

Het sluiten van palatumdefecten bij de oudere schisispatiënt

K.G.H. van der Wal, kaakchirurg
J.W. Mulder, plastisch chirurg

Samenvatting. Ondanks een prothetische voorziening waarmee een palatumdefect kan worden afgesloten, kan een patiënt klachten houden over vochtverlies uit de neus bij het drinken. Ook de retentie van de bovenprothese kan problematisch zijn.

Bij 16 oudere schisispatiënten werd een gehemeldefect gesloten. Bij drie van hen was een tweede operatieve behandeling noodzakelijk. Door alle patiënten werd de sluiting als een duidelijke verbetering ervaren. Slechts twee patiënten hielden klachten over de retentie van de bovenprothese.

VAN DER WAL KGH, MULDER JW. Het sluiten van palatumdefecten bij de oudere schisispatiënt. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 4-6.

Uit de Werkgroep voor Behandeling van patiënten met een lip-, kaak- en/of gehemeltespleet in Friesland.

Trefwoorden: **Mondziekten en kaakchirurgie – Schisis**

Datum van acceptatie: 7 juli 1991.

Adres: Dr. K.G.H. van der Wal, Medisch Centrum Leeuwarden, Henri Dunantweg 2, 8934 AD Leeuwarden.

1 Inleiding

De operatieve behandeling van een lip- spleet werd in 1556 door Pierre Franco en in 1568 door Ambrosius Parree op schrift gesteld. Ongeveer 200 jaar later, in 1764, beschreef de Franse tandarts Le Monnier uit Rouen het sluiten van de gehemeltespleet. Weer 200 jaar later, in 1972, publiceerden Boyne en Sands hun resultaten van het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de kaakspleet.¹

In het verleden werd de schisispatiënt behandeld door een chirurg met speciale interesse in de schisischirurgie. Tegenwoordig is iedereen ervan overtuigd dat de behandeling van kinderen met een cheilognathopalatoschisis multidisciplinair moet zijn.² De operatieve behandeling van een patiënt met een lip-, kaak- en gehemeltespleet bestaat momenteel uit een lip- en gehemeltesluiting en het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de kaakspleet.³

Een aantal oudere schisispatiënten heeft deze multidisciplinaire behandeling niet kunnen krijgen. Deze groep patiënten kan

zich presenteren met een palatumdefect dat wordt afgesloten door middel van een pelotte en een (partiële) gebitsprothese met een obdurator.^{4,5} Ondanks de prothetische voorziening blijft de patiënt vaak klachten houden over:

- slechte retentie van de prothese;
- vochtverlies uit de mond naar de neus bij het drinken;
- het niet kunnen snuiten. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat de neusholte vaak onvoldoende kan worden afgesloten;
- een open-neusspraak.

Deze klachten kunnen voor de patiënt een reden zijn om een chirurgische reconstructie van zijn gehemelte te vragen.⁶⁻⁹

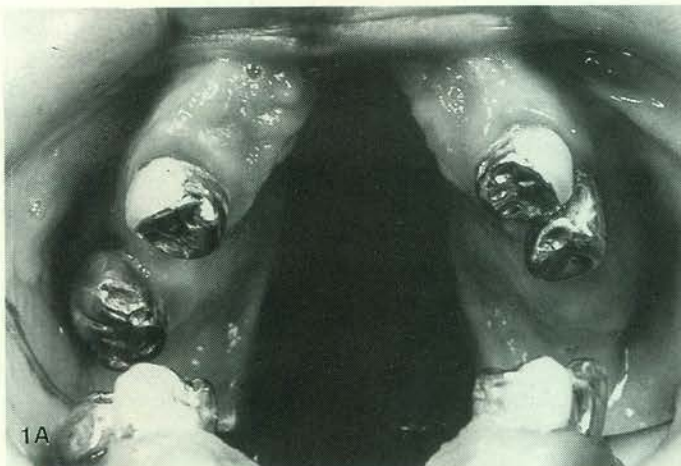
Na het sluiten van deze palatumdefecten zijn een obturator of een pelotte niet meer nodig, kan een goede randafsluiting en daardoor een betere retentie van de bovenprothese worden verkregen en treedt vochtverlies naar de neus bij het drinken niet meer op.⁵

Defecten in het harde en zachte gehemelte worden bij voorkeur gesloten door

transpositie van mucoperiost al of niet in combinatie met een pharynxplastiek.¹⁰ Deze operatiemethode komt niet in aanmerking voor patiënten met grote palatumdefecten waarbij door vroegere ingrepen littekenweefsel is ontstaan. Als alternatieve operatiemethode kan gebruik worden gemaakt van de tonglap,¹¹ de gesteelde bovenarmplap,⁶ de vrije radialislap,¹² en de gesteelde musculus temporalislap.^{8,9,13}

2 Ervaringen met 16 patiënten

In de periode januari 1980 tot december 1990 werden 16 patiënten, 13 vrouwen en drie mannen met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar (minimumleeftijd 33 jaar en maximumleeftijd 66 jaar), met een defect van het gehemelte op basis van een schisis behandeld. Bij tien patiënten kon het defect worden gesloten door transpositie van mucoperiost (afb. 1). Bij één patiënt werd vanwege de plaats van de pre-, peralveolaire en palatinale fistel gekozen voor een tonglap. Grote centrale palatumdefecten



Afb. 1. Intra-oraal beeld van een patiënt met een palatoschisis en een in het verleden verwijderde premaxilla (a). Situatie na sluiten van het defect door transpositie van het mucoperiost (b).

werden bij vier patiënten gesloten met een M.temporalislap (afb. 2) en bij één patiënt met een vrije radialislap (afb. 3).

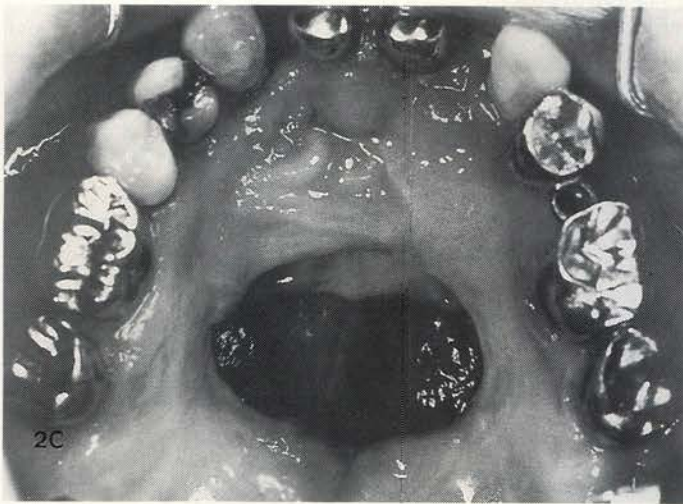
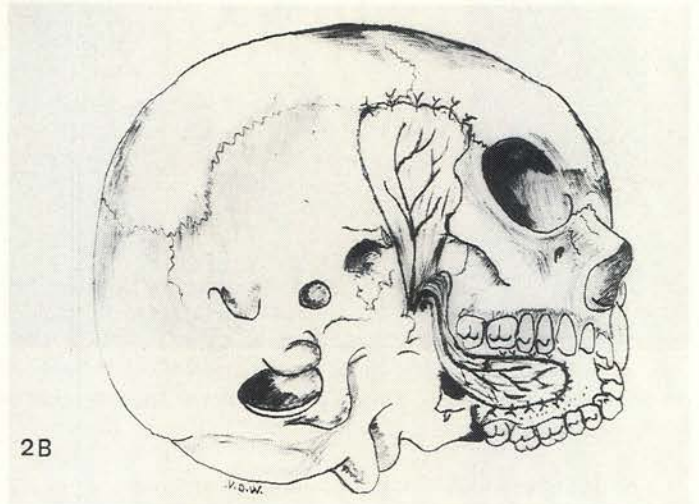
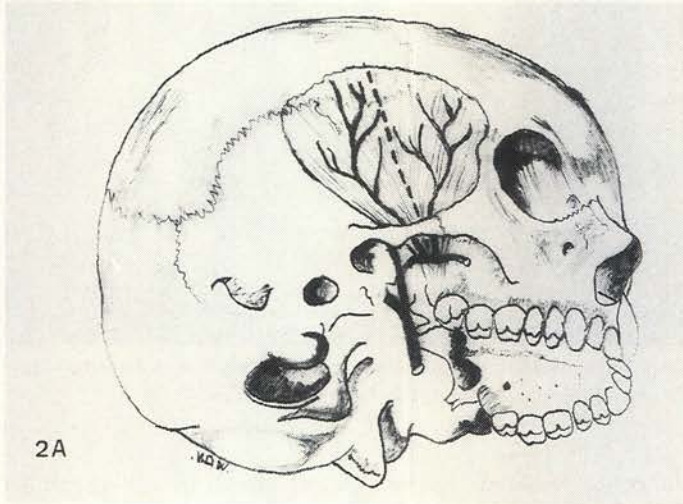
Bij negen patiënten werd gelijktijdig uit de bekkenkam een vrij bottransplantaat

aangebracht ter plaatse van de kaakspleet om de uitgangssituatie voor de prothetische voorziening te verbeteren (afb. 4).

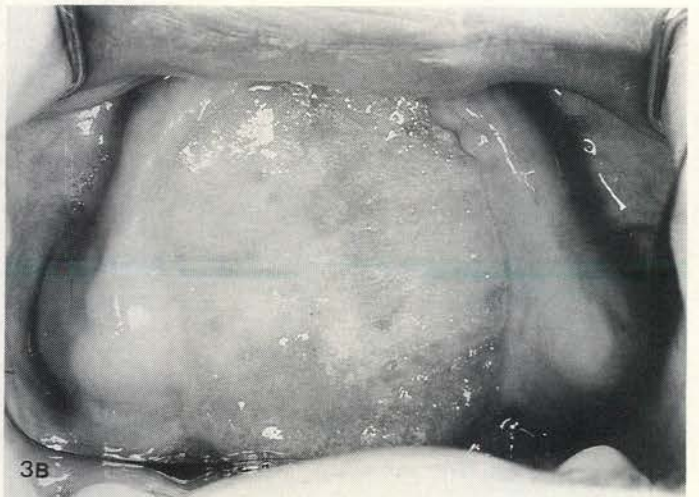
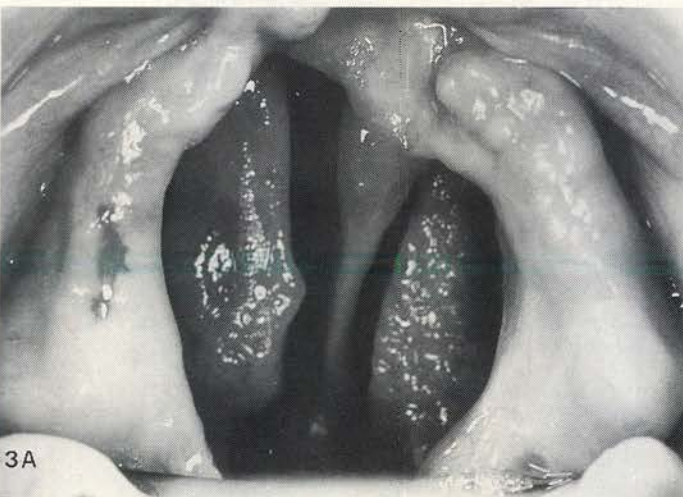
Vanwege de onduidelijke open-neus-spraak werd bij zeven patiënten gelijktijdig

een caudaal gesteelde pharynxplastiek uitgevoerd. De spraak werd bij deze patiënten pre- en postoperatief geregistreerd en beoordeeld door de logopediste.

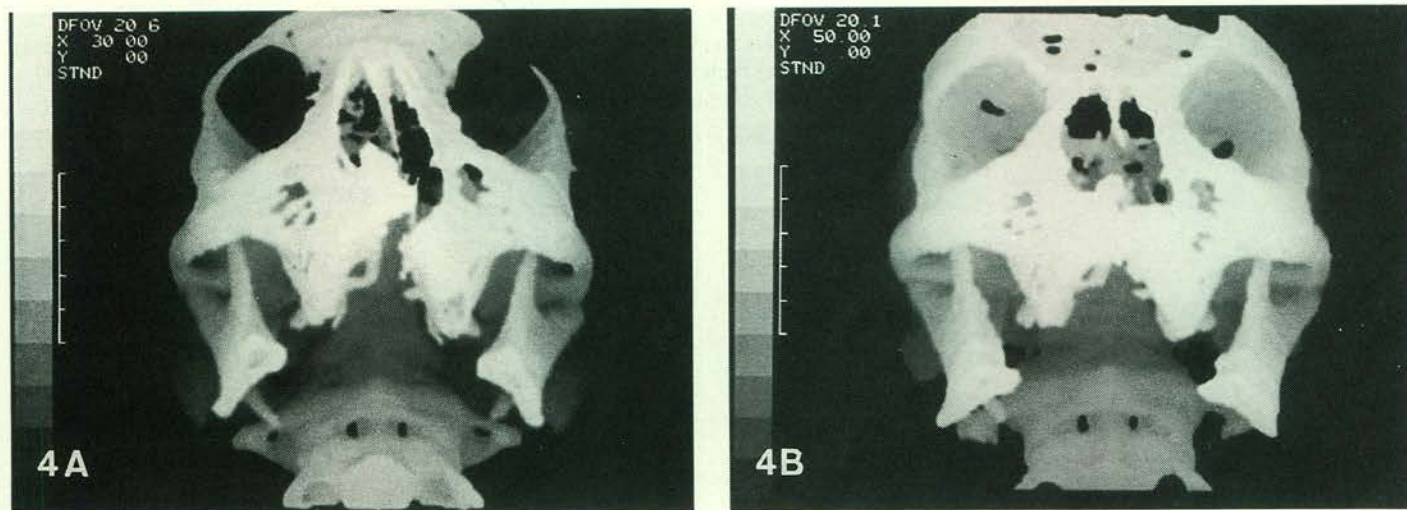
Bij drie patiënten (19%) manifesteerde



Afb. 2. Op geleide van de vaatvoorziening wordt de M.temporalis gekliefd in een ventraal en dorsaal deel. Teneinde het palatum durum te kunnen afbeelden is de aanhechtingsplaats van de M.temporalis aan de processus coronoideus niet getekend (a). Het ventrale deel van de M.temporalis wordt naar palatinaal en het dorsale deel naar ventraal getransponeerd (b). Een centraal palatumdefect op basis van een palatoschisis (c). Intra-oraal aspect drie maanden na de operatie; het oppervlakkige deel van de M.temporalis is volledig door epitheel bedekt (d).



Afb. 3. Intra-oraal beeld van een patiënte met een niet-geopereerde palatoschisis (a). Intra-oraal aspect één jaar postoperatief na het inhechten van de vrije radialislap in de palatoschisis met microchirurgische anastomosen van de arteriële en veneuze vaten (b).



Afb. 4. Driedimensionele afbeelding, gereconstrueerd aan de hand van CT-opnamen, van het benige defect van de gnatho- en palatoschisis (a). Driedimensionele afbeelding, één jaar postoperatief na het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de gnatho- en palatoschisis (b).

zich na de ingreep wederom een oronasale communicatie. Bij twee patiënten was dit te wijten aan problemen met de veneuze afvloed waardoor de vrije radialislap verloren ging, bij één patiënt aan dehiscentie van de getransponeerde mucoperiostlappen. In tweede instantie werd bij twee patiënten het recidief gesloten met de musculus temporalislap en bij één patiënt weer door transpositie van mucoperiost.

Bij alle zeven patiënten bij wie een pharynxplastiek was uitgevoerd, werd een duidelijke spraakverbetering verkregen. Na het sluiten van het palatumdefect hebben twee patiënten (12,5%) nog klachten over retentie van de bovenprothese.

Door alle 16 patiënten werd het sluiten van het palatumdefect als een duidelijke verbetering ervaren.

3 Discussie

Oronasale fistels zijn een bekende complicatie van de gehemelte-sluiting. De incidentie varieert na een primaire palatorafie van 10% tot 21%.^{11 15 16} Recidiefpercentages van de secundaire gehemelte-sluiting worden sporadisch in de literatuur genoemd. In een serie van 46 patiënten werd in 56% het palatum met succes operatief gesloten; in 34% was het resultaat matig, de overige 10% werd behandeld met obturatoren.¹⁵

Hoewel in eerste instantie bij drie van de eigen patiënten (19%) een recidief optrad van de oronasale fistel na gehemelte-sluiting, was de operatieve behandeling in tweede instantie succesvol. In vergelijking met de recidiefpercentages (10-20%) uit de literatuur kan de conclusie getrokken worden dat het verantwoord is de oudere schisispatiënt met een gehemelte-defect een operatieve reconstructie van het palatum aan te bevelen.¹⁶

Hoewel de prothetische voorziening met

obturator en pelotte in eerste instantie goed functioneert, nemen in de loop van de tijd door het verloren gaan van gebitselementen en de atrofie van de processus alveolaris superior geleidelijk de problemen toe.

In het algemeen levert de sluiting van het palatum met de huidige operatietechnieken bij de oudere schisispatiënt meer voor- dan nadelen op. De patiënt dient dan ook over deze mogelijkheid te worden geïnformeerd.

Summary

RESIDUAL CLEFT PALATE IN ADULT PATIENTS

Key words: Oral surgery – Cleft palate

Residual cleft palates in adult patients are hard to repair. A prosthesis may cause patients to complain of loss of fluid through the nose when they drink. Furthermore, there may be problems with the retention of the prosthesis.

In sixteen adult patients the residual cleft palate was successfully closed. In three patients a second surgical procedure was required.

Literatuur

- ¹BOYNE RJ, SANDS NR. The surgical anatomy of secondary cleft lip and palate deformity and its significance in reconstruction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972; 30: 78-93.
- ²PRAHL-ANDERSEN B. De plaats van het schisissteam in Nederland. *Med Contact* 1983; 15: 445-6.
- ³KOOLE R. Behandeling van de schisispatiënt. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 472-6.
- ⁴STOELINGA PJW, TIDEMAN H. Secundaire schisisbehandeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1980; 87: 108-16.
- ⁵DE KOOMEN HA. De verhoging van de geresorbete mandibula. Nijmegen: Katholieke Universiteit 1982. Academisch proefschrift.
- ⁶DIECKMANN J, BÜNING K. Zwischenkieferverlust und seine Deckung durch Oberarm Rundstiellappen. *Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Bd XXII. Stuttgart: Thieme Verlag* 1978: 112-4.
- ⁷PHILLIPS JG, PECKITT NS. Reconstruction of the palate using bilateral temporalis muscle flaps: a case report. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988; 26: 322-5.
- ⁸VOY ED. Temporalismuskel-Bilobed-flap zur Deckung grosser zentraler Oberkieferdefekte. *Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir* 1986; 10: 433-5.
- ⁹VAN DER WAL KGH, MULDER. Het sluiten van centrale palatumdefecten met de musculus temporalislap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134: 538-40.
- ¹⁰HUFFSTADT AJC. Schisis: Multidisciplinaire benadering. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu BV, 1981: 64-73.
- ¹¹ARGAMASO RV. The tongue flap: placement and fixation for closure of postpalatoplasty fistulae. *Cleft Palate J* 1990; 27: 402-10.
- ¹²MacLEOD AM, MORRISON WA, McCANN JJ, THISTLETHWAITE S, VANDERKOLK CA, RYAN AD. The free radial forearm flap with and without bone for closure of large palatal fistulae. *Br J Plast Surg* 1987; 40: 391-5.
- ¹³DEMAS PN, SOTEREANOS GC. Transmaxillary temporalis transfer for reconstruction of a large palatal defect: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 197-202.
- ¹⁴FALCONNER DT, PHILLIPS JG. Reconstruction of the defect at the donor site of the temporalis muscle flap. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991; 29: 16-8.
- ¹⁵AMARTUNGA NA DE S. Occurrence of oronasal fistulas in operated cleft palate patients. *J Oral Maxillofac Surg* 1988; 46: 834-7.
- ¹⁶REIDY JP. The other 20% failure of cleft palate repair. *Br J Plast Surg* 1962; 15: 261-9.