

Despicaturile labio-palatine. Principii de abordare terapeutica

Prof. dr. Dan Mircea Enescu, Clinica de Chirurgie Plastica-Microchirurgie Reconstructiva, Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Grigore Alexandrescu", Bucuresti

Ingrijirea medico-chirurgicala a pacientilor cu despicaturi labio-palatine (DLP) are o istorie indelungata si a reprezentat, de generatii, "piatra de incercare" a chirurgilor plasticieni, pediatri, maxilo-faciali. O literatura abundenta descrie numeroase tehnici si procedee chirurgicale, iar malformatia in sine este polimorfa si prezinta, pentru fiecare forma, grade diferite de afectare. Pentru laici, aspectul particular al copilului cu despicatura face ca aceasta patologie malformativa relativ frecventa sa fie inca privita cu teama, in special in zonele geografice si educationale in care informatiile nu ajung la pacienti sau exista o lipsa a serviciilor interdisciplinare integrate destinate acestora. In Romania, desi exista numeroase centre cu o specializare de varf in acest domeniu si numerosi chirurgi din diferite specialitati au rezultate deosebite, se constata inca si astazi ca unii copii cu despicaturi sunt abandonati de familiile neinformate sau neconsiliate psihologic cu privire la aceasta malformatie. Observam, de asemenea, in continuare o anumita reticenta de a trimite copiii cu despicaturi in centrele specializate la momentul potrivit, conform unui plan si unei concepii terapeutice, in vederea reconstructiei, motiv pentru care unii pacienti au rezultate incomplete. Malformatia este perceputa de la inceput de unii parinti ca "handicap", in realitate ea putand sa devina un handicap in cazul nerespectarii riguroase a protocolului terapeutic. Consideram ca este important sa aducem in discutie acele elemente de principiu si de strategie care ar putea sa amelioreze, in plan national, situatia copiilor cu despicaturi labio-palatine.



Despicaturile labio-palatine sau labio-maxilopalatine (keilo-gnato-palato-schizis; "buza de iepure" sau "gura de lup" - terminologie arhaica, cu nuante peiorative, ce trebuie abandonata) sunt cel mai frecvent tip de malformatie cranio-faciala intalnit in practica si printre cele mai frecvente anomalii congenitale, cu o prevalenta la nastere de 1:500-1:2.000, in functie de tipul de populatie studiat (in Romania, prevalenta la nastere este probabil 1:800, dar este necesara infiintarea unui registru national al malformatiilor congenitale craniofaciale pentru o evaluare riguroasa).

Din punct de vedere embriologic, anomalia, cu numeroasele sale variante anatomo-clinice, rezulta dintr-un defect de acolare intre mugurii nazal intern si nazal extern (ambii provenind din mugurele frontal) si, respectiv, mugurii maxilari superiori. Evenimentul embriologic survine intre saptamanile 6 si 12 de viata intrauterina. O

treime din cazurile de DLP recunosc un mecanism ereditar de transmitere, situatie in care purtatorul acestei malformatii are 50% sanse de a o transmite urmasilor sai. In restul cazurilor (2/3 din totalul cazurilor de DLP), malformatia apare sporadic, cu un risc de recurenta de 3-4%.

Diagnosticul prenatal al despicatorii de buza este posibil si dezirabil prin examen ecografic spre luna a cincea de sarcina; aceasta permite anticiparea evenimentului, abord interdisciplinar precoce, pregatirea familiei pentru o buna adaptare psihologica.

Malformatia poate aparea izolat (cazul cel mai frecvent) sau poate asocia si alte malformatii cranio-faciale (hipertelorism, coloboma, sindrom Pierre-Robin). Din punct de vedere anatomo-clinic, exista o multitudine de variante, dar toate deriva din doua tipuri malformative, izolate sau asociate intre ele, cu dispozitie uni- sau bilaterala, simetrica sau asimetrica:

Despicaturile palatului primar - afecteaza zona labio-nazo-maxilara, situata anterior fata de foramen incisiv (canalul palatin anterior). Prezinta o mare variabilitate anatomo-clinica, de la simpla ancusa a buzei, pana la despicatora totala labioalveolo- narinara, ce afecteaza arcada alveolara si portiunea anterioara a palatului.

Pot fi:

- ✓ unilaterale incomplete (afecteaza numai buza);
- ✓ unilaterale complete (afecteaza buza, planseul nazal si alveola);
- ✓ bilaterale incomplete (afecteaza numai buza, simetric sau asimetric);
- ✓ bilaterale complete (afecteaza buza, planseul nazal si alveola, simetric sau asimetric).

Despicaturile palatului secundar - intereseaza zona velo-palatina, situata posterior fata de foramen incisiv. Variabilitatea anatomo-clinica cuprinde o multitudine de entitati, de la simpla bifiditate a luelei, pana la despicatora velo-palatina completa. Pot fi:

- ✓ incomplete (afecteaza palatul moale si o portiune din palatul dur);
- ✓ complete (afecteaza in totalitate palatul moale si palatul dur).



PRINCIPII TERAPEUTICE IN DESPICATURILE PALATULUI PRIMAR (DESPICATURA DE BUZA)

Sunt descrise numeroase tehnici chirurgicale care folosesc tesuturile locale pentru a obtine cresterea lungimii buzei de partea afectata; se urmareste si redirectionarea fibrelor muschiului orbicular, cu o buna aproximare a acestora. Interventia chirurgicala isi propune:

- ✓ refacerea simetriei buzei;
- ✓ refacerea filtrumului;
- ✓ refacerea planseului nazal si a simetriei nazale;
- ✓ obtinerea unei cicatrice suple si cat mai putin vizibile.

Momentul optim al interventiei este inca subiect de dezbatere intre centrele specializate. Tehnic, este posibila realizarea interventiei primare inca din prima saptamana de viata (SUA), dar aceasta abordare nu este totusi necesara intrucat nou-nascutul nu este afectat de prezenta malformatiei (se poate alimenta), iar expunerea sa la riscul anestezic si chirurgical nu pare rezonabila. In majoritatea centrelor se considera ca interventia trebuie planificata dupa varsta de 3 luni (3-6 luni), in plina sanatate, la un sugar eutrofic, cu $Hb > 10g/dl$, si $NL < 10.000/mm^3$.

In cazul despicatorilor unilaterale complete ale buzei, in formele severe, poate fi necesara recurgerea la procedee adjuvante (tratament ortodontic preoperator, lip-adesion); majoritatea centrelor practica corectia primara a despicatorii de buza la varsta de 3-4 luni si recurg la lip-adesion numai in cazurile severe. In cazul despicatorii bilaterale a buzei, corectia primara este de obicei dificila, ca urmare a deficientei tisulare la nivelul prolabiumului si columelei, precum si a malpozitiilor maxilare. Poate fi necesara aplicarea unui dispozitiv ortodontic care sa impinga prolabiumul posterior si cele doua segmente maxilare laterale spre anterior, ceea ce favorizeaza realizarea unei corectii primare fara tensiune. Unii practicieni recomanda practicarea corectiei primare fara a trata preoperator protruzia premaxilei, care va fi oricum remodelata o data cu corectia buzei. In orice caz, tratamentul ortodontic este indicat in aceste cazuri pe toata perioada de crestere.

Corectiile secundare in despicatorii de buza pot avea ca obiective:

- ✓ retusul cicatricei retractile care produce asimetria arcului lui Cupidon - necesita excizia cicatricei cutanate si plastii in Z. (la varsta de 4-5 ani);
 - ✓ corectia diformitatii nazale reziduale - rinoplastie, dupa varsta de 4 ani, cu repositionarea cartilajelor alare;
 - ✓ in cazul despicatorilor de buza bilaterale, pot fi necesare revizii la nivel muscular, reconstructia zonei tuberculului central cu lambouri mucoase locale sau chiar reconstructia in doi timpi a buzei superioare (procedeul Abbe).
-

PRINCIPII TERAPEUTICE IN DESPICATURILE PALATULUI SECUNDAR (DESPICATURA PALATINA - DP)

Despicatura palatina este responsabila de anumite consecinte functionale semnificative:

- **tulburari de fonatie** - cel mai important motiv pentru care repararea DP este necesara il constituie necesitatea dezvoltarii normale a vorbirii. O fonatie normala depinde de existenta unui sfincter nazo-faringian competent inaintea varstei de 12-18 luni, cand copilul isi dezvolta limbajul si imita vorbirea celor din jur. La aceasta varsta copilul trebuie sa aiba un palat moale integru morfologic si functional (inervat, mobil). Intrucat este nevoie de aproximativ 6 luni pentru asuplizarea cicatricei postoperatorii, rezulta ca repararea primara a palatului moale trebuie realizata inaintea varstei de 1 an, pentru a da copilului sansa de a dezvolta o fonatie normala. Dupa repararea primara a DP, 80% dintre pacienti dezvolta o fonatie acceptabila spre normala; ocazional, se constata vorbire nazonata, cu tulburari de articulare, ca urmare a incompetentei velo-faringiene, cu lipsa de contact intre palatul moale si faringele posterior; aceasta disfunctie poate fi ameliorata prin tratament logopedic, dar poate necesita si o corectie chirurgicala ulterioara. De dezvoltarea fonatiei si a limbajului depinde dezvoltarea mintala si sociala a copilului;

- **tulburari de alimentatie** - sugarul cu DP are dificultati de supt, chiar daca deglutitia este normala. Necesita o tehnica speciala a alimentatiei, pentru a preveni sindromul de aspiratie si complicatiile sale bronhopulmonare, precum si pentru a mentine o buna stare de nutritie. Este indicata folosirea de tetine speciale si biberoane compresibile (moi), care sa faciliteze suptul si sa stimuleze dezvoltarea acestui reflex. Este de mentionat ca de cele mai multe ori nu este necesar si nici recomandabil gavajul "de principiu", numai pentru ca sugarul este purtator de DP (impiedica dezvoltarea reflexului de supt si coordonarea deglutitiei, favorizeaza abandonul sugarului si hospitalismul, cu consecinte devastatoare pentru dezvoltarea psihomotorie, afectiva si sociala a copilului);

- **afectiuni ale urechii medii**; malfunctia trompei lui Eustachio la copiii cu DP duce la acumularea de lichid in urechea medie, care favorizeaza suprainfectiile si, in cazurile neglijate, poate duce chiar la pierderea auzului. Examenul ORL trimestrial si cu ocazia episoadelor de infectii respiratorii este obligatoriu, cu tratarea otitelor si eventual evaluarea fono-audiologica.

Majoritatea centrelor specializate indica repararea primara a DP inaintea varstei de 12 luni (6-10 luni), in functie de statusul nutritional al copilului si de eventuale afectiuni asociate. Palatul dur poate fi inchis in acelasi timp operator, dar multi specialisti recomanda corectia in doi timpi: repararea initiala a palatului moale, urmata, dupa 6-12-18 luni, de repararea palatului dur. Aceasta abordare in doi timpi permite dobandirea precoce a competentei velo-faringiene, dar si o dezvoltare a maxilarului care faciliteaza interventia la acest nivel si amelioreaza calitatea rezultatului morfofunctional pe termen lung. Indiferent de tipul de abordare chirurgicala, obiectivele interventiei sunt aceleasi: reconstituirea unui mecanism velofaringian competent si separarea oro-faringelui de nazo-faringe. Indiferent de tehnica folosita, principiile interventiei sunt:

- ✓ reorientarea transversala a muschiului ridicator palatin;
- ✓ inchiderea in doua straturi la nivelul palatului dur - pentru a reconstitui mucoasa nazala si pe cea orala;
- ✓ inchiderea in trei straturi la nivelul palatului moale - pentru a reconstitui mucoasa nazala, stratul muscular si mucoasa orala;

- ✓ o reparare fara tensiune, care sa permita alungirea palatului si reconstituirea unui palat moale suplu si mobil.

Grefa alveolara are indicatie la varsta de 6-9 ani, cu grefon osos recoltat din creasta iliaca sau din tibie. Fistulele oro-nazale, alveolare sau palatine largi sau simptomatice vor fi inchise imediat ce tesutul cicatricial s-a asuplizat dupa interventia precedenta; chiar si fistulele de mici dimensiuni necesita adesea decolari importante pentru a realiza o sutura fara tensiune.

Tratamentul DLP nu consta doar in inchiderea chirurgicala primara a defectelor si in corectii secundare ale sechelelor. In lipsa tratamentului ortodontic, logopedic si a unei urmariri active, in echipa interdisciplinara se obtin rezultate suboptimale. Ortodontistul trebuie sa monitorizeze dezvoltarea copilului cu DLP de la nastere pana la maturitate, aplicand procedee corectoare specifice si adaptate fiecarei etape. Un rezultat bun la maturitate presupune un aspect facial cat mai apropiat de normal, fonatie cat mai buna, corectia malocuziei, o dentitie cu aspect placut, insertie sociala de buna calitate.

CONCEPTUL DE ECHIPA TERAPEUTICA



Reconstructia si reabilitarea pacientului cu despicatora labio-palatina este in prezent, pe plan international, o munca de echipa. Imaginea "chirurgului genial", care repara totul doar cu maiestria si talentul sau, a fost de mult inlocuita de conceptul de abord interdisciplinar, iar studiile multicentrice efectuate in ultimii 20 de ani au adus numeroase modificari ale protocoalelor terapeutice, tinzand spre o corectie cu rezultate cat mai bune functionale si estetice si spre o dezvoltare armonioasa a persoanei afectate, cu numar cat mai mic de interventii. Abordarea interdisciplinara a permis si existenta unui "feed-back" informational in legatura cu calitatea rezultatelor, precum si o dezvoltare psiho-emotionala si sociala mai buna a pacientilor.

Echipa interdisciplinara implicata in ingrijirea pacientilor cu despicatori labio-palatine se compune din chirurghi plasticieni, maxilo-faciali sau/si de chirurgie pediatria cu pregatire specifica in acest domeniu, ortodontist, logoped, psiholog, ORL-ist, pediatru, genetician, asistent social. Este de preferat ca aceasta echipa sa fie reunita in acelasi asezamant si sa poata asigura pacientului si familiei acestuia toate ingrijirile si informatiile de care au nevoie. Acest tip de servicii integrate si specifice poate fi asigurat in general de spitalele complexe sau in centrele universitare, prin colaborarea armonioasa intre clinicile specializate si implicate in acest proces.

Din experienta noastra, am constatat ca numerosi adolescenti, care au beneficiat de interventii chirurgicale de foarte buna calitate in prima copilarie, nu au fost indrumati spre serviciile de ortodontie, logopedie, stomatologie si chirurgie maxilo-faciala, care ar fi putut maximiza rezultatele si ar fi adus imbunatatiri substantiale calitatii vietii lor. Majoritatea pacientilor considera si in prezent ca obiectivul tratamentului este doar inchiderea cat mai estetica a defectului facial.

Echipele chirurgicale trebuie sa aiba o experienta de minimum 40-60 de cazuri anual. Evaluarea rezultatelor trebuie sa fie continua si se incheie la maturitatea pacientului.

Numerosi factori contribuie la calitatea rezultatului; tipul propriu-zis al despicaturii (defectele severe sunt intotdeauna mai dificil de corectat si impun interventii complexe), abilitatile chirurgicale si tipul tehnicii folosite, particularitatile pacientului (cicatrice hipertrofice), complicatii postoperatorii, cooperarea familiei in cadrul programului terapeutic. Este imperios necesar ca toate aceste elemente sa fie abordate si urmarite pe toata perioada de dezvoltare a pacientului.

INFORMAREA FAMILIEI

Consideram ca este necesar ca inca de la nastere familia copilului cu despicatura sa primeasca informatii clare, pertinente, incurajatoare si realiste si sa fie dirijata pentru consultatia initiala in centrul specializat. Prezentam pentru colegii neonatologi si medici de familie un set de informatii ce pot ajuta la o mai buna intelegere de familie a acestui tip de situatie si pot preveni abandonul sau intarzierea tratamentului copiilor cu astfel de malformatii.

Despicaturile labio-palatine sunt malformatii relativ frecvente, cunoscute si tratate de multa vreme. Cauza nu este complet elucidata si nu se poate face o predictie certa asupra riscului de aparitie sau de reaparitie. Se stie insa ca unul din 500-700 de nou-nascuti este afectat in intreaga lume. Parintii care sunt ei insisi purtatori de despicatura au un risc mai mare de a avea un copil cu aceeași malformatie. Despicatura nu asociaza in mod obligatoriu alte malformatii sau deficiente (foarte multi parinti sunt terorizati de posibilitatea de a avea un copil cu handicap neuro-psihic si considera din start ca aceasta malformatie presupune un defect global si complex).

Nimeni nu este "vinovat" de aparitia malformatiei (este esential de a deculpabiliza familia, care se fixeaza adesea in atitudini de vinovatie si isi perturba evolutia armonioasa normala, ceea ce pentru copil reprezinta un risc psiho-social suplimentar).

Alimentatia sugarului cu despicatura se va face cu aceleasi produse ca pentru orice alt sugar de aceeași varsta. Modalitatea de administrare a alimentelor poate fi diferita, in functie de tipul despicaturii. Sugarii cu despicatura de buza si alveola pot fi alimentati la san daca reflexul de supt si deglutitia sunt normale. Chiar si in cazul despicaturilor incomplete, afectand palatul moale, alimentatia la san este de obicei posibila. In cazul sugarilor cu largi despicaturi labio-palatine, este necesara alimentatia la biberon, dar este de dorit sa se insiste cat mai mult pe beneficiile administrarii laptelui matern in primele 3-4 luni. Este necesara utilizarea unor tetine moi, cu baza larga, cu mai multe orificii, care sa usureze efortul sugarului si sa incurajeze dezvoltarea acestui reflex. Sugarul va fi tinut in pozitie verticala pentru a preveni refluarea laptelui in fosele nazale. Dupa alimentatie, se va curata cu atentie nasul (toate aceste proceduri trebuie demonstrate si explicate inca din maternitate si apoi de medicul de familie). Suptul si stimularea continua a cavitatii bucale faciliteaza corectiile chirurgicale ulterioare, precum si rezultatele functionale (vorbire, masticatie).

Consultatia initiala cu echipa terapeutică trebuie sa aiba loc in primele saptamani de viata si este important de explicat, inca de la inceput, etapele terapeutice, planul terapeutic individualizat,

momentele interventiilor si tipul acestora. In cazul despicatorii izolate de buza, interventia poate fi efectuata la 3-6 luni de viata, in cazul unui sugar eutrofic, clinic sanatos. Pacientul este apoi reevaluat la intervale de 6-12 luni si este posibil sa fie necesare corectii secundare. Acestea vor fi efectuate in jurul varstei de 4-5 ani, inainte ca pacientul sa fie scolarizat. In despicatoriile buzei si ale alveolei se aplica acelasi protocol descris anterior. Dupa varsta de 8-9 ani, la indicatia ortodontistului, se practica grefa alveolara cu grefon osos recoltat de la nivelul tibiei. In aceasta etapa si pe toata perioada ulterioara pana la maturitate, tratamentul ortodontic este de importanta cruciala pentru calitatea rezultatului.

In cazul pacientilor cu despicatora de palat izolata, interventia primara, reprezentand inchiderea palatului moale, poate fi practicata de la 6-8 luni de viata la sugarul eutrofic, in plina sanatate. Pentru a reduce riscul anestezic, se poate folosi protocolul "peste 10 luni de viata, peste 10 kg in greutate, Hb peste 10g\dl". In cazul pacientilor care prezinta si despicatora palatului dur, aceasta este abordata ulterior in unele centre (defectul se reduce in timp, pana spre varsta de 3 ani, cand poate fi inchis prin procedee mai simple). S-a constatat ca inchiderea primara precoce a palatului dur poate duce la afectarea dezvoltarii zonei, facies modificat inestetic si malocluzie.

In cazul despicatorilor unilaterale complete, se urmeaza protocolul descris, inclusiv grefa alveolara dupa varsta de 8-9 ani. Familia trebuie informata ca despicatoriile unilaterale cu defecte largi sunt de obicei forma clinica cel mai greu de corectat; volumul de munca, interdisciplinaritatea si buna aderenta a familiei la tratament sunt esentiale pentru a obtine un rezultat satisfactor.

In cazul despicatorilor complete bilaterale, se poate amana corectia primara a buzei si a nasului pana spre varsta de 1 an, practicand sau nu, in primele luni de viata, "lip adesion" (aceasta prima interventie nu urmareste consideratii de natura estetica, ce vor fi abordate cu ocazia corectiei propriu-zise).

Cicatricele postoperatorii pot fi rosii, supradenivelate, vizibile circa 1 an dupa interventie. Se pot produce si retractii ale cicatricei. Aceste fenomene sunt normale si trebuie explicate anticipativ, cu atat mai mult cu cat familia insista inca de la inceput pe consideratiile de natura estetica ("sa nu se mai vada nimic"). Reinterventiile frecvente pe tesut cicatriceal in evolutie vor fi si mai descumpanitoare, deci nu trebuie incurajate. Dupa incheierea programului chirurgical propriu-zis si pe parcursul adolescentei, se ia in discutie necesitatea corectiilor secundare.

Unele reinterventii urmaresc ameliorarea vorbirii; daca vorbirea nu este adecvata dupa interventia primara si tratament logopedic, se pot practica interventii de alungire a palatului moale sau de repositionare a acestuia (spre varsta de 5 ani). Familia trebuie sa inteleaga inca de la inceput ca unul din scopurile esentiale ale tratamentului chirurgical este dezvoltarea cat mai aproape de normal a vorbirii, care nu este posibila in cazul despicatorilor complete, ceea ce poate afecta grav dezvoltarea globala neuro-psihiica si sociala a copilului.

Auzul este esential pentru dezvoltarea vorbirii si trebuie testat precoce si la intervale regulate (consult ORL lunar si cu ocazia episoadelor infectioase respiratorii). In cazul copiilor cu despicatora de palat, ca urmare a malfunctiei musculaturii palatine, se produc frecvent inflamatii ale urechii medii care in trecut se soldau destul de des cu pierderea auzului. Reevaluarea frecventa ORL si tratamentul specializat sunt esentiale pentru o buna dezvoltare a copilului cu despicatori labio-palatine.

Logopedul specializat trebuie sa evalueze copilul la 12 luni de viata si sa ofere familiei informatii despre dezvoltarea vorbirii. Tratamentul propriu-zis poate incepe, daca este necesar, in jurul varstei de 3 ani. Totusi, familia trebuie sa stie ca, pentru o buna dezvoltare a vorbirii, este necesar sa se incurajeze o buna dezvoltare a suptului in perioada de sugar si sa se respecte un program chirurgical corect etapizat. Limbajul se dezvolta si prin stimulare si interactiune, parintii copiilor cu despicaturi trebuind invatati sa acorde o mare importanta comunicarii verbale.

Tratamentul ortodontic activ incepe in jurul varstei de 7 ani (ortodontistul a urmarit etapele de dezvoltare a pacientului pana la momentul interventiei active). Urmeaza etapa grefarii alveolare (8- 10 ani); spre varsta de 12-14 ani se realizeaza procedee ortodontice complexe si individualizate pentru dentitia definitiva. Pentru unii pacienti, tratamentul ortodontic poate fi necesar pana la 18-20 de ani.

Costuri - este important sa comunicam familiilor faptul ca despicatura labio-palatina este o imprejurare medicala acoperita de CNAS, deci ca au dreptul si posibilitatea de a recurge la servicii medicale complexe si specializate pentru copilul lor. Foarte multe familii, in special din mediul rural, cu nivel scazut de informare si instructie nu solicita tratament pentru copilul lor ("suntem saraci") sau solicita ajutoare banesti si "interventii gratuite". Este tot atat de adevarat ca, in unele cazuri, numai drumul catre centrul specializat poate fi o povara financiara pentru aceste familii. Credem ca este insa datoria medicului de familie si a institutiilor cu atributii in protectia copilului sa favorizeze si sa asigure accesul copiilor la tratament, sa previna abandonul si sa se asigure ca familia respecta programul terapeutic stabilit. Cazurile neglijate se soldeaza cu dezadaptari si sechele mult mai grave decat aspectul pur estetic.

Copiii purtatori de malformatii congenitale nu necesita bilet de trimitere, ci se pot prezenta direct la specialist (dar trebuie indrumati catre centrele specializate, pentru a nu rata etapele optime de tratament).

ELEMENTE DE TEHNICA CHIRURGICALA

In clinica noastra sunt operati anual 60-80 de pacienti cu despicatura de buza si palat, peste jumatate dintre interventii fiind primare. In cazul despicaturilor unilaterale aplicam principiile clasice ale procedurii Millard, folosind tehnica de rotare-avansare pentru corectarea buzei, dar cu modificarile aduse de Sallyer si Bardach, care permit o mai buna corectie initiala a diformitatii nazale. Abordarea tehnica trebuie sa fie flexibila, adaptata tipului si severitatii despicaturii, gradului particular de deplasare si hipoplazie ale buzei, nasului si structurilor osoase.

Corectiile secundare in cazul despicaturilor unilaterale se refera mai ales la ameliorarea aspectului si simetriei buzei superioare si la corectarea diformitatilor nazale reziduale. Corectiile buzei nu trebuie sa fie precoce si nici frecvente; unele dintre ele se vor ameliora in timp, ca urmare a functionalitatii buzei superioare si a presiunii exercitate de cea inferioara. Contracturile si hipertrofiile la nivelul cicatricei postoperatorii pot beneficia de masaj cu unguente cu vitamina E sau de aplicarea unor medii de contact (folii sau gel de silicon). La intervale de 2-3 ani se pot corecta diformitatile restante, folosind tehnica initiala si, la nevoie, plastii pentru refacerea simetriei. Desi interventia primara corecteaza partial diformitatea nazala, in majoritatea cazurilor de despicatura unilaterala completa

sunt necesare interventii secundare, dupa varsta de 8-12 ani, menite sa atenuze asimetria narinelor, deviatia columellei si a septului. Toate acestea pot fi realizate intr-o singura interventie, dupa tehnica Bardach, sau pot fi abordate secvential, in functie de nevoile si prioritatile pacientului.

In cazul despicatorilor bilaterale, corectia primara a buzei si cea a nasului depind de forma clinica; in formele cu defecte simetrice se pot inchide ambele parti intr-o singura interventie, cu abordarea partiala si a diformitatii nazale. In unele cazuri cu defect asimetric se poate recurge la o corectare in doua etape; corectand initial partea cea mai sever afectata, ceea ce va stimula dezvoltarea si va permite o corectie ulterioara a diformitatilor restante. In practica este insa foarte greu sa convingi familia ca este mai indicat sa recurgi initial la lip-adezion sau la o corectie chirurgicala in etape. Nevoia de corectii secundare in cazul formelor bilaterale se refera de obicei la insuficienta buzei superioare pe linia mediana, asimetria conturului. Diformitatile nazale secundare sunt caracteristice: columella scurta, varful nasului latit, narine plate cu orientare orizontala, cu baza deplasata lateral. De cele mai multe ori, corectia secundara a buzei este posibila prin procedee locale. In foarte rare cazuri este necesara recurgerea la procedeul Abbe, care foloseste tesut provenind din buza inferioara. Corectiile secundare pot fi initiate dupa varsta de 6-7 ani.

CONCLUZII

Consideram ca acest tip de malformatie congenitala reprezinta o problema majora si complexa de sanatate publica ce trebuie abordata sistematic si interdisciplinar, dupa principiile moderne. Scopul acestor demersuri este, desigur, si obtinerea unor rezultate individuale cat mai bune ("operatii frumoase"), dar mai ales asigurarea unei dezvoltari cat mai aproape de normal a acestor copii, asigurarea unei cat mai largi accesibilitati la serviciile si centrele specializate, prevenirea cazurilor de abandon din cauza diformitatii sau de abandonare a tratamentului. Din experienta dobandita in cadrul echipelor internationale care ne viziteaza, am observat ca exista, la nivel national, o neuniformitate a serviciilor, o multitudine de rezultate incomplete, o lipsa de informare in legatura cu acest subiect la nivelul asistentei neonatale si primare. Am observat si tendinta unei categorii de pacienti de a "astepta pana anul viitor" sau pana la ivirea unei solutii "miracol" si "gratuite", ca si cautarea disperata a unei corectii cat mai estetice, dar fara urmarirea elementelor esentiale de functionalitate. Toate aceste atitudini sunt, de altfel, si deosebit de nedrepte pentru numeroasele echipe de specialisti care asigura in Romania tratamentul acestei malformatii si pentru volumul deosebit de munca pe care aceste echipe il dezvolta. Aspectul social pe care despicatora de buza si palat il implica va putea fi ameliorat doar prin colaborarea armonioasa a echipelor terapeutice, abordul interdisciplinar, sprijinul psihologic si educational asigurat familiilor si prin adoptarea protocoalelor internationale actuale.

BIBLIOGRAFIE

1. Stal S., Cherbret L., McElroy C. The Team Approach in the Management of Congenital and Aquired Deformities - Clinics in Plastic Surg., Saunders, oct. 1998.
 2. Stal S., Klubec M., Taylor T.D. et al. Algoritms for the Treatment of Cleft Lip and Palate - Clinics in Plastic Surgery, Saunders, oct. 1998.
 3. Lilja Jan, Friede H., Johanson B. Changing Philosophy of Surgery of the Cleft Lip and Palte in Goteborg, Sweden.
 4. Marks W.W., Marks C. Funadamentals of Plastic Surgery - Saunders, 1997.
 5. Revol M., Servant J.M., Manuel de Chirurgie Plastique, reconstructrice et esthetique.
 6. Marazita M.L., Mooney M. Current Concepts in the Embriology and Genetics of the Cleft Lip and Palate - Clinics in Pl. Surg., Saunders, apr. 2004.
 7. Carstens M.H. Functional Matrix Cleft Repair - Clinics in Pl. Surg, apr. 2004.
 8. Salyer K.E., Genecov E.R., Genecov D.G. Unilateral Cleft Lip- Nose Repair, Long Term Outcome- Clinics in Pl. Surg., Saunders, apr. 2004.
 9. Mulliken J.B. Bilateral Cleft Lip - Clinics in Pl. Surg., Saunders, apr. 2004.
 10. Sandove A.M., Culp J.A. Cleft Palate Repair, Art and Issue- Clinics in Pl. Surg., apr. 2004.
 11. Marsh J.L. The Evaluation and management of Velopharyngeal Disfunction - Clinics in Pl. Surg. - Saunders, apr. 2004.
 12. Evans C.A. Orthodontic Treatment for Patients with Clefts - Clinics in Pl. Surg, Saunders, apr. 2004.
 13. Salyer K.E. Atlas of Craniofacial and Cleft Surgery, Lippincott, Raven, 1999.
 14. Kapp-Simon K.A. Psychological Issues in Cleft Lip and Palate, Clinics in Pl. Surg. - Saunders, apr. 2004.
 15. Daw J.L., Patel P.K. Management of Alveolar Clefts - Clinics in Pl.Surg.-apr.2004.
 16. Shetye P.R. Facial rowth in Adults with Unoperated Clefts - Clinics in Pl. Surg., Saunders, apr. 2004.
-