

UIT DE KLINIEK

*Uit de Heelkundige Universiteitskliniek te Groningen
Hoofd: Prof. Dr. L. D. Eerland*

*Uit de Mondheelkundige Universiteitskliniek te Groningen
Hoofd: Prof. M. Hut*

OPERATIEVE EN PROTHETISCHE BEHANDELING VAN DE GEDEFORMEERDE CHEILO-GNATHO-PALATOSCHISIS PATIËNT

door: Dr. A. J. C. HUFFSTADT, plastisch chirurg; A. J. G. PIETERS, assistent

De uitdrukking „de eerste klap is een daalder waard” geldt zeker voor de primaire behandeling van de cheilo-gnatho-palatoschisis.

Door de hedendaagse mogelijkheden van plastische chirurgie en orthodontie is de prognose van deze patiënten dan ook belangrijk verbeterd. Toch zal er door verschillende oorzaken altijd een aantal schisis-patiënten overblijven, die ernstige deformiteiten vertonen (o.m. door slechte operatie technieken, primaire groeistoornissen of door zeer wijde spleten, die latere correcties noodzakelijk maken). De misvormingen, die zich voordoen kan men in twee groepen verdelen, die natuurlijk nauw samenhangen. De eerste groep betreft afwijkingen „aan de buitenkant” en de tweede afwijkingen „aan de binnenkant”.

Onder de eerste groep vallen de misvormde neus en bovenlip en onder de tweede groep de afwijkingen aan bovenkaak, tanden en palatum. Veelal treft men verschillende afwijkingen bij één patiënt aan.

Het is van groot belang voor deze patiënten te doen wat mogelijk is. Wanneer het uiterlijk verbeterd kan worden is dit niet alleen een kwestie van cosmetiek, maar van het scheppen van betere psychische levensvoorwaarden, hetgeen bij de hazelippiatiënten vaak heel duidelijk spreekt. Verder zijn er ook functieverbeteringen mee gemoeid, zoals een beter luchtweg door de neus en een verbeterde spraak door een goed functionerende M.orbic.oris.

Wat betreft „de binnenkant” zijn daar het gebit en de occlusie in verband met de kauw- en spraakfunctie en het palatum in verband met de spraak- en slikfunctie.

Het is niet mogelijk in één bespreking alle variaties van afwijkingen en de eventuele correctiemogelijkheden te behandelen. Wat wel bij iedere bespreking over dit onderwerp naar voren gebracht dient te worden is, dat deze patiënten niet meer door één man behandeld kunnen worden, maar dat hier een team van specialisten moet trachten het beste op te bouwen.

Het is om deze reden, dat de volgende twee patiënten besproken worden. Zij vertonen duidelijk een typisch complex van afwijkingen, die langs verschillende wegen, maar in nauw teamverband gecorrigeerd werden. Ook komt bij deze patiënten naar voren, dat hier vaak in vele tempi gewerkt moet worden, om het gestelde doel te bereiken. Dat vraagt van patiënt en specialist tijd, geduld en doorzettingsvermogen. Overbodig op te merken, dat de patiënt van tevoren uitgebreid moet worden ingelicht en van zijn kant een volledige coöperatie moet ver-

zekeren. Soms is het van nut om aan de hand van foto's te laten zien wat er gaat gebeuren. Vooral als het behandelingen betreft, waarvan de leek het directe succes niet ziet en de mogelijkheden voor de toekomst niet kan waarderen (b.v. de buccal inlay operatie, het verwijderen van tanden e.d.). Wanneer er spraakproblemen zijn en die zijn er bijna altijd, zal de logopaedist ingeschakeld moeten worden, ook al maakt men gebruik van obturator of pharynxplastieken.

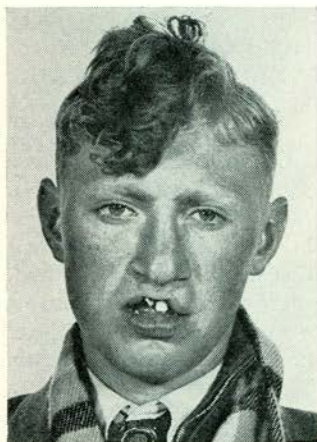


fig. 1



fig. 2



fig. 3

Patiënt R.D. (p.k. 90/46), die als baby enkele malen was geopereerd i.v.m. zijn cheilo-gnatho-palatoschisis duplex, werd op 17-jarige leeftijd in behandeling genomen. Door de korte gedeformeerde bovenlip, het stugge en korte palatum molle en de standanomalie van zijn gebit waren spraak en kauwfunctie onvoldoende. Verder was deze jongen zich duidelijk bewust van het afwijkend uiterlijk, waaronder hij gebukt ging (foto no. 1, 2 en 3).

Er werd besloten eerst een obturator te maken en daarna correctie van de lip

te ondernemen. De C_{ss} , I_{1ss} , I_{1sd} en C_{sd} werden wegens dystopie geëxtraheerd. Vervolgens werden de P_1 en P_{2sd} van kronen voorzien, waardoor standcorrectie en verbeterde occlusie werden bereikt. Daarbij werden de kronen dusdanig gemodelleerd, dat zij tevens goede retentie zouden kunnen bieden voor de te maken frame-prothese. Aan het frame werd de extensie voor de obturatklos gemaakt en deze klos, die de oropharynx van de nasopharynx zou moeten afsluiten werd

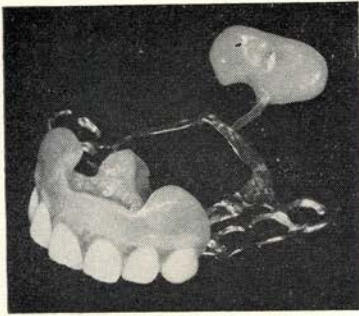


fig. 4

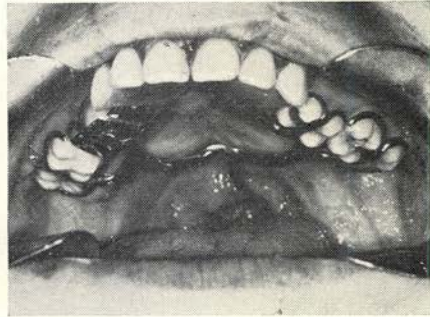


fig. 5



fig. 6

opgebouwd. Tegelijkertijd werden de ontbrekende tanden aan dit frame bevestigd (zie foto no. 4). Met deze prothese werd de kauwfunctie hersteld, terwijl de spraak aanzienlijk werd verbeterd (zie foto no. 5).

Daarna werd de correctie van de lip ondernomen. Hoewel er een sterke discrepantie tussen boven- en onderlip bestond werd toch geen plastiek vlg. Abbe gedaan (zie patiënt no. 2), omdat bleek, dat de bovenlip weefsel genoeg bood om een nieuwe lip op te bouwen.

De lip werd geopend in haar littekens en de oude situatie van de dubbele hazelip werd opnieuw geschapen. Uitgaande van de oude toestand werd de bovenlip gereconstrueerd, waarbij gelet werd op het formeren van een doorlopende *M. orbicularis oris* en een normaal geëxposeerd lippenrood (zie foto no. 6). Het resultaat was bevredigend. Wel bleef de discrepantie tussen onder- en bovenlip bestaan. Daarom werd ook nog een reductie van de naar voren uitstekende onderlip gedaan. Aan de binnenkant van de lip werd daartoe in horizontale richting een ellipsvormige excisie gedaan.

Het resultaat van deze gecombineerde behandelingen is inderdaad zo geweest, dat patiënt zelf mededeelde, dat hij wat meer zelfvertrouwen had gekregen en minder schuw in publiek was geworden. En het is niet alleen belangrijk, dat



fig. 7



fig. 8

hij op foto no. 7 en 8 lacht, want dat kan iedereen op commando wel doen, maar dat deze lach aantrekkelijk is, hetgeen met het gelaat van de foto's no. 1 en 2 vrijwel niet mogelijk is.

Patiënt F.H. (p.k. 850/'48) was eveneens als baby verscheidene malen geopereerd wegens cheilo-gnatho-palatoschisis duplex. De spraak en kauwfunctie waren uitgesproken slecht en het uiterlijk was nog opvallender dan bij de vorige patiënt, wegens de ernstig gedeformeerde bovenlip. Niet alleen dat de bovenlip zeer strak en kort was, maar er was ook een totale vergroeiing met het os intermaxillare, waardoor van een buccale sulcus niet meer gesproken kon worden. Er was een standanomalie van het gebit en er bestond een te kort, stug palatum molle dat aanleiding gaf tot palatopharyngeale insufficiëntie (zie foto no. 9 en 10).

Het plan voor deze patiënt was eerst een sulcus buccalis construeren, zodat daarna een obturator gemaakt kon worden. Daarna zou dan de lipcorrectie moeten volgen.

Eerst vond de prothetische voorbereiding plaats. Na extractie van de carieuze I_{1sd} werden de resterende elementen, behalve de M_{2sd} en M_{2ss} van kronen of

kappen voorzien (er waren enige agenesieën) (zie foto no. 11). Bij het modelleren hiervan werd rekening gehouden met de voor het frame benodigde retentie.

Vervolgens werd een gegoten spalk vervaardigd voor de fixatie van een aan de voorzijde geconstrueerd uitschroefbaar tafeltje (zie foto no. 12 en 13). Dit tafeltje moest de pelotte in de gereconstrueerde buccale sulcus houden en het daarin



fig. 9



fig. 10

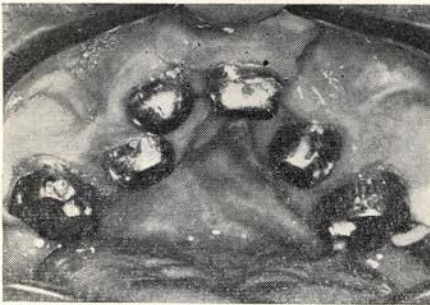


fig. 11

gebrachte huidtransplantaat fixeren om een goede ingroei te verzekeren. Daar het tafeltje uitschroefbaar was, kon de spalk vóór de operatie geplaatst worden. Daarna volgde de operatie. Eerst werd met het mes de bovenlip ruim losgemaakt van de kaak. Hiermede werd een zeer ruime buccale sulcus verkregen. In deze ruimte werd een stents pelotte gemodelleerd. Terzelfdertijd werd een duplicaat pelotte gemaakt waarvan later een kunstharsmodel geperst zou worden.

Er werd een vrij huidtransplantaat gesneden van de bovenarm. De dikte van dit transplantaat was plm. de halve dikte van de huid. Dit transplantaat werd

met de snijvlakte naar buiten toe op de eerste stentspelotte geplakt met mastisoï. Daarna werd de pelotte in de holte gebracht en op zijn plaats gehouden door inschroeven van het eerder genoemde tafeltje. Een pleisterverband over de bovenlip zorgde voor verdere immobilisatie.

Na drie weken werd de wond geïnspecteerd. Het transplantaat was fraai ingegroeid. De stentspelotte werd vervangen door de inmiddels geperste kunstharspelotte. Het is n.l. noodzakelijk zo'n nieuw geformeerde en met epitheel bedekte

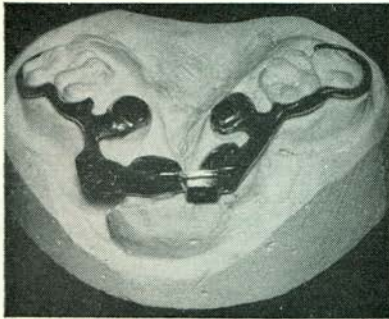


fig. 12

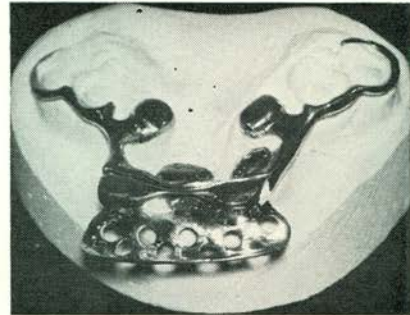


fig. 13

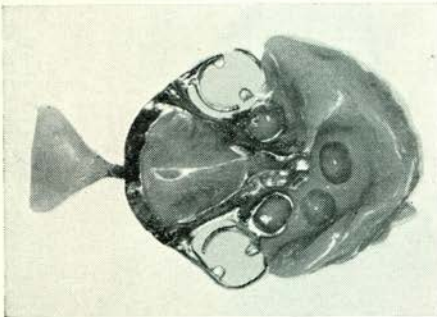


fig. 14

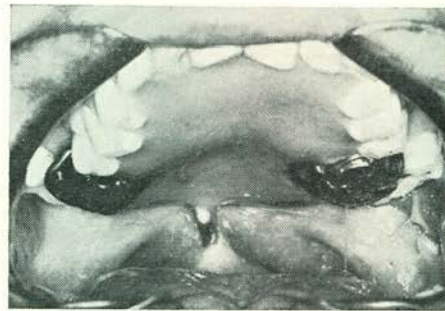


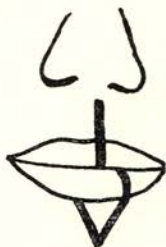
fig. 15

ruimte minstens drie maanden ruim open te houden, daar anders door retractie en contractie het effect voor een groot deel verloren zou gaan.

Vier maanden na de operatie werd de prothetische behandeling voortgezet. Eerst werden de spalk met tafeltje en pelotte verwijderd, daarna werd een partiële frame-prothese met obturator gemaakt. Deze werd, wat het voorste gedeelte betrof, uitgevoerd als overkappingsprothese, waarbij ook voor extra lipvulling werd gezorgd. Met het opbouwen van de klos werd de palato-pharyngeale insufficiëntie gecorrigeerd (zie foto no. 14 en 15).

Toch was de bovenlip nog strak, terwijl de onderlip te vol was en naar voren uitstak. Een typische indicatie dus voor een ABBE plastiek. Bij deze plastiek

wordt een gesteelde lap van de volledige dikte van de onderlip ingehecht in de bovenlip. De vorm van de lap hangt af van de deformiteit van de lip. Als de lap in zijn nieuwe plaats is ingegroeid wordt de steel gekliefd (meestal na 12-14 dagen). Daarmee is dan het teveel aan weefsel in de onderlip gebruikt als aanvulling in de strakke bovenlip (zie schema no. 1 en 2).



Schema 1



Schema 2

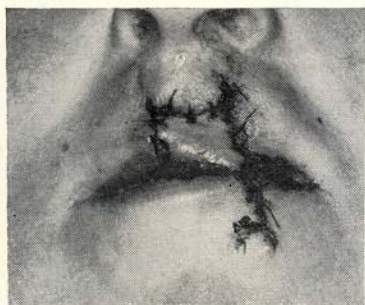


fig. 16



fig. 17



fig. 18



fig. 19

Deze plastic werd ook bij deze patiënt toegepast. Foto no. 16 toont de situatie, nadat de gesteelde lap is ingehecht en de steel nog in tact is. Foto no. 17 laat de bovenlip zien, nadat de steel gekleefd is.

Er verlopen altijd nog wel drie tot zes maanden, voordat zo'n nieuw ingebracht stukje weefsel soepel is en niet meer als een apart gebied in de lip te herkennen is. Op de foto's no. 18 en 19, die zes weken na de Abbe plastic gemaakt zijn, heeft de patiënt zijn obturator in. De spraak is hiermee fraai en het uiterlijk kan het best gewaardeerd worden, als dit vergeleken wordt met de foto's no. 9 en 10.

Samenvatting:

De resttoestanden na vroegere cheilo-gnatho-palatoschisis worden besproken. Er wordt gewezen op de vele en gevarieerde aspecten van deze afwijkingengroep. Aan de hand van twee behandelde patiënten worden verschillende behandelingsmogelijkheden besproken. Om tot een optimale correctie te komen van cosmetiek, kauwfunctie en spraak, is teamwork van verschillende specialisten een eerste vereiste.

Het zijn vaak langdurige behandelingen, die in vele tempi tot stand komen. Dit vergt zowel van de patiënt als van het behandelend team geduld en doorzettingsvermogen.

UIT DE PRAKTIJK

OVER METHODEN TOT BEHOUD VAN DE VITALITEIT VAN DE ONTSTOKEN PULPA

De laatste jaren hebben verschillende auteurs de aandacht gevestigd op de mogelijkheid tot behoud van de vitaliteit van de ontstoken pulpa. Het welslagen van de aanbevolen behandelingen is echter in hoge mate afhankelijk van de uitbreiding der ontsteking. Een nauwkeurige diagnose is dus een eerste eis. Doch deze is vaak niet zo gemakkelijk te stellen, omdat men bij de pulpadiagnostiek voornamelijk op de klachten van de patiënt is aangewezen, en deze subjectieve gegevens zijn lang niet altijd in overeenstemming met de werkelijke pathologisch-anatomische toestand.

In verband daarmee heeft HARNDT ten aanzien van de differentiële diagnostiek der pulpa-ontstekingen een vereenvoudigde indeling bepleit: hij maakt in hoofdzaak een topografisch onderscheid, nl. tussen de ontstekingen die alleen de kroonpulpa betreffen (pulpitis coronalis) en die, waarbij ook de wortelpulpa betrokken is (pulpitis radicularis). Het bestaan van percussiegevoeligheid is hierbij een voornaam criterium.