

DE VISIE VAN...

# Marc Bronkhorst, mka-chirurg



Tijdens het congres van de Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde, dat onlangs plaatsvond en waar weer veel mooie ontwikkelingen werden gemeld, was één van de sprekers Marc Bronkhorst, mka-chirurg (Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie) en een van de eerste NVTG gecertificeerde tandheelkundig specialist-dormologen. Marc werkt in de ziekenhuizen te Doetinchem en Winterswijk en daarnaast ook in implantologiepraktijk het Implantonium te Zevenaar. En hij heeft een zeer eigen geluid...

tekst: **Myrjam Bakker-Boone**

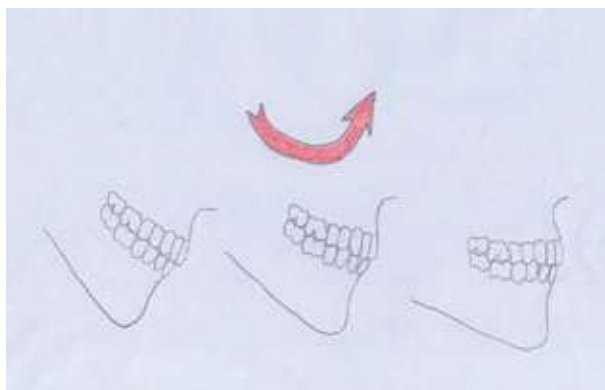
**In hem ontmoeten we een onvervalst voorstander van kaakchirurgie als een van de behandelmogelijkheden bij slaapapneu. Het is belangrijk te noteren dat niet iedere kaakchirurg dit zonder meer beheerst. We horen regelmatig van patiënten met teleurstellende ervaringen. Zoals ook het artikel stelt is het een vrij serieuze ingreep voor de patiënt waar een chirurg voldoende ervaring mee moet hebben om te weten wanneer deze succesvol kan zijn en om deze ingreep vervolgens goed te verrichten. Deze zomer inventariseren we welke klinieken in Nederland hier ervaring mee hebben.**

Marc is een enthousiast verteller en beantwoordt de vraag wat een kaakchirurg zoal doet als volgt: 'Samen met orthodontisten hebben we veel spreekuren voor patiënten met een afwijkende tand- en kaakstand. Het gaat vaak om jonge mensen die enkel met een beugel niet goed te behandelen zijn. Dat komt omdat er vaak sprake is van een te kleine onderkaak. Dat is geen ziekte maar heeft te maken met de groei van het gezicht. In West-Europese landen heeft de helft van de bevolking in meer of mindere mate een te kleine onderkaak. Als de onderkaak slechts

enkele millimeters te klein is komen orthodontisten er wel uit met een normale beugel door met elastiektractie te werken of een blokbeugel, die de onderkaak naar voren moet stimuleren. Wanneer de onderkaak een halve centimeter of meer terug ligt is een goed resultaat alleen te verkrijgen door met een operatie de onderkaak naar voren te zetten. Deze ingrepen zijn tegenwoordig standaardbehandelingen en worden zeer vaak uitgevoerd. De technieken zijn zo ver gevorderd dat er veel mogelijk is; zo kunnen bijvoorbeeld tegelijkertijd de vervelende verstandskiezen verwijderd. Omdat je daar meestal later toch wel een keer last van krijgt. Waar vroeger de behandelingen vooral gericht waren op het verkrijgen van een goede tandstand en beet wordt nu steeds duidelijker dat er meerdere voordelen worden behaald. Heel belangrijk: de luchtweg wordt wijder. Zo blijkt steeds meer dat alle patiënten die dit soort behandelingen ondergaan na het naar voren zetten van de onderkaak van hun snurk- en apneuprobleem verlost zijn.

Kaakchirurgen hebben in de ziekenhuizen tegenwoordig ook nauw contact met de slaapteams. Patiënten worden gezien voor het maken van mra's. Als kaakchirurg met veel ervaring in zowel kaakoperaties als het maken van mra's is het meest opvallend dat er een grote overlap zit in de patiëntengroep. De patiënten die met een mra van hun luchtwegprobleem af zijn hebben zeer vaak simpelweg een te kleine onderkaak!

'Jonge mensen met een te kleine onderkaak komen met hun scheve tanden via het orthodontistenspreekuur. Tegenwoordig heeft op de basisschool de helft of meer van alle kinderen een beugel voor scheve tanden. Tandengaan niet zo maar scheefstaan; er ligt altijd een verschil aan de groei van boven- en onderkaak aan ten grondslag.



Marc Bronkhorst:

*‘Er is voor iedereen met een onderontwikkelde onder- en ook bovenkaak een ideale opbouw van het gezicht te bereiken. Door middel van aangezichtschirurgie met kaakoperaties, waarbij naast een mooi recht gebit en goed opgebouwd gezicht, er ook een optimale luchtweg wordt bereikt. Zonder snurken en apneu!’*

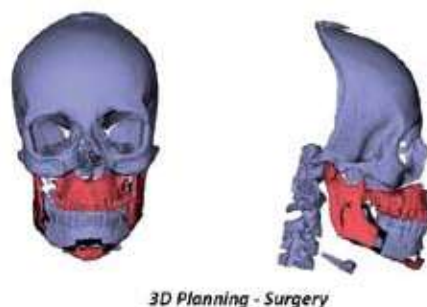


Mensen van middelbare of oudere leeftijd, die nooit een beugel of kaakoperatie hebben gehad, komen op latere leeftijd met hun te kleine onderkaak via het slaapteam. Een snurkprobleem en osas wordt vaak pas na het 35ste levensjaar zo erg dat er dan hulp voor wordt gezocht.’

‘In het verleden toen kaakoperaties nog niet zo algemeen werden uitgevoerd was het normaal dat bij een te kleine onderkaak en dus overbeet en scheve tanden het probleem werd opgelost door het trekken van twee kleine kiezen in de bovenkaak. Al dan niet in combinatie met een buitenboordbeugel werd zo het gebit in de bovenkaak naar achteren getrokken en op die manier aangepast aan de te kleine onderkaak.

Patiënten die deze behandelingen hebben gehad zijn goed vertegenwoordigd in de mra-groep; doordat de te kleine onderkaak niet werd behandeld hebben ze op hogere leeftijd de kans op snurken en apneu. Veel orthodontisten weten inmiddels nu wel dat ze de in de bovenkaak niet moeten trekken of achteruitzetten via een buitenboordbeugel.’

‘Omdat kaakoperaties zo goed werken wordt momenteel ook veel ervaring opgedaan in het behandelen van osas. Er is al veel bekend over de hoge effectiviteit van bimaxillaire osteotomie, waarbij zowel de boven- als onderkaak naar voren worden gezet. Het meest belangrijk is echter de rol van de onderkaak; net als met een mra-beugel gaat het erom dat de onderkaak zo ver mogelijk naar voren komt. De onderkaak is namelijk het frame waarin de tong, mondbodemspieren en halsspieren vast zitten. De bedoeling is dat de onderkaak 1 centimeter of net iets meer naar voren gezet wordt. Het is vaak voor het gezicht niet mooi en ook niet nodig dat de bovenkaak zo ver naar voren wordt gezet. Daarom wordt, vanaf de rechterzijde van het gelaat gezien, de boven- en onderkaak op elkaar geroteerd; als het ware tegen de wijzers van de klok in. Dit heet een ‘counter clockwise bimaxillaire osteotomie’. Voor het verkrijgen van een mooie gezichtsopbouw met fraai profiel en goede luchtweg. Het voorbereiden en uitvoeren van deze ingrepen vergt zeer veel ervaring. Tegenwoordig zijn er ook mogelijkheden om dit computergestuurd te doen op basis van 3D-beelden van het gezicht en scans van de schedel en tanden en kiezen.’ >



*Aan welke condities moet een apneupatiënt voldoen om in aanmerking te komen voor zo'n operatie?*

'De apneu moet vooral gebaseerd zijn op een afwijkende, niet optimale opbouw van het aangezichtsskelet en dan vooral een te kleine onderkaak. Maar dat heeft dus de helft van de bevolking. Bij patiënten bij wie de osas vooral wordt veroorzaakt door overgewicht moet je voorzichtig moet zijn met kaakoperaties. Als zo iemand een goede opbouw van zijn aangezichtsskelet heeft moeten de kaken niet nog verder naar voren worden gezet. Zeker niet bij vrouwen. Mensen die te dik zijn moeten eigenlijk afvallen. Dat lukt vaak niet en dan is cpap aangewezen.'

*Vergoedt de verzekering dit altijd?*

'Orthodontie en kaakchirurgische operaties vallen voor de zorgverzekeraars onder mondzorg terwijl osas onder de geneeskundige verstrekkingen valt en mra's onder hulpmiddelen.

Er is hierover wet- en regelgeving, waar de verzekeraars zich aan houden. Maar deze is vooral gebaseerd op de ernst van de skelettale afwijking. Er wordt helaas nog niet gewerkt met de osas-classificatie licht-matig-ernstig. Wij hebben echter ervaren dat voor elke patiënt, waarvoor een behandeling echt aangewezen was, uiteindelijk wel een machtiging werd afgegeven voor vergoeding via de basisverzekering.'

*Waar moet de patiënt rekening mee houden als hij hiervoor kiest?*

'Voor een gecombineerde orthodontisch-kaakchirurgische behandeling met beugel en kaakoperatie moeten mensen vooral gemotiveerd zijn om die behandeling te ondergaan. Je hebt 1,5 tot 2,5 jaar een blokjesbeugel en dan natuurlijk de operatie. Het gezicht kan enkele dagen behoorlijk dik worden en er is vaak een doof gevoel ter hoogte van de onderlip en kin. Als je wakker wordt heb je een week met elastiekjes de tanden en kiezen op elkaar. Daarna kun je steeds meer gaan bewegen. Na ongeveer zes weken kun je weer gewoon functioneren met eten en kauwen.'

*En dan nu de visie...*

'In de wereld van snurken, osas en slaapteams hebben kno-artsen met hun behandelingen en longartsen met cpap al langer aan vaste plek verworven.

Mka-chirurgen zijn specialisten op het gebied van aangezichtschirurgie. Waar velen te maken hebben met een



onderontwikkelde onder- en ook bovenkaak wordt steeds meer duidelijk dat er voor iedereen een ideale opbouw van het gezicht is te bereiken. Dit door middel van aangezichtschirurgie met kaakoperaties, waarbij naast een mooi recht gebit en goed opgebouwd gezicht, er ook een optimale luchtweg wordt bereikt. Zonder snurken en apneu!

Waar osas-patiënten voorheen alleen in aanmerking leken te mogen komen als eerst allerlei andere therapieën waren geprobeerd, komen steeds meer mensen bij kaakchirurgen onder behandeling. Met een goed opgebouwd gezicht is het mogelijk om permanent van het luchtwegprobleem te worden verlost.

Een leuk aspect is dat het dragen van een mra kan worden gezien als een soort van test: als het goed werkt is in feite bewezen dat de onderkaak te ver terug ligt en dat met een kaakoperatie het probleem op te lossen is. Mra's worden ook aangemeten door tandartsen en orthodontisten, maar mka-chirurgen kunnen het beste alle patiëntgerelateerde factoren evalueren en zo vaststellen wat er eventueel mogelijk is. Door hun participatie in de slaapteams kunnen kaakchirurgen patiënten als het ware selecteren, die in aanmerking komen voor deze behandelingen.'

Voor patiënten is natuurlijk interessant bij welke artsen ze hier voor moeten zijn. Belangrijk is dat de mka-chirurg veel affiniteit heeft met slaapgeneeskunde en aantoonbaar veel expertise en ervaring in het aanmeten van mra's en aangezichtschirurgie. Deze artsen zijn te vinden op de website van de NVTs: [www.nvts.nl](http://www.nvts.nl). Patiënten kunnen in ieder geval altijd in Doetinchem en Winterswijk bij dr. Bronkhorst terecht!

**Waar kan je als patiënt zelf op letten?**

Er is altijd een uitgebreide analyse van de gelaatsopbouw nodig. Dit gaat met metingen aan laterale röntgenschedel-foto's en het gezicht. Of via een 3D-computerplanning. ■

