

## RICHTLIJN SBT

### Hyperreflex kokhalzen.

#### **Inleiding en doel van de richtlijn.**

Tandheelkundig gezien kan een ‘hyperreflex voor kokhalzen’ een groot probleem zijn voor de patiënt zelf en voor het behandelteam.

Het verschijnsel van een gemakkelijk optredende kokhals- of wurgregreflex kan vele oorzaken hebben en is vrijwel nooit met het geven van een simpel advies of het uitvoeren van een simpele handeling te verhelpen of te beïnvloeden.

In deze richtlijn zal een kader worden aangegeven voor diagnostiek en behandeling van deze problematiek binnen de afdelingen MFP en A&G van de SBT.

#### **Analyse van de problematiek.**

##### 1. De hyperreflex voor kokhalzen:

- treedt meestal op in combinatie met spanning (stress); spanning kan de hyperreflex opwekken en versterken,
- kan zwak zijn en zal dan weinig overlast veroorzaken voor bijvoorbeeld de mondhygiëne van de patiënt en de behandeling door het tandheelkundig team,
- kan sterk zijn en kan dan een ernstige belemmering betekenen voor de patiënt om een goede mondhygiëne te onderhouden, en het voor het behandelteam zeer moeilijk maken om de behandeling uit te voeren,
- kan regionaal zijn aangestuurd en is alleen actief bij een prikkel in de mond (spiegel, afzuiger, boor, afdruklepel, wattenrol),
- kan centraal zijn aangestuurd, heeft dan vaak een psychologische en/of familiere component, en is actief ook als de prikkel (nog) niet in de mond is (zien, ruiken, horen, denken aan),
- kan een combinatie zijn van een aantal bovenstaande factoren.

##### 2. De hyperreflex voor kokhalzen kan ook gecombineerd zijn met (extreme) angst.

Deze (extreme) angst kan gericht zijn op de tandheelkundige behandeling, echter de angst kan ook gericht zijn op de hyperreflex zelf. Met andere woorden de patiënt is bang om over te geven (braakfobie), dit kan leiden tot een zichzelf vesterkende reactie.

Er kunnen ook combinaties van deze angsten bestaan.

##### 3. Verder dient er onderscheid gemaakt te worden met patiënten die last hebben van stikangst, ten gevolge waarvan een actieve wurgregreflex ontwikkeld is. Dan is er dus eigenlijk geen sprake van een hyperreflex voor kokhalzen.

##### 4. Een belangrijke factor in het kader van de beschrijving van de problematiek is de motivatie van de patiënt om zelf iets aan zijn probleem te doen (coping). De mate van

eigen inzet is zeer bepalend voor het verloop van de problematiek en het succes van de aanpak ervan, alsmede voor de inhoud en omvang van de tandheelkundige behandeling.

### **Diagnostiek.**

#### 1. Vragenlijsten.

De eerste stap in de diagnostiek zal vaak de verwijzing en beschrijving van de problematiek van de huistandarts zijn. Specifiekere diagnostiek vindt plaats via de vragenlijsten, zoals die standaard gehanteerd worden door de afdelingen MFP en A&G. Alsmede (extra) vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld de SCL-90 en de kokhalsvragenlijst, eventueel kan ook nog een walgingsvragenlijst worden toegevoegd.

De vragenlijsten worden geëvalueerd (en gescoord) door tandarts en psycholoog.

#### 2. Het intakegesprek (de anamnese).

Tijdens het intakegesprek worden achtergronden en voorgeschiedenis uitgevraagd en eventuele oorzaken ingeschat. De problematiek, de motivatie van de patiënt en de prognose van het slagen van de behandeling wordt afgewogen en met de patiënt besproken.

#### 3. Evaluatie van het intakegesprek.

Psycholoog en tandarts evalueren de tot dan toe verzamelde gegevens en indrukken, formuleren een diagnose en stellen een plan van aanpak vast.

### **Het behandelbeleid.**

Het behandelbeleid is er in beginsel op gericht het gedrag van de patiënt zodanig te beïnvloeden en zo mogelijk te veranderen, dat de behandelingen doeltreffend kunnen verlopen en de reflex voldoende is uitgedoofd, c.q. beheersbaar is.

Er wordt dus, als het enigszins kan, niet gekozen voor het toedekken van de problematiek door middel van farmacotherapeutische maatregelen. De patiënt moet immers terug kunnen naar een huispraktijk.

Wel kan eventueel gezocht worden naar farmacologische ondersteuning van de tandheelkundige behandelingen met simpele middelen, zoals een oraal sedativum of een anti-emeticum. Hiermee kan de patiënt wel terug naar de huispraktijk. De resultaten hiervan zijn nogal wisselend, per patiënt en per behandeling.

Bij het behandelbeleid kan onderscheid worden gemaakt in:

- behandelingen door psycholoog en/of tandarts, die gericht zijn op de kokhalsproblematiek,
- korte tandheelkundige behandelingen, die na één of een paar keer tot een afgeronde behandeling leiden (corrigeren van een bestaande prothese, een extractie of een restauratie, het vervaardigen van de volledige gebitsprothese),
- lange tandheelkundige behandelingen, die regelmatig herhaald moeten worden (de restauratieve gebitssanering, gebitsreiniging),
- het leren inhouden van een volledige gebitsprothese na de vervaardiging ervan,
- het aanbrengen van implantaten en het vervaardigen van een prothese zonder verhemelteplaat.

### **De behandel mogelijkheden.**

- Ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, concentratieoefeningen, hypnose, gedragstherapie, trucs (afleiding door benen op te tillen, pijnprikkel op de plica mentalis, zout op de tongpunt, enz.).
- Simpele farmacologische ondersteuning (anti-emeticum, oraal sedativum).
- Lachgassedatie, kan overwogen worden als de vorige methoden niet helpen.
- Intraveneuze sedatie, kan overwogen worden als lachgassedatie niet werkt.

- Algehele anesthesie, als laatste en eigenlijk vrijwel altijd succesvolle methode, wanneer de patiënt tenminste akkoord gaat en bereid is om enkele maanden te wachten. Algehele anesthesie lijkt altijd geïndiceerd wanneer er sprake is van een (ernstig) getraumatiseerde patiënt.
- EMDR-behandeling door de psycholoog in geval van een voorgeschiedenis met een solitair trauma.

Verder wordt hier verwezen naar het vloeddiagram voor behandeling van kokhalspatiënten.

### **De keuze voor een behandelplan.**

Afhankelijk van enerzijds de mate van motivatie en inzet van de patiënt, en anderzijds de ernst van de kokhals-, en eventueel andere problematiek, zal een keuze gemaakt moeten worden uit de behandel mogelijkheden.

Deze keus heeft weer directe invloed op de keuzes, die gemaakt moeten worden voor het tandheelkundige behandelplan. Hoe moeilijker de patiënt is te behandelen hoe simpeler het plan voor behandeling zal moeten zijn. Echter omdat uitneembare prothetische voorzieningen vaak problemen opleveren zal het behandelplan zo veel als mogelijk gericht moeten zijn op het behoud van de eigen dentitie. Dit mag evenwel niet leiden tot uitgebreide niet doelmatige en kostbare behandelingen. Bijvoorbeeld, er dient serieus te worden overwogen de tandbogen te verkorten wanneer een patiënt niet in staat is om achter in de mond een goede mondhygiëne te onderhouden. Geen reiniging betekent immers op termijn het ontstaan van tandheelkundige risico's met de noodzaak van spoedbehandelingen bij een moeilijk of niet behandelbare patiënt. Hierdoor ontstaat een voor patiënt en tandarts onhanteerbare situatie.

### **Retour huispraktijk.**

De patiënt wordt terugverwezen naar de huispraktijk:

1. De kokhalsreflex is uitgedoofd, c.q. hanteerbaar geworden bij behandelingen of het inhouden van de prothese.
2. De kokhalsreflex is hanteerbaar geworden bij controles en kleine behandelingen. De patiënt kan opnieuw verwezen worden door de huistandarts voor behandeling onder IVS of algehele anesthesie wanneer grote behandelingen noodzakelijk blijken.

*Deze richtlijn is opgesteld door dr. P.C. Makkes in samenwerking met mw. M.J. van der Meulen en mw. L. van den Oord (psychologen), A. Rutgers en andere medewerkers van de afdelingen MFP en A&G. Eindredactie dr. P.C. Makkes. De richtlijn is vastgesteld door het Management Team van de SBT op 25 juni 2002.*

*Copyright 2002 © SBT te Amsterdam.*

*Voor gebruik door anderen voor niet-commerciële doeleinden in de gezondheidszorg kan mondeling of schriftelijk toestemming door de SBT worden verleend. Bij gebruik moet de bron "SBT te Amsterdam" zijn vermeld.*

*Voor commerciële doeleinden is schriftelijke toestemming van de directie van de SBT vereist.*