

*Uit de Afdeling Orthodontie van het Tandheelkundig
Instituut der Rijksuniversiteit te Utrecht.
Hoogleraar: Prof. R. W. Broekman.*

ORTHODONTISCHE AFWIJKINGEN IN
SAMENHANG MET GEWOONTEN*

DOOR

M. DE BOER, Wetenschappelijk Hoofdambtenaar A.

Als gewoonten kunnen ondermeer aangetroffen worden: duim- en vingerzuigen, tongpersen, zuigen op de onderlip, scheefbijten en voorbijten.

Niet zelden hebben kinderen, die duim- en vingerzuigen ook nog een andere gewoonte. Het gecombineerd voorkomen van dergelijke verschijnselen (afb. 1) doet er aan denken, dat deze patiëntjes ertoe gedreven worden allerlei sensaties in het mondgebied op te wekken.

Wat betreft het causaal verband tussen orthodontische afwijkingen en gewoonten kan men zich voorstellen, dat in individuele gevallen een orthodontische afwijking ontstaat als gevolg van een gewoonte; het kan evenwel ook zijn, dat een genotypische of paratypische afwijking van het kaakstelsel aanleiding is geweest tot het aanwennen van een gewoonte.

Het stellen van de diagnose is soms moeilijk. Voor het ontwerpen van het behandelingsplan is dat minder belangrijk; immers in ieder geval is het gewenst de gewoonte te ontwennen, omdat wanneer de gewoonte persisteert de orthodontische afwijking zal blijven bestaan en de kans bestaat dat deze afwijking geaccentueerd en meer gecompliceerd wordt. Afwachten tot het kind spontaan de gewoonte opgeeft heeft dus risico's, temeer omdat over 't algemeen niet vertrouwd mag worden op zelfcorrectie nadat de gewoonte gestaakt is.

Bij de wijze van ontwennen zal rekening moeten worden gehouden met de inzichten van kinderpsycholoog, kinderpsychiater en kinderarts. In samenwerking met deze deskundigen zijn voor het ontwennen van duim- en vingerzuigen enige richtlijnen opgesteld:

In het eerste levensjaar zal deze gewoonte als fysiologisch beschouwd moeten worden en het is dus niet gewenst om over te gaan tot het aanbrengen van kokers of het vastspelden van mouwtjes.

*) Voordracht gehouden op zaterdag 11 april 1959 te Utrecht voor de Nederlandse Vereniging van Tandartsen.

Voor het kind in het 2e en 3e levensjaar geldt: aan ouders of verzorgers van het kind adviseren de gewoonte te ontwennen zonder dat het kind dit zelf merkt. Men zal in de eerste plaats moeten proberen alle factoren uit te schakelen, die als oorzaak voor de gewoonte zouden kunnen gelden. Het kan b.v. zijn, dat het kind te weinig genegenheid geniet of dat het geen speelgenootjes heeft. Verder zal getracht kunnen worden om zonder te overdrijven de aandacht van het kind van de gewoonte af te leiden, door het bezig te houden.



Afb. 1. Portretten van patiënt I. leeftijd 8 jr. + 2 mnd. Het kind heeft twee gewoonten. Links: de wijze waarop zij duimzuigt. Rechts: de tonggewoonte.

Bestaat de gewoonte op 3-jarige leeftijd nog, dan zal men moeten proberen om in samenwerking met het kind tot ontwennen te komen.

Er kan gewerkt worden op het verlangen van het kind om groot te zijn; men zal kunnen belonen en bemoedigen wanneer het minder frequent de gewoonte bedrijft. Er dient evenwel gewaarschuwd te worden tegen het te veel aandacht schenken aan gewoonten en het afleren van gewoonten door middel van bedreigingen, die het kind angstig maken.

Is het tot op 5 jarige leeftijd van het kind niet gelukt, op zachtzinnige wijze de gewoonte te ontwennen dan is het gewenst om na overleg met de

huisarts advies in te winnen van een deskundige in casu een kinderpsychiater of een Medisch Opvoedkundig Bureau.

Bestaat het vermoeden dat de gewoonte een symptoom is van een neurotische karakterontwikkeling dan zal op een dergelijk consult met nadruk moeten worden aangedrongen.

Neurotische conflicten kunnen zich uiten in: enuresis nocturna, angsten overdag, nachtelijke angsten, stotteren, nagelbijten, lastig en agressief zijn.

Dat men voorzichtig moet zijn met kinderen die een neurotische karakterontwikkeling vertonen, blijkt hieruit, dat wij bij dergelijke patiënten tengevolge van het ontwennen van een zuiggewoonte enige malen stotteren waarnamen of van de ouders hoorden dat enuresis nocturna optrad.

Ter nadere oriëntatie verwijs ik naar het artikel „Het psychologisch aspect van de kinderbehandeling” van DR. N. L. J. KAMP, lector in de kinderpsychiatrie*, en naar de publicatie „Oorzaken en gevolgen van persistentende gewoonten” van prof. R. W. BROEKMAN.**

Thans worden enige korte verslagen gegeven van de orthodontische behandeling van patiënten van 5 jaar en ouder, die een gewoonte hebben en wier gebit een orthodontische afwijking vertoont.

Het betreft patiënten, die niét in aanmerking komen om doorgestuurd te worden naar een Medisch Opvoedkundig Bureau.

Patiënt A. *Kort verslag van anamnese, onderzoek en behandeling.*
(Afb. 2, 2a, 2b).

Bij deze patiënt openbaarde zich een neiging tot spontane correctie, nadat op de leeftijd van 11 jr. + 4 mnd. het duimzuigen gestaakt werd.

Anamnese: opgenomen 8-2-'57; leeftijd patiënt 10 jr. + 11 mnd.

Algemeen: laat zindelijk; af en toe enuresis nocturna; 4e klas L.S. gedoubleerd.

Specieel: 3½ mnd borstvoeding, heeft vanaf geboorte op duim gezogen, doet dit thans nog 's nachts, als begeleidingsverschijnsel wordt een kussentje vastgehouden.

Er zijn geen pogingen aangewend om de gewoonte te ontwennen.

Op 3 à 4 jarige leeftijd heeft de patiënt „een keelbehandeling”*** ondergaan en zijn neuspoliepen verwijderd; daarna is de algemene gezondheidstoestand verbeterd.

*) De cursus Kindertandheelkunde 1953, uitgave van Dental Depot A. M. Disselkoen/Amsterdam.

**) Tijdschrift voor Tandheelkunde, mei 1953.

***) In de anamnese van de patiënten wordt gesproken over „keelbehandeling” of „ingreep in de keel”, omdat de ouders meestal niet met zekerheid kunnen zeggen welke ingreep ondergaan is; in de meeste gevallen zal wel een tonsillectomie plaats gehad hebben.

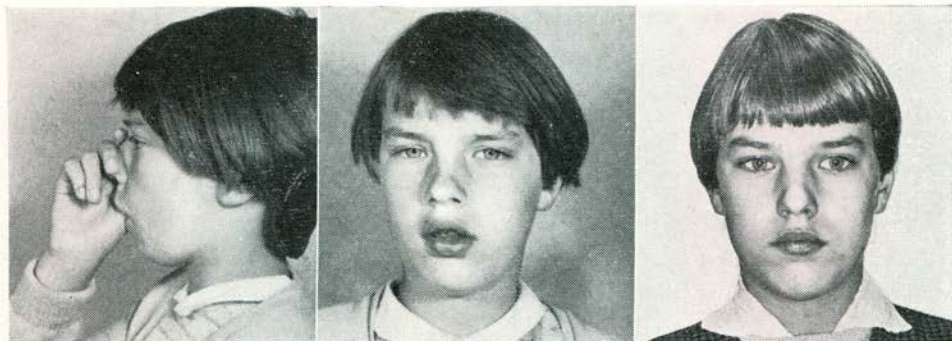
Onderzoek:

Algemeen: slappe houding, langzaam.

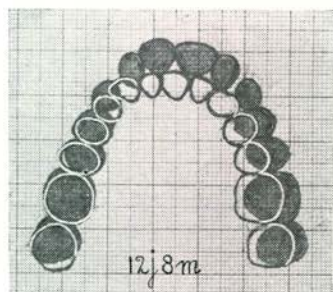
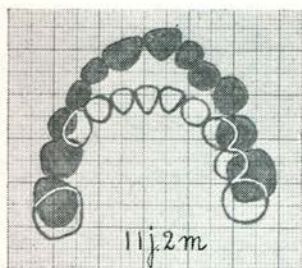
Locaal: extra-oraal: geen lipsluiting; maxillaire procheilie.

intra-oraal: tong bij 't slikken tussen de tandrijen; de basis van de bovenkaak ligt iets ventraal van die van de onderkaak; geen dwangbeet.

orthodontisch: molaarrelatie: links en rechts Kl. II; hoektandrelatie: links en rechts Kl. II; frontrelatie: sagittale en verticale open beet.



Afb. 2. Portretten van patiënt A. (zie verslag behandeling). Links: leeftijd 11 jr. + 3 mnd; de wijze waarop zij duimzuigt. Midden: leeftijd 11 jr. + 3 mnd. Rechts: leeftijd 12 jr. + 8 mnd. De verbetering is spontaan opgetreden, nadat de gewoonte gestaakt werd.



Afb. 2a. Projectietekeningen van onder- en boventandboog in occlusie van gebitsmodellen van patiënt A. (zie verslag behandeling). Links: leeftijd 11 jr. + 2 mnd. Rechts: leeftijd 12 jr. + 8 mnd. De correctie is spontaan geschied, nadat de gewoonte gestaakt werd.

Diagnose:

Dento-alveolaire infra-positie van het bovenfront, samengaannd met dento-alveolaire protrusie.

De oorzaak is vermoedelijk duimzuigen en abnormale slikgewoonte.

Behandelingsplan:

Gewoonten ontwennen en voorlopig afwachten.

Therapie en Apparatuur:

2-5-'57 aan de moeder gezegd, dat duimzuigen een ongunstige invloed heeft; daar uit de anamnese niet blijkt, dat de enuresis nocturna een uiting is van een neurotisch conflict, wordt geadviseerd het duimzuigen te ontwennen (op zachtzinnige wijze!).

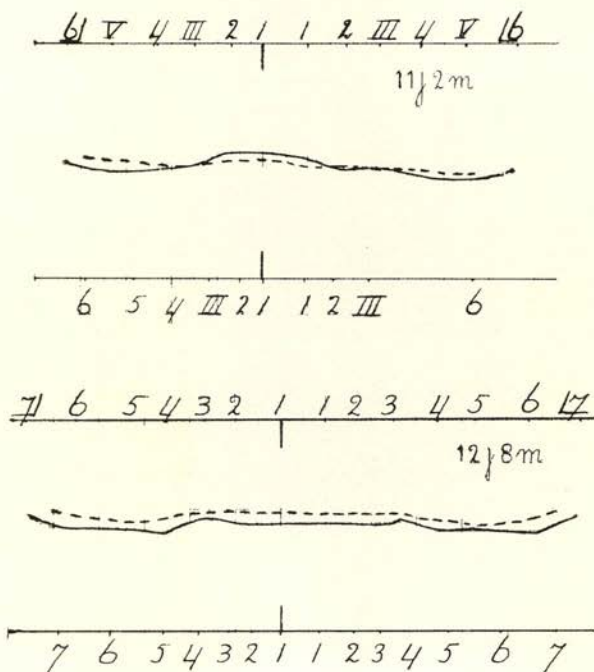
17-7-'57 het duimzuigen is ontwend; patiënt komt eens per 2 maanden voor controle.

15-10-'57 advies: slikken met tongpunt tegen het verhemelte.

23-4-'58 lipoefeningen voorgeschreven.

Resultaat:

5-11-'58 de sagittale en verticale open beet zijn aanmerkelijk gereduceerd.



Afb. 2b. Niveaulijnen van onder- en boventandboog in occlusie van patiënt A. (zie verslag behandeling). Boven: leeftijd 11 jr. + 2 mnd. Onder: leeftijd 12 jr. + 8 mnd. De correctie is spontaan geschied, nadat de gewoonte gestaakt werd.

————— niveaulijn van de boventandboog
 - - - - - niveaulijn van de ondertandboog

Naschrift:

De centrale bovensnijtanden blijken spontaan de goede stand te hebben verkregen; de laterale bovensnijtanden blijken geen neiging tot zelfcorrectie te bezitten, daarom wordt besloten tot orthodontische behandeling over te gaan.

Opmerking:

De tekeningen (2a) zijn met behulp van een projectie-apparaat gemaakt van de modellen in occlusie:

van molaren en praemolaren is de gingivale lijn gevolgd, van snijtanden en hoektanden de omtrek van het linguale vlak.

De niveaulijnen (2b) zijn met behulp van een horizontale en verticale passer gemaakt van onder- en bovenmodel in occlusie (de modellen zijn afgewerkt volgens het vlak van Frank).

Twee horizontalen worden getekend op een afstand die correspondeert met de hoogte van de modellen in occlusie.

Op de bovenste horizontale worden afgezet de middens van de incisale randen van de incisieven, de punten van de cuspidaten en de toppen van buccale knobbels van praemolaren en molaren van de boventandboog. Uit deze punten worden verticalen neergelaten en op deze lijnen wordt het niveau van bovengenoemde punten overgebracht. Bij het tekenen van de niveaulijn van de ondertandboog wordt uitgegaan van een punt dat gevonden wordt door het midden van de incisale rand van de I_{1sd} te projecteren op de antagonist. Vanuit dit punt worden op de onderste horizontale de middens van de overige onderincisieven, de punten van de ondercuspidaten en de toppen van de buccale knobbels van onderpraemolaren en ondermolaren afgezet. In deze punten worden verticalen opgericht en op deze lijnen wordt het niveau van de laatstgenoemde punten overgebracht.

Patiënt B. *Kort verslag van anamnese, onderzoek en behandeling.*
(Afb. 3).

Anamnese: opgenomen 21-4-'51. Leeftijd patiënt 7 jr. + 6 mnd.

Algemeen: geen bijzonderheden.

Specieel: 5 mnd. borstvoeding; patiënt zuigt 's nachts nog op duim; vroeger dag en nacht.

Onderzoek:

Algemeen: geen bijzonderheden.

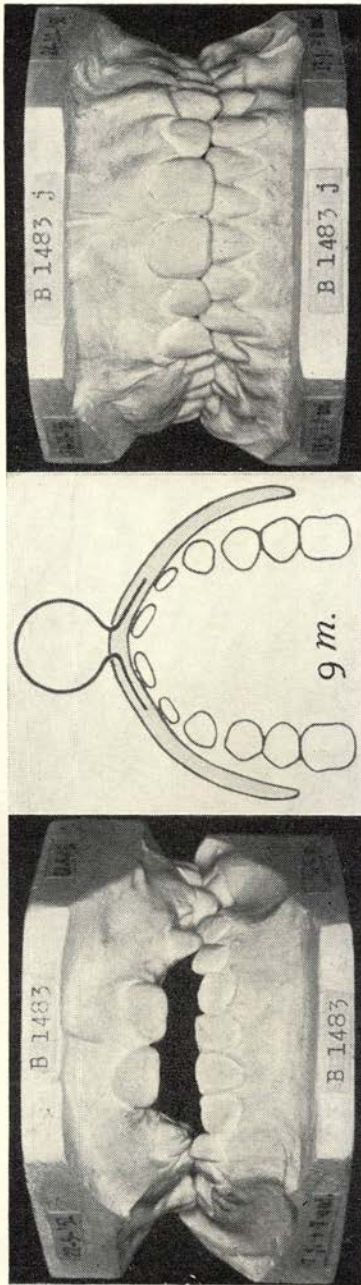
Locaal: extra-oraal: geen lipsluiting.

intra-oraal: de relatie tussen de basis van de bovenkaak en die van de onderkaak is normaal.

orthodontisch: molaarrelatie: rechts Kl. II, links Kl. I; hoektandrelatie: rechts Kl. I, links Kl. I; frontrelatie: sagitale en verticale open beet.

Diagnose:

molaarrelatie: rechts Kl. II. De oorzaak is praemature extractie m_{2sd} ;



Afb. 3. Gebitsmodellen van patient B. (zie verslag behandeling). Links: leeftijd 7 jr. 7 mnd.; patient zuigt op haar duim. Midden: vestibulumplaat, gedurende 9 mnd. 's nachts gedragen. Rechts: leeftijd 13 jr. + 0 mnd.

dento-alveolaire infra-positie van het bovenfront, samen gaand met labio-versie van de centrale bovensnijtanden.

De oorzaak is vermoedelijk duimzuigen.

Behandelingsplan:

Daar de moeder reeds (he laas zonder succes) geprobeerd heeft het duimzuigen op zachtzinnige wijze te ontwennen en er geen aanwijzingen zijn voor een neurotische karakterontwikkeling zal worden overgegaan tot het toepassen van een vestibulumplaat, gedurende de nacht.

Therapie en Apparatuur:

22-5-'51 tot 9-12-'52 vestibulumplaat, deze wordt onregelmatig gedragen tot 6-3-'52, daarna regelmatig. Eens per maand apparaat geretoucheerd.

Resultaat: Model B 1483 j geeft de relatie weer op 24-10-'56.

Patiënt C. Kort verslag van anamnese, onderzoek en behandeling. (Afb. 4, 4a en 4b).

Anamnese: opgenomen 29-1-'55; leeftijd patiënt 5 jaar.

Algemeen: geen bijzonderheden.

Specieel: 8 mnd. gedeeltelijk borstvoeding; na 1 mnd. ook reeds flesvoeding; spoedig na de geboorte duim in de mond, afwisselend de linker en rechter, thans alleen

nog bij inslapen; de moeder heeft geprobeerd deze gewoonte te ontwennen door

's nachts handschoentjes te laten dragen, evenwel zonder succes; reden van de komst is, dat patiënte vanaf de leeftijd van $\pm 2\frac{1}{2}$ jaar de gewoonte heeft om scheef te bijten. Haar kinpunt wijkt af naar rechts. Haar moeder had hetzelfde en ondervond hierdoor op ± 15 jarige leeftijd psychische moeilijkheden. De patiënt is niet „aan de keel geholpen”.

Onderzoek:

Algemeen: geen bijzonderheden.

Locaal: extra-oraal: kinpuntafwijking naar rechts bij occlusie van onder- en boven-tandboog.

intra-oraal: hoektanden vertonen geen abrasie.

orthodontisch: het midden van de ondertandboog ligt naar rechts t.o.v. het midden van de boventandboog. rechts: omgekeerde transversale relatie van melkmolaren en melkhoektanden.



Afb. 4. Portretten van patiënt C (zie verslag behandeling) Het kind heeft de gewoonte om op haar duim te zuigen en om scheef te bijten. Boven: leeftijd ± 4 jaar; de wijze waarop zij scheefbijt. Rechts: leeftijd 8 jr. + 10 mnd.

Diagnose:

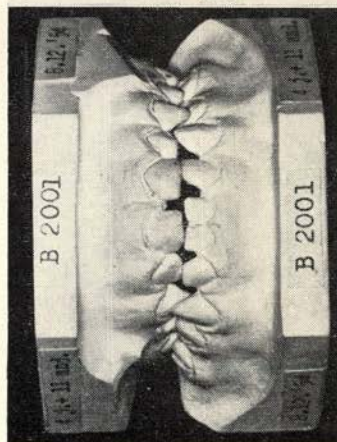
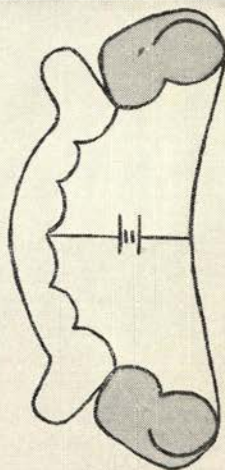
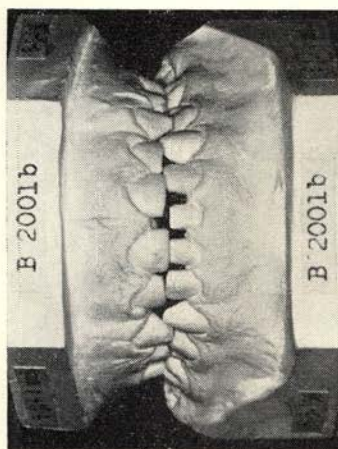
Laterale positie van de onderkaak.

De oorzaak is vermoedelijk duimzuigen en scheefbijten.

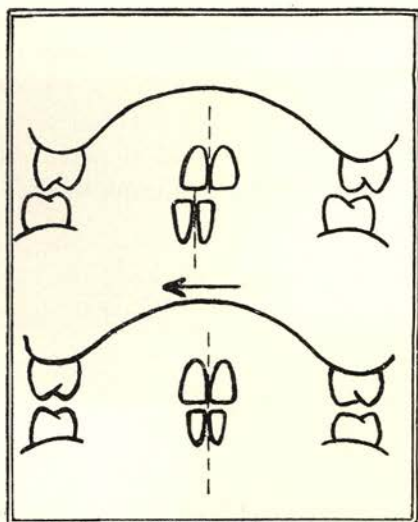
Behandelingsplan:

Om dezelfde reden als bij patiënt B wordt direct tot orthodontische behandeling overgegaan, in de hoop dat het aanbrengen van apparatuur tengevolge heeft dat het duimzuigen gestaakt wordt;

Tijdelijk de beet lichten, zodat de onderkaak zich normaal kan in-



Afb. 4a. Gebitsmodellen van patiënt C. (zie verslag behandeling) Links: leeftijd 4 jr. + 11 mnd. Midden: verankerde gehemelteplaat; bilateraal voorzien van glatte opbeetvlakken; schroef voor transversale expansie en labiale boog; dit apparaat is 10 mnd. gedragen, daarna gehemelteplaat met labiale boog voor retentie. Rechts: leeftijd 6 jr. + 4 mnd.



Afb. 4b. Schets van de transversale relatie tussen onder- en boventandboog. Boven: bij een patiënt die scheefbijt. Onder: bij patiënt, wanneer de onderkaak in de juiste relatie tot de bovenkaak gebracht wordt. Uit de transversale relatie tussen de molaren blijkt, dat de boventandboog dubbelzijdig geëxpandeerd moet worden om een normale occlusie met de ondertandboog mogelijk te maken.

stellen; transversale expansie van de boventandboog om normale relatie van de tandbogen mogelijk te maken.

Therapie en Apparatuur:

26-1-'55 tot 21-11-'55 verankerde gehemelteplaat* voorzien van glatte opbeetvlakken bilateraal; schroef voor transversale expansie en labiale boog.

*) De tekeningen van de orthodontische apparaten vormen de opdrachten voor het tandtechnisch laboratorium. Het retoucheren van de plaatrand geschiedt door de tandarts aan de stoel.

Eens per 14 dagen wordt geactiveerd.

Opmerking: toen het plaatje geplaatst werd, werd het duimzuigen gestaakt.

21-9-'55 de opbeetvlakken worden van de plaat weggeslepen.

21-11-'55 tot 3-10-'56 verankerde gehemelteplaat voorzien van labiale boog als retentie-apparaat.

Resultaat:

Model B 2001b geeft de relatie weer op de leeftijd van 6 jr. + 4 mnd.

Naschrift:

De patiënt heeft nog af en toe de gewoonte om scheef te bijten.

Patiënt D. Kort verslag van anamnese, onderzoek en behandeling. (Afb. 5, 5a, 5b, 5c, 5d en 5e).

Anamnese: opgenomen 6-4-'51; leeftijd patiënt 7 jr. + 3 mnd.

Algemeen: geen bijzonderheden.

Specieel: 7 mnd. borstvoeding; vanaf de geboorte tot 4 jaar duimgezogen. Op vijfjarige leeftijd heeft een ingreep in de keel plaats gehad.

Onderzoek:

Algemeen: geen bijzonderheden.

Locaal: extra-oraal: de onderlip wordt ingezogen; het profiel van de patient is niet bevredigend; wanneer de onderkaak naar ventraal gebracht wordt, treedt er een aanmerkelijke verbetering van het profiel op.

intra-oraal: de basis van de bovenkaak ligt ventraal van die van de onderkaak. orthodontisch: molaarrelatie links en rechts: Kl. II; hoektandrelatie links en rechts: Kl. II; sagittale overbeet van 9 mm; de ondersnijtanden bijten op het palatum.

De boventandboog is relatief breed t.o.v. de ondertandboog.

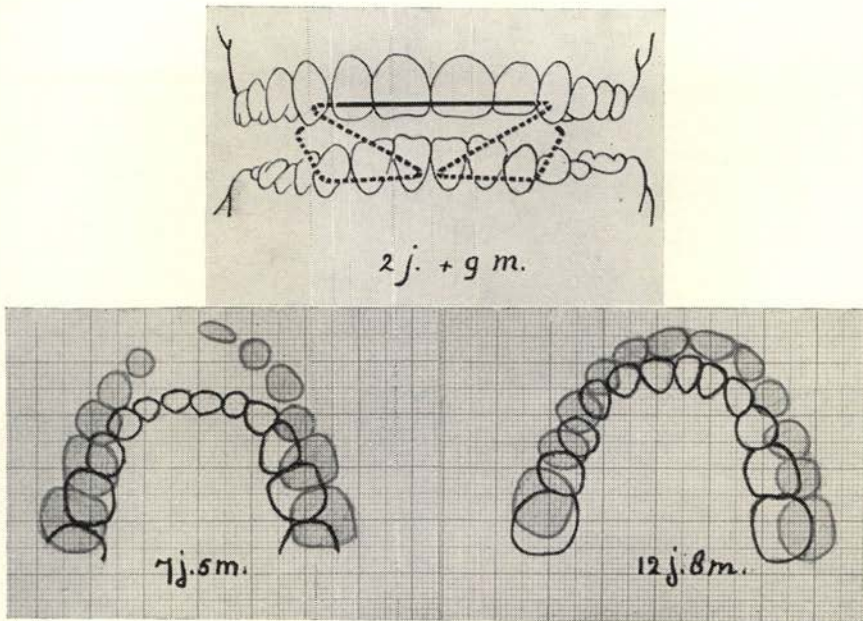
Diagnose:

Kl. II afd. 1; (zie verder extra-oraal onderzoek). De oorzaak is waarschijnlijk duimzuigen en het inzuigen van de onderlip.

Behandelingsplan:

Met behulp van functionele apparatuur de onderkaak naar ventraal brengen; deze behandeling ondersteunen met heilgymnastische oefeningen voor de lippen en voor de protractoren van de onderkaak.*

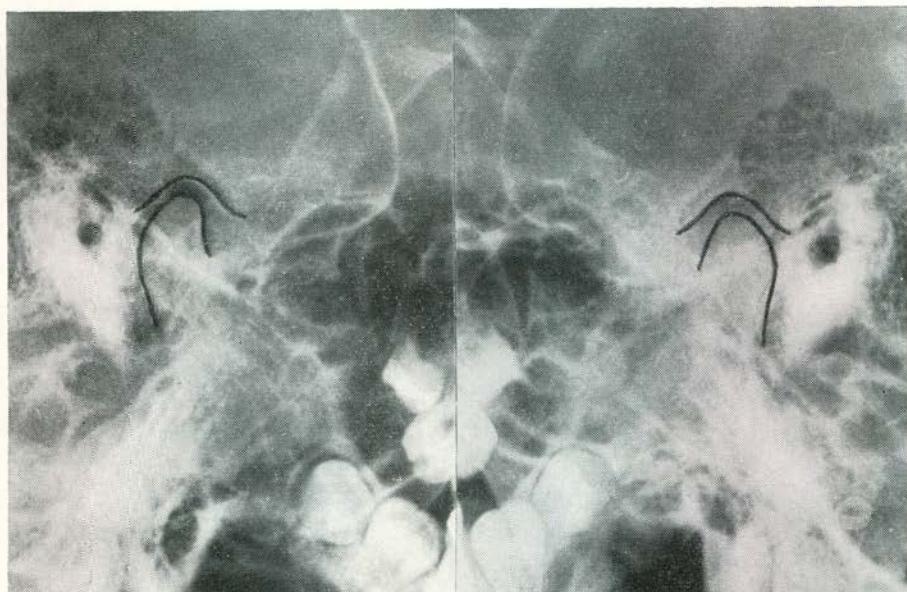
*) Oefening voor de lippen: bovenlip vangen met onderlip (zie afb. 5d, links).



Afb. 5. Apparaat en projectietekeningen van patiënt D. (zie verslag behandeling). Boven: maxillo-mandibulaire draad volgens Eschler, verankerd in activator. De activator is 2 jaar en 9 mnd. gedragen. Onder: links: leeftijd 7 jr. + 5 mnd. Rechts: leeftijd 12 jr. + 8 mnd.



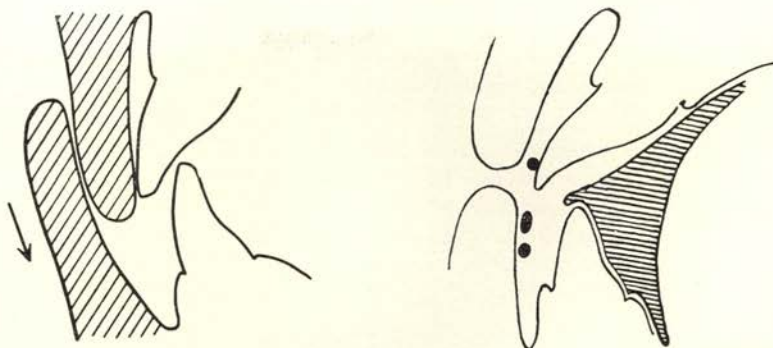
Afb. 5a. Portretten van patiënt D. (zie verslag behandeling). Links: leeftijd 7 jr. + 3 mnd. Patiënt demonstreert de lipgewoonte. Rechts: leeftijd 8 jr. + 10 mnd.



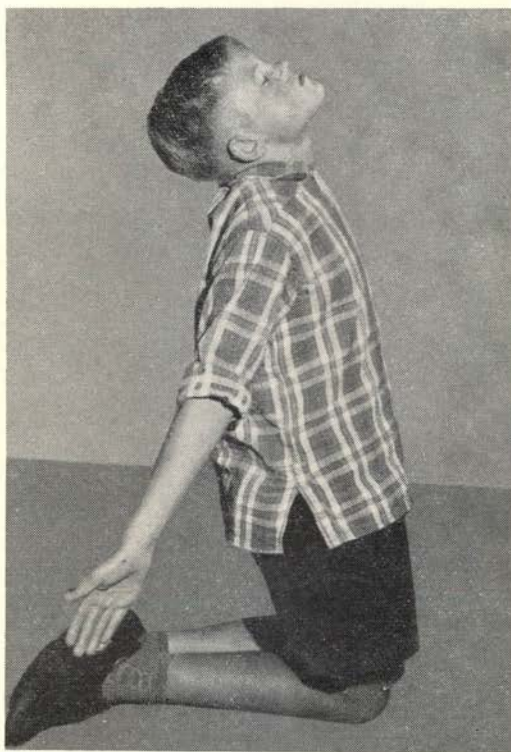
Afb. 5b. Gewrichtsfoto's volgens Schüller van patiënt D. (zie verslag behandeling). Relatie tussen fossa mandibularis en processus condyloideus bij occlusie tussen onder- en boventandboog, \pm 2 jaar nadat de behandeling beëindigd was. Leeftijd: 13 jr. + 5 mnd.



Afb. 5c. Portretten en profil van patiënt D. Links: leeftijd 7 jr. + 3 mnd. Rechts: leeftijd 10 jr. + 11 mnd.



Afb. 5d. Links: lipoefening (Zie tekst). Rechts: sag. doorsnede door snijtanden, lippen en activator voorzien van maxillo-mandibulaire draad. Overgenomen uit: Prof. Dr. med. J. Eschler. Die Funktionelle Orthopädie des Kauystems. Carl Hanser Verlag, München 1952.



Afb. 5e. Oefening voor de protractoren van de onderkaak (zie tekst).

Therapie en Apparatuur:

20-4-'51 tot 22-1-'52 heilgymnastische oefeningen voor de lippen en voor de protractoren van de onderkaak.

Oefening voor de protractoren van de onderkaak (zie afb. 5e). Op de knieën gaan zitten, het hoofd achteroverbuigen, de armen achterwaarts en tevens een weinig zijwaarts heffen, de handpalmen naar buiten, de onderkaak zo ver mogelijk voorwaarts brengen of zover dat de ondertanden in labiale occlusie met de boventanden komen. Na 10 of meer seconden wordt de onderkaak weer achterwaarts bewogen.

Deze oefening wordt 10 maal achter elkaar herhaald en wel 4 × per dag.

22-1-'52 tot 3-11-'54 activator voorzien van maxillo-mandibulaire draad volgens Eschler (aanliggend aan de bovenfronttanden en afstand van de ondersnijtanden, dit laatste om te verhinderen dat de onderlip zich onder de bovensnijtanden legt).

constructiebeet van deze activator:

interocclusale afstand: 6 mm;

onderkaak 4 mm naar ventraal

11-5-'52 activator vernieuwd.

constructiebeet van de nieuwe activator:

interocclusale afstand: 6 mm;

onderkaak 5 mm naar ventraal.

3-11-'54 behandeling beëindigd.

Resultaat:

De gewrichtsfoto's van 27-6-'57 genomen volgens de methode Schüler geven bij occlusie de relatie weer tussen fossa mandibularis en processus condyloideus; volgens de projectietekeningen van 21.7.'55 is de palatumbeet gecorrigeerd.

Naschrift:

Het blijkt dat zich een relatief grote bovenkaak ontwikkeld heeft zodat ± 2 jaar na beëindiging van de behandeling een sagittale overbeet van $1\frac{1}{2}$ mm. bestaat (zie fig. 5 rechts).

Waarschijnlijk is de oorspronkelijke sagittale open beet het gevolg geweest van een genotypische grote bovenkaak en een paratypische dorsale positie van de onderkaak tengevolge van duimzuigen. De lipgewoonte is vermoedelijk secundair.

Patiënt E. Kort verslag van anamnese, onderzoek en behandeling.

Afb. 6, 6a.

Anamnese: opgenomen 19-9-'56, leeftijd patiënt 6 jr. + 3 mnd.

Algemeen: geen bijzonderheden.

Specieel: patiënt had een normale occlusie in het melkgebit, nadat de centrale snijtanden uitgevallen zijn is patiëntje met de tong gaan „spelen” waardoor de doorbrekende centrale snijtanden in labio-versie geraken. Op de leeftijd van 2 jaar heeft de patiënt een ingreep in de keel ondergaan.

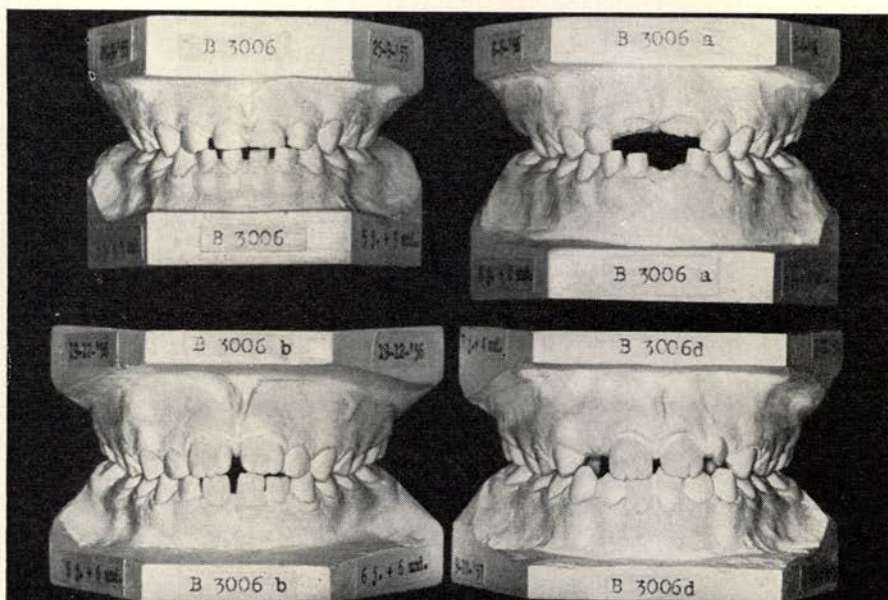
Onderzoek:

Algemeen: geen bijzonderheden.

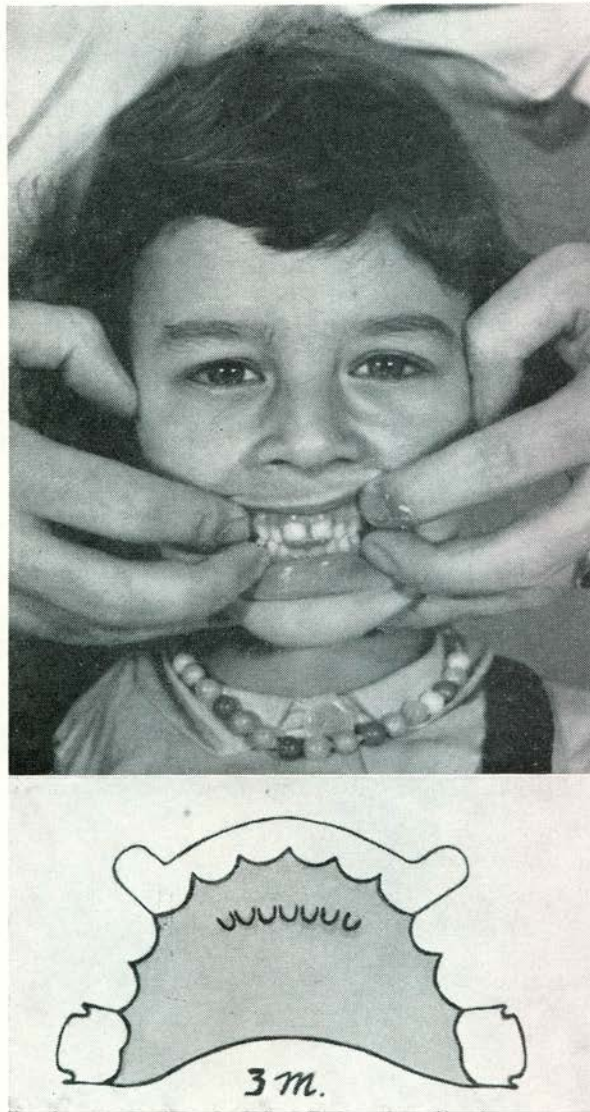
Locaal: extra-oraal: geen bijzonderheden.

intra-oraal: de relatie tussen de basis van de bovenkaak en die van de onderkaak is normaal; grootte van de tong normaal.

orthodontisch: de blijvende centrale snijtanden bevinden zich in labio-versie.



Afb. 6. Gebitsmodellen van patiënt E. (zie verslag behandeling). Boven: links: leeftijd 5 jr. + 3 mnd. Normale relatie tussen onder- en boventandboog, rechts: leeftijd 6 jaar. Centrale blijvende bovensnijtanden breken door. Onder: links: leeftijd 6 jr. + 6 mnd. Labioversie van de blijvende centrale onder- en bovensnijtanden, tengevolge van een tonggewoonte, ontstaan tijdens de wisseling van de fronttanden, rechts: leeftijd 7 jr. + 4 mnd. Patiënt heeft 3 mnd. verankerd gehemelteplaatje met labiale boog en tonghekje gedragen.



Afb. 6a. Portret en apparaat van patiënt E. (zie verslag behandeling).

Boven: de tonggewoonte.

Onder: verankerd gehemelteplaatje voorzien van tonghekje en labiale boog.

Diagnose:

Labio-versie van de blijvende centrale snijtanden die wordt *veroorzaakt* doordat het kind na het uitvallen van de melksnijtanden gebruik gemaakt heeft van de ontstane abnormale bewegingsmogelijkheid voor de tong.

Behandelingsplan:

Aan de tong de mogelijkheid tot excursies naar labiaal ontnemen.

Therapie en Apparatuur:

19-9-'56 advies: tong onder controle houden.

21-11-'56 tonggewoonte bestaat nog.

22-1-'57 tot 1-5-'57 verankerde gehemelteplaat voorzien van tonghekje en labiale boog; eens per 14 dagen labiale boog geactiveerd.

1-5-'57 tot 18-11-'57 verankerde gehemelteplaat met labiale boog voor retentie.

Naschrift:

In de onderkaak is niet tot orthodontische behandeling overgegaan, de correctie van de stand van de centrale ondersnijtanden is spontaan geschied.

Patiënt F. *Kort verslag van anamnese, onderzoek en behandeling. (Afb. 7, 7a).*

Anamnese: opgenomen 23-6-'46, leeftijd patiënt 9 jr. + 6 mnd.

Algemeen: geen bijzonderheden:

Specieel: patiënt heeft de gewoonte om bij het inslapen en ook gedurende de slaap op een punt van 't kussensloop te sabbelen, waarbij de onderfronttanden voor de bovenfronttanden gebracht worden; daarna wordt de onderkaak weer naar dorsaal bewogen, op ongeveer 5 jarige leeftijd is een afwijkende stand van de lippen geconstateerd.

De patiënt heeft geen keelbehandeling ondergaan.

Onderzoek:

Algemeen: geen bijzonderheden.

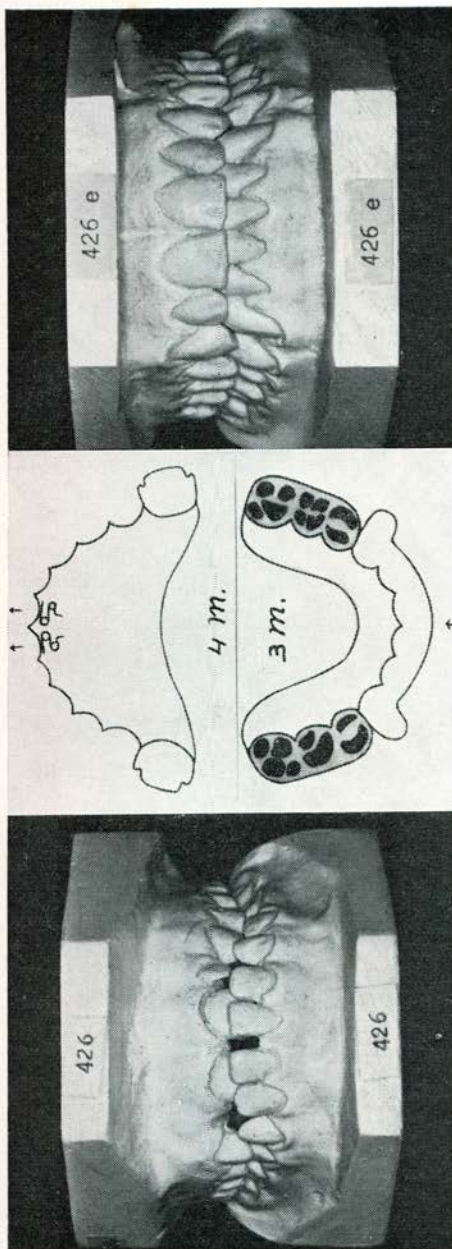
Locaal: extra-oraal: mandibulaire procheilie

intra-oraal: de relatie van de basis van de bovenkaak t.o.v. die van de onderkaak is normaal.

orthodontisch: geringe omgekeerde sagittale open beet.

Diagnose:

Geringe „dentale” omgekeerde sagittale open beet (boven: orthognate stand centrale snijtanden en centraal diasteem; onder: labio-versie van de snijtanden). De *oorzaak* is waarschijnlijk de gewoonte.



Afb. 7. Gebitsmodellen van patiënt F. Het kind heeft de gewoonte om voor te bijten. (zie verslag behandeling). Links: leeftijd: 9 jr. + 6 mnd. Midden: verankerde gehemelteplaat voorzien van twee dubbele Cantileververen, mandibulaire plaat voorzien van bilaterale opbeetvlakken met reliëf en labiale boog. Rechts: leeftijd: 19 jr. + 2 mnd.

Behandelingsplan:

Het sabbelen op het kussensloop ontwen-
nen; direct tot ortho-
dontische behande-
ling overgaan: tijde-
lijk de beet lichten om
de onder- en boven-
fronttanden in nor-
male relatie te kunnen
brengen.

*Therapie en Appara-
tuur:*

23-6-'46 advies: ge-
woonte ontwen-
nen.

10-7-'46 tot 6-11-'46
verankerde mandibu-
laire plaat voorzien
van bilaterale opbeet-
vlakken met reliëf en
labiale boog; labiale
boog wekelijks geac-
tiveerd. De gewoonte
wordt langzamerhand
minder frequent en
tenslotte gestaakt.

16-10-'46 tot 18-1-'47
verankerde gehemel-
teplaat voorzien van
dubbele Cantilever-
veertjes linguaal van
I₁ss en I₁ss; de veer-
tjes worden maande-
lijks geactiveerd.

5-2-'47 tot 4-7-'47 ver-
ankerde gehemelte-
plaat met twee enkele

Cantileververen om het centraal diasteem te sluiten. Eens per 14 dagen

geactiveerd. De moeder wordt geadviseerd het kind te observeren om bij de eerste aanwijzing voor recidief van de vroegere gewoonte hieraan de nodige aandacht te schenken.

Resultaat:

Model B 426e geeft de relatie weer op 6-2-'56.



Afb. 7a. Portretten van patiënt F. (zie verslag behandeling). Links: leeftijd 9 jr. + 6 mnd. Midden: leeftijd 22 jr. + 5 mnd. Rechts: leeftijd 21 jr. + 6 mnd.

Nabeschouwing.

Naar aanleiding van deze gevallen vragen we ons af of afwijkingen als hier besproken te voorkomen waren geweest. Ons antwoord hierop mag niet te optimistisch zijn omdat het waarschijnlijk voor een deel genotypische afwijkingen betreft en voor een ander deel afwijkingen die 't gevolg zijn van paratypische invloeden, die niet hadden kunnen worden voorkomen; bovendien leert de praktijk dat het ontwennen van gewoonten voor de ouders *soms* een moeilijke taak is.

Gezellen als de bovengenoemde zullen we dan ook steeds op ons spreekuur kunnen verwachten. Er zal naar gestreefd moeten worden het aantal en de ernst, van dergelijke afwijkingen tot een minimum te beperken; dit laatste zal mogelijk zijn door vroegtijdig aandacht te schenken aan kinderen die een gewoonte hebben en wier gebit een orthodontische afwijking vertoont.

We moeten ons hierbij evenwel realiseren dat het ontwennen van gewoonten nooit mag gaan ten koste van het algemeen welzijn van het kind.

Onze gedachten gaan er naar uit om in samenwerking met de kleuterschoolarts te komen tot effectieve voorlichting aan de ouders opdat zij de gewoonten van hun kinderen observeren en deze op de juiste wijze benaderen.

Utrecht, 11 april 1959.
Catharijnesingel 85bis.

Samenvatting.

Geconstateerd wordt, dat er twee mogelijkheden zijn, wat betreft het causaal verband tussen gewoonten en orthodontische afwijkingen: het kan zijn, dat een orthodontische afwijking veroorzaakt wordt door een gewoonte, maar het is ook denkbaar dat een genotypische of paratypische afwijking van het kaakstelsel aanleiding is geweest tot het aanwennen van een gewoonte. Aangeraden wordt gewoonten vroegtijdig te ontwennen omdat bij persistieren van de gewoonte de orthodontische afwijking zal blijven bestaan, zelfs kans loopt te verergeren. Bovendien mag niet vertrouwd worden op spontane correctie na het staken van de gewoonte.

Er wordt voor gewaarschuwd, dat het ontwennen van gewoonten nimmer mag gaan ten koste van het algemeen welzijn van het kind.

Omtrent tijdstip en wijze van ontwennen dient rekening te worden gehouden met de inzichten van kinderpsycholoog en kinderpsychiater. Voor het afleren van duim- en vingerzuigen worden enkele richtlijnen gegeven.

Voorgesteld wordt om in samenwerking met de kleuterschoolarts te komen tot effectieve voorlichting aan de ouders, opdat zij de gewoonten van hun kinderen op de juiste wijze benaderen.

Een kort verslag van anamnese, onderzoek, en behandeling wordt gegeven van enige patiënten, die een gewoonte hadden en wier gebit een orthodontische afwijking vertoonde.

Summary.

It is stated that there are two possibilities respecting the causal relation between habits and orthodontic anomalies: an orthodontic anomaly may be caused by a habit, but it may also be possible that a genotypic or environmental anomaly of the jaws gave rise to contracting a habit. People are advised to disaccustom the child to such habits at an early age; in case of persistency of a habit, the orthodontic anomaly will also be persistent; there might even be a risk of aggravating, whereas a spontaneous correction after discontinuing the habit should not be expected.

Educators are warned that disaccustoming to a habit may never occur at the expense of a child's general well-being. As for the moment and the method of disaccustoming, views of a children's psychologist and psychiatrist should be taken into account.

Some directions are given for breaking the habit of thumb- and fingersucking.

It is proposed to give effective instruction to parents, in co-operation with the nurseryschool doctor in order to teach them to act judiciously with respect to their children's habits.

A brief account is given of anamnese, examination and treatment of some patients, having some habit and whose teeth presents some orthodontic anomaly.

Résumé.

On constate qu'il y a deux possibilités concernant le rapport causal entre des habitudes et des anomalies orthodontiques: il se peut qu'une anomalie orthodontique soit causée par une habitude, mais il est également possible qu'une anomalie génotypique ou paratypique des maxillaires ait été la cause qu'on ait pris une certaine habitude. On conseille d'en déshabituer l'enfant de bonne heure, car en cas d'une habitude persistante l'orthodontique persistera également, elle risquera même de s'empirer, tandis qu'il ne faut pas se fier à une correction spontanée après qu'on a cessé l'habitude. Il faut prévenir les éducateurs de ne jamais tâcher d'en déshabituer l'enfant au prix de son bien-être général. En ce qui concerne le moment où et la façon dont on peut commencer ce procédé, il faut tenir compte des vues des psychologues et des psychiatres pour enfants.

Quelques directives sont données pour apprendre à se déshabituer à sucer le pouce ou les doigts.

On propose d'en venir en collaboration avec les médecins des écoles maternelles à une orientation effective des parents à ce sujet, afin qu'ils apprennent à agir avec justesse envers les habitudes de leurs enfants.

Suit un bref aperçu d'anamnèse, d'examen et de traitement de quelques enfants qui ont pris une certaine habitude et dont les dents présente une anomalie orthodontique.

Zusammenfassung.

Es wird festgestellt dass es zwei Möglichkeiten gibt inbetreff des causalen Zusammenhangs zwischen Gewohnheiten und orthodontischen Anomalien: es kann sein dass eine orthodontische Anomalie verursacht wird durch eine Gewohnheit, es ist aber auch denkbar dass eine genotypische oder paratypische Abweichung der Kiefer das Angewöhnen einer Gewohnheit veranlässt. Der Rat wird gegeben frühzeitig Gewohnheiten abzugewöhnen, denn, im Fall einer anhaltenden Gewohnheit wird die orthodontische Abweichung ebenso andauern; sie könnte sogar noch schlimmer werden; andererseits darf man keine selbsttätige Korrektion erwarten, nachdem man die Gewohnheit nachgelassen hat. Es wird dafür gewarnt, dass die Entwöhnung einer Gewohnheit niemals geschehen darf zum Schaden des allgemeinen Wohls des Kindes. Was Moment und Methode betrifft, soll man die Ansichten des Kinderpsychologen und Psychiaters berücksichtigen.

Für das Ablassen vom Lutschen werden einige Richtlinien gegeben. Es wird vorgeschlagen um in Zusammenarbeit mit dem Kindergartenarzt den Eltern effective Auskünfte zu geben, damit sie einsichtsvoll handeln inbetreff der Gewohnheiten ihrer Kinder.

Ein kurzer Bericht wird gegeben über Anamnese, Untersuchung und Behandlung einiger Patienten, die eine bestimmte Gewohnheit haben und derer Gebiss eine orthodontische Anomalie zeigt.