Despicături labio-maxilo-palatine

Carlos Navarro Vila

Despicăturile labio-maxilo-palatine („buza de iepure", „gura de lup") sunt malformații congenitale caracterizate prin întreruperea continuității buzei superioare, a procesului alveolar superior, a palatului dur sau a vălului palatin.

Despicăturile labiale ocupă locul doi ca frecvență, reprezentând 13% din totalul malformațiilor congenitale. Raportat la grupurile rasiale, incidența cazurilor este de 1/800-1000 nou-născuți la rasa albă, 1/2500 la rasa neagră, în timp ce rasa orientală cunoaște cele mai numeroase cazuri – 1,7‰. Legat de întindere și localizarea despicăturii, aceasta este unilaterală în 70% din cazuri – partea stângă fiind mai afectată decât cea dreaptă; bilaterală în 20% și asociată cu despicătura palatină în 70% din cazuri. Este mai frecventă la sexul masculin decât la sexul feminin. Formele bilateral-asimetrice reprezintă 9%.

Embriologie

Formarea şi dezvoltarea embriologică a structurilor faciale se desfăşoară în săptămânile 5-8 de viaţă intrauterină, astfel încât embrionul de 34 de zile va avea:

1.procesul nazal lateral
2.procesul nazal medial
3.procesul nazo-maxilar
4.procesul mandibular
5.şanţul ce separă procesul nazal lateral de procesul maxilar
6.şanţul ce separă procesul nazal medial de cel maxilar (Fig. 16.1).

Între ziua a 34-a şi ziua a 38-a are loc fuziunea proceselor embrionare faciale, astfel încât la sfârşitul săptămânii a 8-a dezvoltarea feţei este aproape încheiată[1]. În paralel, în săptămâna a 5-a se formează şi palatul primar prin fuzionarea proeminenţelor nazale mediane (Fig. 16.2).

Palatul secundar se va forma în săptămâna a 7-a după coborârea limbii care are o poziţie înaltă în contact cu septul nazal. Procesele laterale palatine, palatul primar şi septul nazal vor fuziona pe linia mediană, astfel încât între săptămânile 7-12 procesul de fuziune este total. Orice mecanism care perturbă aceste procese condiţionează apariţia despicăturilor faciale.

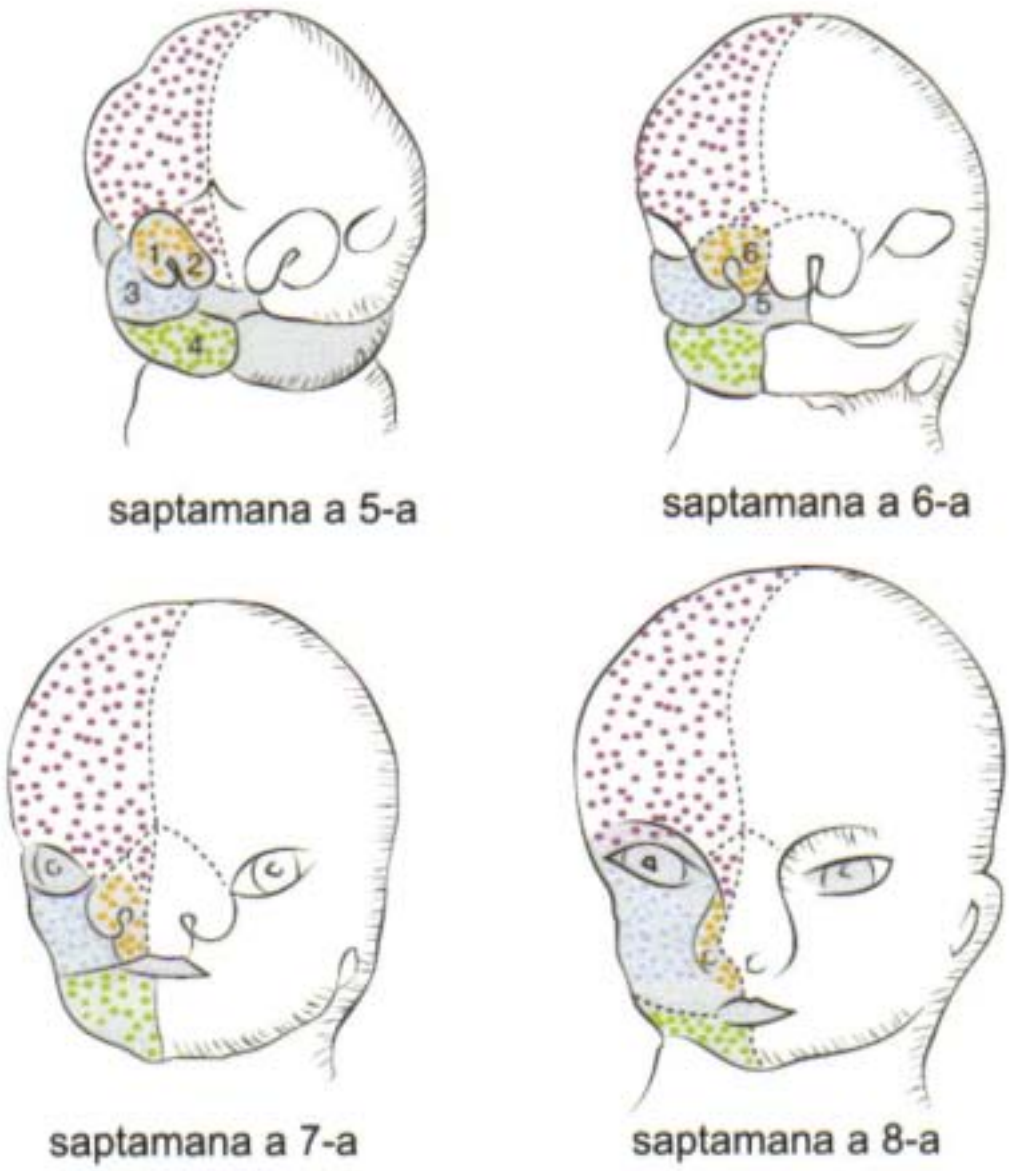

Figura 16.1. Dezvoltarea embriologică în săptămânile 5-8 intrauterine. 1 = procesul nazal lateral; 2 = procesul nazal medial; 3 = procesul maxilar; 4 = procesul mandibular.

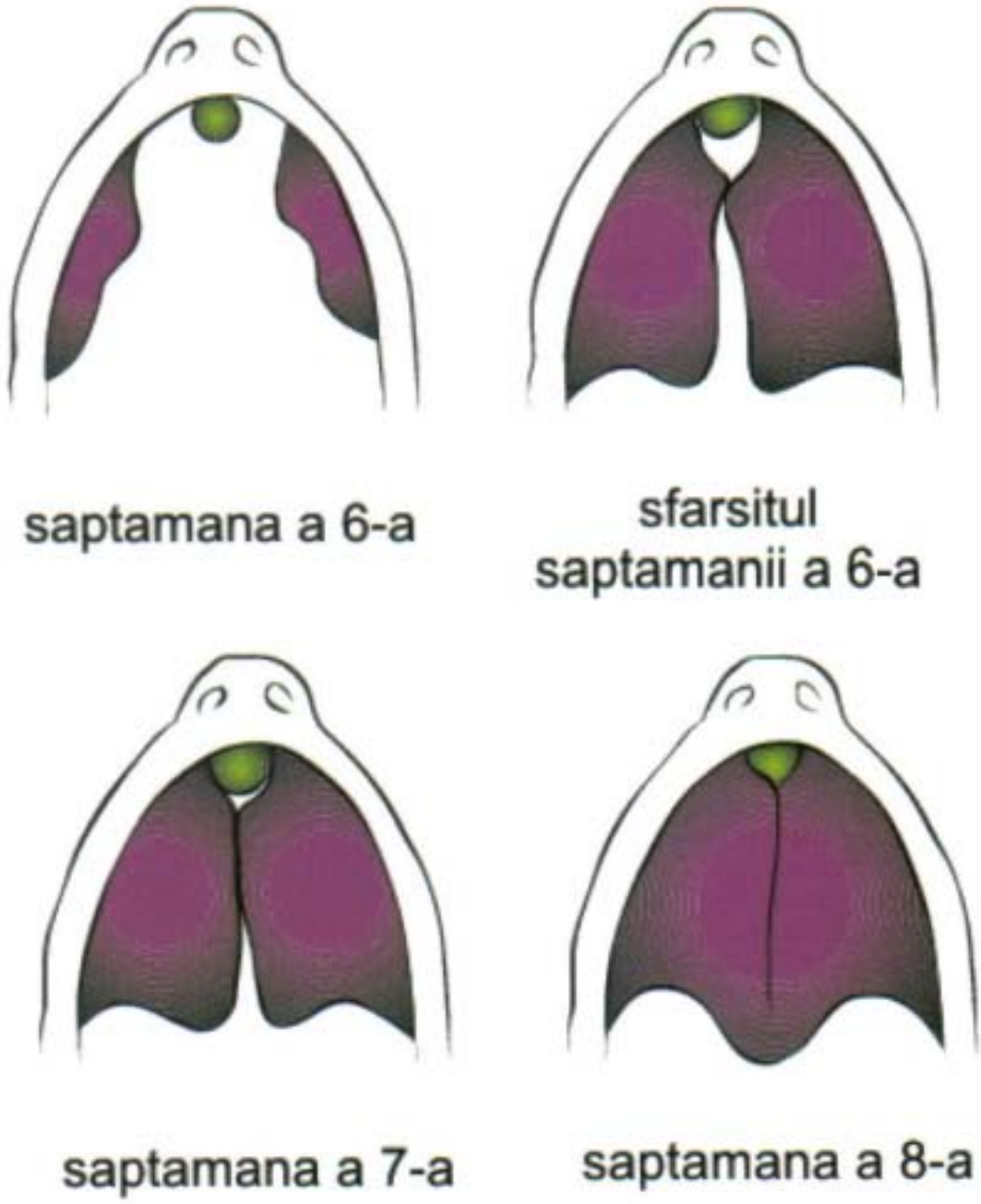

Figura 16.2. Formarea structurilor palatinale în săptămânile 6-8 de viață intrauterină.

Etiopatogenie

1. Factorii genetici sunt importanţi, dar nu determinanţi.

La pacienţii cu despicături labiale sau palatine s-a observat că un procent de 25-30% dintre aceştia avea în antecedentele heredocolaterale un caz cu malformaţie facială. Prin studii familiale, s-a putut deduce transmiterea defectelor congenitale: la un adult cu despicătură în antecedente şi al cărui prim născut are aceeaşi afecţiune, riscul ca cel de-al doilea născut să prezinte aceeaşi malformaţie este între 17-20%.

Fosetele congenitale ale buzei inferioare sunt genetic asociate cu despicături labiale. De asemenea, despicăturile labiale pot coexista în cadrul unor malformaţii cranio-faciale cum sunt:
- sindromul Pierre-Robin ce evoluează cu micrognaţie, retrognaţie, glosoptoză şi despicătură palatină;
- sindromul Patau (trisomia 13-15) caracterizat prin despicătură labio-palatină, malformaţii cardiace, oculare, arinencefalie (Fig. 16.3);
- sindromul Klippel-Feil caracterizat prin cheilo-palato-skizis, sudarea vertebrelor cervicale;
- trisomia 17-18 (sindromul Edwards) ce evoluează cu malformaţii cardiace, renale, oculare, osoase şi cheilo-palato-schizis;
- sindromul Down (trisomia 21) la care despicătura labială este prezentă la 6% din cazuri;
- sindromul velo-cardio-facial;
- sindromul „cri du chat";
- sindromul Optiz (Fig. 16.4).

După Gorlin, aproximativ 60 de sindroame coexistă cu despicături faciale.

2. Factorii de mediu acţionează în momentul fuziunii dintre procesele nazale, maxilare şi mandibulare. Există mai multe grupe:
- agenţi infecţioşi: virusurile rubeolei, incluziunilor citomegalice, toxoplasmozei
- radiaţiile:Rx, ionizante
- medicamente (thalidomida)
- droguri
- hormoni steroizi
- deficienţe nutriţionale în special aminoacizi esenţiali şi vitamine.

Fetopatia rubeolică se caracterizează prin despicătură labio-palatină, anoftalmie şi malformaţii cerebrale compatibile sau nu cu viaţa.

Figura 16.3. Sindrom Patau – aspect clinic. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Figura 16.4. Sindrom Optiz – aspect clinic. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Figura 16.5. Fetopatie rubeolică – aspect clinic. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Diagnosticul prenatal

Diagnosticul despicăturilor de buză și/sau palat se poate stabili prenatal printr-un examen ecografic ce se practică la 20 de săptămâni de viață fetală (Fig. 16.6). În cazul existenței unor malformații, din acel moment se stabilește colaborarea cu medicul chirurg ce se va extinde până în jurul vârstei de 14 ani a copilului.

Figura 16.6. Imagine ecografică 3D a unui făt cu despicătură labială. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Importanța informării părinților

Este necesar ca specialiștii implicați în tratamentul curativ al copiilor cu despicături să explice părinților aspectele clinice ale malformațiilor, implicațiile acestora, eventuala patologie asociată precum și etapele tratamentului. Echipei medicale îi revine sarcina de a informa părinții asupra metodelor de reabilitare morfo-funcțională și facială (a copiilor afectați) atât prin conversații repetate cât și prin prezentarea altor cazuri aflate în diferite etape de tratament.

Servicii specializate

Tratamentul pacienților cu despicături trebuie realizat și centralizat în servicii chirurgicale specializate. De referință sunt țările Scandinave unde există cea mai bună organizare în spitalele profilate pe tratarea despicăturilor. Echipa de specialiști va cuprinde: chirurg, ortodont, logoped, foniatru, ORL-ist și eventual psiholog.

Pentru fiecare caz se va face o informare completă a părinților despre programul terapeutic general începând cu etapa prechirurgical-ortopedică (plăcuța maxilară) și continuând cu celelalte etape chirurgicale propriu-zise în funcție de particularitățile cazului și de tehnicile alese.

De asemenea, tot la primul consult părinții vor fi avizați în legătură cu dificultatea alimentației nou-născutului, modul de utilizare a plăcii maxilare și măsurile riguroase de igienă orală.

Relaționarea familiilor afectate

În planul general de tratament, se sugerează părinților comunicarea și contactarea altor familii, în scopul susținerii reciproce în cadrul organizat al unor asociații constituite. Tipul acesta de relații și-a demonstrat utilitatea atât în discuțiile dintre părinții care nu au cunoscut tipul acesta de patologie și cei care au copilul în etape avansate de tratament, cu rezultate în ceea ce privește armonia maxilo-facială și fonația.

Sfatul genetic

În discuțiile dintre medic și părinți se ivește de multe ori întrebarea „Cum și de ce apare această anomalie de dezvoltare?" și atunci vom explica ce reprezintă acest tip de malformație, că apare în săptămâna 6-7 de sarcină, perioadă când se formează structurile ce vor constitui fața. Un alt aspect ce-i preocupă pe părinți se referă la riscul apariției malformației și la alți viitori copii. Studiile genetice realizate pe subiecți cu despicături labio-palatine nu au confirmat apariția constantă a anomaliei pe mai multe generații.

La nivel cromozomial, nu s-au constatat anomalii.

În majoritatea cazurilor întâlnite, nu au existat malformații în antecedentele familiale. Am observat de asemenea, că în familiile unde a existat un copil cu despicătură labială și/sau palatină, ceilalți copii au prezentat aceeași malformație. Probabilitatea ca și ceilalți copii să fie afectați crește considerabil în familiile cu antecedente de acest tip, dar fără a deveni o regulă. Părinții vor fi avizați că nu este obligatoriu ca și ceilalți copii să prezinte aceeași patologie.

Măsuri de igenă și indicații în alimentația copiilor cu despicături labio-maxilo-palatine

Copiii cu despicătură pot fi alimentați ca și ceilalți copii, pentru că există variate posibilități. În unele cazuri, hrănirea se realizează fără dificultăți încă de la naștere, iar la alții alimentarea reprezintă o adevărată problemă raportată și la tipul de despicătură.

Amploarea tulburărilor mecanice depinde de aspectul despicăturii, dacă aceasta este o despicătură labială simplă sau una labio-palatină, dacă este unilaterală sau bilaterală și însoțită de hipoplazia segmentelor maxilare.

Acolo unde există dificultăți în alimentația copilului este necesară adaptarea tipului de tetină și a orificiului de ieșire al laptelui, pentru a facilita succiunea. Astfel, există tetine speciale, destinate copiilor cu despicătură și care închid orificiul de comunicare oro-nazal fiind însă utilizate în cazuri extreme. În alte cazuri, alăptarea copilului se realizează normal și chiar se indică alimentarea cu lapte matern.

De obicei, îndemnăm părinții să utilizeze o tetină obișnuită cu un orificiu adaptat, iar pentru a facilita ieșirea laptelui să utilizeze presiunea degetelor. Se vor utiliza tetine speciale, doar atunci când alimentarea se realizează cu multă dificultate.

Alimentarea orală trebuie instituită, indiferent de întinderea despicăturii și în toate cazurile se va evita hrănirea prin sonda nazogastrică, mai ales dacă reflexul de succiune a fost deja creat. Au existat copii alimentați prin sondă și care apoi au căpătat reflexul de succiune lent și foarte dificil. După fiecare masă trebuie igienizată cu atenție zona de despicătură cu o compresă umedă sau mici bețișoare cu vată/bumbac cum sunt cele utilizate în curățarea urechilor. Dacă s-au format cruste, acestea se vor îndepărta cu vaselină.

Clasificarea depicăturilor de buză

Există multe clasificări propuse de diverși autori, dintre care sunt prezentate în continuare doar câteva dintre acestea. În practica de specialitate din România, cea mai utilizată clasificare este cea propusă de V. Popescu.

Clasificarea Veau

Clasificarea propusă de *Veau*[2] este următoarea:

Clasificarea despicăturilor labiale (după Veau)

1. DLc (Despicătură labială „cicatricială") – despicătură labială cicatricială sau forma minoră (schițată).

Clinic se prezintă ca o mică dehiscență în roșul de buze sau în *phyltrum*.

2. DLUS (Despicătură labială unilaterală simplă)

Apare ca o dehiscență ce cuprinde roșul de buze și se extinde variabil și în părțile moi labiale (tegument) până la șanțul nazo-labial, fără afectarea acestuia. Uneori, orificiul narinar de partea afectată este ușor lărgit. Procesul alveolar este integru, dar pot exista anomalii dentare de tipul ageneziilor sau dinți supranumerari.

3. DLUT (Despicătură labială unilaterală totală)

În acest caz, malformația afectează toată structura buzei până la palatul primar. În majoritatea cazurilor se asociază cu despicătură palatină și atunci lipsește și palatul dur. Dacă nu se asociază cu despicătură palatină, podeaua nazală este mult mai lată, aripa nazală este distorsionată cu cartilaj alar aplatizat și columela deviată.

4. DLBS (Despicătură labială bilaterală simetrică)

Este vorba despre o despicătură simplă bilaterală. După cum indică și numele, defectul are același aspect clinic bilateral, neafectând osul alveolar sau podeaua nazală.

5. DLBA (Despicătură labială bilaterală asimetrică)

Defectul labial congenital este bilateral, dar cu aspect diferit. Într-o parte există despicătură totală iar în cealaltă o despicătură simplă, tabloul clinic fiind foarte variat. De obicei se asociază cu despicătură palatină simplă sau totală.

6. DLBT (Despicătură labială bilaterală totală)

În acest caz de complexitate majoră, despicătura labială este totală și bilaterală. Aproape întotdeauna se asociază cu despicătură palatină bilaterală totală. Regiunea labială este divizată în trei părți: două laterale și una centrală, denumită prolabium, cu aspect hipoplazic și sărac în ceea ce privește inserția fibrelor musculare. Procesul alveolar fiind despicat bilateral, generează trei porțiuni: una centrală – premaxila –, unită cu septul nazal și vomerul, și două părți laterale.

7. DLC (Despicătură labială centrală)

Cazul este de o complexitate majoră, buza este despicată pe linia mediană, structurile medio-faciale sunt hipoplazice, malformațiile cerebrale asociate și aflate de asemenea pe linia mediană sunt incompatibile cu supraviețuirea.

Clasificarea despicăturilor palatine (după Veau)

Criteriile de clasificare a despicăturilor labiale stau și la baza clasificării despicăturilor palatine. Astfel, există două mari grupe: despicături palatine simple și totale. În cele simple este afectat în grad variabil palatul secundar, iar în cele totale atât palatul secundar cât și cel primar.

1. DPs (Despicătură palatină submucoasă) – caz în care este afectată doar musculatura velo-palatină, mucoasa acoperitoare fiind integră. De obicei, se asociază cu despicarea luetei.

2. DPSs (Despicătură palatină simplă cu stafiloschisis) – interesează vălul palatin pe o întindere variabilă – 1/2, 2/3 sau în totalitate. Palatul dur este integru.

3. DPSu+s (Despicătură palatină simplă cu urano-stafiloschisis) – interesează vălul palatin în totalitate și parțial palatul dur, până la orificiul nazo-palatin, ce reprezintă limita (embriologică) dintre palatul secundar și cel primar. Procesul alveolar și implicit arcada maxilară sunt integre.

4. DPUT (Despicătură palatină unilaterală totală) – interesează vălul palatin, palatul dur și unilateral procesul alveolar. Podeaua nazală lipsește de partea despicată, astfel încât este posibilă comunicarea largă oro-nazală.

5. DPBT (Despicătură palatină bilaterală totală) – interesează atât palatul secundar cât și cel primar bilateral. Premaxila, aflată central și despărțită de cele două segmente maxilare se unește doar cu septul nazal până la vomer, acesta din urmă fiind vizibil pe linia mediană în porțiunea distală a despicăturii. Lipsește planșeul nazal, iar comunicarea oro-nazală este completă.

6. DPC (Despicătură palatină centrală) – despicătura palatină aflată pe linia mediană se asociază cu agenezia, de prolabium și hipoplazia structurilor anatomice medio-craniene.

7. DPA (Despicătura procesului alvolar) – afectează palatul primar prin lipsa de fuziune cu palatul secundar.

Despicătura, localizată la nivelul procesului alveolar uni/bilateral, se asociază întotdeauna cu despicătură labială unilaterală totală.

Clasificarea Valerian Popescu

Valerian Popescu[1] (1964) face o clasificare bazată pe criterii morfologice și embriologice:

A. Despicături parțiale:

1 - Anterioare - care interesează în diferite grade structurile palatului primar:

a. incomplete (uni sau bilaterale);
b. complete (uni sau bilaterale);

2 - Posterioare - care interesează structurile palatului secundar:

a. incomplete;
b. complete;

B. Despicături asociate

C. Despicături totale:

a. unilaterale;
b. bilaterale.

Despicăturile parțiale anterioare

interesează segmentul labio-nazo-alveolar, uni sau bilateral. În funcție de gradul de interesare al structurilor segmentului respectiv, autorul distinge mai multe forme anatomo-clinice pe care le clasifică în subgrupele următoare:

a. despicături anterioare incomplete (cheilo-schizis) care interesează numai țesuturile moi labio-narinare pe întinderi diferite. În acest grup se diferențiază două grade:

• gradul 1 - despicătura afectează părțile moi ale buzei, putând fi simple schițe (echivalență minoră);

• gradul 2 - despicătura afectează buza superioară în totalitate și pragul narinar unilateral sau bilateral;

b. despicături anterioare complete (cheilo-gnato-schizis) care interesează buza superioară în totalitate, pragul narinar și procesul alveolar (unilateral sau bilateral)

Despicăturile parțiale posterioare (urano-stafilo-schizis) care interesează palatul secundar (palatul dur și vălul palatin), și în acest caz, în funcție de afectarea segmentului respectiv, se pot distinge mai multe forme clinice:

a. despicături posterioare incomplete limitate la luetă și vălul palatin, și în acest grup sunt diferențiate două grade:

• gradul 1 - despicătura afectează numai lueta;

• gradul 2 - despicătura afectează atât lueta cât și vălul palatin;

b. despicăturile posterioare complete interesează integral structurile palatului secundar, adică bolta palatină pe întinderi variabile, vălul și lueta.

Despicăturile totale (cheilo-gnato-stafilo-schizis) rezultă din asocierea despicăturilor anterioare și posterioare complete, interesând buza superioară, pragul narinar, creasta alveolară, palatul dur, vălul palatin și lueta. Ele pot fi:

a. despicături totale unilaterale care interesează palatul primar pe o singură parte: despicătura posterioară este pe linia mediană, vomerul atașat de partea sănătoasă poate accentua asimetria;

b. despicături totale bilaterale în care diviziunea anterioară trece de o parte și de alta a bontului median, devenit mai mult sau mai puțin proeminent și se continuă cu o diviziune unică velopalatină mediană în centrul căreia se găsește vomerul. În formele bilaterale, despicătura palatului primar poate fi incompletă în una din părți.

Despicăturile asociate rezultă din asocierea formelor incomplete ale despicăturilor anterioare de gradul 1 sau 2 cu diverse forme posterioare, fiind respectată parțial sau total integritatea procesului alveolar.

Despicătura segmentului labio-nazal poate fi uni sau bilaterală în timp ce despicătura segmentului velo-palatin este de obicei mediană.

Clasificarea LAHSAL

De multe ori s-a încercat realizarea unui sistem universal acceptat de clasificare a despicăturilor labio-maxilo-palatine. Cel mai notabil sistem a fost cel „în Y", dezvoltat de *Kernahan*[4]. După modificări succesive ale acestui sistem de notare, în prezent se folosește clasificarea LAHSAL, realizată de *Kreins*[5], la recomandarea *Royal College of Surgeons* din Marea Britanie. În

Despicătură completă bilaterală	L A H S A L
Despicătură completă a buzei, de partea dreaptă	L . . . . .
Despicătură incompletă a buzei și procesului alveolar, de partea stângă	. . . . a l
Despicătură incompletă a palatului dur, completă a vălului palatin	. . h S . .

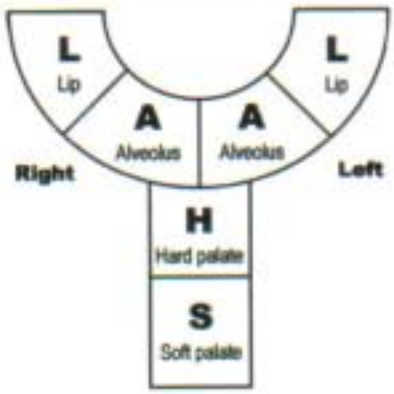

Figura 16.7. Reprezentarea schematică a clasificării LAHSAL.

această clasificare, a fost eliminat cel de-al doilea „H" (vezi în continuare), care simplifică notarea, dar nu permite încadrarea despicăturilor duble (bilaterale) ale palatului dur, care de altfel sunt extrem de rare. Sistemul LAHSAL este compatibil cu sistemul ICD 10[6] și cu registrul informatizat CRANE[7] (Fig. 16.7).

Codificarea LAHSAL este formată din inițialele în limba engleză a diferitelor structuri anatomice afectate de despicături. Structurile interesate pot fi ilustrate „în Y" și sunt reprezentate de:

- L = right Lip (hemibuza dreaptă);
- A = right Alveolus (procesul alveolar de partea dreaptă);
- H = Hard palate (palatul dur);
- S = Soft palate (palatul moale; vălul palatin);
- A = left Alveolus (procesul alveolar de partea stângă);
- L = left Lip (hemibuza stângă).

Se va avea în vedere faptul că notarea se face de la dreapta la stânga pacientului. Se indică prezența unei despicături complete cu majusculă (de exemplu „H"), a unei despicături incomplete cu minusculă (de exemplu „s") și lipsa afectării cu punct. De exemplu:

Tratamentul despicăturilor de buză

Despicătura unilaterală simplă

Interesează părțile moi ale buzei pe o treime din întinderea acesteia sau până la șanțul nazo-labial, podeaua nazală fiind întotdeauna integră. În acest caz, ca de altfel și în celelalte cazuri de despicături labiale, mușchiul orbicular este divizat într-un fascicul intern, inserat pe spina nazală anterioară, columelă și marginile despicăturii și un fascicul extern inserat pe aripa nazală și de asemenea pe marginea despicăturii. Punerea în tensiune a fibrelor musculare (râs, plânset) accentuează malformația, astfel încât columela cât și aripa nazală deviază de partea afectată. Mușchiul aflat în repaus bombează porțiunea aflată extern de despicătură (Fig. 16.8).

Figura 16.8. Despicătură labială unilaterală simplă. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Pentru corecția chirurgicală a despicăturilor unilaterale simple, mai mulți autori au propus diverse tehnici, dar în opinia noastră, tehnica chirurgicală cu cel mai bun rezultat este cea a triunghiurilor echilaterale, propusă de Réné Malek, deoarece se păstrează dimensiunea buzei până la șanțul nazo-labial (Fig. 16.9). În multe cazuri, s-au obținut bune rezultate utilizând și tehnica Millard de rotație-avansare. Dar, indiferent de tehnica utilizată, este foarte important ca lambourile obținute să fie complet libere, fără inserții musculare, astfel încât rotația și avansarea acestora să se facă fără tensiune, pentru a permite refacerea corectă a planurilor chirurgicale și cicatrizarea ulterioară.

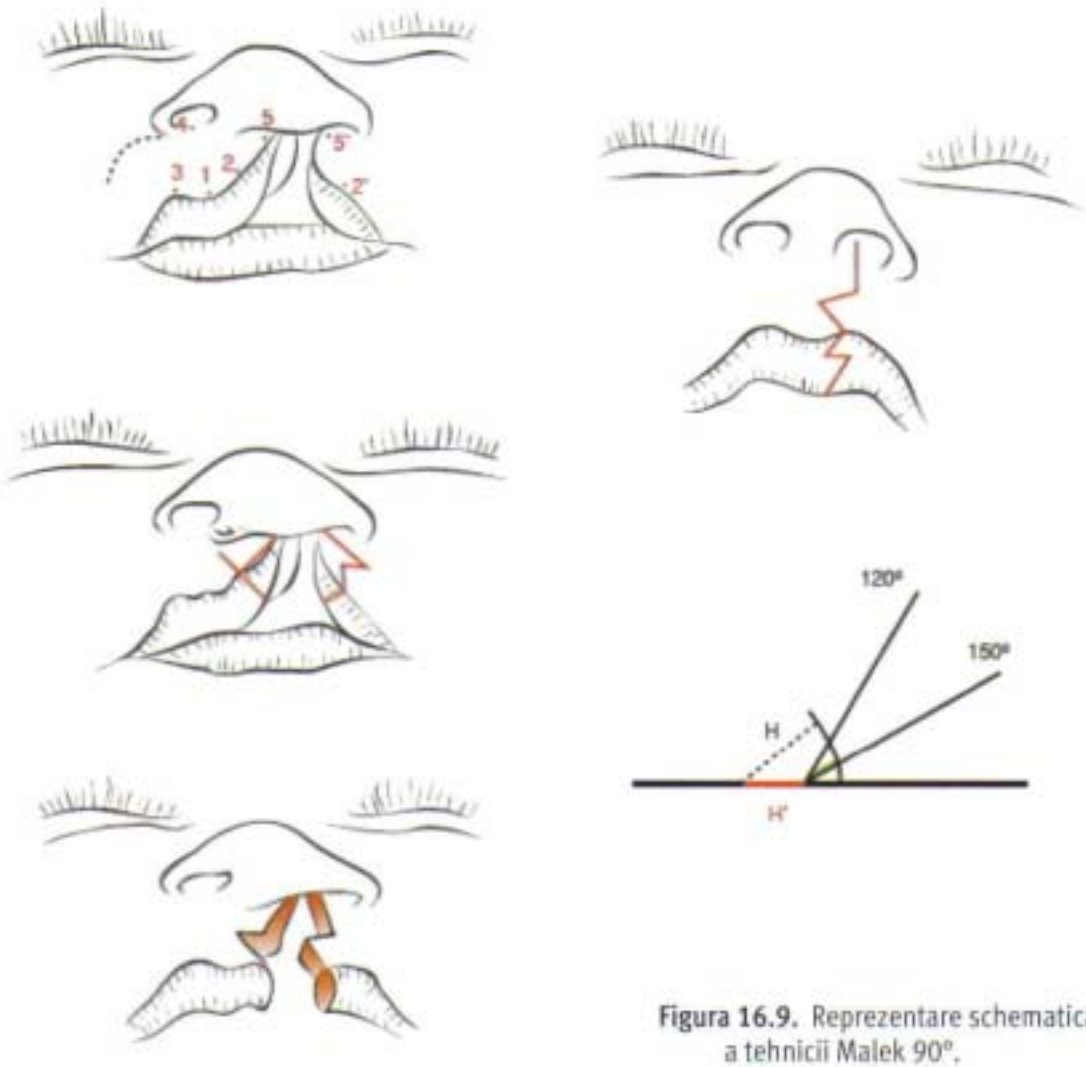

Figura 16.9. Reprezentare schematică a tehnicii Malek 90°.

Figura 16.10. Despicătură labială unilaterală simplă: a – marcarea liniilor de incizie; b – aspectul suturii imediat postoperator.(cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Pentru a obţine un rezultat estetic şi o bună funcţionalitate, atât în statică cât şi în dinamică este fundamental să se refacă continuitatea muşchiului orbicular.

Se începe cu marcarea (cu tuş chirurgical) a unor puncte de referinţă fundamentale (Fig. 16.10):

1.centrul arcului Cupidon

2.vârful extern al arcului Cupidon

3.vârful intern al arcului Cupidon

4.planşeul nazal de partea sănătoasă

5.planşeul nazal de partea cu despicătura (porţiunea internă)

5' planşeul nazal de partea cu despicătura (porţiunea externă)

2' punctul în care buza îşi pierde grosimea normală.

Trebuie acordată o atenţie sporită marcajului corect al punctelor şi mai ales 5 şi 5', pentru că orice greşeală îngustează sau măreşte orificiul narinar comparativ cu cel de partea sănătoasă. În continuare, vom descrie tehnica Malek folosită în majoritatea cazurilor, ce utilizează triunghiurile echilaterale.

În funcţie de tehnica utilizată (Malek 60^0 sau Malek 90^0), se vor trasa liniile de incizie cu ajutorul unui raportor marcat care să indice 120^0 sau 150^0. Dacă hipoplazia bontului labial este moderată, se foloseşte tehnica 60^0, iar dacă hipoplazia este severă recurgem la tehnica 90^0. Cu un compas fin marcăm înălţimea H' ce măsoară dimensiunea verticală a buzei de partea despicată şi pe care o translăm pe linia orizontală a raportorului.

În continuare, măsurăm înălţimea H de partea sănătoasă şi cu compasul, utilizând ca ax de rotaţie cel aflat în punctul distal al distanţei H', intersectăm dimensiunea H cu laturile unghiurilor de 120^0 sau 150^0 obţinând astfel lungimea „X" ce reprezintă latura triunghiului echilateral.

Toate aceste dimensiuni le translăm şi pe câmpul operator. Apoi unim printr-o linie punctele interne 2 şi 5. Peste acesta, pornind din punctul 2 marcăm distanţa „X" şi acolo obţinem alt vârf al triunghiului echilateral, dacă tehnica aleasă este cea de 60^0; pentru tehnica de 90^0 translăm distanţa „X" pe linia trasată din punctul 2, perpendicular pe distanţa 2-5. De partea externă, pornind din punctul 5' trasăm un arc echivalent cu distanţa H'. Pe linia 2'-5' suprapunem distanţa X. Din punctul distal „X" trasăm un arc, de aceeaşi lungime, „X" şi apoi din punctul 2' ca ax de rotaţie, un al treilea arc, obţinând astfel un triunghi. Cu bisturiul cu lamă 15 şi 11, aşezat perpendicular, se trasează liniile de incizie, secţionând pielea şi stratul muscular până la mucoasă.

În continuare, se incizează pe liniile trasate până în fundul de sac vestibular (punctele 5 şi 5'). Planul de disecţie va fi între stratul muscular şi mucoasă, astfel încât degajarea acesteia să permită avansarea şi sutura pe linia mediană. Se trece apoi la confecţionarea lambourilor, secţionând stratul muscular pe toată grosimea lui, pentru ca rotaţia, avansarea şi îmbinarea acestora să se realizeze lejer şi fără tensiune. După incizia şi decolarea mucoasei din vestibul, se desprinde atent şi periostul aderent de spina nazală anterioară şi podeaua nazală, manevră ce va permite repoziţionarea aripii nasului.

Primul fir de sutură (monofilament 5/0) reconstruieşte orificiul narinar (între punctele 5 şi 5') după care se suturează mucoasa vestibulară pe linia mediană (cu fir de mătase 3/0). Continuitatea planului muscular se reface pornind din cele două vârfuri ale lambourilor triunghiulare către spina nazală anterioară.

Ca procedeu, toate aceste fire trecute de-o parte şi de alta a lambourilor, mai întâi se aşază pe plan, urmând a fi strânse ulterior. Primul fir este ultimul care se secţionează. După îmbinarea lambourilor, urmează sutura la tegument, primul fir fiind plasat la joncţiunea cutaneo-mucoasă (între punctele 2 şi 2') urmând ca toate celelalte fire să refacă morfologia, faţa tegumentară a buzei şi în final roşul buzei. Pentru conformarea acestuia, de cele mai multe ori utilizăm plastia în „Z" la nivelul vermilionului.

Despicătura unilaterală totală

Interesează în totalitate părţile moi labiale, planşeul nazal şi procesul alveolar. Dacă se asociază şi cu despicătură palatină unilaterală totală, atunci tabloul clinic este mult mai complex.

Despicătura vizibilă în repaus devine mai amplă atunci când copilul plânge sau râde. Fibrele muşchiului orbicular, anormal inserate pe marginile despicăturii, columelă şi aripa nazală, produc deformarea acestor structuri – devierea columelei de partea sănătoasă, aplatizarea şi orizontalizarea aripii nasului.

Toate aceste malformaţii de părţi moi se asociază, în majoritatea cazurilor, cu despicătură palatină unilaterală totală, ce presupune hipoplazia şi retropoziţia segmentului maxilar extern cu rotaţia spre anterior şi în afară a segmentului intern. Se amplifică astfel distorsiunea părţilor moi.

În 10% din cazuri, tabloul clinic diferă, în sensul că există o porţiune cutaneo-mucoasă, aşezată superior şi care, nedespicată fiind, exercită un rol benefic, împiedicând distorsiunea altor structuri, atât în părţile moi cât şi în cele osoase.

Această porţiune de ţesut sănătos, cunoscută sub denumirea de banda Simonart se va secţiona intraoperator.

Tratamentul ortopedic prechirurgical

În formele clinice de despicătură labială unilaterală totală cu hipoplazie severă şi comunicare largă oro-nazală, se indică utilizarea plăcuţei palatinale pentru o repoziţionare a segmentelor alveolare. Ideal este ca aceasta să se aplice din primele zile de viaţă.

Dacă, după primul consult, medicul decide asupra beneficiului acestui tip de tratament, procedează la amprentarea maxilarului (la minimum 2 ore de la ultima masă a copilului). Se folosesc linguri maxilare mici şi ca material de amprentare alginatul cu priză rapidă.

Anterior amprentării, se verifică lingura maxilară pentru a acoperi cât mai bine zona de despicătură. Asupra lingurii se pulverizează o soluţie ce măreşte adeziunea. Materialul de amprentare preparat, se aplică în lingură iar aceasta se adaptează pentru a amprenta corect tot maxilarul. După aproximativ 1 minut, se îndepărtează lingura şi eventualele mici fragmente desprinse (Fig. 16.11).

După turnarea modelului (din ghips dur Kerr) se realizează plăcuţa protetică în limitele amprentării. Între marginile segmentelor alveolo-palatine şi faţa externă a plăcuţei se va crea un spaţiu prin aplicarea unui strat de ceară pe modelul din ghips. Părinţii vor fi instruiţi asupra măsurilor de igienă orală ale copilului.

Există o serie de avantaje ce au impus utilizarea plăcuţei palatinale în cazurile clinice cu despicături largi:

1.Uşurează alimentaţia prin facilitarea succiunii;

2.Ghidează creşterea segmentelor maxilare care tind să se unească pe linia mediană;

3.Împiedică interpoziţionarea limbii în despicătură;

4.Elimină folosirea suzetei ce reprezintă un factor negativ în modelul de creştere a segmentelor maxilare aflate pe linia mediană.

Plăcuţa se va schimba pe măsura creşterii copilului şi se va menţine în cavitatea orală până în săptămâna anterioară operaţiei, intervenţie chirurgicală ce se desfăşoară în jurul vârstei de 6 luni.

Intervenţia chirurgicală

În toate cazurile de despicătură labială unilaterală totală se utilizează tehnia Malek 90°. Dacă despicătura este mică ca întindere şi, ca atare lungimea „X" rezultată o intuim ca fiind prea mare, folosim tehnica Malek de plastie „în dublu Z" (Fig. 16.12, 16.13).

Se marchează cu tuş pe arcul lui Cupidon punctele de bază:

- punctul ce marchează înălţimea arcului de partea sănătoasă – punctul 2
- punctul ce indică podeaua nazală de partea despicată - punctul 5
- punctul 5' aflat pe versantul extern al porţiunii despicate
- punctul 2' reprezintă limita cu zona laterală sănătoasă şi locul unde începe micşorarea grosimii laterale.

Cu ajutorul raportorului marcat la 120°, trasăm înălţimea H' (între punctul 2 şi punctul 5) şi H (între 3 şi 4). Cu compasul translăm dimensiunea H peste laturile unghiului de 120°

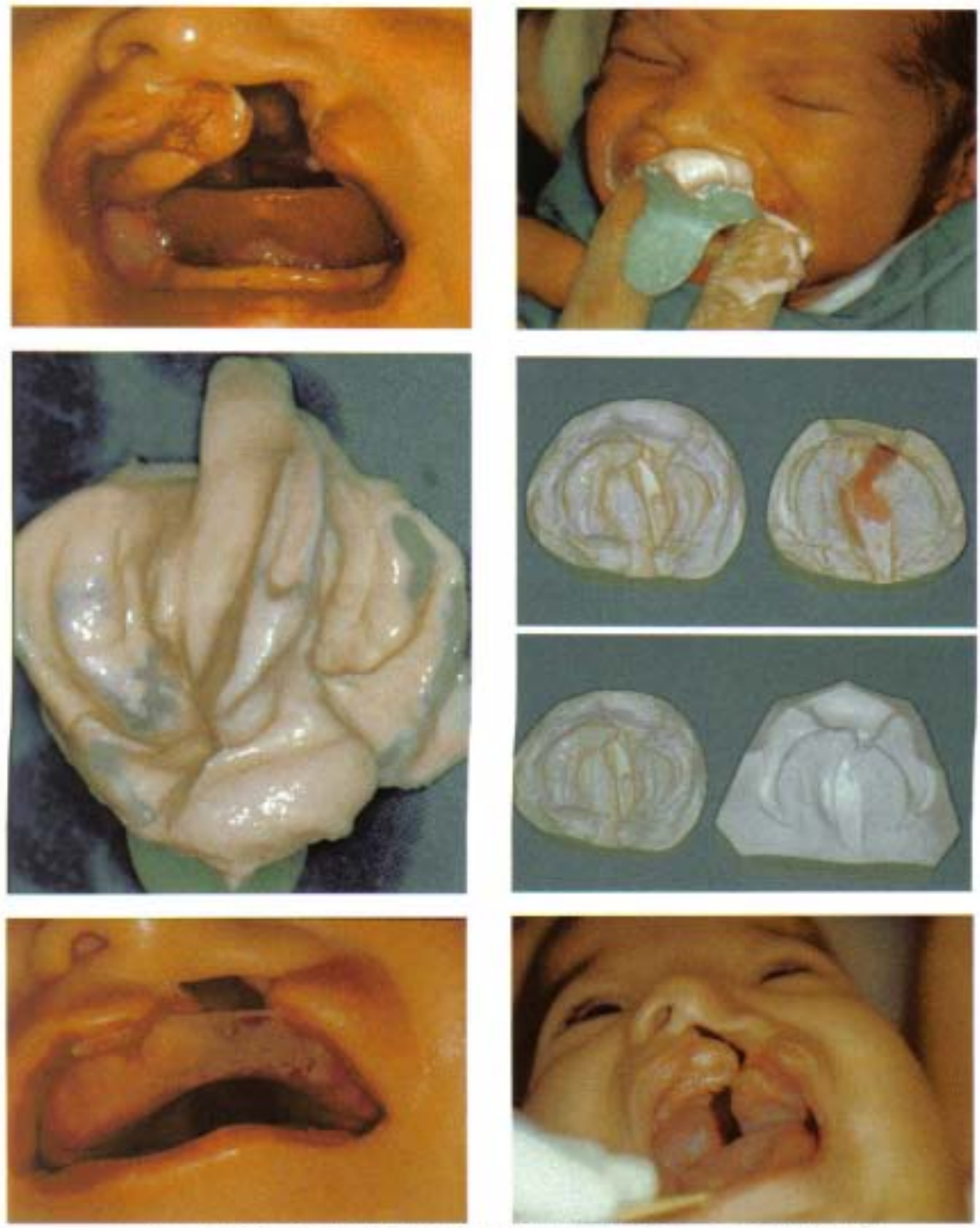

Figura 16.11. Despicătură labială unilaterală simplă: a – aspect clinic inițial; b – amprentarea defectului; c – aspectul amprentei; d – modelele din gips dur; e – placa palatinală obturatoare; f – aspect comparativ al modelelor – pre- și post-terapeutic; g – aspect clinic după 6 săptămâni de purtare a plăcii palatinale. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

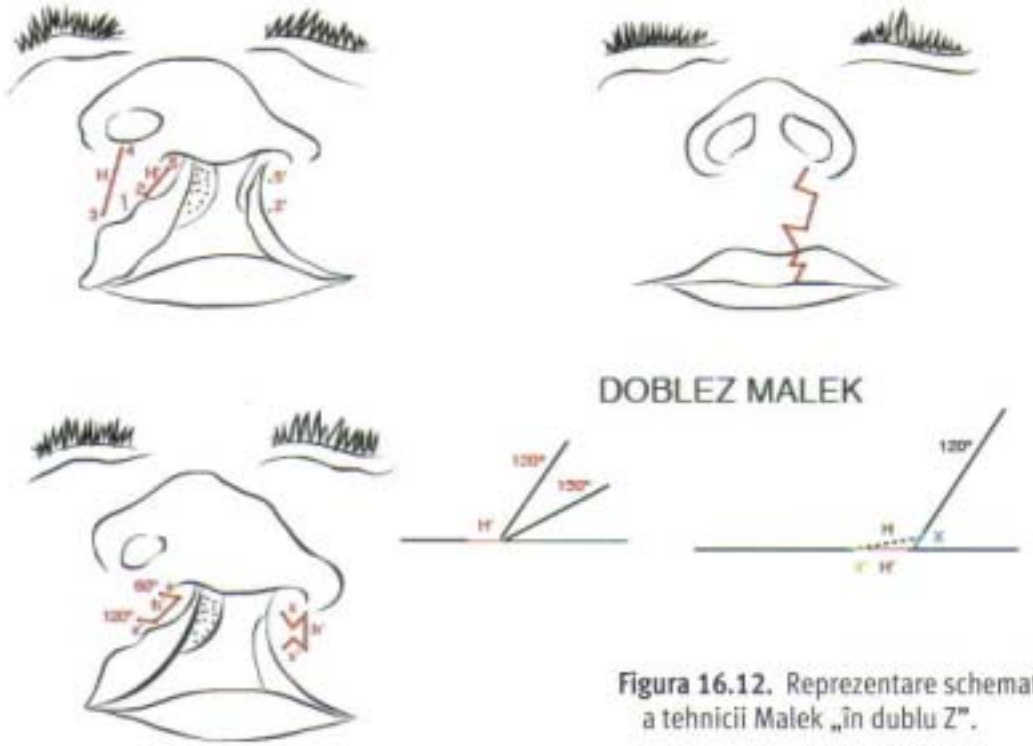

Figura 16.12. Reprezentare schematică a tehnicii Malek „în dublu Z".

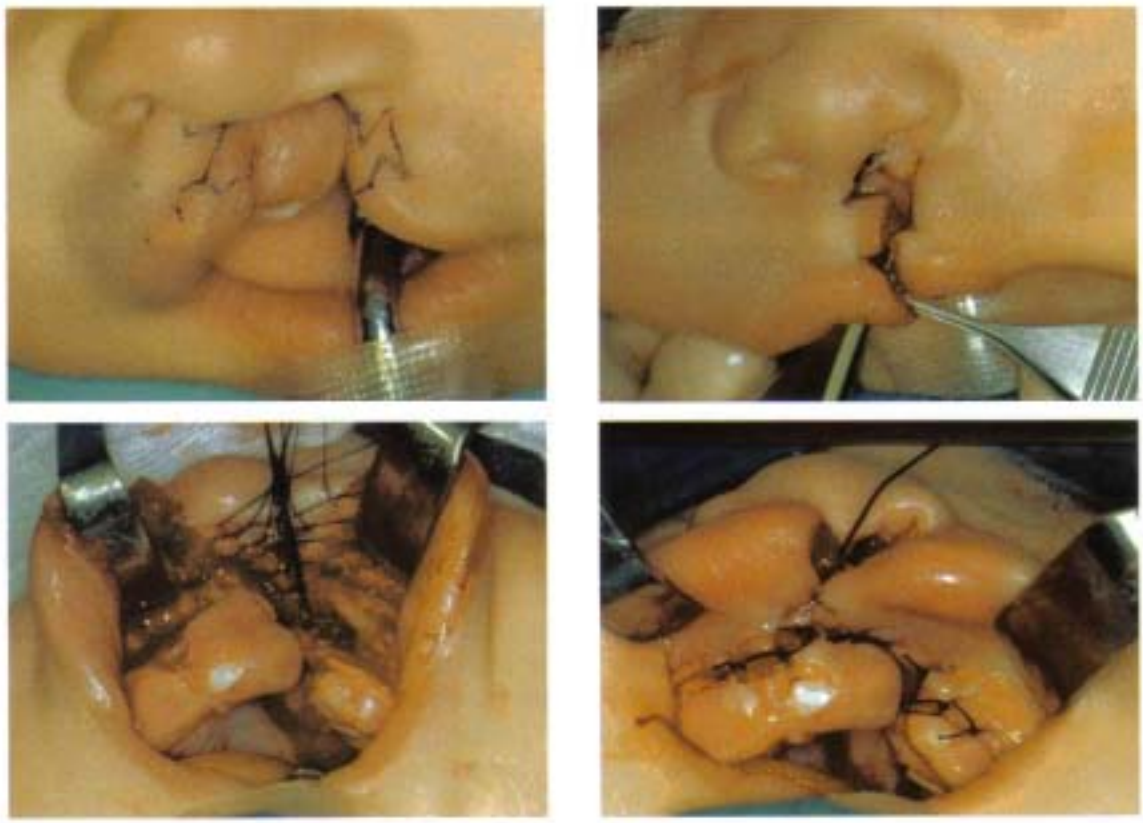

Figura 16.13. Despicătură labială unilaterală totală: a – marcarea liniilor de incizie pentru tehnica „în dublu Z"; b – modul de afrontare a bonturilor; c – închiderea planşeului nazal; d – refacerea vestibulului oral. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

și obținem lungimile X și X'. Trasăm laturile celor două triunghiuri echilaterale, o latură superioară „X" și alta inferioară „X'" (X > X'). Din punctul 5 trasăm un arc de mărime „X", iar din punctul 2' alt arc de mărimea X'.

Pe acestea două, cu compasul suprapunem măsura H'. Locul de intersecție delimitează triunghiurile echilaterale: cel superior la același nivel cu punctul 5', iar cel inferior ușor depărtat de marginea labială.

Inciziile se fac cu bisturiul cu lamă nr.15. Cele vestibulare vor fi ample pentru a obține un bun acces vizual, mai ales în partea externă despicăturii (punctul 5 și 5') dar și în partea internă. Vor rezulta cele două lambouri ce vor reconstrui podeaua nazală. Din zona internă, incizia se prelungește în partea inferioară a septului nazal până la limita cu vomerul. De cealaltă parte, externă, incizia va fi prelungită fie sub, fie deasupra cornetului nazal inferior. Decolarea dinspre fundul de sac vestibular către podeaua nazală, de partea sănătoasă, trebuie făcută meticulos și complet, astfel încât să se elibereze spina nazală anterioară, pentru a permite repoziționarea columelei către linia mediană.

Pe zona opusă, cea cu despicătura, decolarea se va extinde atât pe fața anterioară a maxilarului (inferior de orificiul infraorbitar) cât și superior, spre apofiza montantă a maxilarului, până la osul nazal.

Odată finalizată decolarea, apropiem lambourile și verificăm îmbinarea acestora, ce trebuie realizată fără tensiune. Cu foarfeca boantă se practică apoi decolarea subcutanată a cartilajului alar. Decolarea cuprinde tot domul nazal: aripa nasului, dorsum nazal, vârful. Tehnica aceasta, descrisă de McComb în 1985, se practică în aproape toate cazurile, când regiunea nazală se păstrează aplatizată după decolarea și îmbinarea lambourilor (Fig. 16.14).

Procedăm apoi la reconstrucția planșeului nazal și a orificiului narinar, plasând primul fir de sutură între punctele 5 și 5'. Se continuă sutura cu fire separate, dinainte-înapoi, urmând ca nodurile să le realizăm în sens invers, până la completa reconstrucție a podelei nazale. În continuare, se suturează mucoasa vestibulară, dinspre vestibular spre roșul buzei.

De multe ori, se practică o incizie de descărcare de partea externă despicăturii, pentru a degaja și mai mult lamboul mucozal. Reconstrucția planurilor muscular și tegumentar se realizează în același mod cu cel descris de despicătura unilaterală simplă.

Dacă labioplastia se realizează după tehnica McComb, atunci sutura urmărește mai întâi refacerea planșeului nazal și ulterior repoziționarea domului nazal și refacerea vestibulului. Cartilajul nazal se fixează la piele atât în zona dorsală nazală cât și în zona alară.

Figura 16.14. Reprezentare schematică a tehnicii McComb.(cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Despicătura labială bilaterală

Se clasifică în:
- despicătură bilaterală simplă;
- despicătură bilaterală asimetrică;
- despicătură bilaterală totală.

Despicătura bilaterală simplă

Malformația este bilaterală, simetrică și interesează părțile moi ale buzei, parțial sau total. Planșeul nazal și procesul alveolar sunt integre. Labioplastia se realizează într-un singur timp chirurgical, utilizând tehnicile Millard sau Verdeja.

În cazul tehnicii Verdeja, se procedează astfel (Fig. 16.15, 16.16):

Se marchează punctele cheie:

• Punctul 1 - reprezintă vârful arcului lui Cupidon și se situează pe joncțiunea cutaneo-mucoasă, la aproximativ 3 mm paramedian. Același punct va fi marcat simetric și pe cealaltă parte. Rezultă astfel o distanță de 6 mm, cât măsoară în mod normal arcul lui Cupidon.

• Prin cele două puncte sus-menționate se trasează două linii ce formează fiecare un unghi de 45° cu orizontala și pe care se marchează punctele 2 și 2'.

• Prin punctele 2 și 2' se trasează o linie orizontală ce intersectează limita cutaneo-mucoasă. Punctele de intersecție reprezintă 3 și 3'.

• La baza columelei marcăm punctul 4.

• Punctul 5 este situat la limita cutaneo-mucoasă, unde roșul buzei reprezintă jumătate din grosimea sa normală. Simetricul este 5'. Distanța 5-5' de 12 mm măsoară dublul lungimii arcului Cupidon.

• Prin punctul 5 trasăm o linie ce formează un unghi de 45° cu linia ce marchează limita cutaneo-mucoasă. Pe aceasta translăm distanța 1-2 și obținem punctul 6.

• Prin punctul 6 vom trasa o altă linie care va forma un unghi de 60° cu linia 5-5'. Pe aceasta translăm distanța 2-3 și obținem punctul 7.

• Din punctul 7, pe o linie cu direcție oblic-ascendentă către linia cutaneo-mucoasă, translăm distanța 3-4 și obținem punctul 8. Uneori, poziția punctului 8 și simetricul acestuia

Figura 16.15. Reprezentare schematică a tehnicii Verdeja.

Figura 16.16. Trasarea liniilor de incizie pentru tehnica Verdeja – aspect preoperator. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

nu coincid cu baza aripii nasului şi atunci vom rezeca din tegument un fragment, astfel încât cele două puncte să se plaseze la nivelul orificiilor narinare.

Este important ca secţionarea şi decolarea mucoasei labiale să se realizeze atent, pentru a permite îmbinarea lambourilor şi conformarea unui tubercul labial central cu o dimensiune satisfăcătoare.

Despicătura bilaterală asimetrică

În despicătura de buză asimetrică, tabloul clinic este şi mai complex: pe una din părţi, malformaţia buzei este de tip unilateral total şi asociată frecvent cu despicătură palatină, iar pe cealaltă parte despicătura este simplă.

Cheilorafia se practică în jurul vârstei de 5-6 luni, în doi timpi chirurgicali. Mai întâi se intervine pe partea cu despicătura totală iar după două luni pe cea cu despicătură simplă. În ambele situaţii, se aplică tehnica Malek.

Despicătura labială totală bilaterală

Segmentul central, premaxila (prolabium) se prezintă ca o formaţiune rotundă, proeminentă, hipoplazică, izolată de segmentele maxilare laterale, unită cu septul nazal şi vomerul, săracă în fibre musculare. Columela este scurtă, nasul mult aplatizat (Fig. 16.17).

În toate aceste cazuri, per primam se intervine ortopedic. Amprentăm maxilarul pentru a confecţiona plăcuţa palatinală cu rol în susţinerea premaxilei. Părinţii vor fi instruiţi asupra confecţionării unei căciuliţe prevăzute cu un ham, din material elastic şi care se aşază peste prolabium. Acest ham, acţionând ca şi o chingă labială, va împinge premaxila către posterior (Fig. 16.18).

În cazuri severe de protruzie a premaxilei, se practică osteotomia şi retrudarea vomerului urmate de labioplastie.

După unii autori, tratamentul chirurgical al despicăturilor bilaterale se practică într-o singură intervenţie, în timp ce alţi autori recomandă tratamentul în doi timpi, la interval de două luni.

Malek propune ca manevră chirurgicală tehnica triunghiurilor echilaterale, pe o parte transformând despicătura bilaterală totală într-una unilaterală totală, după care intervine şi pe cealaltă parte.

Dacă se practică cheilorafia bilaterală, trebuie conservate şi avivate marginile prolabiumului. Aceleaşi rezultate bune s-au obţinut şi prin tehnica Millard, cu menţiunea că decolarea de pe prolabium trebuie să păstreze o bună irigaţie a ţesuturilor.

Figura 16.17. Despicătură labială bilaterală asimetrică – aspect preoperator. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Figura 16.18. „Chinga labială" pentru retrudarea premaxilei. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Figura 16.19. Despicătură labială bilaterală totală: a – aspect preoperator; b – aspect postoperator. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Tehnica „în scut"

Această tehnică, denumită şi tehnica Levignac se aplică în despicăturile bilaterale de buză, operate într-un singur timp. Se incizează pe marginile despicăturilor, în părţile externe, se decolează şi conservă mucoasa ce va reconstrui buza pe zona mediană (Fig. 16.20, 16.21).

Pe prolabium se marchează punctul 3 ca fiind vârful arcului Cupidon. Între acest punct şi unghiul supero-intern, se trasează la jumătatea distanţei, punctul 2, care marchează limita dintre porţiunea tegumentară a buzei şi columelă. Prin punctul 2 se desenează alte două linii: una perpendiculară pe joncţiunea cutaneo-mucoasă şi alta arcuată către punctul 3, urmărind de asemenea limita cutaneo-mucoasă. Incizia între punctul 3 şi simetricul, va depăşi însă limita cutaneo-mucoasă. Se continuă apoi cu decolarea mucoasei şi a submucoasei, până la spina nazală anterioară şi cartilajul septal. Porţiunea de mucoasă vecină tegumentului se va extirpa.

Labioplastia începe cu refacerea planului muscular labial şi labio-nazal aflat la baza septului paramedian, de-o parte şi de alta. Urmează planul tegumentar şi cel mucozal.

Sutura pe linia mediană conformează tuberculul medio-labial. Această tehnică asigură refacerea morfofuncţională a muşchiului orbicular şi elimină riscul apariţiei microstomiei, tulburare estetică frecventă după labioplastie, în despicăturile bilaterale.

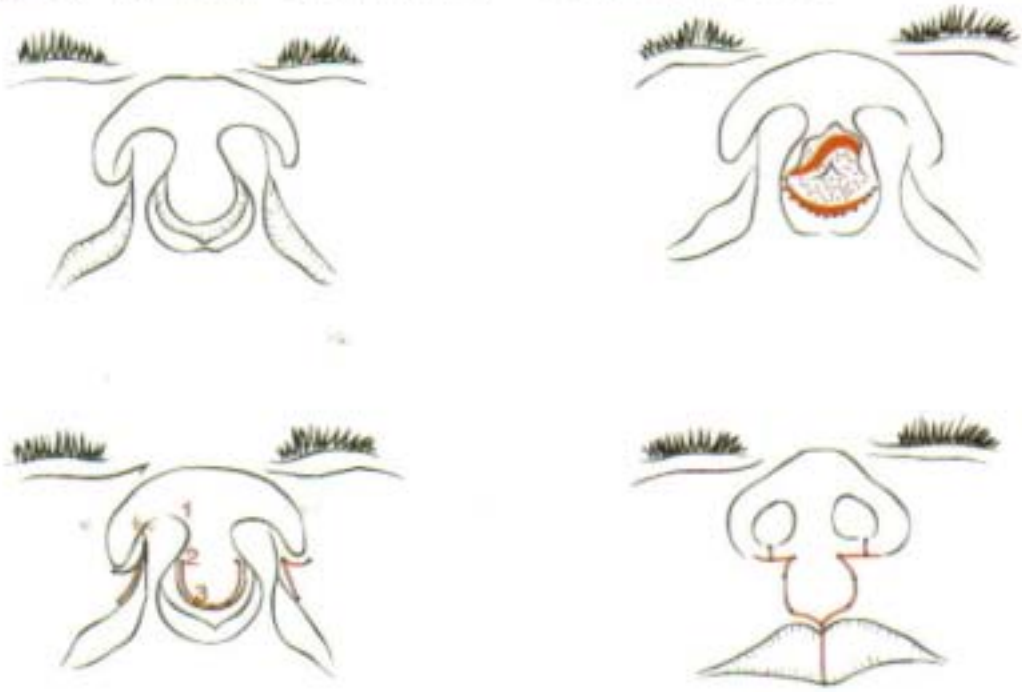

Figura 16.20. Reprezentare schematică a tehnicii Levignac.

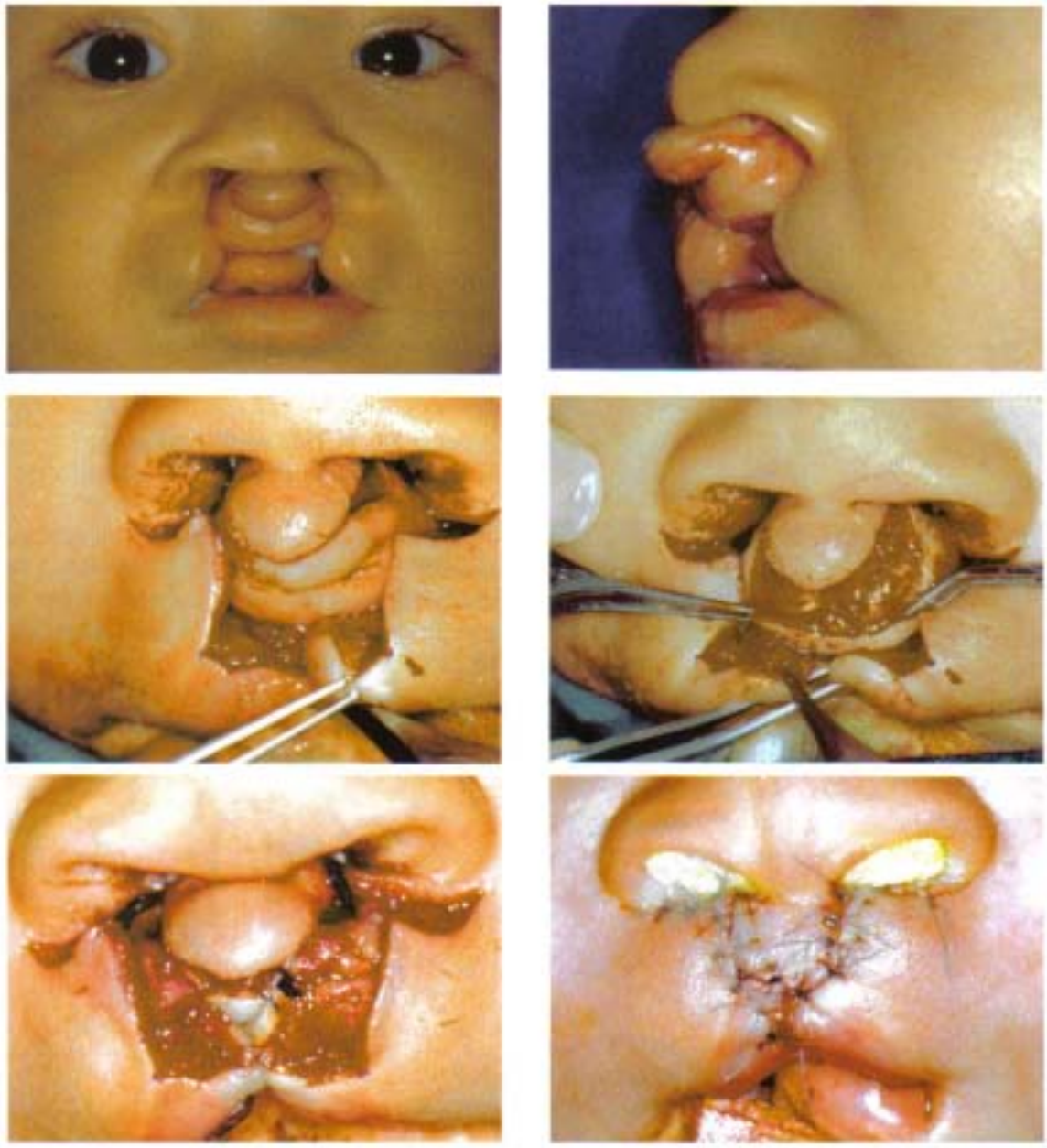

Figura 16.21. Despicătură labială bilaterală totală: a, b – aspect clinic preoperator; c-f – tehnica „în scut" – etape operatorii. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Despicătura palatină

Semnifică lipsa fuziunii proeminenţelor nazale mediale şi afectează premaxila, sau a prelungirilor palatine laterale şi afectează palatul secundar.

Manifestări clinice:

La nivelul palatului dur, despicătura împarte maxilarul superior în două segmente, separând şi arcada dentară:

1. Hemimaxilarul de partea sănătoasă este normal dezvoltat, ca toate celelalte structuri faciale. Anterior, se uneşte cu baza craniului prin fosa nazală, septul nazal şi vomer iar posterior prin aripa sfenoidului.
2. Celălalt hemimaxilar este hipoplazic şi retrudat. În partea anterioară lipseşte fuziunea dintre palatul primar şi cel secundar, iar în partea posterioară se fixează la baza craniului doar prin aripa sfenoidului.

Modificările osoase depind de mărimea despicăturii şi de acţiunea limbii şi a musculaturii periorale pe segmentele despicate. Se produce astfel protruzia şi rotaţia hemimaxilarului sănătos, amplificând progresiv malformaţia. Celălalt hemimaxilar de partea despicată având puţine inserţii musculare, rămâne relativ fixat. La toate acestea se adaugă şi acţiunea protruzivă a limbii.

La nivelul vălului palatin exită o discontinuitate a musculaturii inserată pe „aponevroza velară", o bandă fibroasă fixată atât pe apofiza pterigoidă cât şi pe marginea posterioară a lamei orizontale a oaselor palatine şi spina nazală posterioară. Muşchii peristafilin extern, intern, palatoglos, palatofaringian, palatostafilin nu fuzionează pe linia mediană, cu consecinţe asupra dinamicii velofaringiene şi implicit asupra deglutiţiei, fonaţiei şi percepţiei sunetului.

Despicătura palatină submucoasă

Reprezintă despicătura în formă minimă (schiţată). Aspectele clinice sunt variate:luetă bifidă ca unic semn sau există o non-funziune a musculaturii velare, cu integritatea mucoasei, ceea ce dă un aspect translucid vălului. Există şi tulburări fonetice, motiv pentru care se intervine chirurgical.

Despicătura palatină simplă

Stafiloschisis

Reprezintă despicătura vălului pe linia mediană, cu tulburările consecutive. Tratamentul chirurgical este reprezentat de **stafilorafie**, care constă în refacerea continuităţii musculaturii velo-faringiene:

1. Anestezie generală prin IOT fără tamponament posterior. Capul va fi poziţionat în hiperextensie.
2. Depărtător de gură tip Dingman.
3. Infiltraţii locale cu Articaină 0,5% şi vasoconstrictor.
4. Incizii pe marginile despicăturii dinspre anterior spre posterior. Prin decolare, se realizează două planuri de închidere: nazal şi oral. Se identifică spina nazalis posterioară (Fig. 16.23 - Stafilorafie).
5. Incizii laterale – de la apofiza pterigoidiană spre tuberozitatea maxilară, şanţul alveolo-palatin până în dreptul molarului unu.

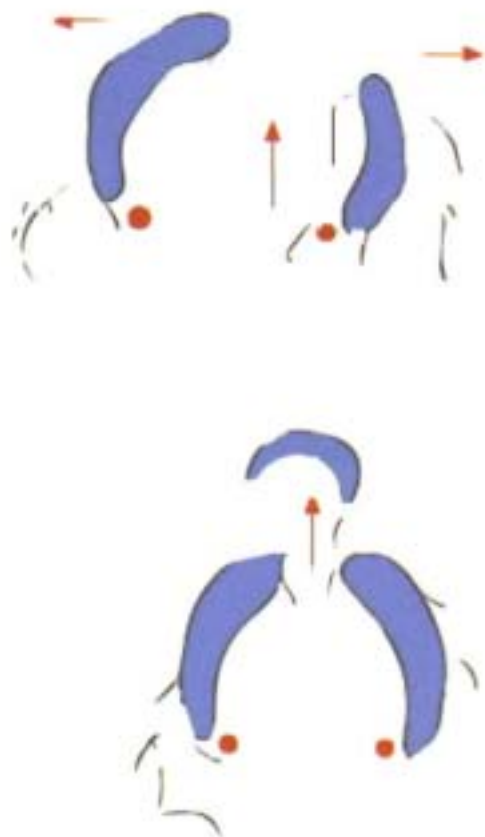

Figura 16.22. Reprezentare schematică a forţelor care deformează structurile osoase în despicăturile palatine.

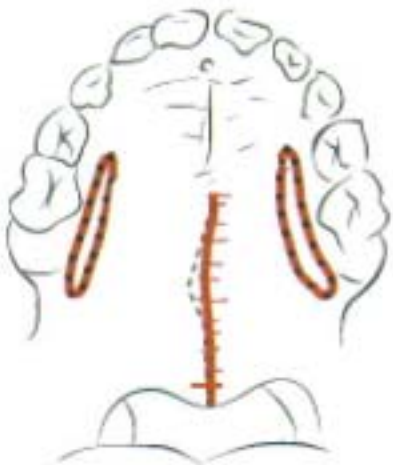

Figura 16.23. Reprezentare schematică a stafilorafiei.

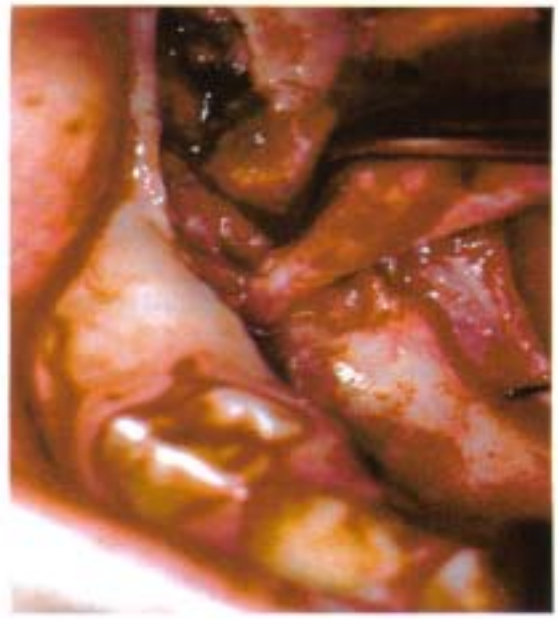

Figura 16.24. Stafilorafie: a – evidențierea intraoperatorie a hamulusului apofizei pterigoide; b – disecția arterei palatine. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

6. Se decolează și se secționează inserțiile musculare aflate pe apofiza pterigoidă și hamulus. Cu pensa Metzembaum se disecă și în loja laterofaringiană. În spațiul creat, se introduce o compresă cu ser fiziologic, cu care se continuă decolarea spre baza craniului.
Spațiul laterofaringian Erns se va deschide către posterior, până în apropiere de coloana cervicală. În acest moment, se poate diseca artera palatină (Fig. 16.24), eliminându-se micile bride ce împiedică mobilizarea planurilor către linia mediană.

Se decolează fibromucoasa palatină de la limita posterioară (lama orizontală a osului palatin) până la cea anterioară, dată de incizie.
7. Sutura se va realiza în două planuri: nazal şi oral, dinspre anterior către posterior. Ca material de sutură se utilizează fire de mătase 3/0 şi 4/0 la nivelul luetei. Ţesuturile alveolo-palatine se vor cicatriza per secundam, fără sutură.

Uranostafiloschizis

Semnifică despicătura vălului palatin (stafiloskizis) şi a palatului secundar (format din procesele palatine ale oaselor maxilare şi lamele orizontale ale oaselor palatine). Premaxila şi procesul alveolar sunt integre.

Tratamentul chirurgical este reprezentat de **uranostafilorafie** şi constă în:
1. Anestezie generală prin IOT. Capul va fi în hiperextensie.
2. Se aplică depărtătorul de gură Dingman.
3. Infiltraţii locale în fibromucoasa palatină şi văl (cu articaină 0,5%) şi vasoconstrictor.
4. Incizia pe marginile despicăturii dinspre anterior spre posterior (spina nazală posterioară şi luetă).
5. Incizii laterale (externe) având aceeaşi direcţie cu a celor descrise anterior în tehnica veloplastiei, de la apofiza pterigoidiană ocolesc tuberozitatea maxilară şi apoi se prelungesc spre anterior până la limita cu premaxila. Aici incizia se curbează către linia mediană, pentru a se uni cu inciziile interne.
6. Decolarea în totalitate a fibromucoasei palatine, ocazie cu care se identifică marginea posterioară a osului palatin, artera palatină şi orificiul de emergenţă al acesteia. Artera se izolează şi conservă (secţionarea acesteia înseamnă necroza lamboului).

Următorii paşi coincid cu cei descrişi la tehnica stafilorafiei. Se decolează mucoasa nazală dinspre posterior spre anterior şi pe o întindere suficientă, cât să permită închiderea planului fără tensiune (în despicături largi, este utilizată şi mucoasa vomeriană). Apoi se realizează sutura planurilor nazal şi oral. Primele două fire se aplică la capetele anterior şi posterior, toate celelalte urmând a fi aplicate între acestea. Ţesuturile de la nivelul inciziilor laterale se vor cicatriza „per secundam".

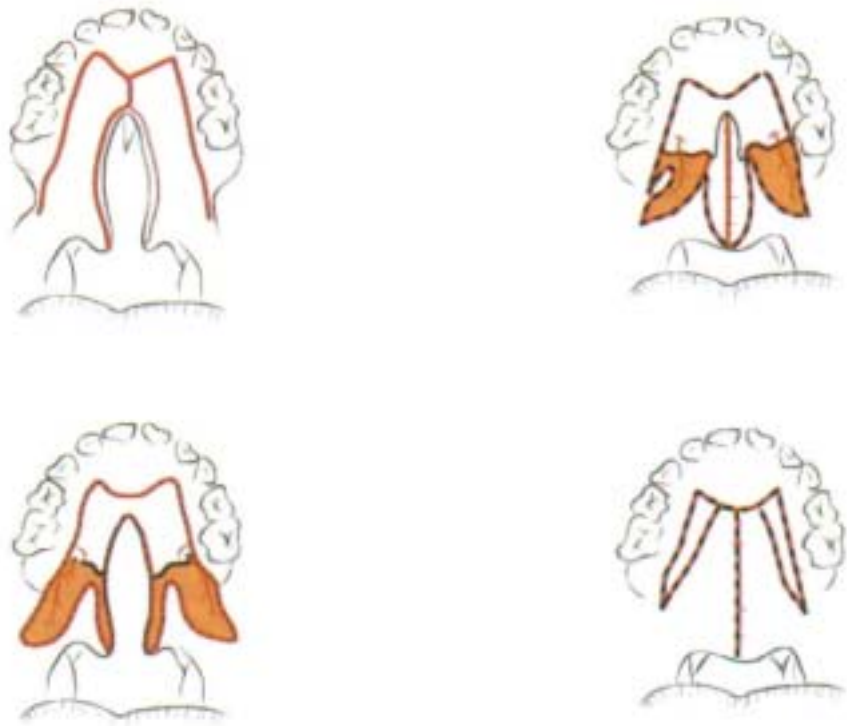

Figura 16.25. Reprezentare schematică a urano-stafilorafiei.

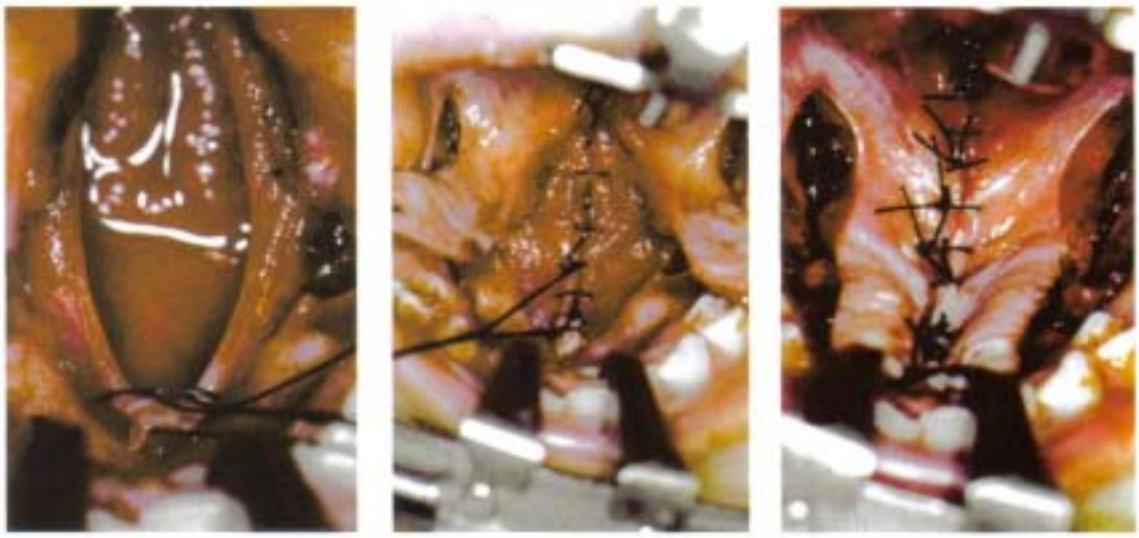

Figura 16.26. Uranostafilorafie: a, b – sutura planului nazal; c – sutura planului palatinal. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Despicătura palatină unilaterală totală

Interesează vălul palatin, palatul secundar, premaxila şi buza unilateral.

Tratamentul chirurgical este complex şi etapizat: la 18-22 luni se practică stafilorafia, după tehnica descrisă, iar la 4 ani uranorafia.

Excepţie fac copiii cu malformaţii craniofaciale şi tulburări de creştere sau alte afecţiuni asociate, la care intervenţia chirurgicală se realizează într-un singur timp (uranostafilorafie).

Despicătura palatină bilaterală totală

Se asociază şi cu despicătură de buză totală bilaterală. Un aspect clinic important este dat de protruzia sau retruzia premaxilei, în raport cu poziţia celorlalte segmente maxilare.

Tratamentul chirurgical se realizează în trei timpi: la 18 luni stafilorafia, la patru ani uranorafia iar ultima intervenţie este rezervată osteoplastiei cu grefon osos, cu închiderea comunicărilor nazoorale bilaterale.

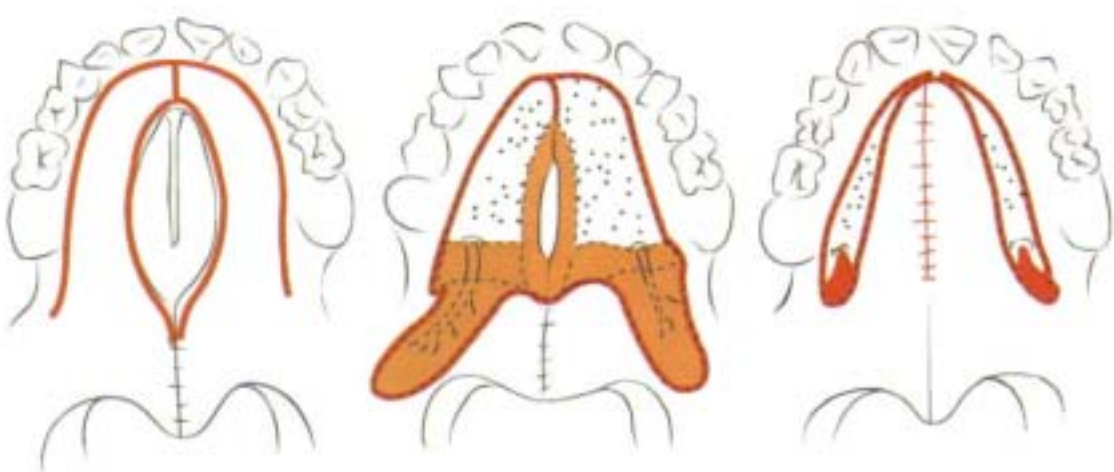

Figura 16.27. Reprezentare schematică a uranorafiei.

Despicătura palatină centrală

Tratamentul este identic cu cel descris mai sus.

Despicătura palatină alveolară

Se asociază despicăturilor de buză.

Osteoplastia procesului alveolar se indică a fi realizată, odată cu labioplastia (la 6 luni).

Există diverse opinii în ceea ce privește momentul ideal al intervenției chirurgicale. Malek consideră că stafilorafia se practică la 3 luni, în timp ce alți autori prelungesc momentul chirurgical la 18-22 luni.

Există totuși o serie de factori care condiționează intervenția chirurgicală:

1. structurile anatomice să fie bine dezvoltate;
2. risc minim de apariție a fistulelor sau dehiscențelor postoperatorii;
3. copilul să fie normosom, normotrof;
4. momentul chirurgical de închidere a vălului palatin se apreciază a fi ideal la 18-22 luni iar uranorafia la patru ani. Explicația este dată de modificările ce apar după decolarea fibromucoasei palatine și a cicatrizărilor secundare, ce pot provoca tensiuni și respectiv tulburări în creșterea oaselor maxilare, cu malpoziții dentare și malocluzie.

În cazul despicăturilor palatine simple cu urano-stafiloschisis se practică uranostafilorafia la 18 luni. Osul alveolar fiind integru, colapsul maxilar este minim. Dacă despicătura este foarte amplă, închiderea se face în doi timpi.

Sechele după despicături labio-maxilo-palatine

Despicăturile labio-maxilo-palatine anterioare se pot clasifica de asemenea după criteriul protruziei premaxilei:
- cu protruzia accentuată a premaxilei;
- cu protruzie moderată a premaxilei;
- fără protruzia premaxilei.

Apariţia sechelelor după tratamentul despicăturilor depinde de o serie de factori:
- severitatea malformaţiei
- existenţa sau nu a tratamentului ortopedic prechirurgical
- vârsta la care s-a intervenit
- tehnicile chirurgicale utilizate
- tratamentul ortopedic-ortodontic postchirurgical
- tratamentul logopedic
- aşteptările şi speranţele pacientului.

Severitatea malformaţiei reprezintă cel mai important factor în apariţia sechelelor, deoarece amploarea manifestărilor clinice este diferită în funcţie de localizarea şi întinderea despicăturii. Spre exemplu, cea bilaterală totală cu protruzia premaxilei este mult mai complexă clinic şi terapeutic în raport cu cea unilaterală simplă.

Totodată trebuie evitate soluţiile ce pot genera confuzii de diagnostic între sechelele postoperatorii şi etapele finale ale tratamentului din jurul vârstei de 14-15 ani.

Independent de timpii chirurgicali şi procedeele utilizate, dorim să subliniem încă o dată importanţa tratamentului ortopedic postchirurgical, pentru a elimina riscul apariţiei sechelelor. De asemenea, trebuie instituit cât mai precoce tratamentul logopedic pentru corectarea fonaţiei. Satisfacţia şi aşteptările părinţilor sunt covârşitoare în aprecierea rezultatului chirurgical.

Cele mai frecvente sechele postoperatorii sunt:
- supradimensionarea roşului de buză
- aspect discontinuu la linia cutaneo-mucoasă
- comunicări oro-nazale
- fistule ale planşeului nazal
- columelă subdimensionată
- aripa nazală etalată
- domul nazal aplatizat şi deplasat
- sechele multiple în părţile moi
- malformaţii complexe dento-faciale
- deformaţii ale nasului
- insuficienţă velopalatină.

Figura 16.28. Despicătură labială bilaterală totală: a – fără protruzia premaxilei; b – cu protruzia moderată a premaxilei; c – cu protruzie accentuată a premaxilei. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Supradimensionarea/ discontinuitatea roșului de buză

Dacă postoperator linia vermilionului este discontinuă, roșul de buză fiind în exces pe una din părți, acesta se corectează printr-o simplă plastie în „Z".

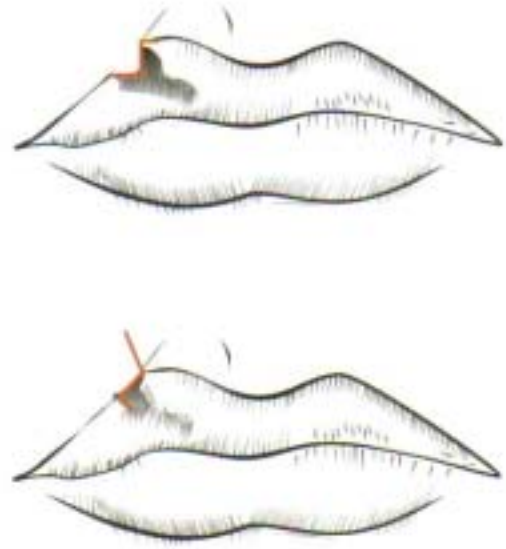

Figura 16.29. Despicătură labială bilaterală totală: a – fără protruzia premaxilei; b – cu protruzia moderată a premaxilei; c – cu protruzie accentuată a premaxilei. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

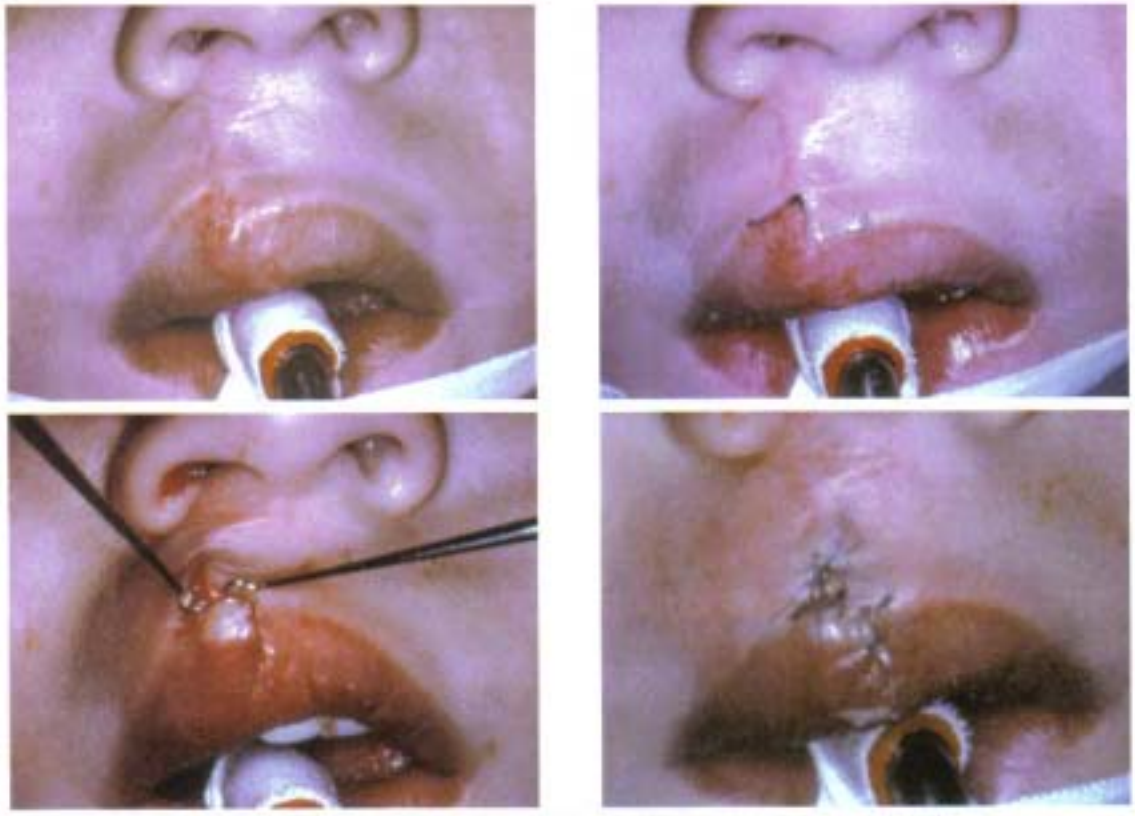

Figura 16.30. Plastie de corecție „în Z" a conturului roșului de buză. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Comunicarea oro-nazală

Sunt situate de obicei la limita dintre vălul palatin şi palatul dur şi se datorează frecvent suturilor în tensiune.

Timpii chirurgicali de confecţionare şi decolare a lambourilor palatine deţin o importanţă majoră, pentru ca sutura planurilor anatomice să se facă fără tensiune şi de aceea este indispensabilă eliberarea acestora de pe planul osos, cu includerea periostului şi a arterei palatine.

Fistulele planşeului nazal apar de obicei după procedeele chirurgicale defectuoase care omit închiderea plan cu plan, cu persistenţa comunicării dintre cavitatea nazală şi cea orală. Este esenţial nodul chirurgical ce redă continuitatea podelei nazale.

Figura 16.31. Cazuri de comunicare oro-nazală în urma suturării în tensiune a lambourilor palatinale.
(cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Figura 16.32. Fistulă a planşeului nazal în urma unei erori de tehnică chirurgicală.
(cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Columelă subdimensionată

Are drept cauză deplasarea într-o direcție dorso-ventrală a cartilagiului alar de partea despicăturii, manevră ce duce la coborârea și aplatizarea vârfului nasului. Pentru corecția prin alungire a columelei, uneori sunt necesare grefele de cartilaj recoltate din septul nazal, pavilionul auricular și cartilajul cortical.

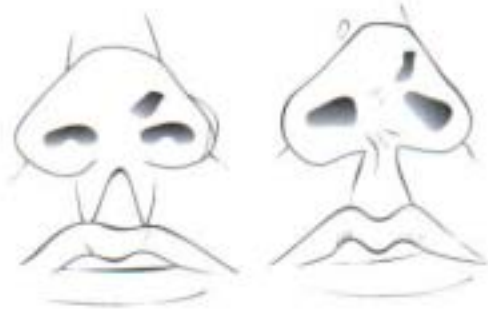

Figura 16.33. Reprezentare schematică a intervenției de alungire a columelei.

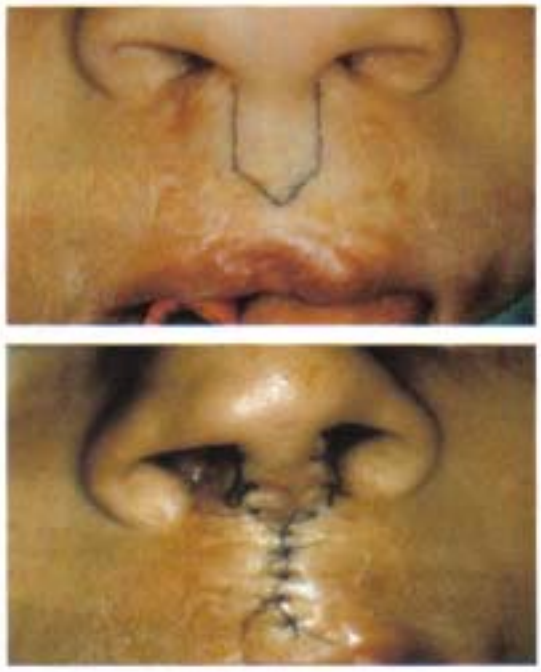

Figura 16.34. Cazuri de comunicare oro-nazală în urma suturării în tensiune a lambourilor palatinale. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Aripa nazală etalată

Cauza o constituie malpoziţionarea cartilajului alar. De regulă, cazurile nu se însoţesc şi de atrofie.

Columela nazală aplatizată şi deplasată

Procedeul chirurgical de repoziţionare în cadrul rinoplastiei, include utilizarea grefelor de cartilaj, ocazie cu care se corectează dimensional şi columela. Ca tehnică, rinoplastia deschisă oferă cea mai bună vizibilitate pentru poziţionarea şi fixarea fragmentelor cartilaginoase (Fig. 16.37).

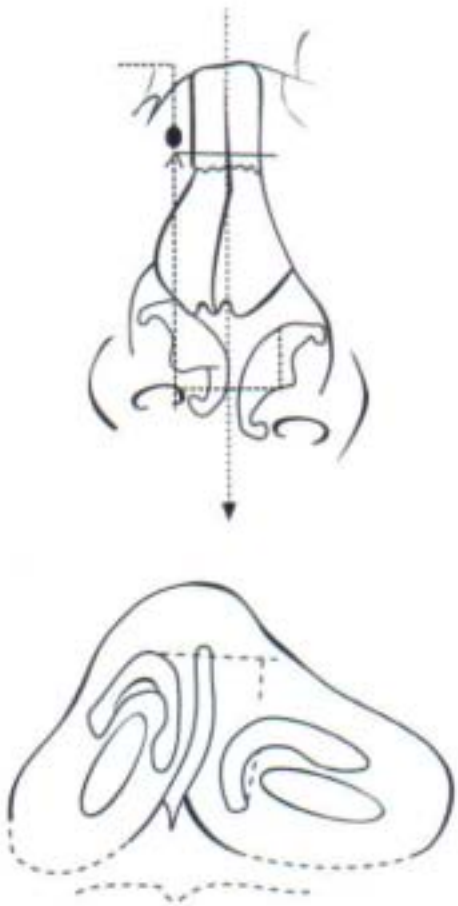

Figura 16.35. Reprezentare schemat intervenţiei de corectare a aripii nazale etalate.

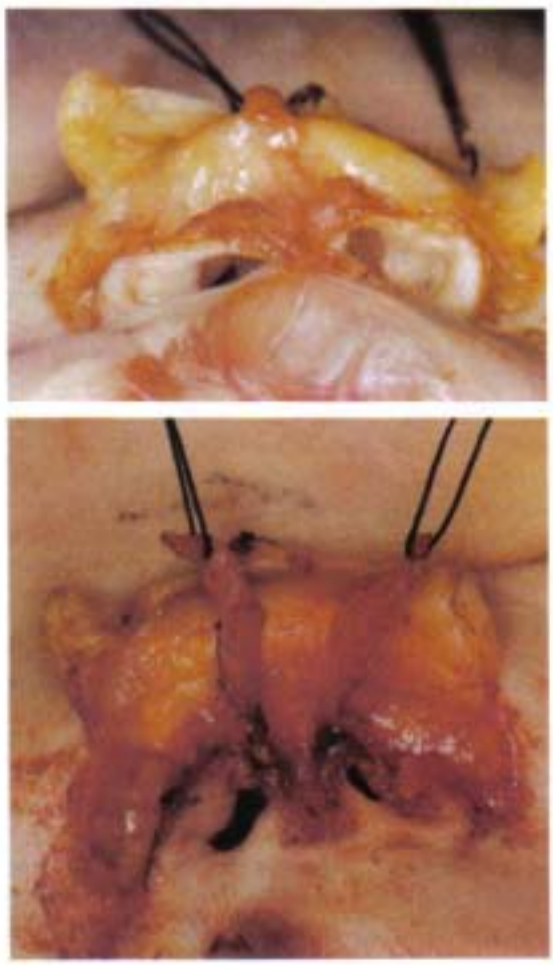

Figura 16.36. Disecţia cartilajelor alare. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Sechele multiple ale părților moi

Apărute frecvent în cazuri grave de malformații, acestea sunt:

- discontinuități la joncțiunea cutaneo-mucoasă
- roșul buzei supradimensionat
- cicatrici hipertrofice
- aripa nazală aplatizată
- columela scurtă.

Se recomandă corecția chirurgicală într-un singur timp a tuturor sechelelor susmenționate (Fig. 16.38).

Figura 16.37. Plastia de corecție a columelei și cloasonului nazal. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Figura 16.38. Sechele de părți moi: a – hemibuza stângă cu ușoară supradimensionare; b, c – se realizează corecția conturului buzei, urmând a se interveni ulterior pentru reconstrucția piramidei nazale cu ajutorul grefelor de cartilaj. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Deformații complexe ale regiunii nazale

Frecvent, acestea sunt:

- columelă scurtă
- domul nazal aplatizat și deplasat
- deviația septului
- dorsum nazal înfundat
- piramidă nazală lățită și deplasată
- narine orizontalizate.

Osteoplastia procesului alveolar, disecția cartilajelor alare și plastia altor defecte nazale au ca obiectiv refacerea cât mai armonioasă a trăsăturilor feței, manevre ce se realizează într-un singur timp chirurgical.

Procedeele de chirurgie plastică secundară includ:

- septoplastia
- alungirea columelei cu grefe de cartilaj
- disecția cartilajelor alare și sutura acestora la septul nazal (stâlpul median)
- augmentarea vârfului nasului cu inserții de cartilaj
- plastia dorsumului nazal cu grefe osoase cartilaginoase și osteocartilaginoase
- extirparea părților în exces la nivelul narinelor.

Ca tehnică chirurgicală se utilizează de preferință rinoplastia deschisă.

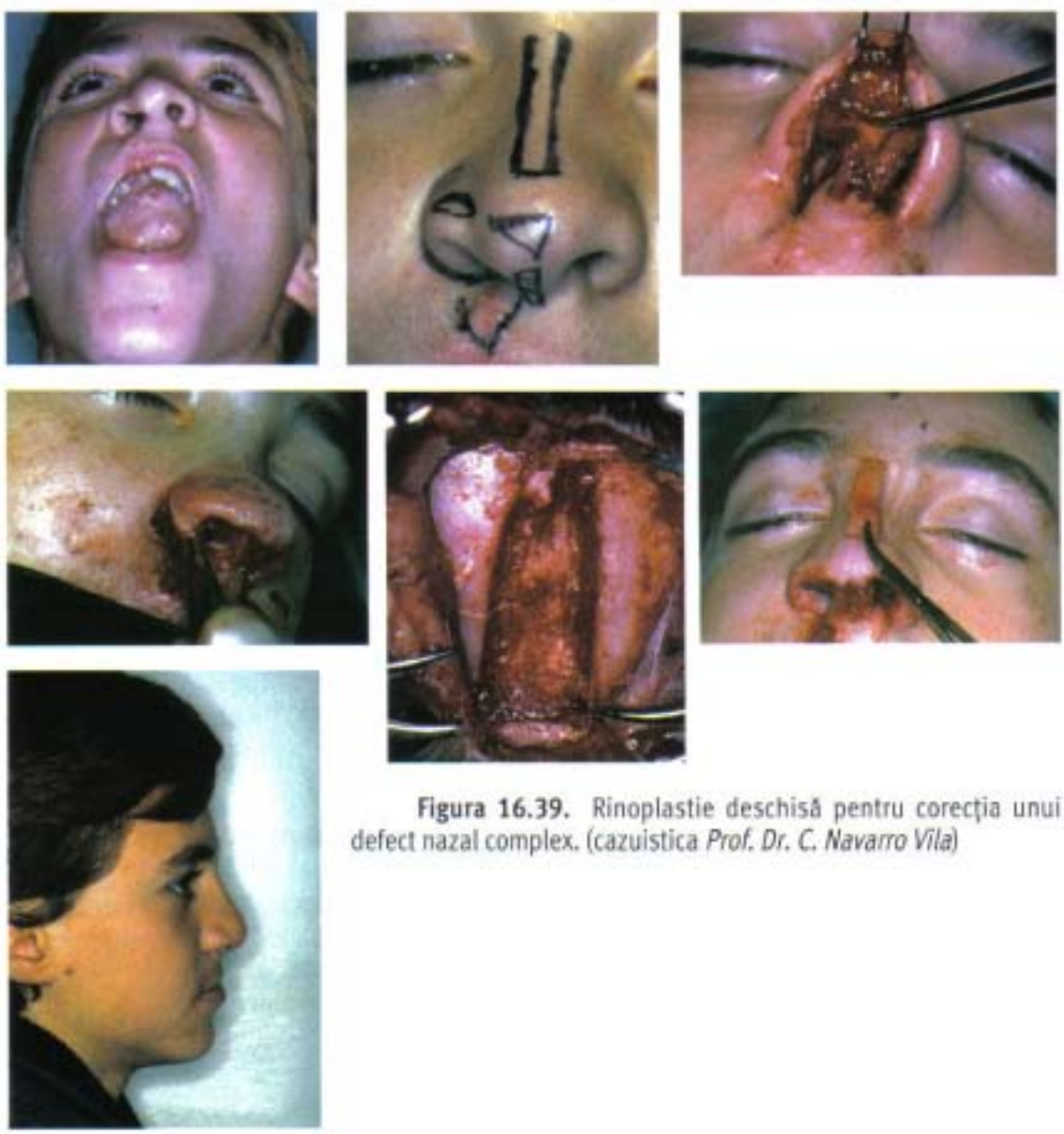

Figura 16.39. Rinoplastie deschisă pentru corecția unui defect nazal complex. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Insuficiența velo-palatină

Se poate practica stafilorafia sau uranostafilorafia secundară, având ca principal scop alungirea vălului palatin.

Tehnica chirurgicală de elecție o constituie faringoplastia cu lambou faringian cu pedicul superior (Sanvenero-Rosselli) urmată apoi de tratament logopedic.

Timpii chirurgicali sunt următorii:

1. Infiltrația cu substanțe anestezice a părților moi velofaringiene
2. Incizii interne și externe la nivelul vălului palatin, identice cu cele practicate pentru stafilorafie. Lueta se disecă în două planuri.
3. Din peretele posterior faringian se confecționează un lambou pediculat, cu baza extinsă până la nivel tonsilar.

Cu forfecuța boantă, se continuă disecția în profunzime, până la fascia prevertebrală, ușor de recunoscut după aspectul său sidefiu. Lamboul se secționează până în apropierea tonsilelor, se desprinde și se poziționează între planul nazal și cel oral alungind astfel porțiunea posterioară a vălului palatin. Marginile sângerânde se afrontează și se suturează cu mătase 3/0.

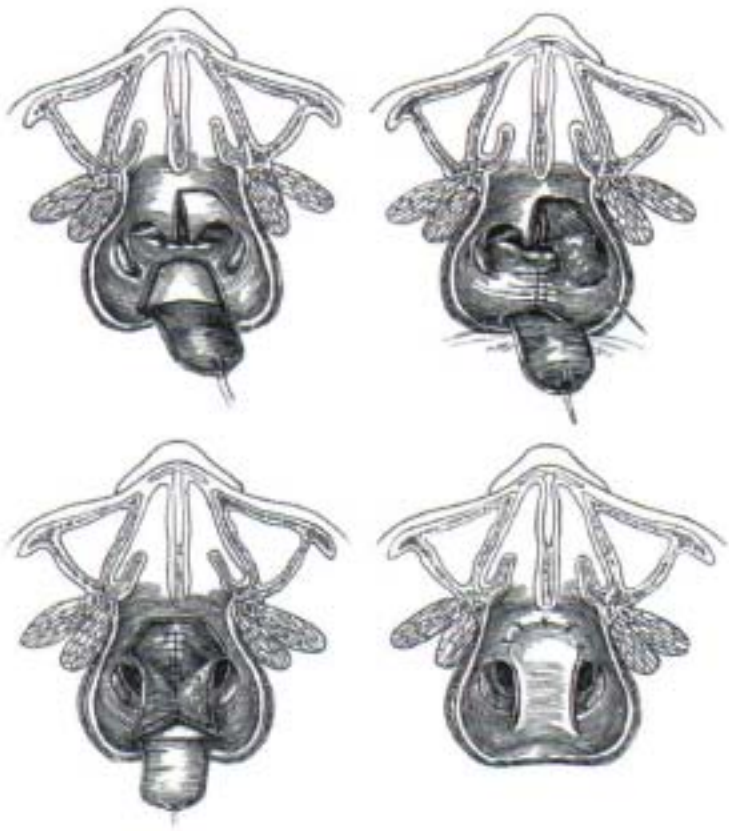

Figura 16.41. Reprezentare schematică a faringoplastiei.

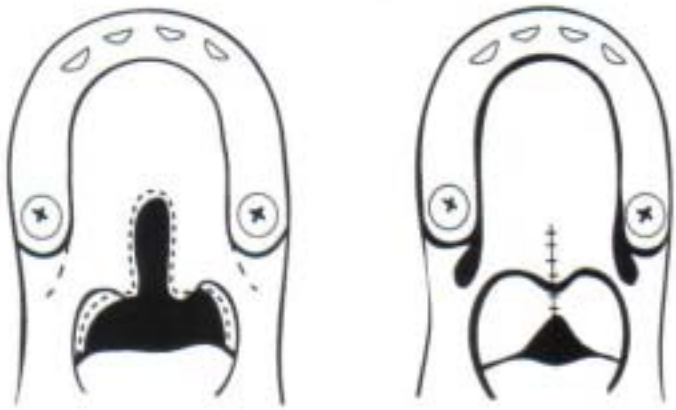

Figura 16.40. Reprezentare schematică a intervenției de corectare a insuficienței velo-palatine.

Anomalii dento-faciale complexe

Sunt condiţionate de:

- lipsa tratamentului ortopedic preoperator
- lipsa osteoplastiei (cu grefe osoase) la nivelul defectului alveolar
- tehnici chirurgicale necorespunzătoare
- lipsa tratamentului ortopedic-ortodontic postoperator.

Programul terapeutic implică abordare multidisciplinară, cu intervenţia specialiştilor: ortodont (în etapa pre şi postoperator), chirurg (în etapa chirurgicală ortognată) şi protetician (în etapa de reabilitare).

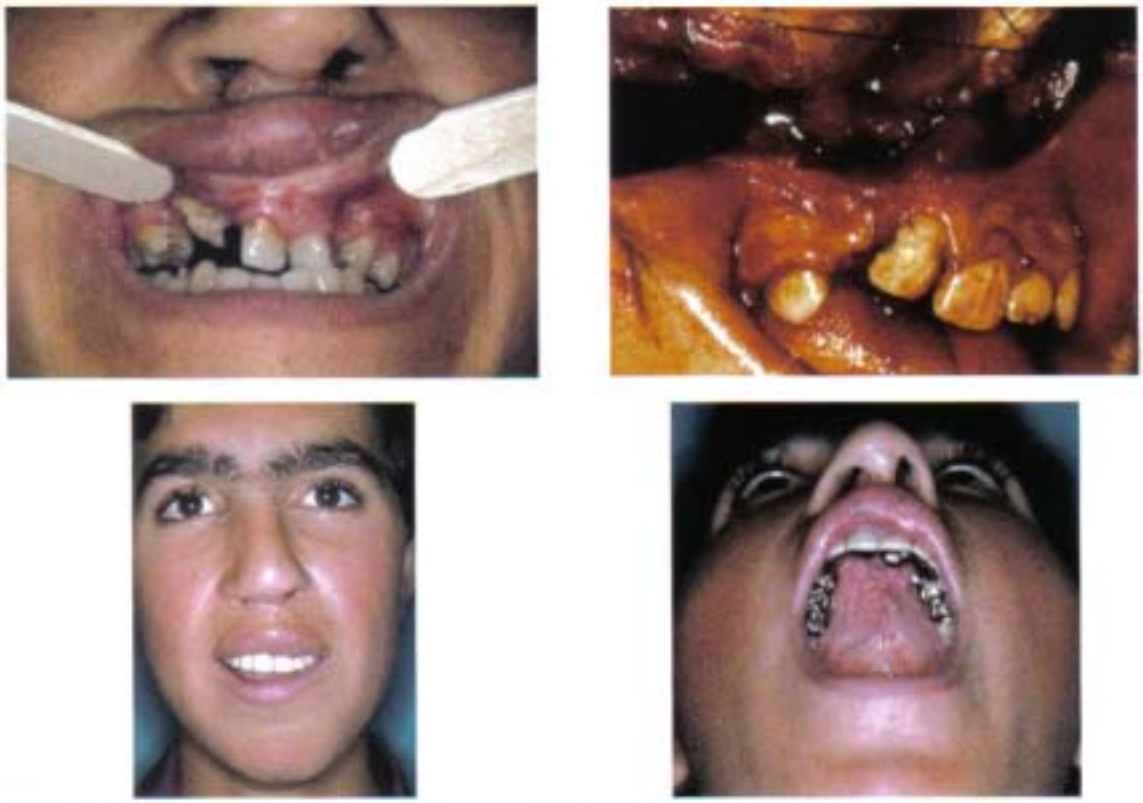

Figura 16.42. Tratament multidisciplinar: a – tratament ortodontic preoperator; b – etapa chirurgicală ortognată; c – tratament ortodontic postoperator; d – reabilitare protetică. (cazuistica *Prof. Dr. C. Navarro Vila*)

Referințe bibliografice

1. Paul Sharpe, Stéphane Roy, Antonio Nanci: Embryology of the Head, Face, and Oral Cavity. În: Nanci A: Ten Cate's Oral Histology : Development, Structure, and Function. 6th Edition. C.V. Mosby Co, 1992.
2. Veau V: Division palatine. Ed. Masson, Paris, 1931.
3. Popescu V (ed): Chirurgie buco-maxilo-facială. Editura didactică și pedagogică, București, 1967
4. Kernahan, D. A. The striped Y: A symbolic classification of cleft lips and palates. Plast. Reconstr. Surg. 47:469, 1971
5. Royal College of Surgeons, England, 1995