

Ajak- és szápadhasadékos gyermekek korszerű ellátása

Katona Gábor dr., Csákányi Zsuzsa dr.

Bevezetés

Az arcot érintő fejlődési rendellenességek, torzító hegek, főként, ha azok megváltozott funkcióval is járnak, az emberek tekintetében többnyire visszatetszést keltenek, nem fedhetők el. Az ilyen elváltozással élő egyén szociális beilleszkedése zavart, előbb-utóbb kirekesztetté válik, pszichés problémái jelentkeznek. (1)

Az ajak- és szápadhasadék komplex fejlődéstani, funkcionális, esztétikai probléma, mely ennek megfelelően komplex ellátást igényel. Ez az ellátás világszerte ún. hasadék-centrumokban valósul meg, ahol együtt vannak azok a szakemberek, akik – az ellátás egyes fázisaiban – külön-külön, vagy egymást kiegészítve foglalkoznak a beteggel.

Jelen közleményünkben a hasadékos ellátás általános irányelveit a Heim Pál Gyermekkórház Fül-orr-gége és Bronchológiai Osztályán mintegy 50 éve működő Hasadék Centrum tapasztalataira alapozva foglaljuk össze.

Már i.e. 30 körül történtek próbálkozások az archasadék műtéti megoldására. Akkor az anatómiai szerkezet másodlagos volt, az operatőrök kizárólag a kívánt külalaki változtatásra törekedtek. A hosszú távú eredmények kiábrándítóak voltak. (2)

Ma már nemcsak a jó funkció, hanem a megfelelő esztétikai eredmény elérése is alapkövetelménynek számít. Törekednünk kell a beteg számára elfogadható külső kialakítására.

A XIX. században az ajakplasztikában Mirault, Malgaigne és Nelaton több műtéti technikát írt le. A szápadhasadék műtétének kérdésével Graefe és Roux foglalkoztak. Őket tartjuk az arcplasztika úttörőinek. Az általuk kidolgozott műtéti eljárásokat tökéletesítette tovább Veau, Langenbeck, Axhausen, Millard, Schweckendiek és még sokan mások. Sok esetben még ma is ezeket a módszereket alkalmazzuk a hasadékműtétek során. A legújabb műtéti módszerek a régi technikák éveken át tartó folyamatos módosításaiból származnak és segítségükkel mindinkább optimális esztétikai és funkcionális eredmények érhetők el. (1. ábra)

Műtéti technikák

Az ajakplasztikák során a következő szempontokat tekintjük alapkövetelménynek. Az ajak lágyrészeinek 3 rétegű gondos zárását, az izomgyűrű pontos helyreállítását, a szájüreg és az orrüreg válaszfalának mindkét oldalon nyálkahártyával való fedését, megfelelő Cupido-ív kialakítását. A későbbi heg-kontrakturák kialakulása a megfelelő metszésvezetéssel elkerülhető. Az így kivitelezett műtétek után a kozmetikai szempontok mellett a különböző funkciók elsajátítására és az ortodontiai követelmények alkalmazására meg lesz a biztos alap.

(4)

A legújabb módosítási irányelvek az orralap rekonstrukcióját, a columella kiegyenesítését, az orrszárnyak szimmetrikussá tételét valamint a szimmetrikus orrcsúcs kialakítását egyaránt célozzák. Több külföldi hasadékbébsz ezeket a módszereket az ajakplasztikával egy ülésben végzi el.

A műtéti időpont kérdésében nincs egységes álláspont. Az operatórok nagy többsége úgy véli, hogy egy egyébként egészséges csecsemőnél akkor ideális a plasztikai műtét elvégzése, amikor már az ajak elég turgoros, az ajakpír határa jól kiképződött, amely az egyesítés pontosságát megkönnyíti, és csontnövekedési zavarral nem kell még számolnunk. Ez általában 3 hónapos kor körül várható. A csecsemő erre az időre már visszanyeri születési súlyát, súlygörbéje egyenletesen emelkedik. Az ilyenkor végzett műtétek után általában nincs szükség korrekcióra. Néhányan a műtétet igen korai időpontban is elvégzik. Mi az előző csoporthoz csatlakozunk, megjegyezzük azonban, hogy minden eset egyéni mérlegelést igényel, és adott esetben, ha a beteg állapota és a hasadék helyzete, mérete megengedi, nem zárkozunk el az akár újszülöttkorban végzendő műtéttől sem.

Az ajakhasadékok megoldásánál számos műtéti eljárást alkalmazunk, mint pl. trianguláris lebeny plasztika, különböző forgatott lebeny plasztikák, széli orbicularis lebenyplasztika stb.

A választást az adott hasadék típusa és jellegzetességei határozzák meg. **(2. ábra)**

Ma már jól korrigálhatóak a rövid philtrummal, előreálló praemaxillával bíró esetek is.

A jól megválasztott újabb műtéti technikák alkalmazása mellett egyre kevesebb beteg szorul másodlagos ajak-, és orrkorrekcióra.

A szájpadhasadékok esetén törekszünk a megfelelő velopharyngeális működés helyreállítására és ezáltal a normális beszédképzés elősegítésére.

A von Langenbeck féle hídlebeny technika mellett egyre gyakrabban alkalmazzuk a Bardach féle kettős-lebeny módszert (5). Ez a műtéti eljárás a legtöbb szájpadhasadék esetében jó megoldást nyújt és segítségével kiküszöbölhető, hogy csontfelszínnek maradjanak tartósan nyálkahártya borítás nélkül, így elkerülhető, hogy a maxillofaciális fejlődésben elmaradás mutakozzon.

Egyoldali hasadékok esetén a légyszájpad szimmetria kialakítását Z plasztikák segíthetik.

A régóta, széleskörűen alkalmazott Schweckendiek és von Langenbeck technikáknak hátránya, hogy az esetek relatíve nagy százalékában velopharyngeális insufficiencia (VPI) alakul ki nyílt orrhangzós beszéddel.

Ezt a hátrányt küszöböli ki a Furlow technika, amelynek további előnye, hogy nincs denudált csontfelület, nem szükséges segédmetszést alkalmazni. Az e módszerrel operált betegeknél VPI kialakulására csak az esetek kb. 9%-ban kell számítani. Bardach (5) szerinti módszerünket mutatja a **3. ábra**.

A nyílt orrhangzósság megszüntetését eredményezik a különböző alul és felülnyevezett lebenyt alkalmazó garatplasztikai módszerek, mint pl. Schönborn-Rosenthal, Sanvenaro-Rosselli, Hogan, Fish-mouth technikák. Az utóbbi években – köszönhetően az újabb szájpadplasztikai módszereknek, az izomrostok gondos lepreparálásának és pozicionálásának, a garatplasztika műtét igen ritkán vált szükségessé. Ha mégis elkerülhetetlen volt, akkor a Hogan- szeinti felülnyevezett lebenyplasztika módszerét választottuk, mivel ez bizonyult a legkevésbé traumatizálónak, nem igényelt garat-tamponlást, és a beteg már 1-2 nap múlva normál étkezéssel, panasznetesen távozhatott az osztályról. A Hogan plasztika módszerét a **4. ábra** mutatja

A korrekt műtéti megoldást segítik az alveolar bone grafting a csípőlapátból vett csontszövet beültetésével, a praemaxilla repozíciója vagy a maxilla előemelése szájsebész közreműködésével. A hasadékos betegek teljeskörű ellátásának nélkülözhetetlen része az ortodonciai kezelés.

Megbeszélés

A hasadékos gyermek ellátása újszülöttkorban, a szülő tájékoztatásával kezdődik. A gyermekorvos, neonatológus fontos feladata, hogy a születés után, amikor szembesült a család a várva várt gyermek fogyatékoságával, megnyugtassa a kismamát, elmagyarázza, hogy gyógyítható eltérésről van szó, és biztosan elérhető a gyermek normális beilleszkedése a

társadalomba. Nagyon fontos továbbá, hogy már a szülészetről távozáskor irányítsa a szülőket a megfelelő centrumba, ahol további, már részletekbe menő tájékoztatást kaphat, írásban, szóban, sőt esetleg találkozhat „sorstársakkal” is. Ez általában igen jó hatású, a szülők egymást is informálják, tájékoztatják, nyugtatják.

A centrum specialistájának, a team vezetőjének a feladata, hogy a hosszú távú, évekig tartó programot ismertesse, a szülő bizalmát, együttműködését megnyerve partnerül szegődjön a rehabilitációban. A fent ismertetett műtétek mellett hasonlóan fontos a logopédus, az audiológus, a foniáter, és nem utolsósorban a gyermekorvos szerepe, akik végigkísérik a kisgyermeket az újszülöttkortól az iskoláskorig, a pubertásig. A hallás, a beszéd, a rágás, nyelés funkciók mind ellenőrzést, és adott esetben kezelést igényelnek. Nemegyszer szükség van pszichológus, genetikus bevonására is.

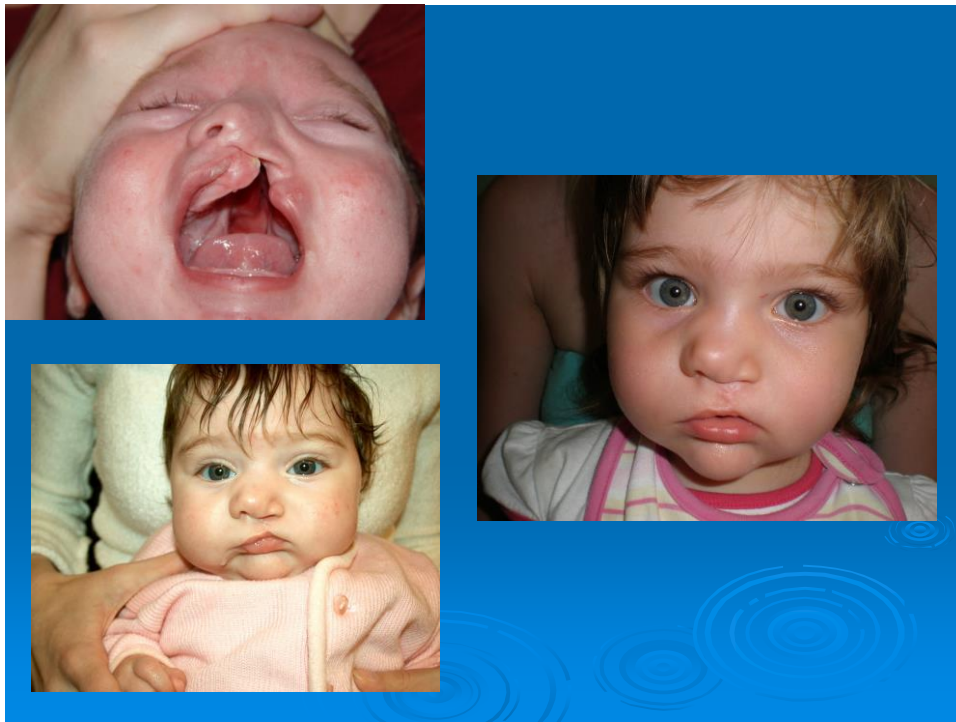
A siker érdekében a házi gyermekorvos és a hasadékos team között szoros kapcsolatot kell kialakítani.

Az arc (ajak, szájpad) hasadék kezelése komplex probléma. Csak több specialista által megtervezett és alkalmazott következetes gondozás hozhat a szülő és gyermek számára megfelelő eredményt.

Irodalom

1. *Marcusson A., Akerlind I., Paulin G.:* Quality of life in adults with repaired complete cleft lip and palate.
Cleft Palate-Craniofacial Journal **38**, 379-385, 2001
2. *Ladányi J.:* Nyúlajak, farkastorok Medicina, Budapest, 1975
3. *Salyer K.E., Bardach, J.:* *Atlas of Craniofacial & Cleft Surgery*
Lippincott-Raven, Publ. Philadelphia-New York, 1999
4. *Kleinheinz J., Joos U.:* Imaging of cartilage and mimic muscles with MRI: Anatomic study in healthy volunteers and patients with unilateral cleft lip and palate.
Cleft Palate- Craniofacial Journal **38**, 291-298, 2001
5. *Bardach J., Salyer, K.E.:* *Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate*
Mosby, St.louis, Baltimore, Boston, Chicago, London1991

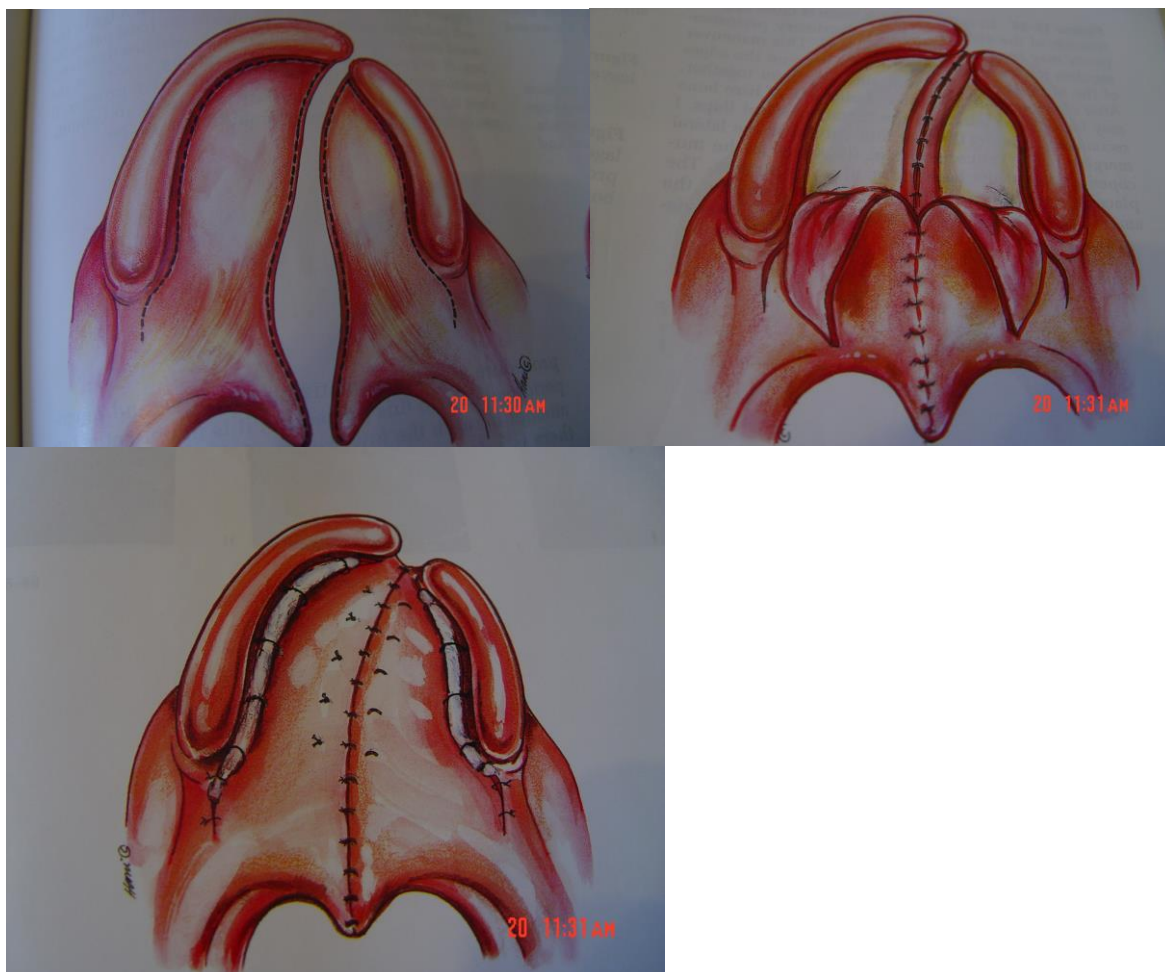
1. Ábra. Bal oldali ajakhasadék: orbicularis lebenyplasztika (Salyer és Bardach nyomán)



2. ábra. Széli orbicularis lebenyplasztika kétoldali ajakhasadék megoldására



3. ábra. Bardach -szerinti kettős lebeny technika szájpadhasadék zárására



4. ábra. Felülnyelezett garatlebeny- plasztika Hogan szerint.

Tesztkérdések:

1. Mi nem tartozik az ajak- és szájpadhasadék lehetséges funkciózavarai közé?
 - A. Légzészavar
 - B. Beszédzavar
 - C. Hallászavar
 - D. Rágászavar

1. Mikor javasolt az ajakplasztika műtéte általában?
 - B. Újszülöttkorban
 - C. 3 hónapos korban
 - D. 1 éves korban
 - D. 2 éves korban

1. Kik a hasadékos team tagjai?
 - E. sebész
 - F. fül-orr-gégész
 - G. logopédus
 - H. foniáter
 - I. ortodontus
 - F. mindannyian