

UNIVERSITATEA „OVIDIUS” DIN CONSTANȚA
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ
ȘCOALA DOCTORALĂ DE MEDICINĂ

**MANAGEMENTUL SECVENȚIAL ȘI
MULTIDISCIPLINAR AL
DESPICĂTURILOR DE BUZĂ ȘI PALAT
-Rezumat-**

Coordonator științific:
Prof. Univ. Dr. Tica Constantin

Doctorand:
Dr. Asan Adel Aila

2017

CUPRINS

Introducere.....	4
------------------	---

PARTEA GENERALĂ

CAPITOLUL I. DATE GENERALE DESPRE DESPICĂTURI

I.1. Embriologia și anatomia structurilor oro-faciale	5
I.1.A. Embriologia.....	5
I.1.B. Anatomia structurilor oro-faciale.....	6
I.2. Etiologia și patogenia malformațiilor.....	13
I.3. Clasificarea despicăturilor labio-palatine.....	17
I.4. Bibliografie selectivă.....	22

CAPITOLUL II. Tratamentul secvențial al pacienților cu despicături de buză și palat

II.1. Considerații generale.....	23
II.2. Perioada prenatală.....	24
II.3. Perioada perinatală.....	25
II.3.A. Managementul la naștere.....	25
II.3.B. Alimentația.....	25
II.3.C. Examinarea genetică.....	27
II.3.D. Examinarea pediatrică.....	28
II.3.E. Asistența medicală.....	28
II.4. Tratamentul dentar.....	29
II.5. Tratamentul ortodontic.....	30
II.6. Evaluarea ORL.....	32
II.7. Evaluarea auditivă.....	33
II.8. Evaluarea vorbirii și limbajului.....	34
II.9. Evaluarea psihologică.....	34
II.10. Bibliografie selectivă.....	35

CAPITOLUL III. Tratamentul chirurgical al despicăturilor de buză.....37

III.1. Momentul reparației nazo-labiale	37
III.2. Anatomia scheletului facial în despicăturile de buză.....	37
III.3. Tratamentul chirurgical primar al despicăturilor unilaterale	
Tehnici chirurgicale.....	41
III.4. Tratamentul chirurgical primar al despicăturilor bilaterale	
Tehnici chirurgicale.....	48
III.5. Bibliografie selectivă	54

CAPITOLUL IV. Tratamentul chirurgical al despicăturilor de palat.....56

IV.1. Obiectivele tratamentului chirurgical.....	56
IV.2. Alegerea momentului intervenției.....	56
IV.3. Tehnici chirurgicale	
IV.4.A. Tehnici de reparație a palatului moale.....	58
IV.4.B. Tehnici de reparație a palatului dur.....	60
IV.4. Bibliografie selectivă.....	63
CAPITOLUL V. Tratamentul defectelor osoase alveolare.....	65
V.1. Gingivoperiosteoplastia.....	65
V.2. Grefarea osoasă primară.....	66
V.3. Grefarea osoasă secundară.....	66
V.4. Grefarea osoasă tardivă.....	68
V.5. Osteogeneză prin elongare dirijată.....	68
V.6. Proteina morfogenică osoasă.....	68
V.7. Bibliografie selectivă.....	69
CAPITOLUL VI. Tratamentul deformațiilor secundare ale despicăturilor de buză și palat.....	70
VI.1. Deformații secundare labiale.....	71
VI.1.A. Despicăturile unilaterale.....	71
VI.1.B. Despicăturile bilaterale.....	76
VI.2. Deformații secundare nazale.....	78
VI.2.A. Despicăturile unilaterale.....	78
VI.2.B. Despicăturile bilaterale.....	80
VI.3. Defectele secundare maxilare.....	81
VI.3.A. Hipoplazia maxilarului.....	81
VI.3.B. Fistulele palatinale sau oro-nazale.....	82
VI.4. Bibliografie selectivă.....	84
CAPITOLUL VII. Metode statistice utilizate.....	85
VII.1. Bibliografie selectivă.....	89
PARTEA PERSONALĂ	
OBIECTIVELE LUCRĂRII.....	90
CAPITOLUL VIII. Analiza statistică a despicăturilor de buză și palat.....	91
VIII.1. Studiul retrospectiv.....	91
VIII.1. A. Material și metodă.....	91
VIII.1. B. Rezultate.....	92
VIII.1. C. Discuții.....	99
VIII.2. Studiul prospectiv al despicăturilor de buză.....	100
VIII.2. A. Material și metode.....	100

VIII.2. B. Rezultate.....	107
VIII.2. C. Discuții.....	121
VIII.3. Studiul prospectiv al despicăturilor de palat.....	123
VIII.3. A. Material și metode.....	123
VIII.3. B. Rezultate.....	126
VIII.3.C. Discuții.....	141
CAPITOLUL IX.Tratamentul dentar	
IX.1. Tratamentul profilactic.....	144
IX.2. Tratamentul odontal.....	149
IX.3. Tratamentul protetic.....	155
IX.4.Tratamentul ortodontic.....	159
IX.5. Discuții.....	162
CAPITOLUL X. Tratamentul chirurgical	
X.1.Tratamentul chirurgical al despicăturilor de buză.....	165
X.1.A. Material și metode.....	165
X.1.B. Rezultate.....	166
X.1.C. Discuții.....	177
X.2.Tratamentul chirurgical al despicăturilor de palat.....	178
X.2.A. Material și metode.....	178
X.2.B. Rezultate.....	178
X.2.C. Discuții.....	180
CAPITOLUL XI. Evaluarea ORL și audiologică.....	181
CAPITOLUL XII. Intervenția logopedică.....	187
CAPITOLUL XIII. Evaluarea psiho-socială.....	190
Discuții.....	192
CAPITOLUL XIV. Cazuri clinice.....	193
CAPITOLUL XV. CONCLUZII.....	217
BIBLIOGRAFIE.....	220

CUVINTE CHEIE: malformație congenitală, despicături de buză, despicături de palat, tehnici chirurgicale, grefare osoasă alveolară.

INTRODUCERE

Venirea pe lume a unui copil este unul din momentele cele mai fericite ale vieții. Părinții fac diferite pregătiri și se așteaptă să aibă un copil normal, cu câte 5 degete la mână și picior, cu fața intactă. Din nefericire, nu toți copiii se nasc perfecți. Nașterea unui copil cu despicătură de buză și/sau palat este un adevărat șoc pentru familie, în special datorită afectării feței. Este o surpriză devastatoare a ceea ce se așteaptă a fi un moment foarte fericit.

Ce este o despicătură? O despicătură este o deschidere anormală sau o fisură în structura anatomică. Este o malformație congenitală care apare în timpul primului trimestru de sarcină, prin lipsa de fuziune a unor părți ale buzei superioare, în cazul despicăturilor labiale sau a unor părți ale bolții palatine în cazul despicăturilor palatine. Deoarece o despicătură se produce datorită unei întreruperi în dezvoltarea embriologică, aceasta urmează un traiect tipic urmărind liniile normale de fuziune.

Despicătura labio-palatină este cea mai comună anomalie cranio-facială și reprezintă a patra cea mai comună malformație congenitală, cu o incidență de 1 la 750 de copii născuți în SUA în fiecare an. Aproximativ jumătate din acești copii au asociate și alte malformații. Despicătura palatină este o caracteristică a peste 300 de sindroame.

O despicătură labială se prezintă cu alterări cosmetice mult mai serioase decât despicătura palatină, dar aceasta prezintă probleme funcționale serioase, mai ales de vorbire. Persoanele vor avea dificultăți de ordin estetic, de vorbire, rezonanță, de alimentație și de auz[1].

Deși localizată într-o arie anatomică mică, necesită îngrijire specializată oferită de echipe de profesioniști. Este o anomalie tridimensională care interesează țesutul moale și osos, care își modifică dimensiunile o dată cu creșterea și funcționalitatea regiunii. Sunt descrise protocoale pentru managementul secvențial al pacientului cu despicătură labio-palatină[2].

Pentru a înțelege de ce apar despicăturile labio-palatine și cum le putem preveni și trata cu rezultate cât mai satisfăcătoare, este necesară o cunoaștere a embriologiei și anatomiei structurilor afectate.

Prezența unei malformații faciale produce marginalizarea persoanei. Impactul negativ asupra psihicului și afectarea integrării sociale reprezintă motivația majoră pentru tratament.

Progresul remarcabil al tratamentului chirurgical din ultimii ani face ca o corectare cât mai precoce a anomaliei să fie un obiectiv absolut.

PARTEA PERSONALĂ

Obiectivele lucrării

Despicăturile labio-palatine reprezintă o patologie aflată în continuă creștere în ceea ce privește nevoia de tratament, armonia zâmbetului, fiind o parte importantă a personalității fiecărui individ.

Această patologie foarte complexă este dificil de tratat și tratamentul se întinde pe o perioadă lungă de timp care poate fi de la naștere și până la adolescență, uneori chiar până la vârsta adultă. De-a lungul timpului s-a dovedit că o singură specialitate nu este suficientă pentru tratamentul complex.

În 1993 Asociația Americană de Despicături Labio-Palatine a propus niște parametrii de îngrijire concepuți pentru a ajuta standardizarea tratamentului pacienților cu despicături de buză și palat. Obiectivele erau de a susține conceptul de interdisciplinaritate și de a încuraja folosirea unor protocoale de tratament care să evidențieze cu grijă momentul efectuării tratamentelor și să coincidă cu dezvoltarea fizică, cognitivă, dentară, psihosocială a copilului.

Centrele care se ocupă cu studiul despicăturilor de buză și palat din lume au interpretat aceste obiective în mod diferit. De aceea există o varietate de protocoale de tratament pentru managementul acestor sugari, copii, adolescenți, adulți.

În perioada 1996-2000 s-a derulat proiectul Eurocleft, un studiu comparativ european al mai multor centre. Acesta a elaborat o metodologie de comparare a tratamentelor realizate și a fost recunoscut de Comisia Europeană ca posibilitate de colaborare extinsă între centrele medicale. Rezultatele proiectului au fost următoarele: realizarea unui registru de servicii în Europa cu detalii ale echipelor implicate în îngrijire, organizarea serviciilor, realizarea de protocoale clinice și facilități speciale pentru cercetare și realizarea ghidurilor de practică.

Lucrarea își propune elaborarea unui protocol complet pentru corectarea acestor malformații faciale. Urmăresc ca în această lucrare să enunț și să detaliez principiile și etapele de tratament actuale ale despicăturilor labio-palatine, punând accent pe planificarea momentului intervențiilor chirurgicale, secvențialitatea tratamentului pentru a asigura la final un beneficiu pe termen lung și de a minimaliza complicațiile și costurile tratamentelor.

Despicătura labio-palatină este o malformație tridimensională care se schimbă o dată cu creșterea și funcționarea regiunii faciale. Întrucât tehnicile chirurgicale de reparație sunt pe larg explicate în literatură, vom încerca să ne concentrăm pe principiile de management.

ANALIZA STATISTICĂ A DESPICĂTURILOR DE BUZĂ ȘI PALAT

1. STUDIUL RETROSPECTIV AL DESPICĂTURILOR DE BUZĂ ȘI PALAT

Material și metode

Grupul de studiu include un lot de 79 pacienți cu despicături de buză și/sau palat diagnosticați și tratați în Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, Clinica de Chirurgie Pediatrică și de Chirurgie OMF în perioada 2008-2017.

S-au folosit foile de observații ale pacienților pentru preluarea și înregistrarea datelor personale, anul nașterii, tipul de despicătură, alte diagnostice secundare, istoricul tratamentelor efectuate și durata lor, etapele de tratament și tipul intervențiilor efectuate. Toate datele au fost preluate și înregistrate în tabele în vederea studiului statistic.

Discuții

Rezultatele studiului retrospectiv ne arată predominanța masculină a cazurilor de despicături labio-palatine, conformă cu datele din specialitate.

După mediul de proveniență, marea majoritate a pacienților sunt din mediul rural. Acest lucru se datorează educației medicale precare a viitoarei mame, alimentației deficitare, consumului de alcool și fumatului.

Un procent mai mic de pacienți a fost internat și amânată operația datorită complicațiilor produse de afecțiuni precum: anemia, infecții ale căilor respiratorii.

După diagnostic, cele mai frecvente sunt despicăturile labio-palatine, ca și în literatura de specialitate, pe partea stângă și complete. Dintre despicăturile de buză, cele unilaterale sunt cel mai des întâlnite.

Vârsta reparației despicăturii de buză a fost peste 6 luni, iar a despicăturii de palat peste 2 ani.

Tehnica chirurgicală cel mai des folosită în plastia despicăturilor de buză unilaterale a fost tehnica Veau, cea mai larg utilizată tehnică datorită simplității.

Ca tehnică chirurgicală pentru plastia despicăturilor bilaterale de buză, s-a folosit procedeul Veau din aceleași considerente.

Au fost câteva cazuri de complicații postoperatorii, cele mai multe fiind infecțiile acute de căi respiratorii superioare.

După zilele de spitalizare, intervalul cel mai utilizat a fost de minim 10 zile, o perioadă optimă pentru efectuarea intervenției și controlul vindecării.

2. STUDIUL PROSPECTIV AL DESPICĂTURILOR DE BUZĂ

Material și metode

Studiul nostru se desfășoară pe o perioadă de 5 ani, 2013-2017 și cuprinde un grup de 18 pacienți, copii internați în Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța în secțiile de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică și Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Studiul s-a desfășurat prospectiv în această perioadă în care s-au operat 20 pacienți cu despicături de buză din care au rămas în studiu 18 pacienți, 2 pacienți nu s-au mai prezentat la controale postoperatorii și au fost scoși din studiu.

Pentru perioada respectivă s-a avut în vedere instituirea protocolului de diagnostic și tratament multidisciplinar, evaluarea clinică pre și postoperatorie a pacienților, tratamentul chirurgical al malformațiilor congenitale, luarea în evidență prin controale periodice.

Studiul prospectiv s-a bazat pe efectuarea de fotografii înainte și după tratamentul chirurgical, precum și la controalele periodice, s-au luat modele de studiu prin amprentarea maxilarelor, s-au completat două tipuri de chestionare, iar datele medicale s-au obținut prin studiul fișelor de observație.

Pentru studiu s-au folosit două chestionare: un chestionar general care a cuprins date generale personale și un chestionar standardizat POSAS (The Patient and Observer Scar Assessment Scale) care evaluează aspectul cicatricii postoperatorii din punctul de vedere al pacientului/ părintelui și al unui observator, un medic din cadrul Clinicii de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială. Părinții pacienților au fost întrebați dacă doresc să participe la completarea chestionarelor și după consimțământul lor, aceștia au primit chestionarele pe care le-au completat. Părinții au fost rugați să acorde atenție la evaluarea cicatricilor și notarea răspunsurilor și să ignore alte caracteristici apărute după tratamentul despicăturilor de buză, cum ar fi deformația nazală.

S-au efectuat măsurători ale diverselor elemente ale buzei superioare în funcție de reperele anatomice la o lună, 6 luni și 1 an după intervențiile chirurgicale pentru a evalua aspectul estetic și funcțional și a studia rezultatele obținute după operații.

Dificultatea măsurătorilor a fost dată de vârsta mică a pacienților și greutatea colaborării cu aceștia.

În cadrul protocolului multidisciplinar pe care îl promovez s-au efectuat consultații pe diferite specialități: pediatrie, chirurgie pediatrică, ORL și evaluări audiometrice, chirurgie OMF și logopedie.

Scopul studiului este în primul rând de a preciza rezultatele obținute în urma tratamentului chirurgical, de a observa care sunt rezultatele în urma utilizării protocolului multidisciplinar și de a evalua modul în care acestea influențează creșterea și dezvoltarea ulterioară a copilului. Rezultatele au fost condiționate de posibilitățile de colaborare cu părinții copilului sau asistentul maternal, cu cadrele medicale pentru diferitele tipuri de tratament. Prin evaluarea rezultatelor vom determina cauzele care au dus la rezultate nefavorabile pentru a le înțelege și a le evita pe viitor.

Chestionarul POSAS (The Patient and Observer Scar Assessment Scale)

Scala de evaluare a cicatricii din punctul de vedere al pacientului/părintelui și al observatorului

Scala POSAS v2.0 este alcătuită din două părți: scala de evaluare a pacientului și a observatorului. Ambele scale conțin câte 6 întrebări care sunt marcate numeric de la 1 la 10 și alcătuiesc prin însumare un "Scor total POSAS". Pe lângă cele 6 întrebări, în scala de evaluare a observatorului sunt disponibile categorii care marchează parametrii normali. În plus, pacientul și observatorul își marchează și "Opinia generală".

1. Scala pacientului

Conține 6 întrebări referitoare la durere, mâncărime, culoare, flexibilitate, grosime, relief. Deoarece a fost dificil pentru pacienți/părinți să facă distincția între pigmentare și vascularizație, ambele caracteristici au fost capturate într-un singur element, culoarea. Fiecare întrebare are un scor de 10 puncte, în care 10 indică cea mai urâtă cicatrice imaginabilă și 1 corespunde situației tegumentului normal. Scorul total se calculează prin însumarea scorurilor celor 6 întrebări.

Scala pacientului conține următoarele întrebări:

1. Cicatricea a fost dureroasă în ultimele săptămâni?
2. Ai avut mâncărimi la nivelul cicatricii în ultimele săptămâni?
3. Culoarea cicatricii este diferită de pielea normală în prezent?

4. Rigiditatea cicatricii este diferită de pielea normală în prezent?
5. Grosimea cicatricii este diferită de pielea normală în prezent?
6. Cicatricea este mai neregulată decât pielea normală în prezent?

Pe lângă aceste întrebări, pacientul a fost rugat să ofere o opinie generală în ceea ce privește calitatea cicatricii comparativ cu pielea normală. Atât pacientul cât și observatorul sunt rugați să își acorde opinia generală asupra aspectului cicatricii. Se folosește o scală în care 10 corespunde cu cea mai urâtă cicatrice. Opinia generală nu este o parte a scorului total.

2. Scala observatorului

În mod normal, cicatricile sunt evaluate într-o situație clinică. Draaijers și colaboratorii au arătat în articolul original că pentru evaluarea cicatricilor după arsuri un observator este suficient ca să se ajungă la un scor total de încredere.

Se evaluează 6 parametrii, fiecare având un scor de 10 puncte, în care 10 indică cea mai urâtă cicatrice imaginabilă și 1 corespunde situației tegumentului normal. Instrucțiunile de utilizare sunt că fiecare din parametrii se vor compara cu aspectul normal al tegumentului într-o zonă anatomică asemănătoare. Scorul total se calculează prin însumarea scorurilor celor 6 parametrii.

Parametrii folosiți sunt: vascularizația, pigmentarea, grosimea, reliefarea, pliabilitatea, suprafața.

a. *Vascularizația* reprezintă prezența vaselor în țesutul cicatricial se evaluează prin nivelul de roșeață (eritem). Se testează prin vitropresiune, după cantitatea de sânge reapărută după presiunea cicatricii cu o bucată de plexiglas.

b. *Pigmentarea* reprezintă colorația maronie a cicatricii produsă de pigmentul melanic. Se testează prin aplicarea plexiglasului pe cicatrice cu presiune moderată pentru a elimina efectul vascularizației.

c. *Grosimea* reprezintă distanța dintre derm și suprafața epidermului.

d. *Reliefarea* reprezentată prin gradul în care sunt prezente neregularități pe suprafața cicatricii

e. *Suprafața* cicatricii comparativ cu pielea normală.

Categoriile celor 6 parametrii sunt:

Vascularizația: palid / roz / roșu / violet / mixt

Pigmentare: hipopigmentare / hiperpigmentare / mixt

Grosimea: gros / subțire

Reliefare: mai mult / mai puțin / mixt

Pliabilitate: suplu / rigid / mixt

Suprafața: expansiune / contracție / mixt

Aceste categorii marchează parametrii nu numai cantitativ, ci și calitativ. În acest fel este evaluată nu numai severitatea ci și sensul afectării. Categoriile nu sunt incluse în calcularea scorului total POSAS, dar sunt considerate relevante din punct de vedere clinic.

Discuții

Studiul prospectiv al despicăturilor de buză

În urma studiului prospectiv s-a demonstrat frecvența crescută a copiilor de sex masculin cu despicătură de buză, fapt confirmat și în literatura de specialitate.

S-a arătat că marea majoritate a pacienților provin din mediul rural. Frecvența crescută a apariției acestor malformații faciale se datorează lipsei informării medicale a viitoarei mame, nivelului educațional scăzut, condițiilor economice. Unele femei nu cunosc potențialul teratogen al unor medicamente administrate în timpul sarcinii, adresabilitatea la medic este redusă, alimentația poate fi deficitară, consumul de alcool și fumatul în mediul rural sunt frecvente.

S-a demonstrat că principalul factor etiologic al apariției despicăturilor de buză este cel necunoscut. Printre alte cauze amintim: factorii toxici precum consumul unor medicamente care ar putea afecta sarcina și fără acordul medicului de familie sau obstetrician, viroze respiratorii, febra, boli infecțioase precum și factori genetici. Cele 2 cazuri cu etiologie genetică au în familie rude cu malformații congenitale(tată și unchi).

Se impune prioritizarea educației pentru sănătate a femeilor tinere prin oferirea de informații legate de sarcină, cu privire la o alimentație sănătoasă și importanța acestora pentru dezvoltarea ulterioară a copilului.

Pacienții s-au prezentat la internare după o prealabilă programare, unii din ei nerespectând calendarul controalelor. S-au preferat pentru internare lunile de primăvară și toamnă. Iarna este un anotimp mai puțin preferat pentru programarea operațiilor, atât de către părinți, cât și de medici datorită dificultății transportului către oraș știind că cei mai mulți pacienți sunt din mediul rural, dar și frecvenței crescute a virozelor respiratorii, gripei care contraindică operația. Vara este anotimpul vacanței, în special pentru orașul nostru așezat lângă mare.

S-a demonstrat că cei mai mulți pacienți s-au internat o singură dată în spital pentru plastia primară a despicăturii de buză. Ceilalți pacienți sunt cei cărora din diferite cauze li s-a amânat intervenția chirurgicală și au trebuit să se externeze și să se reinterneze ulterior pentru operație, precum și pacienții care se operează pentru revizia secundară a cicatricii.

S-a observat că cei mai mulți pacienți internați au avut vârsta cuprinsă între 6 și 12 luni. Se observă o mică întârziere a momentului intervenției față de datele din literatura de specialitate care recomandă intervenția în jurul vârstei de 6 luni.

S-a demonstrat că cei mai mulți pacienți au despicătură labială unilaterală stângă, datele fiind conforme cu cele din literatura de specialitate. Cele mai multe sunt complete, afectând buza, pragul narinar și palatul primar.

Discuții asupra chestionarului POSAS

Aspectul unei cicatrici postoperatorii este foarte important, cu atât mai mult dacă cicatricea este pe față. O cicatrice poate produce probleme estetice, dar și funcționale și psihologice. Acest protocol POSAS este singurul folosit pentru evaluarea aspectului facial postoperator.

Prezentul studiu a evaluat cicatricile postoperatorii ale pacienților operați de despicături de buză.

În studiu s-a observat că părerea pacienților și a părinților a fost mai bună decât cea a observatorului.

Două caracteristici, durerea și mâncărimea au avut minimă importanță pentru pacienți comparativ cu celelalte caracteristici.

Comparând scorul total al pacientului cu scorul total al observatorului se constată că pacienții și părinții sunt mai mulțumiți de aspectul cicatricii postoperatorii. Părerea pacientului este cea mai importantă în procesul de evaluare a unei cicatrici. Faptul că pacienții au o părere bună despre aspectul cicatricii se datorează probabil faptului că aceștia încă mai au amintirea aspectului preoperator și pentru că s-au adaptat la aspectul fizic actual.

Din studiu se constată conform răspunsurilor observatorului că din punct de vedere al vascularizației cicatricii, aceasta devine mai palidă. Creșterea vascularizației cicatricii postoperatorii este un indicator bun pentru activitatea cicatricii în timpul maturării. În timp, cicatricea devine palidă.

Cicatricea pare că este mai puțin pigmentată decât tegumentul din jur. Din punctul de vedere al grosimii cicatricii, aceasta pare mai subțire. În mod normal, țesutul cicatricial este mai gros decât tegumentul din jur în primele luni după operație, dar se reduce în timp în marea majoritate a cazurilor.

Cicatricea este mai puțin reliefată decât tegumentul din jur. Atrofia cicatricii postoperatorii este o caracteristică frecvent întâlnită. Ca și pliabilitate, cicatricea postoperatorie este suplă și suferă procesul de expansiune în suprafață.

3. STUDIUL PROSPECTIV AL DESPICĂTURILOR PALATINE

Material și metode

Studiul nostru include un lot de 16 pacienți diagnosticați și tratați în Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța- Clinica de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică și Chirurgie OMF în perioada 2013-2017. Acești pacienți diagnosticați cu despicături de palat vor fi urmăriți ca evoluție pe toată durata studiului.

Studiul prospectiv s-a bazat pe efectuarea de fotografii înainte și după tratamentul chirurgical, precum și la controalele periodice, s-au luat modele de studiu prin amprentarea maxilarelor.

S-au folosit foile de observații ale pacienților pentru preluarea și înregistrarea datelor personale, anul nașterii, anul primei prezentări la medic, tipul de despicătură, alte diagnostice secundare, motivul prezentării la medic, istoricul tratamentelor efectuate și durata lor, etapele de tratament și tipul intervențiilor efectuate. S-au completat chestionare cu datele generale ale pacienților, nivel educațional al copilului, al părinților, tratamentele efectuate. Toate datele au fost preluate și înregistrate pe fișe tip ale pacienților.

S-a avut în vedere instituirea protocolului de diagnostic și tratament multidisciplinar, evaluarea clinică pre și postoperatorie a pacienților, tratamentul chirurgical al malformațiilor congenitale, luarea în evidență prin controale periodice efectuate la 1 lună, 3 luni, 6 luni, apoi anual după intervenția chirurgicală.

A fost folosit un chestionar despre calitatea vieții care a fost structurat conform propunerii lui Klassen și colegii (2012), adaptat de noi și a fost dat spre completare părinților înainte și după tratamentul chirurgical al despicăturilor de palat. Nivelul α al lui Cronbach a

fost folosit pentru a testa coerența și fiabilitatea (valorile mai mari de 0,5 au fost considerate acceptabile). Valoarea lui p a fost estimată pentru a identifica dacă există diferențe semnificative între rezultate. Acest studiu s-a concentrat pe evaluarea stării pacientului înainte și după tratament: sănătatea fizică, psihologică și socială.

Discuții

Studiul prospectiv al despicăturilor de palat

În urma studiului s-a demonstrat predominanța copiilor de sex feminin cu despicături palatine, date conforme cu cele din literatura de specialitate.

După mediul de proveniență, s-a constatat aceeași frecvență crescută a despicăturii palatine în mediul rural ca și în cazul despicăturilor de buză. Așa cum am discutat și în acel capitol, s-ar datora lipsei informării medicale a viitoarei mame, nivelului educațional scăzut, condițiilor economice.

S-a observat că principalul factor etiologic în despicăturile de palat este cel necunoscut. Printre ceilalți factori amintim factorii toxici, consumul de medicamente în timpul sarcinii, boli infecțioase, gripa. Din studiu am observat că există un caz cu tendință ereditară (cel puțin un părinte are o rudă de gradul I cu malformație congenitală). Datele obținute au fost preluate din chestionarele completate de părinți.

Momentul intervenției este în egală măsură împărțit între perioada de sub 2 ani și perioada de 2-6 ani. Se observă o întârziere a momentului intervenției față de datele din literatura de specialitate prin nerespectarea protocolului terapeutic. Întârzierea palatoplastiei poate produce tulburări de vorbire. Există două aspecte importante ale plastiei palatului în evoluția optimă a vorbirii: tehnica chirurgicală folosită și momentul intervenției. Se preferă închiderea despicăturii palatine la vârsta de 1 an. În cazul despicăturilor largi se face intervenție în doi timpi, una la 9 luni și cealaltă la 1,5 ani-2 ani.

S-a observat că despicăturile labio-palatine sunt mai frecvente decât despicăturile palatine. Forma completă a despicăturilor palatine este mai frecvent întâlnită.

După localizare, se constată că despicăturile sunt localizate în egală măsură la nivelul palatului dur și a palatului dur și moale. Despicăturile vălului palatin sunt mai rare.

Au existat câteva cazuri de fistule palatine localizate cel mai frecvent la nivelul palatului dur și a găurii incisive. Fistulele de la nivelul găurii incisive sunt la limita dintre palatul primar și cel secundar și sunt cel mai bine închise o dată cu grefarea osoasă secundară

alveolară. Fistulele de la nivelul palatului dur sunt frecvent întâlnite, mai ales în cazul unor despicături largi sau atunci când intraoperator nu se realizează contrainciziile în timpul creării lambourilor muco-periostale.

În ceea ce privește perioada de spitalizare, s-a constatat eficientizarea acesteia prin reducerea spitalizării la maxim 10 zile, perioadă suficientă pentru reducerea fenomenelor inflamatorii, a durerii.

În urma analizei comparative se observă persistența tulburărilor de vorbire postoperator la pacienții cu despicături palatine complete.

Discuții asupra chestionarului despre calitatea vieții

Acest studiu s-a concentrat pe evaluarea stării pacientului înainte și după tratamentul chirurgical al despicăturii palatine din punct de vedere fizic, psihologic și social.

În ceea ce privește sănătatea fizică, întrebările despre dificultatea alimentației au avut scoruri mici înainte de operație și mai mari după. Acest lucru arată o reducere semnificativă a dificultăților alimentare. Toți pacienții cu despicături palatine se confruntă încă de la naștere cu dificultăți alimentare legate de cantitatea și calitatea alimentelor, precum și de timpul acordat meselor.

La întrebarea dacă mai există refluxul alimentelor pe nas în timpul alimentației, răspunsurile înainte de intervenția chirurgicală au fost nefavorabile. După intervenție se constată reducerea semnificativă a refluxului nazal al alimentelor prin separarea celor două cavități, nazală și orală. Scorurile calculate după intervenție au fost mai mari comparativ cu cele dinaintea intervenției.

Scorul obținut la întrebarea dacă copilul mai are vorbirea nazonată înaintea intervenției chirurgicale a fost nefavorabil. După operație s-a constatat o ameliorare a vorbirii care va fi completată pe parcurs cu tratament logopedic. Scorul obținut după intervenție a fost mai mare decât cel de dinainte.

Durerea și starea generală nu au fost niște parametri atât de importanți pentru pacient.

Persistența dificultății de vorbire, înțelegerea greșită a cuvintelor de către interlocutor sunt caracteristici comune ale pacientului cu despicătură palatină. Se observă totuși după intervenția chirurgicală o ameliorare a tulburărilor de vorbire.

În ceea ce privește comportamentul față de oamenii din jur, se observă că majoritatea au un disconfort în relațiile interumane, uneori cu tendințe de izolare.

În ceea ce privește încrederea în ei, răspunsul copiilor a fost edificator. Marea

majoritate au dat varianta de răspuns medie, ceea ce dovedește încă o dată că acești copii au nevoie de tratamente psihologice, de căldură familială pentru o creștere a încrederii și respectului.

Copiii suferă de diferite grade de anxietate din punctul de vedere al relației cu oamenii din jur, dar marea lor majoritate nu beneficiază de tratamente psihologice.

În ceea ce privește sănătatea socială, buna funcționare a familiei este o caracteristică foarte importantă pentru orice copil, cu atât mai mult a unui copil atât de sensibil. Studiul a arătat că marea majoritate a copiilor au răspuns că au relații familiale modificate, unii chiar nesatisfăcătoare. Există și copii abandonați care sunt crescuți de asistenți maternali.

Relațiile colegiale au și ele de suferit deoarece acești copii sunt de obicei marginalizați de restul copiilor. S-a constatat că în test răspunsul ideal este că acești copii realizează relații de colegialitate cu oamenii din jur.

S-a observat că pacienții ar fi satisfăcuți de relația lor socială, deși o parte din ei încă mai au probleme de integrare socială.

Studiul nostru a demonstrat că acești copii nu primesc îngrijiri adecvate necesităților lor.

TRATAMENTUL DENTAR

Material și metode

Pacienții cu despicături de buză și/sau palat au nevoie de tratamente dentare toată viața datorită afectării osului maxilar la nivelul căruia se găsesc dinții și germenii dentari.

Prima consultație la medicul dentist s-a realizat pentru copiii mici la 6-12 luni de la erupția primului dinte temporar. S-au examinat cavitatea orală și s-a verificat igiena orală. Copiilor li s-au făcut programări ulterioare pentru consiliere și tratamente dentare.

S-au efectuat tratamente dentare profilactice și terapeutice. S-au întocmit fișe de tratament dentar în care s-a completat fiecare etapă de tratament. S-au luat amprente din materiale siliconice pentru efectuarea modelelor de studiu. Pacienților depistați cu procese carioase li s-a efectuat tratamentul cariilor dentare simple sau complicate. Pacienții vor fi monitorizați pentru anomalii de erupție dentară, mai ales la dinții limitrofi despicăturilor în dentiția permanentă.

Au fost cazuri care au avut nevoie de tratamente protetice care au constat în confecționarea unor plăci palatine din diferite cauze.

Tratamentul ortodontic al pacientului cu despicătură palatină include 4 perioade diferite de vârstă și dezvoltare dentară: nou-născuți, dentiția temporară (2-6 ani), dentiția mixtă (7-12 ani) și dentiția definitivă.

Discuții

În urma tratamentelor dentare, protetice și ortodontice, s-a ajuns la următoarele discuții:

Pacienții și părinții au fost consiliați în privința periajului dentar corect. În urma consultațiilor efectuate s-a observat că mulți din ei nu cunoșteau regulile de igienă dentară.

Datorită tulburărilor de erupție dentară, în special la dinții limitrofi despicăturilor, pentru menținerea unei dentiții permanente bune este necesară asigurarea unei igiene orale bune încă de la vârste mici.

Pacienții cu care s-a putut colabora au beneficiat de igienizare profesională ca primă ședință în cabinetul dentar.

S-au aplicat metode de fluorizare profesională copiilor peste 6 ani folosind lacuri fluorurate. Părinții au acceptat aplicarea metodelor de profilaxie și am avut o bună colaborare cu aceștia.

S-au efectuat periodic ședințe de sigilare a dinților temporari și definitivi. Pacienții au colaborat după ce li s-a explicat că procedeul nu este dureros.

În ceea ce privește tratamentul leziunilor carioase, cu copiii mai mici s-a colaborat mai greu la începutul tratamentului. Cele mai multe leziuni carioase au fost cariile simple. Unii pacienți au avut și procese carioase complicate pentru care s-au efectuat tratamente mecanice de canal. O parte dintre aceștia au acceptat tratamentul, inclusiv obturația de canal. O altă parte au cooperat la început și au renunțat, neputându-se realiza obturarea canalelor. Cu câțiva pacienți nu am putut comunica prea mult și aceștia nu au beneficiat decât de minimum de tratament de canal, fără obturație.

Folosirea plăcii palatine în scopul de a ușura alimentarea copilului și a evita refluarea alimentelor pe nas este o metodă de tratament temporară. Placa palatină trebuie schimbată pe măsură ce copilul crește, sunt necesare mai multe ședințe de adaptare a plăcii endooral pentru a nu produce leziuni de decubit. Părinții trebuie să scoată placa și să o igienizeze ori de câte ori este nevoie, lucru pe care aceștia nu reușesc să îl facă de teamă sau din neștiință.

Tratamentul ortodontic este încă inaccesibil pentru marea majoritate a familiilor. Necesitatea tratamentului ortodontic este neacceptată sau greu înțeleasă de părinți, asta și datorită costurilor mari și a unui tratament îndelungat care impune controale periodice.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

În vederea intervenției chirurgicale se realizează un examen clinic general însoțit de examane paraclinice și consulturi interdisciplinare .

1.Tratamentul chirurgical al despicăturilor de buză

Material și metode

Analiza statistică a pacienților cuprinși în eșantionul de studiu s-a făcut după următoarele criterii: tehnica operatorie pentru despicături de buză; aspectul cicatricii postoperatorii, arcului lui Cupidon, înălțimea buzei, aspectul roșului de buză, refacere a vestibulului bucal, a simetriei nazale, nivelul bazei alare.

Discuții

Tehnica operatorie cel mai des folosită a fost cea prin alunecare-rotire, cea mai cunoscută fiind tehnica Millard. Aceasta s-a ales datorită multiplelor sale avantaje, fiind net superioară oricărei tehnici liniare.

Aspectul facial este foarte important pentru fiecare din noi. Cicatricea poate produce probleme cosmetice, funcționale și psihologice. Țesutul cicatricial se deosebește de tegumentul normal prin diferite caracteristici, cum ar fi: culoare, grosime, relief, pliabilitate, aspectul suprafeței. Formarea unei cicatrici depinde de mai mulți factori: localizare, dimensiuni, tehnica de sutură, materialul de sutură, vindecarea plăgii, vârstă, predispoziția genetică. S-a demonstrat că aspectul cheloid al cicatricii este cel dominant.

În ceea ce privește refacerea reperelor anatomice, s-a constatat că aspectul arcului lui Cupidon este ușor deformat, sub 2 mm. Această deformare mică s-ar datora contracției cicatriciale superficiale și marea majoritate se rezolvă o dată cu maturarea cicatricii. Dacă nu, se fac intervenții minore de plastie a buzei.

S-a observat că în cea mai mare parte a cazurilor înălțimea buzei este scurtată cu

maxim 3 mm. Acest lucru s-ar datora rotației insuficiente a segmentului labial lateral în momentul reparației primare. Aspectul roșului de buză este favorabil în majoritatea cazurilor. Vestibulul bucal este refăcut.

Refacerea simetriei nazale este un subiect complex și imposibil de realizat numai prin plastia primară a despicăturii de buză, mai ales în despicăturile unilaterale. Se încearcă o reducere a asimetriei prin deplasarea medială a aripii narinare, dezinserția fibrelor musculare ale mușchiului orbicular inserate anormal. Uneori refacerea simetriei nu se poate realiza datorită lipsei suportului osos sau devierii structurilor mediane. Dacă simetria nazală nu este obținută, se menține și deformația columelei, bazei alare.

La analiza relațiilor dintre diferitele categorii s-a demonstrat o frecvență crescută a sexului masculin indiferent de grupa de vârstă, indiferent de diagnostic.

Prin analiza comparativă a tehnicilor operatorii în raport cu refacerea reperelor anatomice și simetriei am constatat că tehnica Millard dă rezultate mai bune în ceea ce privește aspectul cicatricii postoperatorii, al refacerii arcului lui Cupidon, roșului de buză, înălțimii buzei.

În ceea ce privește refacerea simetriei nazale, niciuna din cele două tehnici nu reușește să îndeplinească cu succes această cerință.

2. Tratamentul chirurgical al despicăturilor de palat

Material și metode

Analiza statistică a pacienților cuprinși în eșantionul de studiu s-a făcut după următoarele criterii: tehnica operatorie, aspectul cicatricii.

Discuții

Tehnica operatorie cea mai folosită a fost tehnica von Langenback la care s-a adăugat în cazurile plastiei palatine complete și refacerea planului muscular al vâului palatin, veloplastie intravelară. Închiderea despicăturii palatine printr-o singură intervenție este de preferat, datorită scăderii riscului anestezic, refacerea funcționalității cavității orale și nazale, scăderea costurilor medicale.

Aspectul cicatricii postoperatorii palatine a fost în marea majoritate a cazurilor unul favorabil. Afectarea dezvoltării faciale este prea timpuriu de studiat.

EVALUAREA ORL ȘI AUDIOLOGICĂ

Pentru studiul statistic am luat în considerare evaluările ORL pentru copiii cu despicături de palat care sunt mai predispuși la afecțiuni ORL. Pacienții cu despicături de buză au afecțiuni în sfera ORL în cursul unor viroze respiratorii, faringite, laringite.

Din afecțiunile ORL cele mai frecvente sunt otitele medii recurente și cronice. Acestea au fost tratate medicamentos, antibiotic și antiinflamator pe cale generală și locală.

Pacienții luați în studiu la care s-au descoperit probleme la nivelul urechii medii au efectuat periodic controale ORL și li s-au indicat evaluări audiologice.

Evaluare audiologică

Toți pacienții luați în studiu au efectuat evaluări audiologice. Copiii mici până la 6 ani au efectuat impedancetrie și cei mai mari au efectuat audiometrie.

INTERVENȚIA LOGOPEDICĂ

Toți pacienții luați în studiu au deficiențe de vorbire și limbaj. Toți pacienții operați de despicături palatine își mențin mai mult sau mai puțin vocea nazonată.

Terapia logopedică s-a desfășurat în două etape bine delimitate: preoperatorie și postoperatorie. Prima a avut rolul de a dezvolta gradul de funcționalitate al organelor fonarticulatorii, auzul fonematic, și nu în ultimul rând a facilitat reușita intervenției chirurgicale prin exercițiile de motricitate linguală, labială și mai ales ale vâului palatin. Cea de-a doua etapă, corectarea tulburărilor de pronunție, a început după intervenția chirurgicală și încheierea perioadei de convalescență.

EVALUAREA PSIHO-SOCIALĂ

În urma evaluărilor psihologice ale copiilor din studiu de vârstă preșcolară și școlară s-au enunțat concluzii.

Discuții

Marea majoritate a pacienților au afecțiuni din sfera ORL, cele mai frecvente fiind otitele medii recurente și cronice.

Acești pacienți au făcut evaluări audiologice și au avut unele modificări ale testelor.

Copiii mici au efectuat impedancemetria și s-a observat că marea majoritate au avut timpanograme tip B care indică prezența serozităților în urechea medie. Acestora li s-au făcut tratamente ORL.

Audiograma vocală a fost metoda de evaluare pentru pacienții mai mari. Rezultatele au arătat forme ușoare de hipoacuzie de transmisie care nu au necesitat reabilitare auditivă.

Foarte puțini pacienți au urmat tratamente logopedice sau psihologice.

În urma analizei comparative se observă persistența tulburărilor de vorbire postoperator la pacienții cu despicături palatine complete.

Procesul de corectare a tulburărilor de pronunție durează în cazul despicăturilor palatine mai mult decât în cazul celor labiale. O dată pentru că în despicăturile de buză intervenția chirurgicală se realizează la o vârstă mult mai fragedă, respectând astfel principiul intervenției timpurii, afectarea organelor aparatului fono-articulator este mai ușoară, precum și datorită faptului că logopatul nu ajunge să trăiască și să conștientizeze fenomenele de etichetare și de marginalizare impuse de societate.

În cazul celor cu palatoschizis însă, situația stă cu totul diferit. Intervenția, indiferent că vorbim de cea chirurgicală sau de cea logopedică, este de lungă durată, iar subiectul ajunge la o vârstă la care resimte pe deplin barierele sociale impuse de handicapul său.

CONCLUZII

1. Despicătura de buză și palat este cea mai frecvent întâlnită malformație congenitală facială și se datorează lipsei de fuziune a buzei și maxilarului.

Tratamentul despicăturilor de buză și palat este complex, multidisciplinar și se întinde pe mulți ani, de la naștere și până când copilul ajunge la maturitate.

2. Echipa multidisciplinară trebuie să fie formată din medici, asistenți medicali, asistenți sociali, logopezi, psihologi care trebuie să fie pregătiți, să aibă experiență în acest domeniu pentru succesul reabilitării copiilor.

Prin colaborare interdisciplinară se poate îmbunătăți înțelegerea și tratamentul despicăturilor și se pot obține rezultate mai bune.

3. Este necesară realizarea protocoalelor clinice, a ghidurilor de practică bine sistematizate astfel încât toți pacienții să primească un set de recomandări comune. Sunt țări europene în care s-au implementat bazele unor ghiduri de practică și protocoale clinice și au avut rezultate favorabile.

Scopul protocoalelor este acela de evaluare periodică, de respectare a planului de tratament pentru a asigura un beneficiu pe termen lung și de a minimaliza complicațiile și costurile tratamentului.

4. Nașterea unui copil cu malformație facială poate produce un sentiment de vinovăție al părinților. Mamele au nevoie de ajutor specializat încă din primele zile de viață ale copilului. Rezolvarea dificultăților de alimentare va întări relația dintre mamă și copil.

Există în Europa asociații familiale ale părinților cu copii cu despicături de buză și palat. Membrii acestor asociații ajută părinții să treacă peste momentele grele de pe parcursul tratamentului. În lipsa acestor asociații, în echipa multidisciplinară ar trebui să existe asistenți sociali care să vină în ajutorul părinților. O prioritate pentru viitor este crearea unor astfel de grupuri.

5. Când se ia o hotărâre asupra unui tratament, echipa de profesioniști trebuie să ia în considerare decizia și dorințele părinților. Personalul trebuie să informeze cu atenție părinții asupra riscurilor și beneficiilor inerente, precum și opțiunile de tratament alternativ.

Părinții trebuie să fie informați după fiecare etapă de tratament în ceea ce privește rezultatele obținute, eventualele reacții adverse și evoluția ulterioară. Părinții trebuie să fie optimiști în ceea ce privește tratamentul și evoluția copiilor deoarece acest lucru poate influența rezultatul tratamentului și va reduce din nesiguranță.

Planul de tratament și rezultatele obținute depind considerabil de înțelegerea și cooperarea părinților. În cazul în care există echipe specializate care se ocupă numai de acești copii, cu siguranță că vor primi cele mai bune îngrijiri.

Consilierea genetică este importantă pentru a aduce la cunoștință părinților riscurile ca un alt membru al familiei să se nască cu aceeași malformație. Acest lucru se va afirma după studiul istoricului medical al familiei pentru a determina dacă există vreo modalitate de moștenire.

6. Alegerea momentului optim al intervențiilor depinde în primul rând de starea de sănătate a copilului astfel încât să nu existe complicații ale anesteziei generale. Se recomandă ca plastia despicăturilor de buză să se practice până la 6 luni fiind precedate sau nu de un tratament ortodontic-ortopedic.

Despicăturile de palat se preferă pe cât posibil să se închidă într-o singură intervenție chirurgicală în jurul vârstei de 1 an. Se preferă tehnica von Langenback și refacerea musculaturii vălului palatin. În cazurile în care despicătura palatină este largă, se recurge la intervenția în doi timpi: unul de închidere a vălului palatin în jurul vârstei de 9 luni și a palatului dur până la 2 ani.

Momentul și tipul intervenției de grefare osoasă alveolară este cel mai controversat în prezent. Se consideră că standardul de aur este grefarea osoasă secundară cu grefă osoasă

autogenă în momentul dentiției mixte.

7. Tulburările de auz sunt produse de afecțiuni inflamatorii ale urechii medii mai ales la copiii cu despicături palatine. Se recomandă existența unor echipe de medici în specialitatea ORL și audiologi pentru a depista și a trata cât mai devreme aceste deficiențe.

Hipoacuzia este o afecțiune gravă care poate produce probleme sociale și economice importante. Este un handicap vizibil care se dezvoltă încet și nedureros. Persoanele cu astfel de probleme se așteaptă de la ceilalți să îi audă normal. Pot fi ridiculizate, ignorate, pot deveni ținta constantă a furiei și frustrării familiei, colegilor și străinilor. Poate duce la apariția neînțelegerilor care afectează relațiile interumane.

8. Retardul mintal nu este mai frecvent întâlnit la copiii cu despicături de buză și palat decât la restul populației, dar tulburările de vorbire și deficiența de limbaj sunt. Este importantă crearea unor echipe de logopezi și psihologi specializați care să corecteze tulburările de vorbire și limbaj pentru ca acești copii să înceapă să vorbească corect chiar de la început. Principalul scop în plastia despicăturilor de palat este crearea condițiilor pentru o vorbire favorabilă.

9. Studiile psihologice au arătat că acești copii sunt frustrați, hipersenzitivi, anxioși, preocupați de aspectul lor fizic. Acești copii simt nevoia de mai multă dragoste și au fost descriși ca fiind opusul oamenilor creativi.

10. Rezultatele estetice și funcționale ale tratamentului chirurgical nu se pot evalua decât peste câțiva ani. Despicăturile de buză și palat afectează aspectul fizic, vorbirea, ocluzia, de aceea rezultatul final îl vom evalua la sfârșitul perioadei de creștere. Rezultatele slabe sunt legate de: lipsa protocoalelor și a controalelor periodice, îngrijirea fragmentată.

11. Necesitatea unor alte tratamente în afara celor chirurgicale este greu înțeleasă de părinți, poate și datorită unor costuri crescute, cum ar fi tratamentul ortodontic, logopedic, psihologic.

12. Este necesară tragerea unui semnal de alarmă pentru schimbarea mentalității și includerea acestor copii în programe naționale, astfel încât pacienții de mâine să beneficieze de tratamente îmbunătățite.

13. O îngrijire descentralizată, fragmentată, cu un număr redus de cadre specializate, fără existența protocoalelor de tratament și a ghidurilor clinice se asociază cu rezultate slabe. Numărul redus de cazuri de despicături labio-palatine face imposibilă organizarea echipelor multidisciplinare în scopul de a ridica standardele terapeutice.

14. Rezultate semnificative se vor obține atunci când se va realiza recunoașterea pe plan local a necesității îmbunătățirii tratamentelor și atenției acordate acestui tip de malformații prin modificarea bugetelor serviciilor medicale.

15. Un tratament de succes implică cunoașterea tehnicii chirurgicale, a anatomiei

locale modificate și evaluare esteticii faciale. Prin autoexaminare, evaluare corectă a rezultatelor și o mare imaginație, medicii chirurghi continuă să facă progrese în tehnicile de reparație a despicăturilor.

Tratamentul despicăturilor evoluează în ultimii ani și se încearcă găsirea celor mai bune metode. Atingerea unor standarde minime de tratament rămâne o provocare majoră

16. Scopul final este obținerea unui aspect estetic favorabil cu refacerea funcționalității regiunii și reducerea pe cât posibil a numărului intervențiilor chirurgicale.

BIBLIOGRAFIE

1. A Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L: Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2002; 36(1): 9-

2. Alex Habel, Debbie Sell, Michael Mars: Management of cleft lip and palate- Archives of Disease in Childhood, 1996;74: 36-366

3. Alexandru Bucur: Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, Med Publishing, București, vol II, p 824-856

4. Amanat N, Langdon JD. Secondary alveolar bone grafting in clefts of the lip and palate. J Craniomaxillofac Surg. 1991;19:7-14.

5. Ann W. Kummer: Cleft Palate and Craniofacial Anomalies, Effects on Speech and Resonance, Second Edition, 2011, Thomas Delmar Learning, pag 37-60

6. Anne M. R, Agur, Moore Keith L: Essential Clinical Anatomy Point, 2006, Lippincott Williams & Wilkins, Hagerstown MD, pg 553

7. Arvedson JC: Feeding with craniofacial anomalies, in: Arvedson JC, Brodsky LB: Pediatric swallowing and feeding: assessment and management. 2nd Ed Albany NY Singular Publishing Group 2002; 527-561

8. Asociația de Neonatologie din România: Alimentația enterală a nou născutului la termen bolnav (Ordin Nr. 1232 din 2 august 2011), Colecția ghiduri clinice pentru neonatologie, Ghidul 09/Revizia 0; 25.07.201023

9. Asociația de Neonatologie din România: Alimentația nou născutului la termen sanatos (Ordin Nr. 1232 din 2 august 2011), Colecția ghiduri clinice pentru neonatologie, Ghidul 02/Revizia 0;7-8.12.2009
10. autism.gamara.ro/portage
11. Bardach J, Salyer K. Surgical techniques in cleft lip and palate. Chicago: Year Book; 1987.
12. Bardach J. The influence of cleft lip repair on facial growth. Cleft Palate J. 1990;27:76–78.
13. Bardach J. Two-flap palatoplasty: Bardach's technique. Operative Techniques Plast Surg. 1995; 2:211–214.
14. Bardach J. Unilateral cleft lip. In: Cohen M, ed. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery. Boston, MA: Little, Brown and Company, 1994 Reconstr Surg 2003; 111:17
15. Barillas I, Dec W, Warren SM, et al. Nasoalveolar molding improves long-term nasal symmetry in complete unilateral cleft lip-cleft palate patients. Plast Reconstr Surg. 2009;123(3):1002–1006.
16. Bergland O, Semb G, Abyholm FE. Elimination of the residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment. Cleft Palate J. 1986; 23:175–205.
17. Bernard G. Sarnat, James P. Bradley: Craniofacial Biology and Craniofacial Surgery, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd, 2010, 279
18. bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/675/basics/classification.html
19. Brian C. Sommerlad. A Technique for Cleft Palate Repair. Plastic & AMP Reconstructive Surgery • december 2003.p 1542-1545
20. Buică B. C. (2004), Bazele defectologiei, București, Ed. Aramis
21. Burlea A., Mereuță M., Milici R. C., Zafirache A. (Burlea G., Burlea M. - coordonatori) (2004), Dicționar explicativ de logopedie, Iași, Ed. Sedcom Libris
22. Burlibașa Corneliu: Chirurgie Orală și Maxilo Facială, Editura Medicală, 1999, pg 1213-1244
23. Can Med Assoc Journal, 1980 jan 12, 122: 19-24
24. Charles H Thorne: Grabb and Smith's Plastic Surgery, Sixth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007, p175, 201-225

25. Chaudré F et Garabédian EN. Chirurgie des fentes labio-vélo-palatines. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-220.5-7
26. Cho-Lee GY, García-Díez EM, Nunes RA, Martí-Pagès C, Sieira-Gil R, Rivera-Baró A. Review of secondary alveolar cleft repair. *Ann Maxillofac Surg* 2013;3:46-50
27. *Cleft Palate Cranio-facial Journal*, Noiembrie 2007, vol 44, nr 6, pag 585-588
28. Converse J M, Hogan V. M., McCarthy J.G.: *Reconstructive Plastic Surgery, Cleft lip and palate*, 2nd edition, Philadelphia, Saunders, 1977, p1930
29. Converse, John Marquis Converse, V. Michael Hogan, Fritz E. Barton: Chapter 47, Secondary Deformities of Cleft Lip, Cleft Lip and Nose, and Cleft Palate
30. Cronin TD, Upton J. Lengthening of the short columella associated with bilateral cleft lip. *Ann Plast Surg*. 1978;75–95.
31. Cutting C B Dayan J H Lip height and lip width after extended Mohler unilateral cleft lip repair *Plast Reconstr Surg* 2003,17–23.,
32. Cutting C, Rosenbaum J, Rovati L. The technique of muscle repair in the soft palate. *Operative Techniques Plast Surg*. 1995;2:215–222
33. Cutting CB, Dayan JH. Lip height and lip width after extended Mohler unilateral cleft lip repair. *Plast R Millard DR, Jr. Cleft Craft: The Evolution of its Surgery. The Unilateral Deformity. Vol. 1. Boston, MA: Little, Brown, 1977.*
34. Cutting CB, Grayson BH, Brecht L, et al.: Presurgical columellar elongation and primary retrograde nasal reconstruction in one-stage bilateral cleft lip and nose repair. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101:630–639.
35. Dado DV, Kernahan DA. Anatomy of the orbicularis oris muscle in incomplete unilateral cleft lip based on histological examination. *Ann Plast Surg*. 1985;15:90–98.
36. Delaire J, Precious D. Avoidance of the use of vomerine mucosa in primary surgical management of velopalatine clefts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985;60:589–597.
37. Dorrance GM, Bransfield JW. The pushback operation for repair of cleft palate. *Plast Reconstr Surg*. 1946;1:145
38. Dorrance GM. Lengthening the soft palate in cleft palate operations. *Ann Surg*. 1925;82:208.
39. Ecaterina Vramas, Viorica Oprea: Set instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități, Editura MarLink, București, 2003

40. Emory Jr RE, Clay RP, Bite U, et al. Fistula formation and repair after palatal closure: an institutional perspective. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99:1535–1538.
41. Farmand M. - Lip Repair Techniques and Their Influence on the Nose, *Facial Plastic Surg* 2002, Vol. 18, No. 3:155-164.
42. Feichtinger M, Mossbock R, Karcher H. Evaluation of bone volume following bone grafting in patients with unilateral clefts of lip, alveolus and palate using a CT-guided three-dimensional navigation system. *J Craniomaxillofac Surg.* 2006;34:144–149.
43. Fernandez DB, Hudson DA: The modified Z-plasty for unilateral cleft lip repair. *Br J Plast Surg.* 1993 Dec;46(8):676-80.
44. Fèvre M. – Chirurgie infantile et orthopédie, Éditions Médicales Flammarion, Paris, 1967.
45. Fishman LS. Factors related to tooth number, eruption time, and tooth position in cleft palate individuals. *ASDC J Dent Child.* 1970;37:303–306.
46. Franceline A. Frans, M.D., Paul P.M. van Zuijlen, M.D., Ph.D., J.P.W. Don Griot, M.D., Ph.D., Chantal M.A.M. van der Horst, M.D., Ph.D: Assessment of Scar Quality After Cleft Lip Closure, *Cleft Palate Craniofac J* 2012, Vol 49 No 2, 171-176
47. Friede H, Johanson B. A follow-up study of cleftchildren treated with vomer flap as part of a three stage soft tissue surgical procedure. Facial morphology and dental occlusion. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1977;11:45–57.
48. Furlow Jr LT. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78:724-38
49. Furlow L. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Operative Techniques Plast Surg.* 1995;2:223–232.
50. Garcez LW, Giugliani ER: Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 42(6): 687-693
51. Gaudy, Jean Francois: Anatomie Clinique, 2003, Editions CdP, Collection JPOI, Groupe Liaison, pg63-74
52. Geoffrey H. Sperber: Craniofacial Development and Growth, 2001, BC Decker Inc, London, pag 116-121
53. Gray's Anatomy; The Anatomical Basis of Clinical Practice, 2008, 40th edition
54. Grayson BH, Garfinkle JS. Nasoalveolar molding and columellar elongation in preparation for primary repair of unilateral and bilateral cleft lip and palate. In: Losee JE, ed. *Comprehensive Cleft Care.* New York: McGraw Hill; 2009:701–720.

55. Grayson BH, Santiago P, Brecht LE, et al. Presurgical naso-alveolar molding in patients with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999;36:486–498.
56. Gunther E, Wisser JR, Cohen MA, et al. Palatoplasty: Furlow's double reversing Z-plasty versus intravelar veloplasty. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35:546–549
57. Hans Friede, D.D.S., Odont. Dr.:Maxillary Growth Controversies After Two-Stage Palatal Repair With Delayed Hard Palate Closure in Unilateral Cleft Lip and Palate Patients: Perspectives From Literature and Personal Experience:Cleft Palate–Craniofacial Journal, March 2007, Vol. 44 No.
58. <https://www.audionova.ro/testari-copii/teste-copii>
59. J.R.Hupp, Eduard Ellis III, Myron R Tucker: Oral and Maxillofacial Surgery, Sixth Edition, 2014, Elsevier Inc, 585-600
60. Jia Y, Fu M, Ma L. The comparison of two-dimensional and three-dimensional methods in the evaluation of the secondary alveolar bone grafting. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2002;37:194–196.
61. John M. Lore, Jesus E. Medina, An Atlas of Head & Neck Surgery, fourth edition, Elsevier Saunders Inc,2005, p 493-518
62. Jurcău E., Jurcău N. (1999), Învăţăm să vorbim corect, Cluj- Napoca, Ed. Printek
63. Kalaaji A, Lilja J, Friede H, et al. Bone grafting in the mixed and permanent dentition in cleft lip and palatepatients: long-term results and the role of the surgeon's experience. *J Craniomaxillofac Surg.* 1996;24: 29–35.
64. Kaplan EN. Soft palate repair by levator muscle reconstruction and a buccal mucosal flap. *Plast Reconstr Surg.* 1975;56:129.
65. Kernahan DA. The striped Y. A symbolic classification for cleft lip and palate.*Plast Reconstr Surg.* 1971;47:469–470.
66. Khandekar B, Srinivasan S, Mokal N, et al. Anthropometric analysis of lip-nose complex in Indian population. *Indian J Plast Surg.* 2005;38:128–131
67. Kindelan JD, Nashed RR, Bromige MR. Radiographic assessment of secondary autogenous alveolar bone grafting in cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J.* 1997;34:195–198.
68. Koletzko B, Baker S, Cleghorn G, Neto UF, Gopalan S, Hernell O et al: Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recomendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41(5): 584

69. L. B. Kaban, M. Troulis: Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery, 2004, Saunders, Elsevier Science, pag 411-422
70. Langman's Medical Embriology, 9th Edition, pag 149-166, 386-392
71. Laurent Guyot, Pierre Seguin, Herve Benateau : Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face, Springer- Verlaq France, Paris, 2010, pg 263
72. Lazarus DD, Hudson DA, van Zyl JE, Fleming AN, Fernandes D. Repair of unilateral cleft lip: a comparison of five techniques. Ann Plast Surg 1998; 41:587
73. Le Mesurier A.B.: The quadrilateral Mirault flap forharelip. Plast. Reconstr. Surg., 16: 422, 1955
74. Liou EJ, Subramanian M, Chen PKT, et al. The progressive changes of nasal symmetry and growth after nasoalveolar molding: a three-year follow-up study. Plast Reconstr Surg. 2004;114(4):858–864.
75. Lucian Podoleanu, Victor Nimigean, Noțiuni de anatomie topografică a capului și gâtului, Editura Cerma , pag 22-27
76. Lupu, G., **Petcu, L.C.**, Lupu, E.C., *Matematici aplicate și Biostatistică*, Ed. Virom, Constanța, **2006**, p.221-293
77. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: A 15-year review and a new treatment plan. Plast Reconstr Surg. 1990;86:882–889.
78. McComb HK. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: A long-term follow-up. Plast Reconstr Surg. 2009; 124:1610–1615.
79. McIntyre GT, Devlin MF. Secondary alveolar bone grafting (CLEFTSiS) 2000–2004. Cleft Palate Craniofac J. 2010;47:66–72.
80. Millard D.R. Jr.: The primary camouflage of the unilateral Harelook. In Skoog T., Ivy R. eds: transactions of the international society of Plastic Surgeons, First Congress, Stockholm, m, 1955, Baltimore, Williams & Wilkins, 160-6, 1957
81. Millard Jr DR, ed. The unilateral deformity. Cleft Craft: The Evolution of Its Surgery. Vol I. Boston: Little,Brown; 1976.
82. Millard Jr DR. Cleft Craft: The Evolution of Its Surgery.Vol II. Boston: Little, Brown; 1977.
83. Mircea Nanulescu. Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie, 2013, librariaonline.ro
84. Mohammad Khursheed Alam: Cleft lip and palate, A to Z Orthodontics, vol 18, PPSP Publication,2012

85. Mohler L R. Unilateral cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80(4):511–517.
86. Mohler L R: Unilateral cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg.* 1995;2:193-199
87. Mulliken JB, Wu JK, Padwa BL. Repair of bilateral cleft lip: Review, revisions, and reflections. *J Craniofac Surg.* 2003;14:609–620
88. Mulliken JB. Bilateral cleft lip. *Clin Plast Surg.* 2004;31: 209–220.
89. Neil S. Norton: *Netter's Head and Neck Anatomy For Dentistry*, Second Edition, Saunders Elsevier Inc., 2012, 326-365
90. Noordhoff MS, Chen PKT. Unilateral cheiloplasty. In: Mathes ST, ed. *Plastic Surgery*. Vol 4. Philadelphia: WBSaunders; 2006.
91. Noordhoff MS. Response to Kernahan's commentary on symbolic representation of cleft lip and palate by Friedman et al (1991) [letter]. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29:96
92. Papilian, Victor: *Anatomia Omului*, Editia a VI-a, Editura Didactica si Pedagogica-Bucuresti, 1982, pg28-32
93. Parameters For Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/ Palate or Other Craniofacial Anomalies: Official Publication of the American Cleft Palate- Craniofacial Association, Revised Edition November 2009
94. Paul W. Flint, Bruce H. Haughey, Valerie J. Lund & Co: *Cummings Otolaryngology. Head and Neck Surgery*, Fifth Edition, Vol Three, Mosby Elsevier, 2010, chapter 186
95. Peltomaki T, Vendittelli BL, Grayson BH, et al. Associations between severity of clefting and maxillary growth in patients with unilateral cleft lip and palate treated with infant orthopedics. *Cleft Palate Craniofac J.* 2001;38:582–586.
96. Petcu B., Bereşescu A., Cormoş B.: *Noţiuni practice de prevenţie oro-dentară*, Univeristy Press, Târrgu Mureş, 2010, 70-100
97. Petcu, L.C., *Analiza statistica cu SPSS-Note de Curs*, Ed. Ovidius University Press, Constanţa, 2011, p.1-303
98. Petcu, L.C., Petcu, A., Lupu, E.C., *Informatica Aplicata si Statistica Experimentală*, Ed. Ovidius University Press, Constanţa, 2009, p.1-195
99. Peter C Neliga, Eduardo D Rodriguez, Joseph E Losee: *Plastic Surgery*, Third Edition, Craniofacial, Head and Neck Surgery, Pediatric Plastic Surgery, Volume Three, Elsevier Saunders Inc, 2013, p p 584-594, 631-654

100. Piombino P1, Ruggiero F, Dell'Aversana Orabona G, Scopelliti D, Bianchi A, De Simone F, Carnevale N, Brancati F, Iengo M, Grassia MG, Cataldo R, Califano L: Development and validation of the quality-of-life adolescent cleft questionnaire in patients with cleft lip and palate, J Craniofacial Surgery, 2014,Sep; 25(5), 1757-1761
101. Prof. Dr. Mircea nanulescu: Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie, Editura medicală Amalteea, București, 2017, 12-16, 164-169, 341-345
102. Protocoale pentru profilaxia rahitismului și anemiei la copil, Seria Protocoale în Îngrijirea Copilului, , Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Prof. Dr. Alfred Rusescu”, Editura Oscar Print, 2010
103. R. A. Latham: Converse, The Anatomy of the Facial Skeleton in Cleft Lip and Palat, chapter 40, p 1- 8
104. Ralph Hamilton, William P Graham, Peter Randall : The Role of Lip Adhesion Procedure in Cleft Lip Repair, Philadelphia, Cleft Palate J. 1971 Jan;8:1-9.
105. Randall P.: A lip adhesion operation in cleft lip surgery, Plastic& Reconstructive Surgery,35,371-376,1965
106. Randall P: A Triangular Flap Operation for the Primary Repair of Unilateral Clefts of the Lip, Plastic & Reconstructive Surgery & the Transplantation Bulletin: April 1959 - Volume 23 - Issue 4 - ppg 331-347
107. Ranga,Viorel:Anatomia Omului-capul si gatul,Editura Cerma,1995, pag 167-173, 174-183
108. Rawashdeh MA, Al Nimri KS. Outcome of secondary alveolar bone grafting before and after eruption of the canine in Jordanian patients with cleft lip and palate. J Craniofac Surg. 2007;18:1331–1337.
109. Richard Boies Stark,Converse: Cleft Palate. Chapter 45,
110. Richard R. Welbury, Monty S. Duggal, M. T. Hosey: Paediatric Dentistry, Third Edition, Oxford University Press, 2005, 131-147
111. Rodica Luca: Metode locale de prevenire a cariei în șanțuri și fosete, ediția a II-a, Editura Cerma, București, 1999
112. Rodica Luca: Pedodonție vol I și II, Editura Cerma, 2013
113. Rosenstein S, Dado DV, Kernahan D, et al. The case for early bone grafting in cleft lip and palate: a second report. Plast Reconstr Surg. 1991;87:644–654; discussion 55–6.
114. Seth R Thaller, James P Bradley, Joe I Garri : Craniofacial Surgery, Informa Healthcare USA, NY,2008,pg 153

115. Seth Thaller, Joe I Garry: Cranio-Facial Surgery, Informa Healthcare USA INC, NY,2008, p 165-174
116. Sherif Bakri, M.D., Sara Rizell, D.D.S., D.Orth., Ph.D., Jan Lilja, M.D., D.D.S., Ph.D., Hans Mark, M.D., Ph.D:Vertical Maxillary Growth After Two Different Surgical Protocols in UnilateralCleft Lip and Palate Patients : The Cleft Palate–Craniofacial Journal 51(6) pp. 645–650 November 2014
117. Skoog T. The management of the bilateral cleft of the primary palate (lip and alveolus): I. General considerations and soft tissue repair. *Plast Reconstr Surg.* 1965;35:34–44.
118. SL Dr Oana Falup- Pecurariu: Carte de practică. Pediatrie I. Universitatea Transilvania Braşov Facultate de Medicină
119. Sommerlad BC, Henley M, Birch M, et al. Cleft palate rerepair – a clinical and radiographic study of 32 consecutive cases. *Br J Plast Surg.* 1994;47:406–410.
120. Sommerlad BC. A technique for cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg.*2003;112:1542
121. Stal S, Brown R H, Higuera S. et al. Fifty years of the Millard rotation-advancement: looking back and moving forward. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(4):1364–1377
122. Still JM, Georgiade NG. Historical review of management of cleft lip and palate. In: Georgiade NG, ed. *Symposium on Management of Cleft Lip and Palate and Associated Deformities.* Vol. VIII. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co., 1974:13–21.
123. Tennison C.W.: The repair of unilateral cleft lip by stencil method. *Plast Reconstr. Surg.*, 9: 115-20, 1952
124. The American Heritage: Medical Dictionary 2007. Houghton Mifflin Company; www.amazon.com/AmericanHeritage-Medical-Dictionary
125. The Commission of the European Communities: Commission Directive 2006/141/EC of 22 December 2006 on infant formulae and follow-up formulae and amending Directive 199/21/EC (text with EEA relevance). *Official Journal of the European Union* 2006; L401: 1-31
126. Trott JA, Mohan N. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of lip repair in bilateral cleft lip and palate: The Alor Setar experience
127. Veau V. Operative treatment of complete double harelip. *Ann Surg.* 1922;76:143–156.

128. Verza E. (2004), Afectivitate și comunicare la copiii în dificultate, București, Ed. Fundației Humanitas
129. Verza E. (2009), Tratat de logopedie – vol II, București, Ed. Semne
130. Witherow H, Cox S, Jones E, et al. A new scale to assess radiographic success of secondary alveolar bone grafts. *Cleft Palate Craniofac J.* 2002;39:255–260.
131. World Health Organization/UNICEF: The national infant feeding situation; http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241595018_s2.1.pdf, accesat nov. 2009
132. World Health Organization: Energy requirements of infants from birth to 12 months. In Human energy requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. Rome, 17-24 October, 2001: 11-19; <http://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5686e/y5686e00.pdf>
133. World Health Organization: Indicators for assessing breast feeding practices: Report of an informal meeting. Geneva, 1991; http://www.who.int/child-adolescent-health/NewPublications/nutrition/WHO_CDD_SER_91.14.PDF
134. World Health Organization: The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. WHO Press, World Health Organization, Geneva, 2001
135. www.posas.org
136. Wynn SK. Lateral flap cleft lip surgery technique. *Plast Reconstr Surg.* 1960;26:509–520
137. Yuzuriha S, Mulliken JB. Minor-form, microform, and mini-microform cleft lip: anatomical features, operative techniques, and revisions. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122: 1485–149