

SAMENWERKING VAN VERSCHILLENDE SPECIALISTEN BIJ DE BEHANDELING VAN PALATOSCHISIS *)

DOOR J. MURCK JANSEN

De verzorging van het door aangeboren defecten gehinderde individu betekent een belangrijk sociaal probleem. Eén van de meest voorkomende aangeboren defecten is de palatoschisis. Alleen al om deze reden is het noodzakelijk, er alle aandacht aan te besteden.

Aangezien echter deze afwijking het gebied van verschillende specialisten bestrijkt en vaak ieder van hen zelfstandig naar een oplossing van het probleem streeft, dreigt het gevaar, dat veel dubbel werk wordt verricht en het resultaat tenslotte niet zo goed is als bij doeltreffende samenwerking had mogen worden verwacht.

Dikwijls verloopt de behandeling van een cheilo-gnatho-palatoschisis als volgt:

Wanneer het kind tot grote schrik van de ouders met palatoschisis ter wereld is gekomen, zoeken deze uiteraard zo spoedig mogelijk hulp. De huisarts stelt zich in verbinding met een chirurg, die bereid is, de operatie te verrichten en in de kortst mogelijke tijd wordt het kind opgenomen; de behandeling geschiedt doorgaans zo spoedig en volledig mogelijk. Veelal zal de chirurg, die op dit gebied geen specialist is, met de beste bedoelingen trachten, het geval met één operatieve ingreep tot een goed resultaat te brengen. Helaas ziet men daarvan in een latere levensperiode echter dikwijls veel ellende. Worden nl. in één behandeling, of kort na elkaar, lip, neus, palatum durum en palatum molle geopereerd, dan kan deze ingreep, oppervlakkig beschouwd, volkomen geslaagd lijken, doch later komen de bezwaren. Vooral door te vroegtijdig opereren kunnen groeicentra worden vernietigd, waarvan totale misvorming van de bovenkaak het gevolg kan zijn. De te kleine, onvolgroeide bovenkaak wordt in zo'n geval door hard littekenweefsel bijeen gehouden en voor de later doorbrekende elementen is geen plaats.

Nog erger zijn de gevolgen bij dubbelzijdige hazenlip, wanneer de chirurg, geen raad wetend met het naar voren springende os incisivum, dit dan maar in zijn geheel verwijdert. Dan vouwt a.h.w. de kaak zich in een driehoeksvorm samen: het gevolg is een veel te korte maxilla. De patiënt heeft een „dishface” gekregen (fig. 1), een zeer moeilijk geval om later te verhelpen.

Ten einde nu al deze moeilijkheden te voorkómen, is samenwerking tussen alle betrokken specialisten van het grootste belang. Dat men de noodzaak hiertoe over de gehele wereld meer en meer inziet, blijkt o.a.

*) Voordracht, gehouden op de Najaarsvergadering van de Vereeniging van Nederlandsche Tandartsen, 19 November 1954.

uit een publicatie van Cooper in de J. Am. D. Ass. van Juli 1953 (Exc. Odont. Sectie VII, No. 225, 1953), waarin over deze eis tot samenwerking uitvoerig wordt bericht. Aangezien de inhoud van dit artikel onze eigen ervaringen grotendeels bevestigt, geef ik er een gedeelte van weer:

Zodra het kind geboren is, behoort in de eerste plaats de kinderarts en niet de chirurg, er zijn zorgen over uit te strekken. Dit betekent dat, bij aanwezigheid van een gespleten lip en/of verhemelte het in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de paediatier is om te beslissen, wanneer het kind kan worden geopereerd. Dit hangt niet af van de kalender maar wèl van de lichamelijke toestand en de voeding van de zuigeling.

In alle gevallen van cheilo-gnatho-palatoschisis wordt de lip het eerst behandeld. Na het chirurgische herstel van de lip wordt het kind periodiek gecontroleerd door de chirurg, de kinderarts, de orthodontist en de logopaedist, en wel gedurende verscheidene jaren. In deze periode is het van belang, dat de ouders contact hebben met een psychiater, opdat fouten in de opvoeding worden vermeden resp. gecorrigeerd. Immers de meeste ouders hebben de neiging, deze kinderen buitensporig te verwennen en het is de taak van de psychiater en de paedagoog, de ouders op hun verkeerde handelwijze attent te maken, opdat schadelijke gevolgen voor de psyche van het kind achterwege blijven. Men bedenke dat het in de eerste jaren juist de ouders zijn, die onder een psychisch trauma lijden en niet het kind. Anderzijds heeft de psychiater er niet zelden tegen te waken, dat deze kinderen achteruitgezet en verwaarloosd worden.

Een voor deze gevallen onmisbare specialist is voorts natuurlijk de logopaedist. Het is van belang, dat zo spoedig mogelijk een aanvang wordt gemaakt met spraaklessen. Ook een audiometrisch onderzoek is gewenst, ten einde gehoordefecten op te sporen. Een gebrekkig gehoor betekent nl. een grote belemmering voor het verkrijgen van een goede spraak. Op dit gebied kan de neus-keel-oorarts nuttig werk verrichten.

Vervolgens komt de vraag naar voren, welke therapie voor het palatum zal worden toegepast. Biedt operatie voldoende kansen op goed gevolg of zal men overgaan tot vervaardiging van een obturator?

Reeds sedert de tijd van Kingsly (1875) bestaat een controverse tussen beide vormen van therapie. Hoewel de operatietechniek sinds die dagen enorm is vooruitgegaan, blijven er nog steeds gevallen over, die niet met goed gevolg te opereren zijn of waar de operatie mislukt. Hier zal een obturator uitkomst moeten brengen.

Een onjuiste opvatting is het te menen, dat men altijd nog wel een obturator kan maken wanneer de operatie niet mocht slagen. Integendeel, na een mislukte chirurgische ingreep is de vervaardiging van een doeltreffende obturator altijd moeilijker en het resultaat dientengevolge twijfelachtiger.

Inderdaad kan de rehabilitatie van de patiënt, die het slachtoffer is geworden van één of meer mislukte operaties, tot grote moeilijkheden aanleiding geven. Gevallen van tien tot dertig maal opereren komen



Fig. 1. „Dishface”



Fig. 2. Zoveel mogelijk hersteld profiel door prothese

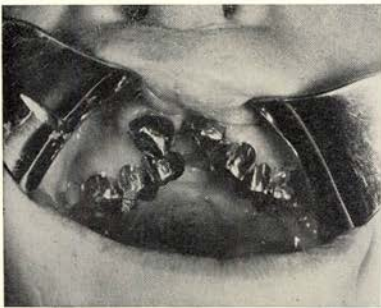


Fig. 3. Door het, op jeugdige leeftijd wegnemen van het os inc., slecht ontwikkelde, samengeklapte bovenkaak



Fig. 4. Zelfde patiënt „en face”. Neus en lip zijn in meerdere operaties schitterend hersteld



Fig. 5. Prothese bovenzijde van patiënt, fig. 4



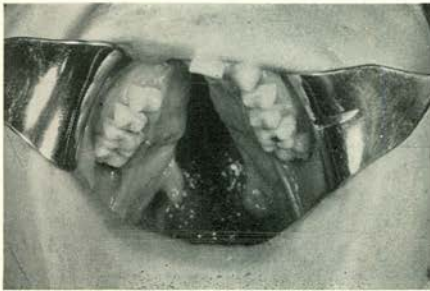
Fig. 6. Gedeeltelijk spiegelbeeld prothese in situ



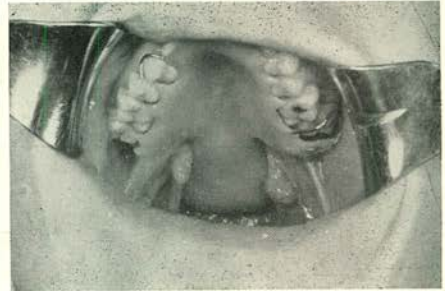
Fig. 7. Door verkeerde operaties (os inc. ontbreekt) sterk gemutileerde bovenkaak



Fig. 8. Prothese herstelt profiel en aangezicht van patiënt



A. Relatief goed gevormde bovenkaak van ongeoperceerd palatum



B. Obturator in situ

helaas nog voor. Om deze patiënten nog zó te helpen, dat zij met enig succes hun plaats in de maatschappij kunnen innemen, is dikwijls een zware taak voor logopaedist, psychiater en tandarts. Veelal lijden deze patiënten aan psychische depressies en kunnen daardoor niet voldoende energie opbrengen om hun spraaklessen met vrucht te volgen. Het gevolg hiervan is weer dat het vaak heel moeilijk is om een goede obturator voor hen te maken.

Een andere moeilijkheid wordt gevormd door het littekenweefsel in het velum, dat strak en stug is, en dus bijna geen functie uitoefent. Hier van is derhalve geen hulp meer te verwachten. Kan men daarentegen de zwelling van *P a s s a v a n t* tot functie brengen door doeltreffende spraakoefeningen, dan kan dit een belangrijke winst betekenen.

De eerdergemelde „dishface” kan voor een deel nog worden gecorrigeerd door het vervaardigen van een „ombouw” vóór de tandrij, met behulp van een kunstmatig front. Het profiel kan op deze wijze nog aanzienlijk verbeterd worden (fig. 4 en 5).

Samenvatting :

1. Als gevolg van de grote frequentie vormen de aangeboren defecten, in het bijzonder palatoschisis, een sociaal probleem.
2. Verschillende specialisten behoren samen te werken ten einde het best mogelijke resultaat te verkrijgen.
3. Deze specialisten zijn : de kinderarts, de chirurg, de neus-keel-oorarts, de psychiater, de logopaedist en de tandarts (orthodontist en prothetist).
4. Door genoemde samenwerking reeds bij de geboorte van de patiënt te doen aanvangen, kan veel onnodige en nutteloze arbeid vermeden worden.