A. Hemprich

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR,
 Leipzig, Deutschland

Die operative Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten – eine interdisziplinäre Aufgabe

Seit dem ersten Verschluss einer Gaumenspalte in Deutschland durch von Gräfe 1816 in Berlin waren es zunächst Chirurgen, die diesen sehr schwierigen Eingriff auch ohne Intubationsnarkose und suffiziente Sauger fortentwickelt haben. Dennoch galten viele Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts als „schwachsinnig“, das in aller Regel auch nach einer Gaumenplastik kaum jemals ein einwandfreies Sprechen erreichen konnten. Demgegenüber fanden Wulff u. Wulff [1] 1981 bei 724 nichtoperierten kleinen Kindern mit Spaltbildungen nur 3,7% debile oder imbezile, was genau dem Anteil an der Durchschnittsbevölkerung entspricht.

Mit der konsequenten intravelaren Muskelplastik lässt sich heutzutage die Rate velopharyngealer Revisionsoperationen jedoch unter 5% herabsenken. Die Studienlage bezüglich der Operationsmethode kann zwar immer noch nicht als gut gelten, dennoch ergab die Scandcleft-Studie [2], dass Zeitpunkt und Operationsmethode für die velopharyngeale Kompetenz keine signifikante Rolle spielen. Wesentlich sind hier Geschick und Erfahrung des Operateurs.

Eine entscheidende Bedeutung für die Verbesserung der Sprechergebnisse haben jedoch die seit den 1980er Jahren des letzten Jahrhunderts regelmäßig bestehende intensive Zusammenarbeit zwischen MKG-Chirurgen und HNO-Ärzten bzw. Phoniatern sowie die Einbeziehung von Logopäden in das Therapie-konzept eines Spaltzentrums.

Bereits zum Zeitpunkt des Lippen-spaltverschlusses (4. bis 6. Monat) können bei gegebener Indikation Pauken-

röhrchen indiziert sein und gelegt werden. Eine zweite Gelegenheit ergibt sich zum Zeitpunkt des Gaumenspaltverschlusses mit etwa 1 Jahr. Die konsequente Verbesserung des Hörvermögens der Spaltkinder lässt auch die Ausbildung einer normalen Sprache zu.

Die Indikation für eine sprechverbessernde Operation sollte immer in enger Absprache zwischen MKG-Chirurg, Phoniater und Logopäde gestellt werden. Dann obliegt es dem Chirurgen, die geeignete Operationsmethode auszuwählen.

Schließlich gilt es, die enge Kooperation mit den Kieferorthopäden zu erwähnen. Diese begleiten den Patienten während des gesamten Wachstums und können durch funktionskieferorthopädische und orthodontische Maßnahmen in der Mehrzahl der Fälle die Ausbildung einer Angle-Klasse III verhindern.

Trotz allem treten auch heute noch bei etwa 20% der Spaltpatienten ausgeprägte Oberkieferrücklagen auf. Hier werden MKG-Chirurg und Kieferorthopäde gemeinsam das optimale Konzept für die Wiederherstellung von Form und Funktion abstimmen.

Eine besondere Gruppe stellen die Kinder mit einer Pierre-Robin-Sequenz dar. In vielen Ländern der Welt (z.B. Südamerika) werden diese kurz nach der Geburt immer noch tracheotomiert. In den USA erfolgt sehr häufig eine mandibuläre Distraction mit extraoralen Pins schon beim Baby. Hier gibt es alternative Methoden wie die Tübinger Platte mit einem präepiglottalen Sporn, die in den allermeisten Fällen ein invasives Vorgehen beim Kleinkind vermeiden hilft.

Ich denke, dass es gelungen ist, mit den insgesamt 8 Beiträgen zur Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten (letzte Ausgabe 4/2018 und die aktuelle Ausgabe) einen guten Überblick über dieses bedeutende Teilgebiet der MKG-Chirurgie zu geben, und wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre.

Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. A. Hemprich
 Klinik und Poliklinik
 für Mund-, Kiefer- und
 Plastische Gesichtschirurgie,
 Universitätsklinikum Leipzig
 AöR
 Liebigstr. 12, 04103 Leipzig,
 Deutschland
alexander.hemprich@medizin.uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. A. Hemprich gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Wulff J, Wulff H (1981) Sprachliche, funktionelle und psychosoziale Entwicklungsschäden bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspaltenformen und ihre Beseitigung. In: Pfeiffer G, Pirsig W, Wulff J, Wulff H (Hrsg) Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Reinhardt, München
2. Lohmander A et al (2017) Scandcleft randomized trials of primary surgery for unilateral cleft lip and palate: 4. Speech outcomes in 5-year-olds-velopharyngeal competency and hypernasality. *Plast Surg Hand Surg* 51:27–37