

OORSPRONKELIJKE BIJDRAGEN

*Uit de Heelkundige Universiteitskliniek te
Utrecht.*

Hoofd: Prof. Dr. J. F. NUBOER.

SPLETEN VAN LIP, KAAK EN VERHEMELTE (VII)

OVER DE SECUNDAIRE BEHANDELING VAN SPLETEN VAN LIP,
PRIMAIR EN SECUNDAIR PALATUM

C. A. HONIG

lector in de plastische chirurgie
aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

Na de primaire behandeling van spleten van lip, primair en secundair palatum, kunnen later toch nog defecten en deformiteiten optreden.

Deze kunnen in de eerste plaats gevolg zijn van de grootte van het defect bij de geboorte. Het duidelijkste voorbeeld hiervan is de dubbelzijdige spleet van lip, primair en secundair palatum. De restdeformiteit, die hier na de primaire behandeling ontstaat, is in bijna alle gevallen dezelfde, namelijk een te korte columella en een te klein philtrum. Slechts indien bij de primaire behandeling de defecten van columella en philtrum geheel worden aangevuld, ontstaan deze deformiteiten niet (zie vorig artikel van deze reeks).

In de tweede plaats kunnen, zowel tengevolge van groeistoornissen, samenhangend met het bestaan van het oorspronkelijke defect, als door groeistoornissen tengevolge van de operatieve behandeling, gedurende de periode van groei deformiteiten in het gelaat ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn: de onderontwikkeling van de bovenkaak als geheel bij dubbelzijdige spleten, of onderontwikkeling van een deel van de bovenkaak, zoals bij enkelzijdige spleten en de typische asymmetrie van de neus bij enkelzijdige spleten.

Tenslotte zijn vele van de resterende deformiteiten na primaire behandeling te wijten aan onoordeelkundigheid; dit komt vaak duidelijk naar voren bij de door littekenweefsel misvormde lip.

De deformiteiten, die na de primaire behandeling van spleten van lip, primair en secundair palatum nog bestaan of ontstaan en die gemakshalve verder aangeduid zullen worden als secundaire deformiteiten, vertonen

een zeer grote verscheidenheid in vorm, doch kunnen in vier groepen worden ondergebracht:

- 1) deformiteiten van de lip:
 - a) deformerende littekens van de bovenlip
 - b) verstoring van de verhouding tussen boven- en onderlip wat betreft grootte en spanning
 - c) in het oog lopende deformiteiten van de Cupido's boog;
- 2) deformiteiten van de neus:
 - a) de asymmetrie van de neus
 - b) defecten van de neusbodem aan één kant of beiderzijds
 - c) deformiteiten van de columella;
- 3) deformiteiten van de steungevende delen van de bovenlip en de neus:
 - a) deformiteiten van de bovenkaak
 - b) defecten en deformiteiten van het tandstelsel;
- 4) defecten van het palatum:
 - a) defecten van het palatum durum
 - b) defecten van het palatum molle (te kort palatum).

De klachten, die tengevolge van deze secundaire deformiteiten worden vernomen, liggen wat betreft de deformiteiten van lip en neus nagenoeg alleen op het gebied van het uiterlijk; wat betreft de deformiteiten van de steungevende delen van de bovenlip en van het palatum ook op het terrein van de spraak. De klachten over het uiterlijk staan bij het merendeel van de patiënten sterk op de voorgrond en concentreren zich vooral op de littekens, die veroorzaakt zijn door de operatieve behandeling, hoewel deze meestal geen essentieel deel vormen van de bestaande deformiteit. Het spreekt dan ook vanzelf, dat een chirurg, die zich bezighoudt met de behandeling van secundaire deformiteiten, zich niet alleen zal moeten toeleggen op het maken van mooie littekens, doch tevens zal moeten trachten om samen met een tandarts-chirurgisch prothetist, een gedeformeerd gezicht langs operatieve en chirurgisch-prothetische weg zodanig te veranderen, dat de verhoudingen in het aangezicht worden hersteld en dat na de behandeling, ondanks de aanwezigheid van littekens, de oorspronkelijke afwijking door een niet-deskundige niet of ternauwernood meer wordt herkend. Het gaat in deze gevallen derhalve niet om littekencorrecties, doch om reconstructie van gedeformeerde delen.

Het behoeft geen betoog, dat een chirurg bij behandeling van afwijkingen in het gelaat de wonden, die hij maakt, zo zorgvuldig mogelijk zal sluiten, opdat de wondgenezing bij de patiënt ongestoord kan verlopen en een weinig opvallend litteken kan worden gevormd.

Alvorens tot behandeling van deze secundaire deformiteiten te kunnen overgaan, moet men voor iedere patiënt afzonderlijk een plan opstellen. In de Heelkundige Universiteitskliniek te Utrecht gebeurt dit sinds 1950 door de plastisch chirurg in zeer nauwe samenwerking met de tandarts-chirurgisch prothetist. Daarbij werden de volgende richtlijnen vastgesteld:

- 1 Alvorens tot reconstructie ter verbetering van het uiterlijk over te gaan, moet bepaald worden of reconstructie van het mechanisme van het palatum molle moet worden verricht. Indien dit het geval is, wordt deze reconstructie (pharyngoplastiek) als eerste operationele behandeling verricht.
- 2 Indien bij de deformiteiten een wanverhouding bestaat tussen onder- en bovenlip in grootte en in hoeveelheid weefsel, wordt deze wanverhouding door operationele behandeling hersteld door het overbrengen van weefsel uit de onderlip naar de bovenlip.
- 3 Indien er een wanverhouding bestaat tussen onder- en bovenlip wat betreft de plaats, door gebrek aan of vervorming van de steungevende delen van de bovenlip, dan wordt deze wanverhouding langs prothetische of chirurgisch-prothetische weg hersteld.
- 4 Na herstel van de in de punten 2 en 3 genoemde wanverhoudingen, kan verdere operationele correctie van lip en neus geschieden.

1) *Deformiteiten van de lip.*

a) Deformerende littekens van de bovenlip lopen vaak sterk in het oog door hun verloop en door niveauverschil. Deze deformiteiten kunnen eenvoudig worden gecorrigeerd door het verrichten van locale lapverschuivingen. (zie afb. 1 A en B).

b) Verstoringen in de verhouding tussen boven- en onderlip wat betreft grootte en spanning kunnen in enkele gevallen worden gecorrigeerd door lokale lapverschuivingen in de bovenlip, maar meestal is overbrenging van weefsel van de onderlip naar de bovenlip volgens het principe van ESTLANDER (1877) -ABBE (1898) noodzakelijk om deze wanverhouding op te heffen. (zie afb. 2 A t/m D).

c) In het oog lopende deformiteiten van de Cupido's boog zijn als op zichzelfstaande afwijkingen zeldzaam. De correctie kan geschieden door lokale lapverschuivingen in de bovenlip, gecombineerd met wigvormige excisies langs de lippenzoom. (afb. 3 A t/m D).



Afb. 1A. Meisje van 17 jaar met een onoordeelkundig behandelde, waarschijnlijk incomplete rechtszijdige spleet van de lip.



Afb. 1B. Hetzelfde meisje zes maanden later na operatieve behandeling, die bestond uit correctie van de bovenlip, gecombineerd met Z-plastieken in de rechter neusbodem, in de huid boven de lippenzoom, in het lippenrood en in de omslagplooï van de bovenlip.



Afb. 2A.



Afb. 2B.

Een meisje van 13 jaar met een onoordeelkundig behandelde, linkszijdige spleet van de lip, waardoor verstoringen zijn opgetreden in de verhouding tussen boven- en onderlip wat betreft grootte en spanning.

2) *Deformiteiten van de neus.*

a) De asymmetrie van de neus. Deze is soms alleen gelocaliseerd in het kraakbenige gedeelte van de neus, in andere gevallen is ook de benige



Afb. 2C.



Afb. 2D.

Hetzelfde meisje vier jaar later na een plastiek volgens ESTLANDER-ABBE met complete infractie en repositie van de benige neuswortel.



Afb. 3A.



Afb. 3B.

Een man 18 jaar oud met een operatief behandelde dubbelzijdige, incomplete spleet van de lip. Er bestaat een wanverhouding in de bovenlip tussen hoogte en breedte en een in het oog lopende deformiteit van de Cupido's boog.

neuswortel erbij betrokken. In het eerste geval kan correctie worden verkregen door verplaatsing van het crus laterale van het gedeformeerde neusvleugelkraakbeentje of door het verrichten van een lapverschuiving in de top van het gedeformeerde neusgat. (afb. 4A t/m D en 5A t/m D); in het tweede geval dient naast deze behandeling ook een infractie en repositie van de benige neuswortel te geschieden. (afb. 5A t/m D).



Afb. 3C.



Afb. 3D.

Dezelfde man een jaar later na operatieve behandeling, die bestond uit het opschuiven van het philtrum in de columella, het inkorten van de bovenlip en het maken van een Cupido's boog door wigvormige excisies van huid, juist boven de lippenzoom en beiderzijds naast de mediaanlijn.



Afb. 4A.



Afb. 4B.

Een 24-jaar oude vrouw met een reeds operatief behandelde rechtszijdige spleet van lip en primair palatum, tengevolge waarvan behoudens een wanverhouding in de bovenlip tevens een asymmetrie van de neus bestaat.

b) Resterende defecten van de neusbodem. De plaats van deze defecten maakt het in de meeste gevallen noodzakelijk de lip aan de zijde van het defect geheel te splijten en daarna reconstructie van de neusbodem te verrichten door middel van een lapverschuiving, zowel aan de zijde van de columella, als aan de zijde van de neusvleugelbasis. Tevens kan in deze ge-



Afb. 4C.



Afb. 4D.

Dezelfde vrouw een jaar later na correctie, zoals beschreven is in afb. 1 en correctie van het kraakbenige deel van de neus.



Afb. 5A.



Afb. 5B.

Een meisje van 19 jaar met een onoordeelkundig behandelde, enkelzijdige spleet van lip en primair palatum met opvallende deformiteit van de bovenlip en asymmetrie van de gehele neus.

vallen de spina nasi in de mediaanlijn geplaatst worden. (afb. 6A t/m D).

c) Deformiteiten van de columella. Behoudens in de gevallen, waarin bij de primaire behandeling een plastiek volgens ESTLANDER-ABBE is gedaan, vindt men bij behandelde dubbelzijdige spleten van lip en primair palatum een zeer korte columella. De correctie van deze afwijking bestaat uit ver-



Afb. 5C.



Afb. 5D.

Hetzelfde meisje drie jaar later na lipcorrectie, zoals beschreven bij afb. 1, correctie van het kraakbenige deel van de neus, zoals beschreven bij afb. 4, en infractie en repositie van de benige neuswortel.



Afb. 6A.

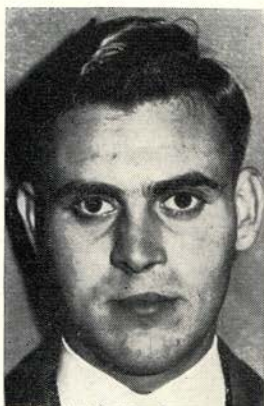


Afb. 6B.

Een 18-jarige man met een onoordeelkundig behandelde spleet van lip en primair palatum, waardoor duidelijk nog een defect bestaat van de linker neusbodem.

lenging van de columella met het philtrum en het inbrengen van een deel van de onderlip in het defect van de bovenlip volgens de methode van ESTLANDER-ABBE. (afb. 7 A en B).

3) *Deformiteiten van de steungevende delen van de bovenlip en de neus.* Deze behandeling ligt grotendeels op het terrein van de tandarts-prothe-



Afb. 6C.



Afb. 6D.

Dezelfde man een jaar later na lipcorrectie, zoals beschreven bij afb. 1 en herstel van de neusbodem door middel van lapverschuivingen ter plaatse.



Afb. 7A. Een man van 26 jaar met een behandelde, dubbelzijdige complete spleet van de lip met de typische restdeformiteit na sluiten van de lip, te weten een zeer korte columella en een klein philtrum.



Afb. 7B. Dezelfde man een jaar later na operatieve correctie volgens ESTLANDER-ABBE.

tist en geschiedt, zoals reeds eerder in dit artikel vermeld, in nauwe samenwerking tussen chirurg en tandarts-prothetist. In het volgende artikel zal de tandarts-prothetist dit onderwerp in extenso behandelen.

4) *De behandeling van secundaire deformiteiten van het palatum.*

Deze is, evenals dit bij de primaire behandeling het geval is, gericht op de

reconstructie van het mechanisme, dat de patiënt in staat stelt door actieve contractie van het palatum molle de neusholte van de keelholte te scheiden. Een goed functioneren van dit mechanisme, is, zoals DAMSTÉ (1962) reeds heeft uiteengezet, een van de belangrijkste factoren voor het verkrijgen van een gearticuleerde spraak.

Met opzet wordt hier niet ingegaan op de behandeling van fistels in het gebied van het palatum durum; de invloed hiervan op de spraak is doorgaans gering en deze fistels kunnen op zeer eenvoudige wijze met een prothese worden afgesloten. De chirurgie moet hier vóór alles gericht zijn op het herstel van de actieve functie van het palatum.

Bij de patiënten, waarover het hier gaat, is de palatumspleet reeds operatief behandeld, maar zijn er toch nog spraakstoornissen door een resterende spleet of door een weefseldefect van het palatum molle, of tengevolge van het feit, dat het palatum molle de achterste farynxwand niet kan bereiken. De twee eerstgenoemde afwijkingen zijn te constateren, door het palatum te inspecteren, de laatstgenoemde kan worden vastgesteld door een zogenaamd röntgen-faryngogram te maken. Hiertoe wordt bij de patiënt een contrastvloeistof ingebracht in beide neusgaten en in de mond, waarna men de patiënt laat hoesten om de contrastvloeistof gelijkmatig in de neus-, mond- en keelholte te verdelen. Daarna wordt de functie van het palatum door de beeldversterker voor het röntgenschermbestudeerd en op de foto vastgelegd. Dit laatste gebeurt in vier opnamen: ten eerste bij rust, ter beoordeling van de vorm van het palatum molle, ten tweede tijdens het voortbrengen door de patiënt van de klank „i”, ten derde tijdens het vormen van de klank „s” en ten vierde bij blazen door de mond tegen een weerstand in.

In de literatuur zijn reeds vele methoden beschreven voor reconstructie van het insufficiënte velo-faryngeale mechanisme. Bij alle methoden wordt de doorgang tussen neusholte en keelholte achter het palatum molle vernauwd met het doel het palatum molle dichter bij de achterste farynxwand te brengen. Men kan hier vier categorieën onderscheiden:

1. De faryngoplastiek volgens ROSENTHAL (1924). ROSENTHAL heeft zijn methode het eerst toegepast bij patiënten met een difterische verlamming van het palatum. Hij bracht een aan de caudale zijde gesteelde muco-musculaire lap in het palatum molle. Hierdoor trachtte hij een reïnnervatie van de musculatuur van het palatum molle te verkrijgen. Later heeft hij deze methode ook toegepast bij spraakstoornissen na operatieve behandeling wegens palatumspleten. Bij röntgenologisch onderzoek van patiënten is gebleken, dat met deze methode een ver-

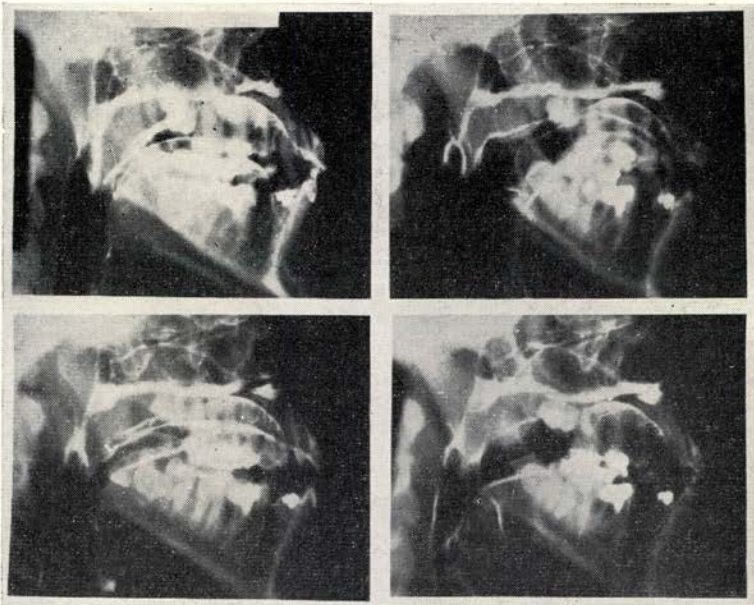
nauwing van de doorgang tussen neusholte en keelholte wordt verkregen, ten eerste door het aanbrengen van een steel in deze doorgang en ten tweede door het wegnemen van een deel van de wand hier ter plaatse, te weten de steel.

2. Bij de tweede categorie wordt getracht de doorgang tussen neusholte en keelholte te vernauwen door verplaatsing van het palatum molle naar achteren. Bij de methode van WARDILL-KILNER (1937) geschiedt dit door verschuiving van muco-periostlappen aan de orale zijde van het palatum durum; bij de methoden van DORRANCE (1946) en RUDING (1955) wordt hieraan toegevoegd een vrije huidtransplantatie aan de nasale zijde tussen het palatum durum en het palatum molle.

Beschrijving röntgen-faryngogram van een patiënt met palatoschizis, behandeld met een faryngoplastiek volgens SAN VENERO ROSSELLI.

Afb. 8A.

Afb. 8B.



Afb. 8C.

Afb. 8D.

Afb. 8A bij palatum in rust

Afb. 8B bij het uitspreken van de letter „i”

Afb. 8C bij het uitspreken van de letter „s”

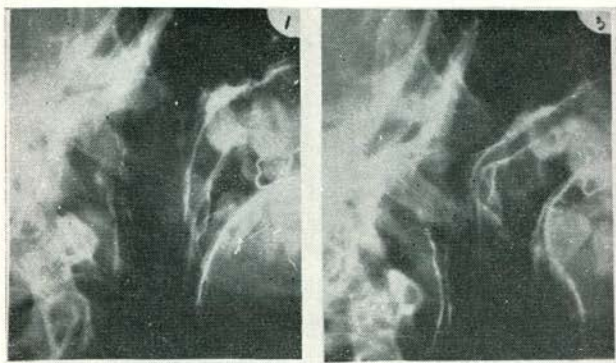
Afb. 8D bij blazen

In deze faryngogrammen is duidelijk de steel tussen achterste farynxwand en palatum molle te zien en is ook waar te nemen, dat bij functie het palatum molle de achterste farynxwand bereikt.

3. Bij de derde categorie wordt de doorgang tussen neusholte en keelholte vernauwd door de achterste farynxwand naar voren te brengen. Bij de methode van HYNES (1950) wordt dit bereikt door verschuiving van muco-musculaire lappen, waardoor een wal wordt opgebouwd in de achterste farynxwand, juist iets craniaal van de atlasboog. Bij de methode van HALLOWEG (1912) wordt de achterste farynxwand ter hoogte van de atlasboog naar voren gebracht door het inbrengen van een autogeen kraakbeentransplantaat.
4. Tenslotte wordt in de laatste categorie de doorgang tussen neusholte en keelholte nauwer gemaakt op de volgende manier. Het palatum molle wordt naar achteren verplaatst door verschuiving van een muco-periostlap aan de orale zijde van het palatum durum en het inbrengen van een aan de craniale zijde gesteelde muco-musculaire lap van de achterste farynxwand tussen het palatum durum en het palatum molle aan de nasale zijde. Daarbij wordt de doorgang tevens vernauwd door het uitnemen van de reeds genoemde muco-musculaire lap, en door het blijven bestaan van de steel van deze lap.

Met behulp van de laatst genoemde methode werden in de Heelkundige Universiteitskliniek te Utrecht in de jaren 1955 tot en met 1960 ruim 75 gevallen behandeld met gunstig resultaat wat betreft de spraak. De functie van het palatum molle werd postoperatief nagegaan, door het maken van een röntgenfaryngogram. Voorbeelden daarvan ziet men in afb. 8.

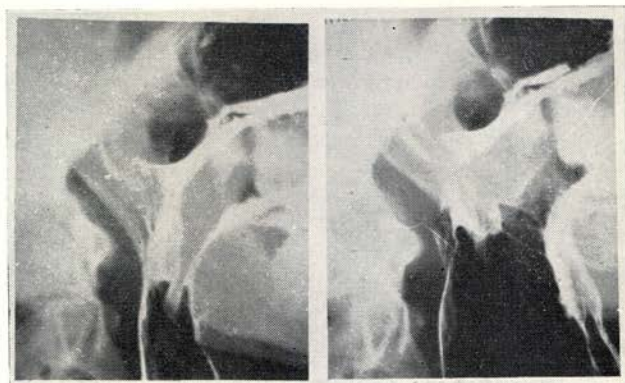
Uit dit na-onderzoek kwam duidelijk naar voren, dat het in bijna alle gevallen mogelijk is met deze operatieve behandeling een mechanisme op te



Afb. 9A palatum in rust

Afb. 9B palatum in functie

Röntgen-faryngogram met contrast van een patiënt met een behandelde palatoschizis. Er blijkt duidelijk, dat het behandelde palatum molle de achterste farynxwand niet kan bereiken.



Afb. 9C het palatum in rust Afb. 9D palatum in functie

Dezelfde patiënt na behandeling van het palatum volgens SAN VENERO ROSSELLI. Uit dit laatste faryngogram blijkt duidelijk, dat het palatum molle veel dikker is dan in afb. 9A en B, ten tweede, dat het palatum molle naar achteren verplaatst is, ten derde, dat de achterste farynxwand naar voren gekomen is en ten vierde, dat de palatum-functie sufficiënt is.

bouwen, waarmede de patiënt in staat is actief de epi-pharynx van de meso-farynx af te sluiten. Dit komt duidelijk tot uiting, als men bij eenzelfde patiënt de röntgenfaryngogrammen van vóór en ná de behandeling met elkaar vergelijkt. (zie afb. 9A t/m D).

Het herstel van het mechanisme bij de patiënt wil niet zeggen, dat de patiënt terstond na de behandeling dit mechanisme kan gebruiken en dus na de behandeling een normale spraak zou hebben. De patiënten moeten na de behandeling het gereconstrueerde mechanisme leren gebruiken. Daartoe is praktisch altijd spraakles noodzakelijk.

Samenvatting:

Een overzicht wordt gegeven van indicaties, techniek en resultaten van de secundaire behandeling van spletten van lip, primair en secundair palatum. Daarbij wordt er de nadruk op gelegd, dat het hier gaat om secundaire deformaties van lip en neus en de steungevende delen daarvan, en dat een goede reconstructie van deze gedeformeerde delen nauwe samenwerking tussen plastisch-chirurg en tandarts-chirurgisch prothetist vereist.

Secundaire correctie van palatumspletten bij patiënten, die tevoren al voor deze afwijking zijn geopereerd, maar die desondanks ernstige spraakmoeilijkheden hebben gehouden, is alleen gerechtvaardigd, als röntgenologisch kan worden vastgesteld, dat de velo-faryngeale functie insufficiënt is. Is deze voorwaarde vervuld, dan moet hernieuwd operatief ingrijpen vóór alles gericht zijn op de opbouw van een sufficiënt afsluitmechanisme tussen epi- en mesofarynx. Na-behandeling door de spraakarts is strikt aangewezen.

Summary:

A review is presented of the indications, technique and results of secondary treatment of fissures of the lip, primary and secondary palate. It is stressed that these cases involve secondary deformities of the lip and nose, and their supporting parts, and that adequate reconstruction of the deformed parts requires close cooperation between the plastic surgeon and the dentist-surgical prosthodontist.

Secondary correction of palatal fissures in patients previously operated on for this anomaly, but who in spite of this have continued to show severe speech impairments, is justifiable only if X-rays show that the velo-pharyngeal function is insufficient. If this is the case, then a secondary operation must be primarily aimed at the creation of a sufficient closing mechanism between the epipharynx and the mesopharynx. Post-operative treatment by a lalopathologist is strictly indicated.

Literatuurlijst:

ABBE, R., *Med. Rec. N.Y.* 53: 477, 1898.

DORRANCE, G. M., *Past. reconstr. surg.* 1: 145, 1946.

ESTLANDER, J. A., *Rev. mens. de méd. et chir.*, 1: 344, 1877.

HALLOWEG (1912) cit. CONWAY, H., STARK, B. *Transactions int. soc. plast. surg.*, 1: 196, 1957.

HYNES, W., *Brit. J. Plast. Surg.*, 3: 128, 1950.

ROSENTHAL, W., *Zt. bl. Chir.*, 51: 1621, 1924.

RUDING, R., *Arch. Chir. Neerl.*, 7: 189, 1955.

WARDILL, W. E. M., *Brit. J. Surg.*, 25: 117, 1937.

Willemsplantsoen 8, Utrecht