INFO VOOR PATIËNTEN

TEMPORO-MANDIBULAIRE DYSFUNCTIE

KAAKGEWRICHT- EN KAUWSPIERKLACHTEN

UZ GENT

UNIVERSITEIT GENT

INHOUD

01	Wat is temporomandibulaire dysfunctie?	4
02	Anatomie van het kaakgewricht en link naar klachten	4
03	Algemene adviezen	9
04	Parafuncties herkennen en afleren	12

01 WAT IS TEMPOROMANDIBULAIRE DYSFUNCTIE?

Temporomandibulaire dysfunctie (TMD) is een verzamelnaam voor klachten aan het kaakgewricht en/of de kauwspieren. TMD treft naar schatting ongeveer 30% van de bevolking, meer vrouwen dan mannen.

Symptomen

Typische symptomen zijn pijn aan het kaakgewricht (voor het oor) of de kauwspieren (kaakhoek en slaapregio), kaakgewrichtsgeluiden (knappen of kraken) en een beperkte of pijnlijke kaakbeweeglijkheid. Die klachten kunnen ervoor zorgen dat je minder goed kan kauwen, de mond openen of spreken.

Minder typische symptomen zijn onder meer uitstralende pijn (oor-, nek- en hoofdpijn), oorsuizen, duizeligheid en een verminderd gevoel in het kaakgebied. Dergelijke klachten betekenen niet automatisch dat er sprake is van TMD, maar het is zinvol om die oorzaak uit te sluiten, aangezien ze over het algemeen goed behandelbaar is.

Oorzaak

De meest geschikte verklaring voor TMD is het zogenaamde biopsychosociale model: een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren, waarbij elk een rol speelt in het ontstaan en het onderhouden van de klachten.

Als je klachten hebt aan het kaakgewricht of de kauwspieren, worden die bijvoorbeeld heel vaak uitgelokt of in stand gehouden door '**parafuncties**'. Dat zijn gewoontes die het kaakgewrichtsstelsel overbelasten. Veel van die gewoontes zijn stressgerelateerd. Verder vind je een overzicht van de meest voorkomende parafuncties en hoe je ermee kan omgaan.

02 ANATOMIE VAN HET KAAKGEWRICHT EN LINK NAAR KLACHTEN

Voordat we ingaan op adviezen en oefeningen, is het nuttig om even stil te staan bij hoe je kaakgewricht in elkaar zit, zodat je beter begrijpt waarom bepaalde gewoontes klachten kunnen veroorzaken.

De bouw van het kaakgewricht

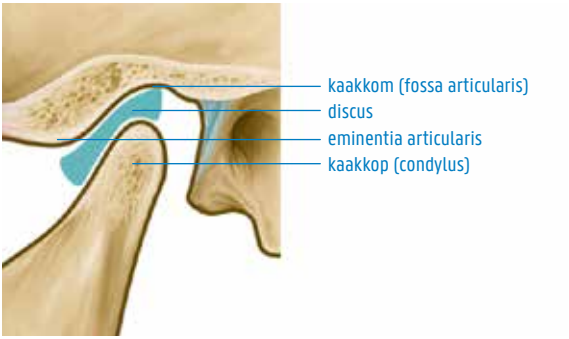
Iedereen heeft twee kaakgewrichten die met elkaar in rechtstreekse verbinding staan via de onderkaak. Dat maakt het kaakgewricht uniek in vergelijking met andere gewrichten. Daardoor

werken de beide gewrichten altijd samen: wat aan de ene kant gebeurt, heeft een effect op de andere kant. Een bewegingsbeperking aan één zijde kan dus aanleiding geven tot een extra belasting aan de andere zijde ter compensatie.



Het **bovenste deel** van het kaakgewricht noemen we de **kaakkom**, of **fossa (articularis)**. Die staat rechtstreeks in verbinding met de schedelbasis. Net onder de kaakkom zit een soort **beenderige heuvel**, de **eminentia articularis**. Het bovenste deel van het kaakgewricht heeft daardoor een soort platte S-vorm (zie afbeelding). Deze speciale vorm speelt een belangrijke rol in de functie van het kaakgewricht.

Het **onderste deel** van het kaakgewricht noemen we de **kaakkop**, of **condylus**. Tussen de kaakkop en -kom zit een klein 'kussentje' van kraakbeen. Dat is de **gewrichtsschijf**, beter bekend als de **discus**. Die zorgt voor een soepele beweging en stabiliseert de kaakkop bij het ver openen van de mond en bij de zijwaartse bewegingen van de onderkaak. Je kan het vergelijken met een meniscus in de knie, met het verschil dat de discus mee gaat bewegen met de kaakkop.



De normale beweeglijkheid van de kaak

De kaakkop is het beweeglijke deel in het gewricht, de kom beweegt niet. In het kaakgewricht kan de kaakkop twee soorten bewegingen uitvoeren: **roteren** en **transleren**. Beide bewegingen zijn nodig om de mond ver te kunnen openen of de kaak naar links en rechts te bewegen.

Als je je mond een beetje opent, roteert de kaakkop in de kaakkom zonder van positie te veranderen. De discus blijft dan op dezelfde plek.



Open je verder, dan is er een **translatiebeweging**. De kaakkop schuift dan naar voren over de helling van de eminentia, terwijl de discus meebeweegt om de beweging te versoepelen. Als je de kaak naar één richting beweegt, bijvoorbeeld naar links, dan transleert het gewricht rechts, terwijl het linkse gewricht in de fossa blijft.



Je kan die translatiebeweging bij jezelf of anderen zien en voelen. De kaakkop wordt zichtbaar en voelbaar voor het oor als je de mond ver opent, als een kleine zwelling die weer verdwijnt als je mond sluit.

Discusdislocatie

Bij sommige mensen zit de discus niet meer helemaal op de juiste positie. In de meeste gevallen is hij naar voren verplaatst. Er kunnen zich dan twee situaties voordoen:

- **Discusdislocatie met reductie:** De discus springt bij het openen terug op zijn plaats. Dat gaat typisch gepaard met een **klikgeluid** bij het openen of sluiten. In de meeste gevallen is dat pijnloos en onschadelijk. Als het echter pijnlijk is of andere ongemakken veroorzaakt, kan een behandeling aangewezen zijn.



- **Discusdislocatie zonder reductie:** De discus blijft in zijn voorwaartse positie, ook bij het openen. Dat kan leiden tot een **beperkte mondopening** aan die zijde, omdat de translatiebeweging wordt geblokkeerd. Typisch is ook dat de kaak 'scheef' trekt bij het openen als het aan één gewricht gebeurt. Als dat gepaard gaat met pijn is een behandeling aangewezen.

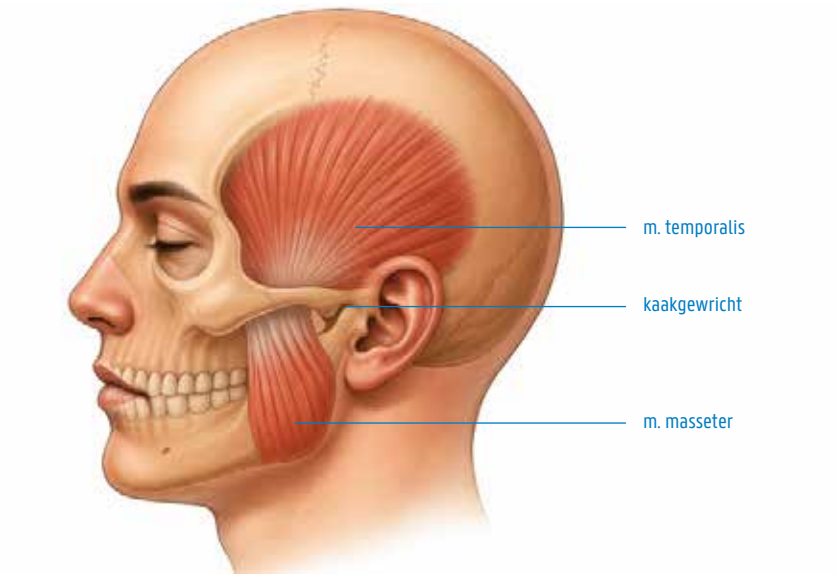


- Tussen beide situaties bestaat ook een tussenvorm: de **discusdislocatie met intermittente** locking. Dan springt de discus soms wel en soms niet op de juiste plaats. Vaak evolueert dat naar een permanente dislocatie zonder reductie.

In al die situaties is het belangrijk de onderliggende overbelasting tijdig aan te pakken om verdere klachten te vermijden.

De kauwspieren

Je kaak beweegt dankzij een groep kauwspieren. De belangrijkste zitten aan de zijkant van je gezicht, aan de kaakhoek en de slaap. Dat zijn respectievelijk de **m. masseter** en de **m. temporalis**. Je voelt de masseterspier opspannen als je je vingers op je kaakhoek zet en stevig dichtbijt. Het is vaak ook die spier die bij overbelasting eerst pijnlijk wordt. De temporalisspier is iets lastiger te voelen. Als je je vingers op de slaap legt en de tanden op elkaar klemt, voel je de spier normaal opspannen. Geen paniek als dat niet zo is. Soms is de spier niet zo prominent.



Als je de tanden lang en onnodig op elkaar klemt, uit stress, gewoonte of tijdens het slapen, moeten deze spieren constant werken. Dat leidt tot spierspanning en -pijn, vergelijkbaar met hoe je arm pijn doet na lang een gewicht vast te houden. Blijft die gewoonte aanhouden, dan kan het chronisch worden omdat er zogenaamde spierknopen (trigger points) ontstaan, die zorgen voor continue spierspanning en verdere overbelasting van de spier en het kaakgewricht.

OPMERKING: Naast de twee genoemde kauwspieren bestaan er nog andere spieren die helpen in het kauwproces. Omdat die moeilijker te identificeren zijn qua ligging, gaan we hier niet verder op in.

De link met oor, nek en hoofd

Het kaakgewricht ligt anatomisch zeer dicht bij het oor en de nek. Dat verklaart waarom kaakgewrichtsklachten soms gepaard gaan met:

- pijn die uitstraalt naar het oor, de slaap of de nek;
- oorsuizen of een vol gevoel in het oor;
- hoofdpijn.

Dat betekent niet dat er iets mis is met je oor of nek. De kaakspieren en het gewricht veroorzaken de klachten, maar de pijn voel je dan elders. Dat noemen we **uitstralende pijn**, en het is een van de redenen waarom kaakgewrichtsklachten soms moeilijk herkend worden.

Je kaakgewricht wordt elke dag duizenden keren gebruikt — bij elke hap, elke slok en elk woord. Door zijn nauwe samenwerking met kauwspieren, oor en nek is het kwetsbaar voor overbelasting. De adviezen in dit document zijn gericht op het verminderen van die overbelasting.

03 ALGEMENE ADVIEZEN

Let op je voeding

Tijdens een opstoot van pijn is het belangrijk de voeding tijdelijk aan te passen. Eerst is het aangewezen om **ongeveer twee weken zachte voeding** te eten. Met 'zachte voeding' bedoelen we voeding die je met een lepel volledig kan platdrukken of met de tong tegen het verhemelte fijn kan malen zonder erop te moeten kauwen. Voorbeelden zijn puree, zachtgekookte groenten (wortel, courgette, broccoli), eieren, gehakt en zacht gekookte pasta.

Vermijd te grote happen. Bij het afbijten van bijvoorbeeld een appel moet je de mond ver openen en veel kracht gebruiken, wat de klachten kan verergeren. Vermijd ook taai vlees, hardere broodsoorten, bagels, noten en rauwkost. Kleine, frequente maaltijden zijn vaak beter te verdragen dan drie grote maaltijden per dag.

Na de initiële rustfase kan je de voeding geleidelijk opbouwen. Treden de klachten snel opnieuw op bij het opbouwen, zet dan een stap terug.

Let op je kauwgewoonte

De meeste mensen hebben een voorkeurszijde om te kauwen. Probeer echter zoveel mogelijk **aan beide zijden te kauwen** om eenzijdige overbelasting te vermijden. Kauwen op slechts één zijde kan op termijn leiden tot spierasymmetrie en asymmetrische belasting van de kaakgewrichten. Als je structureel aan één kant moet kauwen, bijvoorbeeld omdat er aan de andere kant kiezen ontbreken, is het op termijn aangeraden om de ontbrekende elementen weer aan te vullen. Bespreek de opties daarvoor met je tandarts.

Breng warmte of koude aan

In de meeste gevallen van TMD is **warmteapplicatie aan de kauwspieren** aanbevolen. Dat kan met een kersenpitkussentje, warme kompressen, een infraroodlamp of een thermisch kussentje. Regelmatig warmte aanbrengen helpt de kauwspieren te ontspannen en kan pijn en stijfheid verminderen.

- **Verwarm:** Gebruik een warm kompres of een kersenpitkussentje. Verwarm 30-60 sec. in de microgolf (volg de richtlijnen van het product).
- **Controleer de temperatuur:** Het moet warm aanvoelen, maar niet heet. Dus comfortabel voor de huid.
- **Houd 10-15 minuten per spier:** Plaats het kompres rustig op de spier (masseter of temporalis, zie figuren). Doe dit eventueel aan beide kanten.
- **Herhaal:** 1-2 keer per dag of als je spierspanning of pijn ervaart.



Plaats ter hoogte van de m. masseter: op de wang, net voor en onder het oor.



Plaats ter hoogte van de m. temporalis: op de slaap, boven en lichtjes achter het oor.

UITZONDERING: Bij acute ontsteking, bv. na een ongeval, bij auto-immuunaandoeningen, bij infectie of na een chirurgische ingreep, heeft warmte een nadelig effect. Breng in die gevallen tijdelijk **koude aan** met ijs (15–20 minuten per uur) om ontsteking en zwelling te beperken. Probeer ijsapplicatie niet langer dan 1 tot 2 weken aan te houden.

Masseer de kauwspieren

Bij gevoeligheid of verhoogde spanning van de kauwspieren kan zelfmassage verlichting bieden. Masseer de kauwspieren met **zachte, cirkelvormige bewegingen**. Als je dat moeilijk vindt of als het uitgesproken ongemak veroorzaakt, laat je het loswerken van de spieren beter over aan een **kinesist**, bij voorkeur gespecialiseerd in kaakgewrichtsproblemen. Op www.vind-een-kinesist.be kan je zoeken naar kinesitherapeuten gespecialiseerd in kaak- en kauwproblemen.

Je kan de spieren en het kaakgewricht ook inwrijven met een **ontstekingsremmende gel** (zoals diclofenac- of voltaren-gel). Let erop dat je het product niet op slijmvliezen aanbrengt (mond, ogen, neus, oor) en respecteer de maximale aanbevolen dagdosis. Wrijf in over de slaapregio, voor het oor en rondom de kaakhoek, afhankelijk van de zone die pijnlijk aanvoelt.

Overstrek de mond niet

Bij acute pijn is het beter de **mondopening niet te forceren**. Beperk grote happen en ondersteun bij het geeuwen de kin lichtjes met je hand. Als je kaakgewrichten knappen, is het beter om dat niet uit te lokken, ook al doet het geen pijn. Dat kan irritatie in het gewricht veroorzaken.

Bij een beperkte mondopening of verminderde beweeglijkheid in een bepaalde richting kan strekken of bewegen soms aangewezen zijn. Doe dat wel alleen op advies van een arts, kinesist of andere zorgprofessional. Blijf hierbij steeds altijd je pijngrens.

Leer ontspanningstechnieken en zoek psychologische ondersteuning

Stress is een van de belangrijkste triggerfactoren voor TMD-klachten. Stressmanagement maakt dan ook integraal deel uit van de behandeling. **Ontspanningstechnieken** zoals diafragmatische ademhaling, mindfulness en progressieve spierontspanning kan je doen om stress onder controle te krijgen. Heb je uitgesproken stressklachten, overweeg dan ondersteuning bij een psycholoog of gespecialiseerde zorgprofessional.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) heeft aantoonbaar positieve effecten op langere termijn (>3 maanden) op pijn, depressieve klachten en functionele beperkingen bij TMD-patiënten. Deze therapie is een vorm van psychologische begeleiding waarbij je leert hoe gedachten, gevoelens en gedrag elkaar beïnvloeden en hoe je bepaalde spanningscycli kan doorbreken van de klachten. Gemiddeld gaat het om een traject van 8 tot 16 sessies.

Praktische **tips** voor stressreductie:

- **Diafragmatische ademhaling:** langzaam inademen (4 tellen) en uitademen (8 tellen) met bewuste ontspanning van de kaakspieren bij het uitademen door de mond open te laten hangen.
- **Regelmatige lichaamsbeweging:** verlaagt de spierspanning in het algemeen en heeft een positief effect op de kaakspieren.
- **Voldoende en kwalitatieve slaap:** slaaptekort verhoogt de spierspanning en de pijngevoeligheid.

04 PARAFUNCTIES HERKENNEN EN AFLEREN

Parafuncties zijn bewegingen of gewoontes die **geen functioneel nut** hebben, maar het kaakgewrichtsstelsel wel overbelasten. Ze zijn heel vaak de onderliggende oorzaak van TMD-klachten en van herval na een behandeling. Veel mensen zijn zich niet bewust van dergelijke gewoontes. Vaak zijn ze ook geassocieerd met onderliggende stress en worden ze onbewust uitgevoerd als copingmechanisme om met de stress om te gaan.

De **meest voorkomende** parafuncties zijn:

- klemmen en knarsen (bruxisme)
- kauwgom kauwen, nagelbijten of bijten op niet-voedingsmiddelen
- occlusiegerelateerde parafuncties
- articulatie- of spraakstoornissen
- houdingsgewoontes (hoofd- en halshouding)
- infantiel slikpatroon en tongpersen

BELANGRIJK: Parafuncties komen vaak gecombineerd voor. Eén parafunctie aanpakken is soms onvoldoende voor een duurzaam resultaat. Dat kan een langdurig proces zijn dat geduld en volharding vraagt.

Klemmen en knarsen (bruxisme)

Bruxisme is de meest frequente parafunctie bij TMD-patiënten. We maken een onderscheid tussen **klemmen overdag** (waarbij knarsen overdag zelden voorkomt) en **nachtelijk bruxisme** (klemmen en knarsen tijdens de slaap).

Klemmen overdag

In rusttoestand mogen de tanden van boven- en onderkaak elkaar **niet raken**. Er moet altijd een vrije ruimte zijn tussen de beide tandenbogen zodat de kauwspieren volledig kunnen ontspannen. Tanden mogen elkaar enkel raken tijdens het kauwen en het slikken.

Als de tanden de hele dag door op elkaar staan, tijdens stressvolle situaties, achter de computer, in het verkeer of gewoonweg uit gewoonte, ontstaat een **constante, statische belasting** van de kauwspieren én het kaakgewricht. Dat kan op termijn leiden tot problemen met of beschadiging van het gewricht.

Tips om overdag klemmen af te leren:

- Controleer regelmatig of je tanden op elkaar staan. Zodra je dat merkt, breng de tanden dan van elkaar en ontspan de kaak bewust.

- Let op tijdens welke activiteiten je het meest klemt (rijden, pc-werk, televisie kijken) en controleer jezelf dan vaker.
- Gebruik geheugensteuntjes zoals post-its op je werkplek of een alarmpje op je telefoon als herinnering.
- Specifieke hulpmiddelen of apparaatjes zoals de 'Re-Mind' geven op gezette tijden een trilsignaal als herinnering om niet te klemmen.

Nachtelijk bruxisme

Nachtelijk bruxisme is moeilijker op te sporen. Knarsgedrag kan een eventuele partner opmerken, maar klemgedrag blijft vaak onopgemerkt. Typische tekenen van nachtelijk bruxisme kan je opmerken als je vooral **'s ochtends** bij het ontwaken één of meer van volgende klachten ervaart:

- toegenomen kaakpijn of een zwaar gevoel ter hoogte van de kaken
- hoofdpijn
- een stijf gevoel en verminderde mondopening - soms zelfs een blokkade
- tandpijn

Deze tekenen zijn niet exclusief voor nachtelijk bruxisme, maar een combinatie ervan is verdacht. Als je overdag vaak klemt, is de kans groter dat dit patroon ook 's nachts wordt verdergezet.

Je kan tijdens de nacht zelf niet actief ingrijpen. De belangrijkste strategie is dan ook het **overdag klemmen zo goed mogelijk afleren** om het nachtelijk patroon te doorbreken. Je tandarts kan ook een **opbeetplaat** maken. Dat is een harde, transparante plaat die op de boventanden (of ondertanden) past en zorgt voor een kleine verticale opening tussen de tandenbogen.





LET OP: Een opbeetplaat stopt het klemgedrag vaak **niet**. Het dient voornamelijk om de tanden en het gewricht te **beschermen**. Bij sommige patiënten vermindert een opbeetplaat de klachten, bij anderen heeft het weinig effect, en in zeldzame gevallen kunnen de klachten zelfs verergeren. Bespreek dit altijd met je tandarts. De plaat moet bij voorkeur **hard** zijn. Een zachte opbeetplaat zal klemgedrag vaak eerder stimuleren en moet je dus vermijden.

In ernstige gevallen van bruxisme kunnen injecties met **botulinum toxine (botox)** een optionele aanvullende behandeling zijn. Dat moet je altijd bespreken met een arts-specialist en moet ook altijd individueel bekeken worden. Deze behandeling is tot de dag van vandaag in België ook niet terugbetaald.

Kauwgom kauwen, nagelbijten en bijten op voorwerpen

Regelmatig kauwgom kauwen is een van de meest belastende gewoontes voor het kaakgewricht. Al bij enkele stukken kauwgom per dag kan er een aanzienlijke invloed zijn op de kauwspieren en het gewricht.

Bijten op nagels, lippen, wangen, potloden of pennen is ook een frequente parafunctie. Dat veroorzaakt niet alleen kaakbelasting, maar kan ook wondjes aan vingers, lippen en wangen veroorzaken die kunnen ontsteken.

Dergelijke gewoontes ontstaan vaak als '**copingmechanisme**' bij stress of verveling. Tips om ze af te leren:

- Identificeer de triggers: wanneer en waarom doe je het?
- Vraag iemand uit je omgeving om je erop te wijzen wanneer je de handeling onbewust uitvoert.
- Gebruik een onaangename smaak op de nagels of voorwerpen als negatieve feedback.
- Overweeg begeleiding bij een psycholoog als je de gewoonte moeilijk alleen kan doorbreken.

Occlusiegerelateerde parafuncties

Een '**foute beet**' (malocclusie) is volgens de huidige wetenschappelijke inzichten **niet de rechtstreekse oorzaak** van TMD. Het zijn de **parafuncties** bij die afwijkende beet die het kaakgewricht overbelasten. Ernstige afwijkingen in de kaakrelatie op botniveau, dus de relatie tussen onder- en bovenkaak, kunnen er wel aan bijdragen. Ook dat vraagt individuele beoordeling bij een specialist.

Hierna lichten we kort de **meest voorkomende afwijkingen** toe die kunnen samengaan met kaakgewrichtsklachten, en leggen we uit waarom die parafuncties in de hand kunnen werken.

Eénzijdige kruisbeet

Bij een eenzijdige kruisbeet staat de **bovenste tandenboog aan één zijde binnen de onderste tandenboog**, terwijl dat normaal andersom is (de boventanden staan normaal buiten de ondertandenboog). Daardoor wordt de kaak soms bij het kauwen structureel naar de kant van de kruisbeet getrokken. Dat leidt soms tot een voorkeurszijde bij het kauwen en eenzijdige overbelasting van het kaakgewricht. Als je ook nog klemt of knarst, wordt de asymmetrische belasting groter.



Diepe beet met inklemming van de snijtanden

Bij een diepe beet **overlappen de bovenste snijtanden de onderste sterk in de verticale richting**. Als de bovenste snijtanden bovendien naar binnen gekanteld zijn (richting verhemelte), zitten de onderste snijtanden als het ware opgesloten achter de bovenste. Als je dan ook klemt, wordt de onderkaak in sommige gevallen naar achteren gedrukt door de druk die de bovenste snijtanden op de onderste uitoefenen. Dat vernauwt de ruimte in het kaakgewricht aan de achterzijde, precies waar de meeste zenuwen lopen. Het resultaat kan druk, pijn of zelfs ontsteking in het gewricht zijn.



Retrognathie van de onderkaak (terugliggende onderkaak of 'kleine kin')

Bij een retrognathie van de onderkaak is de **onderkaak kleiner ontwikkeld en ligt ze verder naar achteren ten opzichte van de bovenkaak**. Dat zorgt voor een horizontale open ruimte tussen de voortanden. Mensen met deze beet hebben zowel functioneel (om voedsel af te bijten) als cosmetisch (kleine kin) de neiging de onderkaak constant naar voren te houden. Als dat een automatische gewoonte wordt, zorgt het voor permanente overbelasting van enkele kauwspieren. Op termijn kan dat leiden tot spierpijn en -vermoeidheid of zelf gewrichtsproblemen.



Anterieure of laterale open beet

Bij een open beet raken de tanden elkaar niet op een bepaalde plaats als je volledig dichtbijt.

In het geval van een **open beet vooraan (anterieur)**, kan de patiënt moeilijk voedsel afbijten met de voortanden. Daardoor moet voedsel aan de zijkant worden afgebeten en komt er automatisch meer belasting op de achterste kiezen.



Is de **open beet eenzijdig (lateraal)**, dan wordt de andere zijde structureel overbelast bij het kauwen. Dat is een rechtstreekse risicofactor voor kaakgewrichtsklachten. Open beten ontstaan soms door aanhoudende tongpersgewoontes of door langdurig fopspeengebruik (zie ook bij infantiel slikpatroon).



Instabiele occlusie (‘dwangbeet’)

Wanneer de tanden gesloten **geen stabiel, gelijkmatig contact** maken, compenseert de kaak automatisch door te schuiven naar een positie waarbij er wél contact is. Dat noemen we een dwangbeet. De kaak wordt bij elke sluiting gedwongen in een bepaalde richting te bewegen. Zonder parafuncties is dat zelden problematisch. Als je echter ook klemt, dan zorgt de herhaalde dwangbeweging voor overbelasting van één van de gewrichten.

ALS CONCLUSIE: Een afwijkende beet hoeft niet automatisch gecorrigeerd te worden om TMD te behandelen. Als je een afwijkende beet hebt én kaakgewrichtsklachten, is een individuele evaluatie aangewezen om de echte onderliggende problematiek te bepalen. Kleine beetafwijkingen zonder significante parafuncties zijn zelden een probleem. Het heeft mede daarom dan ook weinig zin om kaakgewrichtsproblemen te behandelen door tanden te laten inslijpen bij de tandarts.

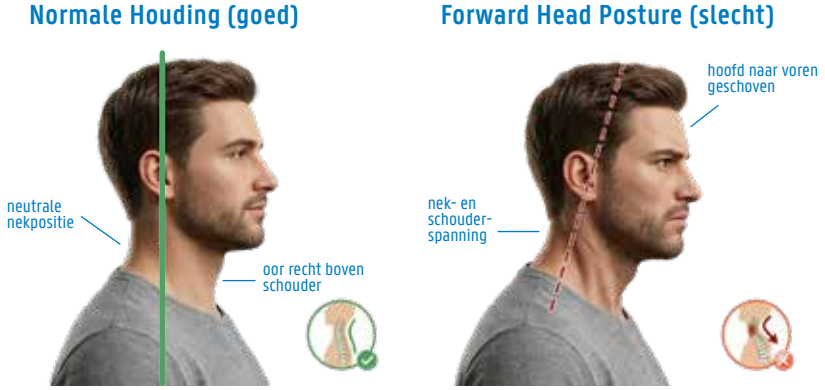
Articulatie- en spraakstoornissen

Bepaalde articulatiestoornissen kunnen kaakgewrichtsklachten uitlokken, vooral wanneer de onderkaak tijdens het spreken herhaaldelijk in een abnormale richting wordt bewogen. Dat geldt in het bijzonder voor mensen die beroepsmatig veel moeten praten (leerkrachten, advocaten ...).

Een ander voorbeeld is professioneel zingen, waarbij woorden soms op een aangepaste manier worden gevormd voor een betere klank. Dat kan ongewenste druk op de onderkaak of spanning in de kauwspieren veroorzaken. In dergelijke situaties is begeleiding door een logopedist aangewezen.

Houdingsgewoontes: hoofd en hals

Zoals reeds eerder aangehaald staan de hals- en nekspieren in nauw verband met de kauwspieren en het kaakgewrichtstelsel. Een afwijkende hoofdhouding leidt tot verhoogde spierspanning in de hals, die doorwerkt naar het kaakgewricht. Dat verklaart waarom patiënten met TMD ook vaak spannings- en pijnklachten hebben van spanning en pijn in de nek.



Risicovolle situaties:

- langdurig schermwerk waarbij het hoofd naar voren wordt gehouden ('forward head posture')
- langdurig neerwaarts kijken naar een smartphone
- vooruitsteken van de kin om bv. te compenseren voor een weinig prominente kin

Adviezen:

- Werk in een ergonomische houding: beeldscherm op ooghoogte, hoofd neutraal gepositioneerd.
- Doorbreek statische houdingen door regelmatig even recht te staan en te bewegen. Probeer ook de hals te bewegen om constante spiercontracties te doorbreken.
- Core stability-oefeningen kunnen de draagkracht van de romp en nek vergroten en zo de statische belasting verminderen.

Daarnaast hebben sommige mensen de neiging om aan tafel het hoofd te ondersteunen met de hand en de elleboog op tafel. Die houding kan zorgen voor een constante, abnormale overdruk in het kaakgewricht aan de zijde van de ondersteuning. Zeker als dat vaak gebeurt, kan het een negatieve impact hebben.

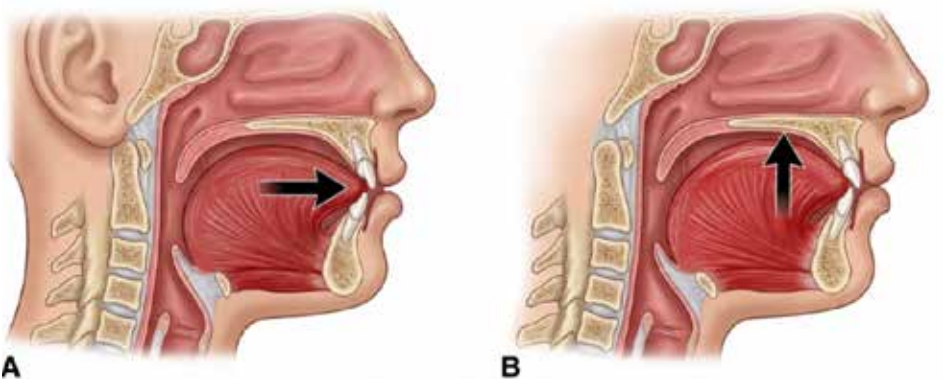


Bij aanhoudende klachten of nood aan aanvullend advies is begeleiding aangewezen door een kinesitherapeut met kennis van craniocervicale biomechanica.

Infantiel slikpatroon en tongpersen

Bij het slikken komen de boven- en ondertandenbogen normaal kort met elkaar in contact. De tong drukt daarbij tegen het verhemelte, achter de boventanden, en niet naar voren tegen de snijtanden. Dat is het **volwassen of somatisch slikpatroon** (situatie B op de afbeelding).

Bij het **infantiele slikpatroon**, ook tongpersen of visceraal slikken genoemd, wordt de tong tijdens het slikken **naar voren** geduwd, tussen of tegen de snijtanden (situatie A op de afbeelding). Dat is normaal bij zuigelingen. Zodra de blijvende tanden doorbreken, zou dat patroon echter spontaan moeten evolueren naar het volwassen slikpatroon. Wanneer dat **niet** gebeurt, spreken we van een infantiel slikpatroon of een tongpersgewoonte en is een behandeling bij een **logopedist** aangewezen. Dit is namelijk een diepgewortelde gewoonte die moeilijk zelfstandig te doorbreken is.



Waarom is dit een probleem?

Bij elke slokbeweging waarbij de tong naar voren wordt geduwd, wordt een **druk van circa 1,5 tot 2 kg** op de snijtanden uitgeoefend. Omdat een gemiddeld persoon 1.200 tot 2.000 keer per dag slikt, loopt dit snel op. Op lange termijn kan dat leiden tot:

- Een **anterieure open beet**: De voortanden komen niet meer op elkaar doordat ze door de tongdruk uit elkaar worden geduwd. Dat kan leiden tot kaakgewrichtsklachten (zie eerdere hoofdstuk over occlusiegerelateerde parafuncties).
- **Tandverplaatsing en terugval na orthodontische behandeling**: De tong duwt de tanden telkens terug naar voren.

Een aanhoudende tongpersgewoonte gaat vaak gepaard met een **voorwaartse tongpositie in rust** en soms ook met mondademhaling. Die combinatie kan de kaakbeweeglijkheid en de spierbalans verder verstoren.

Belangrijke nuance: oorzaak of gevolg?

De relatie tussen tongpersen en open beet is **niet altijd eenrichtingsverkeer**. Bij een bestaande open beet (door de botstructuur, fopspeengebruik of andere oorzaak) kan de tong als compensatie tussen de tanden komen om de lippen te kunnen sluiten bij het slikken. In dat geval is de tongpersgewoonte een gevolg van de open beet, en niet de oorzaak. Dit onderscheid is belangrijk voor de behandeling: het heeft weinig zin tongpersen te behandelen als de onderliggende oorzaak (bv. een te nauw gehemelte of een botafwijking) niet wordt aangepakt. Een **multidisciplinaire aanpak**, met tandarts, logopedist en eventueel kinesist, geeft hier de beste resultaten.

Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie

Ingang 25, route 250
T +32 (0)9 332 32 05
www.uzgent.be/mka

Dit document vervangt geen medisch consult. Raadpleeg steeds je arts of andere zorgprofessional voor persoonlijk advies.

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
T +32 (0)9 332 21 11 | **E** info@uzgent.be

www.uzgent.be

vu.: Frank Vermassen, gedelegeerd bestuurder UZ Gent, C. Heymanslaan 10, 9000 Gent – juli 2026 – Versie 01 – Art. 060138