

## Oorspronkelijke bijdragen

# Totale rehabilitatie van de patiënt met secundaire schisis

**Samenvatting.** De patiënt met secundaire schisis wordt gekenmerkt door: 1. een terugliggende bovenkaak en/of een mandibulaire prognathie; 2. een malocclusie; 3. een insufficiënte bovenlip; 4. een 'schisisneus'; 5. een palatumdefect, eventueel op basis van een in het verleden verwijderde premaxilla en/of pre-/peralveolaire fistels, en 6. een open-neusspraak. Deze factoren kunnen tot cosmetische en functionele problemen leiden. Door een gecombineerde behandeling – een totale rehabilitatie – kunnen zowel de cosmetische aspecten als de functionele bezwaren in één operatie sterk worden verbeterd. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van veertien patiënten.

WAL KGH VAN DER, MULDER JW, KUIJL B VAN DER. Totale rehabilitatie van de patiënt met secundaire schisis. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 38-40.

K.G.H. van der Wal, kaakchirurg  
J.W. Mulder, plastisch chirurg  
B. van der Kuijl, tandarts-prothetist

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

Trefwoorden: Mondziekten en kaakchirurgie – Schisis – Prothetische tandheelkunde

Datum van acceptatie: 4 mei 1994.

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

## 1 Inleiding

De behandeling van patiënten met een aangeboren afwijking aan lip, kaak en/of gehemelte is moeilijk, gecompliceerd en langdurig.<sup>1</sup> In vroegere jaren bleef het vaak bij de operatieve lipsluiting. Als het kind later een open-neusspraak ontwikkelde, werd er een obturator gemaakt. Voor een deel van de patiënten was deze gang van zaken voldoende; daarentegen werd deze behandeling voor een ander deel van de patiënten als onvoldoende ervaren. Verbetering van de totale zorg voor iedere patiënt was eind jaren vijftig primair de aanleiding tot de oprichting van werkgroepen. Kregen in het bijzonder de somatische afwijkingen in de begintijd de aandacht, naderhand bleek ook de tandheelkundige hulp onmisbaar.<sup>2</sup>

Bij de patiënt met secundaire schisis is sprake van: 1. een terugliggende bovenkaak met of zonder een mandibulaire prognathie; 2. een malocclusie; 3. een insufficiënte bovenlip; 4. een 'schisisneus'; 5. een palatumdefect, eventueel op basis van een in het verleden verwijderde premaxilla en/of pre-/peralveolaire fistels, en 6. een open-neusspraak door een te kort of te weinig beweeglijk gehemelte of door een obsoleete obturator. Meestal worden de cosmetische en functionele afwijkingen in fasen gecorrigeerd, te beginnen met het maxillofaciale skelet, gevolgd door de weke delen. Sinds enige jaren worden correcties van het benige skelet met die van de weke delen gecombineerd. De voordelen van deze combinatie zijn een kortere behandelingsduur en een reductie van het aantal keren algehele anesthesie en hospitalisatie.

Momenteel combineren wij, indien geïndiceerd, osteotomieën van het benige skelet, correcties van de bovenlip, het aanbrengen van een vrij bottransplantaat in de gnathoschisis, de pharynx-plastiek en het sluiten van palatumdefecten in één operatie. Na deze chirurgische rehabilitatie volgt de tandheelkundige.

Het spreekt voor zich dat bij het opstellen van een dergelijke combinatie een optimale voorbereiding en samenwerking tussen de behandelaars een absolute voorwaarde is.

## 2 Ervaringen bij veertien patiënten met schisis

In de periode 1988 tot en met 1993 werden veertien patiënten met secundaire schisis door de huistandarts doorverwezen

naar de kaakchirurg wegens retentieproblemen van de volledige gebitsprothese, lekkage van vloeibare dranken en/of spijzen via de neus, een gestoorde relatie tussen boven- en onderkaak, parodontaal verval rond de pijlerelementen van de partiële frameprothese en een open-neusspraak.

De veertien patiënten werden beoordeeld in de multidisciplinair samengestelde schisiswerkgroep. In overleg met de huistandarts, de tandarts-prothetist, de plastisch chirurg en de kaakchirurg werd het behandelingsplan opgesteld. Bij alle patiënten leidde dit tot een gecombineerde behandeling in één operatie. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten bedroeg 42 jaar. Er waren vier vrouwen en tien mannen. De groep patiënten met een dubbelzijdige lip-, kaak- en gehemelsespleet vormt de grootste categorie, meestal omdat in het verleden de premaxilla op jeugdige leeftijd werd verwijderd met als gevolg een groot oronasal defect.

Bij alle patiënten werd de uni- of bilaterale kaakspleet of het defect dat ontstaan was door verwijdering van de premaxilla, opgevuld met een vrij bottransplantaat uit de bekkenkam. Het weefseltekort van de bovenlip werd bij zes patiënten aangevuld door transpositie van weefsel uit de onderlip, de zogenaamde Abbe-plastiek (afb. 1). De palatumdefecten, aanwezig bij zeven patiënten, werden alle gesloten. De terugliggende hypoplastische bovenkaak werd bij drie patiënten naar ventraal verplaatst door een Le Fort I-osteotomie. Zeven patiënten waren edentaat en kregen postoperatief een nieuwe volledige gebitsprothese. Zes patiënten met een gemutileerde restdentitie werden prothetisch gerehabiliteerd door nieuwe kronen- en brugwerk en/of een frameprothese. Eén patiënt was volledig betand en werd orthodontisch voorbehandeld. Bij geen van de veertien patiënten traden complicaties op. Helaas is er door deze ingrepen nauwelijks verbetering van de spraak te verkrijgen. Na logopedische beoordeling kan in tweede instantie een spraakverbeterende operatie – pharynx-plastiek – worden uitgevoerd.

## 3 Discussie

In Nederland functioneren momenteel 19 schisissteams. Jaarlijks wordt door de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen het aantal nieuwe babies met schisis en oudere patiënten met schisis, die zich bij één van de



1a



1b



1c



1d



1e



1f



Afb. 1. Pre-operatieve driekwart opname van een patiënte met een gedeeltelijk gecorrigeerde unilaterale cheilognathopalatoschisis (a). Pre-operatieve opname en profiel (b). Driekwart postoperatieve opname. Status na Le Fort I-osteotomie, vrij bottransplantaat en een Abbe-plastiek (c). En profiel postoperatieve opname (d). Pre-operatieve opname met een omgekeerde sagittale overbeet (e). Postoperatieve opname met een normale sagittale overbeet (f).

wergroepen hebben aangemeld, geïnventariseerd. Uit de inventarisatie van 1992 blijkt dat er 359 babies werden geboren met een vorm van schisis en dat zich 202 oudere patiënten met schisis hadden aangemeld voor secundaire correcties.

Het zijn vooral de patiënten met secundaire schisis met een dubbelzijdige lip-, kaak- en gehemelsespleet die op latere leeftijd functionele en cosmetische problemen krijgen. Meestal werden de pre- en peralveolaire fistels, de gehemelsespleet gedeeltelijk en het defect ter plaatse van de verwijderde premaxilla niet gesloten en werd volstaan met een frame- of partiële prothese waarmee het oronasale defect werd afgesloten. De meest voorkomende functionele klacht werd gevormd door problemen met deze prothetische voorziening in de vorm van lekkage van dranken en vloeibare spijzen door de neus. Daarentegen was de vraag naar cosmetische correctie gering. De patiënt met secundaire schisis heeft kennelijk meestal met het stigma van schisis leren leven. De inbreng van de kaakchirurg heeft eind jaren zestig en begin jaren zeventig een grote vlucht genomen. Vooral het aanbrengen van het vrije bottransplantaat in de gnathoschisis en de bovenkaak-osteotomie betekenden een belangrijke stap voorwaarts.<sup>3</sup> Door de gecombineerde orthodontisch/kaakchirurgische behandeling is het vaak mogelijk een normale tandboog en een nor-

male kaakrelatie te realiseren. Tevens kan met het gelijktijdig sluiten van pre- en peralveolaire fistels en eventueel een spraakverbeterende operatie – de pharynx-plastiek – de functie worden verbeterd. Deze functionele behandeling kan worden gecombineerd met cosmetische correcties van de weke delen en de neus.

Vooraf de patiënten met secundaire schisis bij wie in het verleden alleen de lip- en gehemelte-afwijkingen werden geopereerd, komen voor een totale rehabilitatie in aanmerking. De patiënt met secundaire schisis dient geattendeerd te worden op de mogelijkheden van deze chirurgische rehabilitatie, die kan leiden tot een duidelijke verbetering van de kwaliteit van zijn/haar leven.

## Literatuur

- 1 Prah-Andersen B. De plaats van het schisisteam in Nederland. *Medisch Contact* 1983; 15: 445-6.
- 2 Huffstadt AJC, Spauwen PHM, Boersma J, Havinga GS, Bergstra J. Schisis, multidisciplinaire benadering. Alphen a/d Rijn, Brussel: Samson Stafleu, 1987.
- 3 Hester TR, Jurkiewicz MJ, Meyer R et al. Total reconstruction of the 'End-Stage' cleft lip and palate deformity. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 539-53.

## Summary

### COMPLETE REHABILITATION OF THE SECONDARY CLEFT LIP AND PALATE PATIENT

Key words: Cheilo-gnathopalatoschisis – Oral and maxillofacial surgery – Prosthodontics

This article presents the results of total reconstruction of the 'end stage of cleft lip and palate deformity' in fourteen patients. The deformity consisted of varying degrees of 1. midface retrusion and/or mandibular protrusion; 2 malocclusion; 3. nasal deformity; 4. lip deformity; 5. palate or alveolar fistulas and 6. nasal speech. These deformities resulted in aesthetic and functional problems. By a comprehensive approach in one session – total reconstruction – functional and aesthetic improvement was achieved in all patients.