

Vestibulumcorrectie bij de schisispatiënt*

Samenvatting. Het sluiten van de lipspleet kan littekenstrengen in de buccale omslagplooï veroorzaken. De adhesies kunnen gevolgen hebben voor de groei, de mimiek, de spraak, het dragen van orthodontische apparatuur of een partiële of volledige prothese, de regressie van de gingiva, de resorptie van het bottransplantaat en het aspect van de bovenlip.

Bij negen edentate, zes met een gemutileerde dentitie en tien jongere schisispatiënten, werd de buccale omslagplooï gecorrigeerd. Door alle patiënten werden de correctie als een duidelijke verbetering ervaren.

VAN DER WAL, K.G.H. Vestibulumcorrectie bij de schisispatiënt. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 239-41.

1 Inleiding

Het doel van het sluiten van de lipspleet is een lip te creëren die er zo normaal mogelijk uitziet en intra-oraal een hoog vestibulum heeft met een normale mimiek.¹ Toch kunnen zich na het sluiten van de lipspleet littekenstrengen vormen in het buccale vestibulum.²⁻⁶ De adhesies lopen van de bovenlip naar de mucosa van de processus alveolaris superior en de losse en/of de aangehechte gingiva. Een hoog en mobiel vestibulum wordt als voorwaarde beschouwd voor ongestoorde groei van het nasomaxillaire skelet en de weke delen.³⁻⁶ De adhesies die na het sluiten van de lipspleet kunnen ontstaan hebben gevolgen voor:

- De beweeglijkheid van de bovenlip en dientengevolge voor de groei;³⁻⁶
- De mimiek van de aangezichtsmusculatuur;³⁻⁶
- De spraak;⁶
- Het dragen van orthodontische apparatuur;⁵⁻⁶
- Het dragen van een volledige of een partiële prothese;⁵⁻⁶
- De regressie van de aangehechte gingiva;⁷⁻⁸
- De resorptie van het aangebrachte vrije bottransplantaat in de kaakspleet;⁶
- Het aspect van de bovenlip.⁶

Tot het begin van de jaren zeventig bestond de correctie van de terugliggende bovenkaak bij de volwassen schisispatiënt uit operatieve verdieping van de omslagplooï, de zogenaamde buccal inlay en vervaardiging van een volledige of partiële prothese met klos en eventueel een obturator.⁹ Deze gecombineerde chirurgisch-prothetische behandeling heeft plaats moeten maken voor de mobilisatie en ventraalwaartse verplaatsing van de bovenkaak en het aan-

brengen van een vrij bottransplantaat in de kaakspleet.¹⁰ Bij de volwassen schisispatiënt blijft ondanks deze ontwikkeling vaak een vestibulumcorrectie geïndiceerd om de retentie van de gebitsprothese te verbeteren.¹¹

Er bestaat geen eenstemmigheid over het tijdstip van correctie van het vestibulum bij schisispatiënten. De leeftijden die worden genoemd variëren van het tijdstip van het sluiten van de lipspleet tot en met het zevende levensjaar.²⁻⁵⁻⁶

De correctie van de littekenadhesies in het buccale vestibulum bestaat uit het supraperiostaal afprepareren van de adhesies, waarna het periost wordt bedekt met een vrij mucosatransplantaat van het wang-slijmvlies. Indien er onvoldoende aangehechte gingiva aanwezig is of wanneer er een regressie van de aangehechte gingiva bestaat, wordt na het supraperiostaal afprepareren het wondoppervlak bedekt met een gekeratiniseerd slijmvlies-transplantaat van het gehemelte.⁷⁻⁸

2 Ervaringen bij 25 patiënten

In de periode van januari 1986 tot juni 1991 werd bij 25 schisispatiënten een correctie uitgevoerd van het vestibulum. Er waren negen edentate schisispatiënten, met een gemiddelde leeftijd van 50,2 jaar (minimumleeftijd 40 jaar en maximumleeftijd 65 jaar), die retentieproblemen hadden met de gebitsprothese op basis van de littekenadhesies. Bij hen werd circa drie maanden na het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de gnathoschisis, eventueel gecombineerd met een ventraalwaartse verplaatsing van de bovenkaak, een vestibulumplastiek uitgevoerd. Bij deze patiënten werd in alle gevallen het vrijgeprepareerde periost bedekt met een vrij transplantaat

K.G.H. van der Wal, kaakchirurg

* Naar een voordracht gehouden tijdens de zevende wetenschappelijke vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen op 23 november 1991 te Brugge.

Uit de werkgroep voor Behandeling van Patiënten met een Lip-, Kaak- en/of Gehemeltespleet in Friesland.

Trefwoorden: **Mondziekten en Kaakchirurgie** - Schisis - Vestibulum

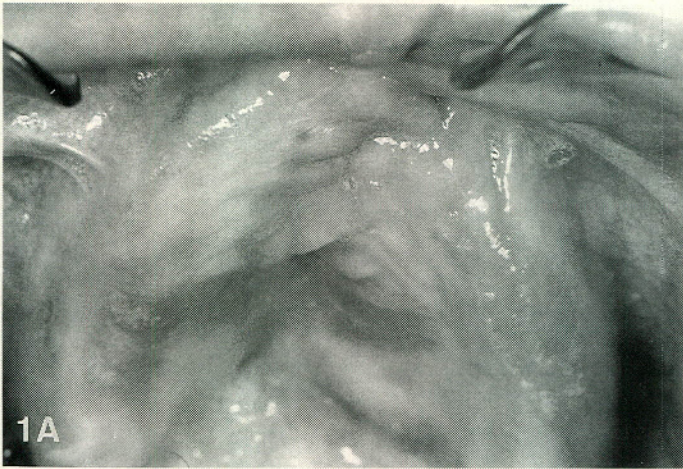
Datum van acceptatie: 16 april 1992.

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

genomen uit de wangmucosa (afb. 1). Vier patiënten hadden een gecorrigeerde dubbelzijdige, vier patiënten een enkelzijdige lip-, kaak- en gehemeltespleet en één patiënt een enkelzijdige lipspleet. Bij de negen patiënten kon uiteindelijk een goed functionerende volledige gebitsprothese worden gemaakt.

Om de uitgangspositie voor de vaardiging van een prothetische voorziening te verbeteren, bestond er bij zes schisispatiënten met een gemutileerde dentitie een indicatie tot een correctie van het vestibulum. De gemiddelde leeftijd bedroeg 27,1 jaar (minimumleeftijd 15 jaar en maximumleeftijd 49 jaar). Bij twee patiënten betrof het een gecorrigeerde dubbelzijdige, bij drie patiënten een enkelzijdige lip-, kaak- en gehemeltespleet en bij één patiënt een enkelzijdige lipspleet. Vier keer werd een mucosatransplantaat van de wang en twee keer een gekeratiniseerd mucosatransplantaat van het gehemelte gebruikt (afb. 2).

In onze serie jongere schisispatiëntjes werd bij tien van hen, met een gemiddelde leeftijd van 7,5 jaar (minimumleeftijd vier jaar en maximumleeftijd 12 jaar) een correctie van het vestibulum uitgevoerd. Negen patiëntjes hadden een gecorrigeerde enkelzijdige lip-, kaak- en gehemeltespleet en één patiëntje had een dubbelzijdige lip-, kaak- en gehemeltespleet. Negen keer werd een vrij mucosatransplantaat van de wang en éénmaal een vrij gekeratiniseerd transplantaat van het gehemelte gebruikt (afb. 3). De winst van de vestibulumcorrectie was een toename van de beweeglijkheid van de bovenlip, de mogelijkheid van de tong om de buccale omslagplooï te reinigen en een verbetering van het aspect van de bovenlip. Bij de patiënten die onvoldoende aangehechte gingiva hadden of bij wie sprake was van een regressie van de aangehechte gingiva, verplaatste de aangehechte gin-



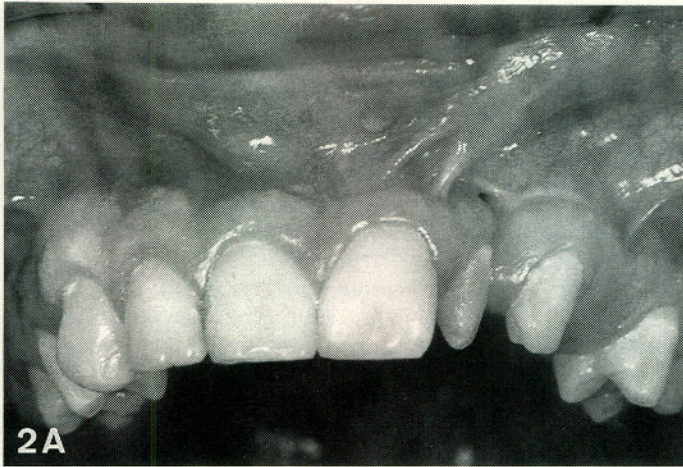
1A

Afb. 1a. Intra-oraal beeld van een patiënt met een edentate bovenkaak en een pre- en peralveolaire fistel op basis van een niet gesloten gnathoschisis.



1B

Afb. 1b. Situatie na het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de gnathoschisis en een vestibulumplastiek met vrij mucotransplantaat genomen uit de wang.



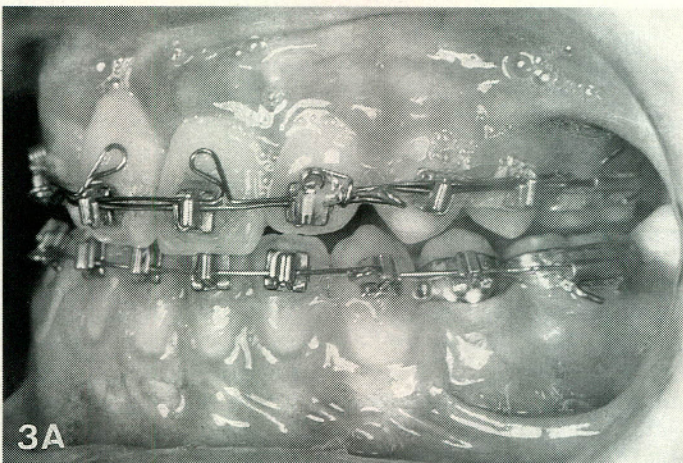
2A

Afb. 2a. Intra-oraal beeld van een patiënt met een unilaterale gnathoschisis met diverse littekenstrengen in het buccale vestibulum.



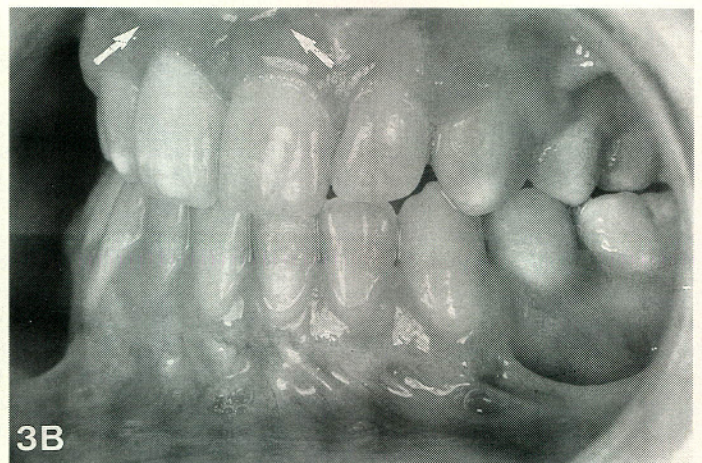
2B

Afb. 2b. Situatie na het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de gnathoschisis en correctie van het buccale vestibulum met een vrij mucosaplasticaat van de wang en een frontbrug.



3A

Afb. 3a. Intra-oraal beeld van een 12-jarige schisispatiënt met een regressie van de aangehechte gingiva ter plaatse van 11 op basis van een littekenstreng als gevolg van het sluiten van de lipspleet.



3B

Afb. 3b. Situatie na het aanbrengen van een vrij gekeratiniseerd gingiva-transplantaat. De aanhechting van de gingiva heeft zich naar incisale verplaatst, de 'creeping attachment'.

giva zich na de ingreep naar incisaal, het zogenaamde creeping attachment fenomeen.

3 Discussie

In de literatuur wordt, ondanks het regelmatig voorkomen van littekenadhesies na het sluiten van de lipspleet in het buccale vestibulum van het bovenfront, weinig aandacht besteed aan de correctie.

Een duidelijke indicatie voor een correctie van het buccale vestibulum bij de volwassen schisispatiënt is de onvoldoende retentie van de volledige gebitsprothese. Vooral wanneer de kaakspleet is gesloten met een buccale draailap, ontstaat meestal een verlaging van de omslagplooi. Een vestibulumplastiek met een vrij mucosatransplantaat biedt een goede oplossing.¹¹

De indicatie tot een correctie van het buccale vestibulum bij de secundaire schisispatiënt bij wie een of meer frontelementen ontbreken, wordt bepaald door de diepte van de omslagplooi, het tekort aan aangehechte gingiva of een regressie van de aangehechte gingiva.⁶⁻⁸

Bij de jonge schisispatiënt zijn er nadelen verbonden aan de correctie van het vestibulum. Door de operatieve correctie ontstaat opnieuw littekenweefsel met eventueel beschadiging van de bloedvoorziening van de premaxilla.² Als indicatie wordt genoemd de aanwezigheid van adhesies van de bovenlip met de mucosa van de processus alveolaris en de ongunstige invloed hiervan op de doorbraak van de melk- en blijvende gebitselementen. De follow-up van vier jaar van de tien beschreven jonge schisispatiënten is te kort om uitspraken te kunnen

doen over de gunstige invloed van een hoog en mobiel vestibulum op de groei van aangezichtskelet en de weke delen.

De positieve reacties van de patiënten, de verbeterde mimiek, de verbetering van de retentie van de volledige of partiële

gebtsprothese en de gunstige invloed van de gingivacorrecties op het parodontium zijn redenen voor onze werkgroep om bij adhesies tussen bovenlip en mucosa van de processus alveolaris tot correctie over te gaan.

Summary

VESTIBULOPLASTY IN PATIENTS WITH CLEFT LIP PALATE

Key words: Oral surgery – Cleft lip – Vestibuloplasty

After cleft lip repair the upper lip is sometimes attached at the premaxilla. The scar bands and contractures may occur deleterious effects on: the growth, the facial expression, the speech, problems during orthodontic treatment and in prosthetic dental care, regression of the attached gingiva, resorption of the transplanted bone and the aspect of the upper lip. In nine edentulous patients with cleft lip palate, in six patients with cleft lip palate and with a mutilated dentition and in ten younger patients with cleft lip palate the buccal sulcus was successfully restored. The importance of a free upper lip and adequate sulcus has been under-emphasized in treatment of the patient with cleft lip palate.

Literatuur

- ¹ HUFFSTADT AJC. De lipspleet. In: Schisis: Multidisciplinaire benadering. Alphen aan de Rijn/Brussel: Samson Stafleu, 1987: 60-73.
- ² FALCONE AE. Release of the adherent prolabium and deepening of the labial sulcus in the secondary repair of bilateral cleft lips. *Plast Recon Surg* 1966; 38: 42-4.
- ³ HORTON CE, ADAMSON JE, MLADICK RA, TADDEO RJ. The upper lip sulcus in cleft lips. *Plast Recon Surg* 1970; 45: 31-7.
- ⁴ KOBLIN I, KOCH H. Mundvorhofplastik im vorderen Oberkiefer nach operativem Verschluss von doppelseitigen Lippen-Kiefer- (Gaumen-) Spalten. *Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie*. Bd XVI/XVII. Stuttgart: Thieme Verlag 1973: 244-7.
- ⁵ KRÜGER E. Die Mundvorhofplastik als unterstützende Massnahme bei der Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. *Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie*. Bd XVI/XVII. Stuttgart: Thieme Verlag 1973: 242-4.
- ⁶ QUARTRA M, KOCH J. Metric results of vestibuloplasty in unilateral cleft patients. *J Craniomaxillofac Surg* 1989; 17: 175-8.
- ⁷ CORBA NHC, PILOT T. Het transplanteren van de gingiva. *Ned Tijdschr Tandheelk* 1978; 85: 474-6.
- ⁸ CORBA NHC. Esthetiek en parodontologie: de gingivaregressie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1991; 98: 221-4.
- ⁹ BERNIS RM, LEKKAS K. Chirurgische-prothetische reconstructie van de maxillaire retrognathie bij schisispatiënten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1972; 79: 457-63.
- ¹⁰ STOELINGA PJW, TIDEMAN H. Secundaire schisisbehandeling. *Ned Tijdschr Tandh* 1980; 87: 108-16.
- ¹¹ KOOLE R. Behandeling van de schisispatiënt. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 472-6.