

Omgekeerde wereld; een patiënte overtuigen tot behandeling onder algehele anesthesie

Samenvatting

Veel patiënten met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling verzoeken een behandeling onder algehele anesthesie om de angstwekkende stimuli te kunnen vermijden. Dit is doorgaans echter niet geïndiceerd bij deze patiënten omdat het de angst niet wegneemt; de pathologische angstrespons wordt niet behandeld. Deze casus laat zien dat behandeling onder algehele anesthesie in sommige gevallen toch de beste behandeloptie is voor een patiënt. Zelfs als de patiënt in eerste instantie de nadrukkelijke wens heeft om geen behandelingen onder algehele anesthesie uit te voeren.



A. (Anniek) de Beij

Tandarts angstbegeleiding, Centrum Bijzondere Tandheelkunde, Martini Ziekenhuis Groningen; e-mailadres: anniekdebeij@gmail.com

prof. dr. A. (Ad) de Jongh

Tandarts, gz-psycholoog, bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen, ACTA, Amsterdam en honorary professor, School of Health Sciences, Salford University, Manchester en Institute of Health and Society, University of Worcester, Worcester en lid van directieraad Psychotrauma Expertise Center (PSYTREC), Bilthoven; e-mailadres: a.de.jongh@acta.nl

Trefwoorden:

Angstbegeleiding, psychopathologie, totaalextractie, algehele anesthesie

Leerdoelen:

Na het bestuderen van dit artikel kunt u/weet u:

- dat tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie bij patiënten met angst voor de tandheelkundige behandeling niet de voorkeursbehandeling is;
- dat complicerende factoren zoals psychopathologie, medicatiegebruik en medische beperkingen ervoor zorgen dat behandeling onder algehele anesthesie in bepaalde gevallen toch de voorkeur heeft;
- dat ook bij een totaalextractie onder algehele anesthesie in sommige gevallen angstbegeleiding nodig is en verwijzing naar een CBT geïndiceerd kan zijn.

Iedere mondzorgverlener krijgt er vroeg of laat mee te maken: de “lastige” of moeilijk behandelbare patiënt. Het is dan belangrijk dat deze patiënt zo snel mogelijk als zodanig wordt herkend én erkend. Deze patiënten zijn vaak immers ongewild lastig, bijvoorbeeld als gevolg van psychische problemen of hevige angst voor een behandeling. Vroege herkenning zorgt ervoor dat er op tijd passende maatregelen kunnen worden genomen, zoals aanpassing van het behandelplan of verwijzing naar een specialist. In deze rubriek wordt casuïstiek besproken op het gebied van behandeling van ‘lastige’ patiënten. Wat maakt deze patiënten lastig? Hoe kunt u deze patiënten vroegtijdig herkennen? En hoe gaat u daar vervolgens mee om?

GEGEVEN

Een 46-jarige vrouw meldt zich bij het Centrum Bijzondere Tandheelkunde Martini Ziekenhuis. Haar cardioloog wilde haar verwijzen naar de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie voor een odontogeen focusonderzoek in verband met voorgenomen hartklepchirurgie. De patiënte bleek echter extreem angstig te zijn voor de tandheelkundige behandeling en heeft haar cardioloog daarom gevraagd om een verwijzing naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. In de verwijsbrief wordt beschreven dat de patiënte langdurig tandheelkundige zorg vermeden heeft en veel klachten heeft aan haar dentitie.

ANAMNESE

Tandheelkundige anamnese

Tot 12-jarige leeftijd ging de patiënte regelmatig met haar ouders naar de tandarts. Ze heeft als kind veel tandheelkundige behandelingen ondergaan en er werd twee keer per jaar een periodiek mondonderzoek uitgevoerd. De patiënte was toen al erg angstig voor de tandheelkundige behandelingen. Hoewel haar ouders haar bleven stimuleren om mee te gaan naar tandartsbezoeken ging zij vanaf 12-jarige leeftijd alleen nog als ze pijnklachten had. Rond 18-jarige leeftijd heeft de patiënte een tandarts gevonden die affiniteit had met angstige patiënten. Hier zijn onder andere een aantal restauraties vervaardigd. Daarnaast zijn er onder algehele anesthesie enkele kiezen geëxtraheerd. Helaas ging deze tandarts na twee jaar met pensioen. Vanaf dat moment heeft de patiënte nooit meer een tandarts bezocht. Zij merkt al lange tijd dat haar tanden en kiezen los gaan zitten. In de bovenkaak heeft zij een aantal losse elementen zelf verwijderd nadat ze ernstige pijnklachten had. Ook zijn er tanden en kiezen vanzelf uitgevallen, waaronder onlangs haar voortand. De patiënte schaamt zich sindsdien erg voor haar

gebit en zou graag een volledige prothese willen. Ze merkt dat de schaamte voor haar dentitie een steeds grotere rol gaat spelen in haar dagelijks functioneren. Zo is de patiënte om deze reden onlangs gestopt met zang- en toneel en vermijdt ze steeds vaker sociale contacten.

Medische anamnese

Uit de medische anamnese blijkt een ASA-score III. De patiënte is bekend met cardiomyopathie en een hernia. In verband met afname van de hartfunctie moet de patiënte op korte termijn een hartklepoperatie ondergaan. De cardioloog geeft aan dat het noodzakelijk is om voorafgaand aan invasieve tandheelkundige ingrepen een endocarditisprofylaxe voor te schrijven. De patiënte gebruikt de volgende medicatie: paroxetine, simvastatine, perindopril, carvedilol, omeprazol, temazepam, oxazepam, acenocoumarol, apixaban, spironolacton en tramadol. De paroxetine, temazepam en oxazepam zijn door de huisarts voorgeschreven in verband met depressieve klachten en angstproblematiek. De tramadol is voorgeschreven in verband met de hernia. De patiënte zit momenteel in een overstapfase waardoor ze tijdelijk twee soorten anticoagulantia gebruikt. Het gebruik van acenocoumarol zal op termijn gestopt worden.

Psychosociale anamnese

De patiënte is alleenstaand en heeft drie kinderen die zij op jonge leeftijd heeft gekregen. Haar oudste dochter woont als enige nog thuis. Zij is inmiddels 29 en kan door lichamelijke en verstandelijke beperkingen ten gevolge van zuurstofgebrek bij de geboorte niet zelfstandig wonen. De patiënte zit ten gevolge van de hernia en de cardiomyopathie sinds anderhalf jaar in de ziektewet. Zij geeft aan dat ze haar hele leven al veel last heeft van angsten. Zo heeft ze last van claustrofobie en heeft ze periodes waarin ze paniekaanvallen heeft. Als kind is zij langdurig behandeld door een psycholoog. Ook op latere leeftijd heeft haar huisarts haar meerdere keren verwezen naar een psycholoog in verband met depressieve klachten en angstproblematiek. De patiënte geeft aan dat ze nooit een goed contact had met deze psychologen en de behandelingen altijd snel beëindigd heeft. Toen zij een jaar geleden erg ziek werd en cardiomyopathie werd gediagnosticeerd namen de depressieve klachten en de angstproblematiek toe. Daarom heeft haar huisarts haar onlangs verwezen naar een psychiater. De behandeling bij deze psychiater zit nog in de diagnostische fase.

Angstanamnese

De angst voor de tandheelkundige behandeling is volgens de patiënte ontstaan op jonge leeftijd. De patiënte heeft veel pijnlijke behandelingen gehad en kan zich herinneren dat ze altijd heel erg in paniek was en door meerdere mensen werd vastgehouden. Daarnaast herinnert ze zich dat ze een keer bijna is gestikt doordat ze veel water in haar keel kreeg en niet overleefde mocht komen. De patiënte geeft aan

met name angstig te zijn voor het machteloze gevoel dat ontstaat wanneer de tandarts in haar mond bezig is en ze niet weet wat er gaat gebeuren. Daarnaast is ze erg bang om te stikken tijdens de tandheelkundige behandeling, met name wanneer ze water achterin haar mond heeft en wanneer er gebitsafdrukken gemaakt worden. Tot slot geeft ze aan erg bang te zijn voor de pijn die ze verwacht bij injecties, het trekken van tanden en kiezen en boren (**kader 1**). De extreme angst om te stikken heeft de patiënte alleen bij de tandarts. Hoewel de patiënte in het dagelijks leven soms paniekaanvallen heeft, is ze hier momenteel tijdens tandheelkundige behandelingen niet bang voor. Wanneer de patiënte vertelt over haar ervaringen in het verleden maakt zij een afwezige indruk. Op een gegeven moment is zij korte tijd niet aanspreekbaar. Later vertelt de patiënte dat zij hier vaker last van heeft en dat de psychiater heeft aangegeven dat zij op zo'n moment dissocieert. De patiënte herinnert zich na afloop van deze momenten niet wat er is gebeurd. Ze geeft aan dat ze dit ook al ervaren heeft tijdens de tandheelkundige behandelingen die rond 18-jarige leeftijd zijn uitgevoerd.

De patiënte scoort hoog op de ingevulde angstvragenlijsten (DAS: 18, AS: 10, K-ATB: 43 en DPFF: 7).

Stimulus (CS):	Ramp (UCS):
1. Tandarts is bezig in de mond; niet weten wat er gebeurt	Machteloosheid
2. Gebitsafdrukken maken	Stikken
3. Water achterin de mond	Stikken
4. Verdoven	Pijn
5. Trekken van tanden en kiezen	Pijn
6. Boren	Pijn

Kader 1. Angststimuli aflopend in ernst

ONDERZOEK

Intra-oraal onderzoek toont een gemutileerde dentitie met ernstige gegeneraliseerde parodontitis en een hoge cariësactiviteit. De bovendentitie bestaat uit een zeer mobiel bovenfront en een wortelrest van de 16. De overige elementen in de bovenkaak zijn in het verleden geëxtraheerd door de tandarts, verwijderd door de patiënte of vanzelf uit de mond gevallen. De onderdentitie bestaat uit een volledige tandboog met veel diepcurieuze elementen. De onderincisieven zijn mobiel. Het orthopantomogram (zie **afbeelding 1**) toont met name in de bovenkaak fors botverlies. In de onderkaak zijn diepe cariëslaesies zichtbaar. Ondanks de diepe caviteiten is alleen bij de 45 een peri-apicale radiolucentie zichtbaar. De 37, het hele onderfront, de 45, 47 en 48 moeten ten gevolge van de diepe caviteiten en de mobiliteit in ieder geval als verloren beschouwd worden.

DIAGNOSE EN PROBLEEMSTELLING

Bij deze patiënte lijkt sprake te zijn van een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling. Daarnaast is er sprake van andere psychopathologie die mogelijk van invloed is op deze angst; de patiënte is onder behandeling van een psychiater in verband met depressieve klachten, angstproblematiek en dissociatieve symptomen. De patiënte heeft een gemutileerde dentitie met een ontoereikende mondhygiëne, ernstige gegeneraliseerde parodontitis en een hoge cariësactiviteit. Gezien de staat van de dentitie lijkt een volledige prothese geïndiceerd. Complicerende factoren zijn hierbij het (tijdelijke) gebruik van twee soorten anticoagulantia (acenocoumarol en apixaban), de indicatie voor een endocarditisprofylaxe voorafgaand aan invasieve tandheelkundige ingrepen, het feit dat de patiënte zo spoedig mogelijk behandeld moet worden in verband met de voorgenomen hartklepchirurgie en de aanwezige psychopathologie.



Afbeelding 1: Orthopantomogram

BEHANDELAANPAK

Naar aanleiding van de bovengenoemde complicerende factoren vindt intercollegiaal overleg plaats met de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie en de cardioloog en psychiater van de patiënte. Zowel de MKA-chirurg als de cardioloog adviseren om de totaalextractie uit te voeren onder algehele anesthesie. Ook de psychiater verwacht dat dit gezien de psychopathologie, en dan met name de dissociatieve symptomen, van de patiënte op dit moment de beste behandeloptie is. De patiënte gaat akkoord met het voorstel om een totaalextractie uit te voeren en een volledige prothese te vervaardigen. Zij geeft echter aan niet open te staan voor behandeling onder algehele anesthesie. De belangrijkste reden hiervoor is het feit dat de patiënte in het verleden langdurig klachten had na afloop van de anesthesie. Daarnaast vindt ze het idee van wakker worden zonder tanden extreem beangstigend. Ze vindt het heel erg dat ze haar eigen gebit niet meer kan behouden en is bang dat ze dit niet kan accepteren als ze de extracties niet meemaakt. Daarnaast blijkt ze ook bang te zijn om te stikken als ze wakker wordt met een volledige prothese. Tot slot ziet ze het als falen wanneer een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie wordt uitgevoerd omdat ze haar angst dan niet probeert te overwinnen.

Cognitieve herstructurering

De patiënte heeft de disfunctionele gedachte *'Ik faal als ik onder algehele anesthesie behandeld word en mijn angst voor de tandarts niet overwin'*. Deze gedachte wordt uitgedaagd door vragen te stellen als: *'Wat is in jouw geval de reden dat we behandeling onder narcose adviseren?'* en *'Als een vriendin in deze situatie zou zitten, zou je dan vinden dat ze faalt?'*. Daarnaast wordt de patiënte uitgedaagd om argumenten voor en tegen deze opvattingen te bedenken.

Gedragsexperiment

De patiënte heeft de opvatting dat ze zal stikken tijdens het maken van gebitsafdrukken. Daarom is een gedragsexperiment ontworpen om deze opvatting te onderzoeken. De patiënte heeft de volgende hypothese geformuleerd: *'Als er langere tijd een lepel met afdruk materiaal in mijn mond moet zitten dan stik ik'*. De subjectieve geloofwaardigheid van deze voorspelling werd in eerste instantie gescoord op 60%. Na één behandelsessie waarin de patiënte in stapjes meerdere malen is blootgesteld aan de angstwekkende stimulus werd de geloofwaardigheid gescoord op 3%.

Na uitleg over het behandelvoorstel en een poging om de gedachten van de patiënte te herstructureren (**kader 2**) staat zij nog steeds niet open voor behandeling onder algehele anesthesie. Daarom vraagt zij een overleg aan met de MKA-chirurg en de cardioloog om te bespreken of het mogelijk is te starten met angstbehandeling zodat de extracties daarna door de MKA-chirurg uitgevoerd kunnen worden met behulp van lokale anesthesie. Helaas vinden zowel de MKA-chirurg als de cardioloog dit niet verstandig. Daarom vindt een overleg plaats met de behandelaar, de patiënte en haar psychiater. Er wordt uitgelegd dat voorafgaand aan het maken van de prothese gewerkt moet worden aan de stikangst van de patiënte. Hierdoor zal mogelijk ook de angst om te stikken door de prothese na afloop van de behandeling afnemen. Bovendien is het ook mogelijk om de prothese pas te plaatsen als de patiënte weer bij kennis is. Daarnaast wordt een overleg met de anesthesioloog voorgesteld zodat maatregelen kunnen worden genomen om klachten na afloop van de anesthesie te verminderen. Tot slot wordt afgesproken dat de psychiater de patiënte copingvaardigheden gaat aanleren om beter te kunnen accepteren dat zij haar tanden en kiezen gaat verliezen. Uiteindelijk gaat de patiënte akkoord met het uitvoeren van de totaalextractie onder algehele anesthesie.

Met behulp van graduele exposure en een gedragsexperiment wordt gewerkt aan de angst voor het stikken tijdens het maken van gebitsafdrukken (**kader 2**). Het maken van de immediaatprothese verloopt vervolgens probleemloos. De patiënte blijft wel angstig voor het ontwaken na de totaalextractie met een volledige prothese in haar mond. Daarom wordt met de MKA-chirurg afgesproken dat de prothese pas geplaatst wordt als de patiënte bij kennis is en hier zelf toestemming voor geeft.

BEHANDELRESULTAAT

De dag na de totaalextractie onder algehele anesthesie komt de patiënte voor de eerste nazorg. De behandeling is erg meegevallen. De patiënte is erg moe maar ervaart verder geen lichamelijke klachten als gevolg van de anesthesie. Zoals afgesproken is de prothese pas geplaatst toen de patiënte bij kennis was. Het plaatsen gaf geen problemen en de patiënte heeft de eerste dag nauwelijks pijn ervaren. Ze is erg blij met het resultaat. Een week later wordt de patiënte opnieuw gezien en is zij weer erg positief. Ze heeft weinig klachten en kan al redelijk goed eten met de prothese. Bovendien geeft zij aan dat ze door de behandeling minder gespannen is voor de hartoperatie die enkele dagen later uitgevoerd zal worden. Deze operatie verloopt ook goed. Drie maanden later wordt de patiënte gezien voor een rebasing van de protheses. Ook dit verloopt probleemloos, de patiënte ervaart hierbij geen angst meer om te stikken. Zij geeft aan dat controles en eventuele aanpassingen aan de prothese helemaal geen spanning meer geven. Daarom wordt besloten om de patiënte weer te verwijzen naar een reguliere tandartspraktijk.

Kader 2. Toelichting cognitieve herstructurering en gedragsexperiment

De patiënte geeft aan erg blij te zijn met haar prothese; ze heeft haar zang- en toneellessen weer opgepakt nu ze zich niet meer hoeft te schamen voor haar gebit.

DISCUSSIE

Veel patiënten met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling verzoeken een behandeling onder algehele anesthesie om de angstwekkende stimuli te kunnen vermijden. Behandeling onder algehele anesthesie is doorgaans echter niet geïndiceerd bij deze patiënten, omdat het de angst niet wegneemt; de pathologische angstrespons wordt niet behandeld. Hierdoor is de kans groot dat de patiënt de angstwekkende stimuli in de toekomst blijft vermijden.(1)

Gezien het feit dat patiënte op dit moment acenocoumarol en apixaban gebruikt, kan er echter maar een beperkt aantal elementen tegelijk geëxtraheerd worden. De ACTA-richtlijn 'Beleid bij tandheelkundige ingrepen tijdens antitrombotische behandeling' adviseert om bij gebruik van anticoagulantia maximaal drie elementen te extraheren en bij grotere of meer invasieve ingrepen te verwijzen naar een MKA-chirurg.(2) Dit zou betekenen dat de patiënte meerdere keren een hoge dosis antibiotica zou moeten innemen in verband met het verhoogde risico op endocarditis. Bovendien kan het behandeltraject hierdoor langer duren, waardoor de hartklepoperatie mogelijk moet worden uitgesteld. De NHG-richtlijn 'Endocarditisprofylaxe' adviseert om hoog risico-ingrepen in één zitting uit te voeren. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan wordt een interval van ten minste zeven dagen tussen de behandelingen geadviseerd.(3) Tot slot lijkt er sprake te zijn van ernstige psychopathologie. De Jongh e.a. beschrijven dat een ernstige psychische stoornis zoals een dissociatieve stoornis directe gevolgen kan hebben voor de zorgverlening. Zodra de patiënt spanning ervaart kunnen traumatische herinneringen getriggerd worden en kan de patiënt dissociëren. In sommige gevallen kan behandeling onder algehele anesthesie dan de voorkeur hebben.(4)

Kortom, in dit geval zijn er dermate veel complicerende factoren dat behandeling onder algehele anesthesie de beste oplossing voor de patiënte lijkt te zijn. Helaas blijkt de patiënte om verscheidene redenen in eerste instantie niet open te staan voor dit behandelvoorstel. Omdat zowel de MKA-chirurg als de behandelend psychiater en cardioloog dringend adviseren om de extracties onder algehele anesthesie uit te voeren, wordt in samenwerking met de psychiater geprobeerd om de patiënte toch te motiveren om mee te gaan in het behandelvoorstel. Met behulp van angstreducerende technieken, het aanleren van copingvaardigheden en duidelijke afspraken met de anesthesioloog en de behandelend MKA-chirurg wordt de behandeling uiteindelijk succesvol uitgevoerd en is de patiënte erg blij met het resultaat. Doordat de behandeling onder algehele anesthesie is uitgevoerd, is een deel van de angstproblematiek niet behandeld; er zijn alleen angstreducerende technieken gebruikt om de stikangst af te laten nemen. In dit geval is angstreductie echter minder belangrijk; nu de patiënte een volledige prothese heeft zal ze in de toekomst niet of nauwelijks tandheelkundige behandelingen meer hoeven te ondergaan. ■

Referenties

1. Jongh A de. Angst voor de tandarts. Assen: van Gorcum, 2006.
2. ACTA-richtlijn: Beleid bij tandheelkundige ingrepen tijdens antitrombotische behandeling, 2013.
3. NHG-richtlijn: Endocarditisprofylaxe, 2016.
4. Jongh A de, Abkhezr S, Broers DLM. Een dissociërende patiënt. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2009;116:427-431.