spelen bij het ontstaan van veranderingen in de occlusie. Zo wordt wel gesteld dat patiënten met een diepe beet meer 'beschermd' worden tegen occlusie veranderingen dan patiënten met een Angle Klasse 1 of 3 relatie. Op de lange termijn zullen bij de meeste gebruikers van een MRA zeker veranderingen in de gebitsocclusie worden waargenomen. Deze veranderingen van de gebitsocclusie zijn binnen een gezond kauwstelsel goed door het lichaam te incasseren. Deze veranderingen geven dan ook geen aanleiding tot het ontwikkelen van temporomandibulaire disfunctie. Toch zullen de veranderingen bij patiënten kunnen leiden tot het ontwikkelen van functie klachten. De meeste patiënten zullen verder geen hinder ervaren van de dwangbeet.

Het is echter wel belangrijk, dat de behandelend tandarts de veranderingen van de gebitsocclusie goed controleert en daar waar nodig de functie van het gebit faciliteert. Dit laatste is bijvoorbeeld, bij het ontstaan van een dwangbeet, door middel van inslijpen te corrigeren. Deze therapie is ook aan te raden als de veranderde occlusie en articulatie ervoor zorgt dat zwakke elementen, met porselein opgebakken elementen en eventueel endodontisch behandelde elementen ineens overbelast raken. Het inslijpen heeft als doel dat deze elementen uit de occlusie/articulatie worden gehouden, zodat het krachtenspel zo min mogelijk schade kan aanrichten. Ook kunnen eventueel scherpe knobbels iets worden ingeslepen ter preventie van breuk. Daarnaast kunnen elementen die parodontaal zwak zijn (verminderd aanhechtingsniveau bij een gezond, gereduceerd parodontium) preventief ingeslepen worden. Bij deze zwakke elementen kan ook gedacht worden aan het maken van een vezelversterkte 'parospalk' zodat de krachten goed verdeeld worden bij functie van de onderkaak.

Ofschoon het niet vaak voorkomt bij het gebruik van een MRA, kunnen de pijnklachten dusdanig worden, dat hierboven beschreven therapie niet helpt. Meestal gaat het om pijn in grote kauwspieren (zoals de masseter en de temporalis) en soms ook het kaakgewricht. Niet elke tandarts die patiënten met een MRA behandelt, is

gewend om met deze problematiek om te gaan. Vaak wordt geadviseerd om de MRA maar een poosje niet te dragen. Het nadeel is dat de (OSAS-) patiënt in feite geen nacht zónder MRA kan slapen en eventueel moet uitwijken naar de CPAP. Dat wil niet iedereen. Soms kan door het titreren van de onderkaak in een minder proale stand de klachten doen verbeteren. Vaak kan via een orofaciaal fysiotherapeut een programma worden opgesteld waarbij via oefeningen de spieren en het kaakgewricht behandeld worden. Een tandarts-gnatholoog kan ook geraadpleegd worden indien de klachten dusdanig zijn dat een orofaciaal fysiotherapeut vastloopt.

Bezint eer ge begint

Een goed peroperatief klinisch en beeldvormend mondonderzoek is een essentieel onderdeel van de behandeling met een MRA. Bij een gezond kauwstelsel kunnen de krachten die ontstaan door overbelasting door het lichaam goed worden opgevangen, maar zullen wel op de lange termijn leiden tot blijvende veranderingen

in de gebitsocclusie en articulatie. Het is belangrijk dat patiënten voorafgaande aan de behandeling goed worden geïnformeerd over deze gevolgen en wat de behandeling van deze gevolgen kan zijn (inslijpen, spalken of in sommige situaties het staken van de behandeling).

Is het kauwstelsel niet gezond, dan zal de mate van pathologie een factor zijn die meeweegt of een MRA al dan niet geïndiceerd is. Naast dento-alveolaire pathologie kan er ook sprake zijn van temporomandibulaire pathologie. In dat geval is het verstandig om een uitgebreid functieonderzoek uit te voeren. Bij twijfel kunt u overwegen om een advies van een tandarts-gnatholoog in te winnen.

James Huddleston Slater

Tandarts, tandarts - gnatholoog
Tandartspraktijk Huddleston Slater, Groningen

