

Voeding vanaf de geboorte

Kinderen met enkel een lip- en/of tandenboogspleet ondervinden weinig of geen hinder bij het drinken en het eten. Over het algemeen zijn er dus weinig voedingsproblemen. Sommige baby's ondervinden in het begin wat moeilijkheden bij het goed omsluiten van de tepel of speen.

Borst- of flesvoeding

Hebt u beslist om borstvoeding te geven, dan loont het zeker om het te proberen. Omdat de brede basis van de borst de omsluiting van de tepel vergemakkelijkt, is de kans op slagen groot. Probeer een gemakkelijke voedingshouding te vinden die zowel voor u als voor uw baby het meest comfortabel is.

Gebruik bij flesvoeding een driestandenspeen met een brede basis, bijvoorbeeld een Dodie driestandenspeen (tweede leeftijd). De normale mondmotoriek wordt het beste gestimuleerd door het gebruik van een gewone driestandenspeen, waarbij de voedingssnelheid eenvoudig kan gevarieerd worden door de fles te draaien. Start met een kleine stand en stel een groter debiet in, wanneer de baby moe wordt. Een wat oudere, meermaals afgekookte speen kan soms al een oplossing bieden voor het zuigprobleem.

Vaste voeding

De overgang naar lepelvoeding vormt meestal geen problemen. Volg de richtlijnen van Kind en Gezin, of van de huisarts of kinderarts. Vanaf ongeveer vier maanden groenten- of fruitpap, vanaf zes maanden drinken uit een bekertje en vanaf ongeveer acht maanden kauwen. Hou er rekening mee dat alle kinderen moeten wennen aan het happen van een lepel en aan een andere samenstelling en smaak van het voedsel. Let vooral op het gebruik van een zacht lepeltje en start met één smaak. Wanneer u merkt dat uw kindje gewoon wordt aan deze nieuwe voedingswijze, kunt u variëren in smaak en consistentie.

Voeding voor en na de lipsluiting

Laat uw kind voor de lipoperatie gewoon worden aan het voeden met een spuitje. Dit kan door een spuitje te vullen met melk en geleidelijk via de mondhoeken in het mondje te spuiten. Spuit niet rechtstreeks achteraan in het mondje om verslikken te voorkomen. Na de operatie mag uw kindje immers gedurende vier weken niet zuigen. Wanneer uw kind mag starten met voeding na de operatie, zal eerst een beetje suikerwater gegeven worden. De kinderarts beslist wanneer dit kan.

Niet zuigen betekent géén flesvoeding, géén borstvoeding (wel afgekolfde moedermelk) en géén fopspeentje. De eerste week na de operatie geeft u best vloeibare voeding, nadien nog drie weken zachte voeding.

De flesvoeding kan met een spuitje of een (tuimel)beker gegeven worden. De melk kan eventueel ook ingedikt worden tot een pap en zo met een lepeltje gegeven worden. Enkele middelstjes om de melkvoeding in te dikken zijn rijstvlokken, koekjesmeel, driegranen ...

Na ongeveer vier weken is het wondje mooi genezen en mag uw kind terug flesvoeding krijgen of drinken aan de borst.

De operatie(s) - Het ziekenhuisverblijf

Ziekenhuisopname

De ziekenhuisopname gebeurt op de afdeling kindergeneeskunde van UZ Leuven campus Gasthuisberg. Een van de ouders kan altijd in de kamer blijven overnachten. Vanaf middernacht moet uw kindje nuchter blijven.

Operatie

Sluiting van de lip en het harde verhemelte

De lipspleet wordt gesloten op de leeftijd van drie maanden. Er worden plastische technieken gebruikt voor een zo symmetrisch en natuurlijk mogelijk resultaat. Zo wordt doorgaans een driehoekje huid net boven het lippenrood ingevoegd om de lip aan de schisiszijde te verlengen, zodat dezelfde lippenlengte bekomen wordt als aan de andere kant.

Ook de kringspier rond de mond, die bij lipschisis onderbroken is, wordt nauwkeurig hersteld. Bij een lipspleet is er meestal ook een weerslag op de vorm van de neus, met een bredere en afgevlakte neusvleugel aan de schisiszijde. Tijdens deze ingreep wordt de neus zo symmetrisch mogelijk gemaakt. Vaak wordt een plastieken stentje gebruikt om de nieuw gevormde neusvleugel in de juiste stand te laten genezen. Deze stent wordt drie weken na de ingreep op de consultatie verwijderd.

Tijdens de ingreep voor de lipsluiting wordt ook dezelfde zijde van het harde verhemelte gesloten. Zo is na de sluiting van het zachte verhemelte het verhemelte volledig gesloten op de leeftijd van twaalf maanden, wat gunstig is voor de spraakontwikkeling. De internationale ervaring leert dat de gebruikte techniek, met gebruik van slijmvlies en botvlies van het neustussenschot, en slechts minimaal ingrijpen op het verhemelteslijmvlies, een goede uitgroei van de bovenkaak toelaat.

Uw kindje mag uit het ziekenhuis wanneer de voeding vlot verloopt en wanneer hij zich comfortabel voelt met gewone pijnstillers. Gemiddeld gebeurt dit op de tweede dag na de ingreep. De hechtingen in de huid van de lip worden vijf tot zeven dagen na de ingreep verwijderd, tijdens een korte narcose met maskerbeademing. Dit gebeurt in dagopname.



Tandverzorging en orthodontie

Ontwikkeling van het gebit

Melkgebit

Gemiddeld genomen breken de eerste melktanden door vanaf de zesde maand na de geboorte. Rond de leeftijd van tweeënhalf tot drie jaar is het melkgebit compleet. Tandafwijkingen in de bovenkaak kunnen aanwezig zijn bij kinderen met enkel een lip- en tandenboogspleet. De tandafwijkingen kunnen erg variëren. Er kunnen te veel of te weinig tanden aangelegd zijn. De vorm van de tanden kan afwijkend zijn: te klein of te groot. Tandem kunnen soms ingesloten zijn en kunnen daardoor niet spontaan doorbreken. De tanden kunnen ook erg gedraaid of scheef doorbreken.

De tandenboog is onderbroken ter hoogte van de spleetregio en meestal hoog oplopend. De boventandboog kan relatief te smal zijn ten opzichte van de ondertandboog.

Wisselgebit

Vanaf de zesde verjaardag beginnen de definitieve tanden door te breken. Enerzijds worden melkelementen vervangen en anderzijds worden definitieve tanden achteraan toegevoegd. Bij de doorbraak van de nieuwe tanden kunnen dezelfde tandafwijkingen voorkomen als bij het melkgebit. De definitieve tanden lijken meer afwijkend omdat ze groter zijn. De wisseling verloopt minder regelmatig.

Blijvend gebit

Gemiddeld genomen zijn alle definitieve tanden doorgebroken rond de leeftijd van twaalf tot veertien jaar. Vanaf dan kan de afwijkende kaak- en tandenstand definitief beoordeeld worden.

Tandverzorging

Kinderen met enkel een lipspleet zullen in de regel weinig tandabnormaliteiten vertonen. Ter hoogte van de spleet komen regelmatig surnumeraire laterale snijtandjes voor (één zijsnijtandje te veel).

Bij een tandenboogspleet kunnen er wel een aantal tandafwijkingen voorkomen. Er kunnen te veel of te weinig tanden zijn, ze kunnen doorbreken op een afwijkende plaats (bv. in de spleet) en ze kunnen een afwijkende vorm hebben. Omdat er een grote kans bestaat dat de kinderen later een orthodontische behandeling zullen nodig hebben, is het behoud van een gezonde tandenboog en gezond tandvlees, zowel in het melk- als in het definitieve gebit, erg belangrijk. Hier kunt u als ouder heel wat aan doen.

Van zodra de eerste melktandjes doorkomen, moet u ze goed verzorgen:

- Dagelijks reinigen met een kleine tandenborstel (babytandenborstel), voorzien van een beetje peutertandpasta (hoeveelheid van het pinkje van het kind).
- Probeer uw kind niet te wennen aan zoetigheden, geef geen zoete dranken of frisdranken in de zuigfles, en laat uw kindje zeker niet inslapen met een zuigfles. Ook een fopspeen met zoetheit op (bv. honing) is bijzonder slecht voor de tanden.
- Fluoride vermindert de kans op tandbederf. Vooral het regelmatig aanbrengen van kleine hoeveelheden fluoride heeft het meeste effect. Daarom moet u poetsen met een tandpasta aangepast aan de leeftijd van het kind (van 0-2 jaar: 1x dag poetsen met een beetje peutertandpasta, 2-6 jaar: 2x dag poetsen, vanaf 6 jaar: 3x dag poetsen met tandpasta voor volwassenen).
- Laat uw kindje vanaf de leeftijd van drie jaar kennismaken met zijn persoonlijke tandarts (of kindertandarts) zodat een goede relatie ontstaat. Een zesmaandelijks controle verdient aanbeveling. Uw tandarts kan advies geven over de mogelijkheden om moeilijk geplaatste tanden te reinigen (bv. voor tanden die in de spleet doorbreken of tanden die erg dicht op elkaar staan, bestaan er speciale tandenborstels.) Hij kan de tanden op een professionele manier schoonmaken (mondhygiëne en profylaxe). Vooral tijdens de orthodontische behandeling (dit is het dragen van een beugel of 'blokjes') zal de tandarts er moeten op toezien dat een strikte mondhygiëne wordt gehandhaafd. Zoniet is de kans erg groot dat er tandbederf ontstaat en dat er ernstige tandvleesproblemen optreden. Verder kan de tandarts tanden met een afwijkende vorm of diepe groeven preventief verzegelen (preventie). Als het nodig is moet hij gaatjes verzorgen (conserverende verzorging).

Zo kan men beletten dat tanden vroegtijdig verloren gaan. Als tanden in het definitief gebit glazuurdefecten of vormafwijkingen vertonen, kunnen ze door de tandarts gecorrigeerd worden. Meestal gebeuren deze behandelingen in overleg met de tandarts van het schisisteam.

- Als de tandverzorging of, indien nodig, tandextracties niet door de eigen tandarts kunnen gebeuren (bv. als het kindje nog te jong is of de behandeling niet toelaat) kan de tandarts van het schisisteam in samenspraak met de eigen tandarts en de andere leden van het team zoeken naar een geschikte behandelingsmethode. Ofwel kan men de behandeling combineren met een andere operatie onder algemene verdoving ofwel kan men gebruikmaken van een lichte sedatie.

Orthodontische/orthopedische behandeling

Inleiding

Problemen met tandstand kunnen zich vanaf het melkgebit voordoen. Af en toe is het aangewezen om dan al met een beugel in te grijpen. In de meeste gevallen zal dit pas nodig zijn vanaf het wisselgebit. Sommige kinderen met een lip- en tandenboogspleet kunnen problemen hebben ter hoogte van hun boventandenboog. Sommige problemen kunnen door de orthodontist alleen worden opgelost, andere moeten in samenspraak met de maxillo-faciale chirurg besproken worden.

Eerste wisselfase

Wanneer de voorste centrale en laterale bovensnijtanden doorbreken, blijkt dat deze tanden soms ofwel afwijkend van vorm zijn, ofwel in een verkeerde positie doorbreken, of soms zelfs afwezig zijn. De afwijkende tandstand wordt enkel in deze fase behandeld wanneer deze tandstand een negatieve invloed heeft op de kaakontwikkeling, zoals bijvoorbeeld wanneer de bovensnijtanden achter de ondersnijtanden zijn doorgebroken. Deze behandeling gebeurt met behulp van een uitneembare plaat in harde kunststof waarbij een aantal veren een kracht uitoefenen op de afwijkende tand.

Wisselgebit

Tijdens deze fase wordt er zelden een actieve orthodontische behandeling opgestart. De gelaatsgroei wordt opgevolgd op welbepaalde tijdstippen.

Definitief gebit

Een orthodontische behandeling is aangewezen als alle definitieve gebitselementen doorgebroken zijn. Vanaf dan kan, indien nodig, gestart worden om de kaakverhoudingen te optimaliseren en om de individuele tandenstand te verbeteren met behulp van vaste apparatuur.

Bij een duidelijke onderontwikkeling van de bovenkaak kan de verhouding van de twee kaken niet alleen met orthodontie behandeld worden. Samenwerking tussen de orthodontist en de maxillo-faciale chirurg zijn dan noodzakelijk. Voorlopig verdient het nog steeds de voorkeur van pas op volwassen leeftijd de afwijkende kaakverhoudingen chirurgisch te normaliseren. Van zodra de kaakverhoudingen en de individuele tandenstand genormaliseerd zijn, kunnen de afwijkende vorm, en eventuele afwezige gebitselementen met kroon en brugwerk en implantaten behandeld worden.

Gehoor

Als er enkel een probleem van de lip (met of zonder spleet in de tandenboog) bestaat, zijn er geen specifieke gehoorsproblemen te verwachten. Dit betekent dat het voorkomen van gehoorsverlies door vochttopstapeling in het middenoor niet verschillend is van de frequentie bij kinderen zonder schisis. Ongeveer vier op de vijf kinderen maken voor het vierde levensjaar minstens één periode van gehoorsdaling door ten gevolge van vochttopstapeling in het middenoor. Tijdens het bezoek aan de schisisraadpleging zal de NKO-arts uw kind hiervoor nakijken en zo nodig een behandeling instellen of u naar een NKO-arts in uw buurt sturen voor opvolging.

Spraak en taalontwikkeling

Kinderen leren spreken door imitatie van het spreekgedrag in hun omgeving. Niet alleen omdat er vanaf de geboorte in hun omgeving gepraat wordt, maar ook omdat er specifiek met en tot hen gesproken wordt. Het eerste huilen en de eerste brabbelgeluidjes van uw kind komen vanzelf, het zijn spontane geluidjes. Vanaf dan wordt voor de eigenlijke spraak- en taalontwikkeling de interactie met de omgeving erg belangrijk. Kinderen produceren geleidelijk aan meer verschillende geluidjes en daarna eerste woordjes. Ze leren die variaties in klanken en woorden door te imiteren. Vanuit dit nabootsen ontwikkelt zich het spreken en de taal. Een goed gehoor, een goede luisterontwikkeling, voldoende taalgevoeligheid en een taalstimulerende omgeving zijn onmisbaar voor de spraak- en taalontwikkeling.

Spraakontwikkeling

Iedere taal heeft zijn eigen assortiment aan klanken, die specifiek bij die taal horen. Het leren herkennen, onderscheiden en het leren uitspreken van die verschillende klanken noemen we spraakontwikkeling. Voor een goede spraakontwikkeling is het belangrijk dat uw kind enerzijds goed hoort en anderzijds de spieren van lippen, kaken, tong en verhemelte goed kan bewegen. In de eerste drie levensjaren leert uw kind luisteren en controle krijgen over de verschillende spieren. Rond de leeftijd van drie jaar kunnen de meeste kinderen vrijwel alle klanken afzonderlijk correct articuleren, enkel de /s/ en de /r/ vormen hierop een uitzondering. Tussen hun derde en vijfde levensjaar leert uw kind de verschillende klanken correct te gebruiken in woorden. Het is dus normaal dat kinderen bij hun eerste woorden nog vaak klanken weglaten of vervangen door andere.

De spraak wordt beoordeeld op basis van de spraakverstaanbaarheid, namelijk hoe goed de luisteraar de spraak verstaat. De spraakverstaanbaarheid wordt minder goed in geval van articulatieproblemen en nasaliteitsproblemen. Nasaliteitsproblemen hebben te maken met het feit dat er tijdens het spreken lucht door de neus ontsnapt. In onze taal mag dit eigenlijk enkel bij de 'neus'klanken /m/, /n/, /ng/ en /nk/. Bij al de andere klanken wordt de neusholte volledig afgesloten van de mondholte.

Kinderen met enkel een lip- en/of tandenboogspleet, hebben meestal weinig problemen met het correct leren uitspreken van klanken en hebben meestal ook geen nasaliteitsproblemen. Alleen bij een wat strakke en korte bovenlip kunnen zich eventueel problemen voordoen. Tijdens logopedische screening wordt er aan de bilabialen - de klanken die worden uitgesproken met de boven- en onderlip zoals /b/, /p/, /m/, /w/ - wel extra aandacht besteed.

Tips om de spraakontwikkeling positief te stimuleren:

- Gekke snoeten trekken vindt uw baby leuk en stimuleert hem om te imiteren en zijn mondspieren te oefenen.
- Imiteer de geluidjes van uw baby/peuter, zo ontstaat er vaak een gesprekje in brabbeltaal.
- Spreek de woorden en zinnen die u tot uw kind zegt zelf correct uit
- Vermijd om uw kind te verbeteren of het woord correct te laten nazeggen, maar herhaal zelf correct of gebruik het in een eenvoudig zinnetje (bv. "pa" "Ja, dat is een paard"; "pietuijg zien!" "Heb jij een vliegtuig gezien?"). Beklemtoon eventueel de niet correct uitgesproken klanken. Uw kind zal dan meestal door imitatie, na vele keren horen, de goede uitspraak van het woord overnemen.
- Vermijd ook om de kleutertaal van uw kind over te nemen, maar zeg het zelf goed.

- Praat zelf niet te snel en gebruik korte eenvoudige zinnen.
- Doe samen met het kind lip-, tong-, blaas- en zuigoefeningetjes om de mondspieren te stimuleren.

Taalontwikkeling

Taalontwikkeling is het leren begrijpen van de betekenis van woorden en zinnen enerzijds (taal begrijpen) en op die manier zelf gedachten en wensen leren onder woorden te brengen anderzijds (taalproductie).

Tussen 12 en 18 maanden begint uw kind zijn eerste woordjes te zeggen. Tussen anderhalf en twee jaar leren kinderen tweewoordzinnen maken. Twee jaar is een cruciale leeftijd voor de logopedist om de taalontwikkeling te beoordelen. Vanaf twee tot vijf jaar drukken kinderen zich geleidelijk aan uit in langere zinnen met een grotere woordenschat en met meer correcte vervoegingen en verbuigingen.

Kinderen met enkel een lip- en/of tandenboogspleet zonder bijkomende aandoeningen hebben meestal een normale taalontwikkeling. Als er zich toch een taalontwikkelingsprobleem stelt, gaat het meestal om een verlate taalaanvang en/of een taalontwikkelingsvertraging.

Tips om de taalontwikkeling positief te stimuleren:

- Zorg voor spreekmomenten. Praat over wat uw kind doet, praat over wat u zelf doet, praat over wat u samen ziet. Het is belangrijk dat u met uw kind in gesprek komt, ook al zegt uw kind nog geen woordjes. Bv. “ee” “Wat een mooie beer”; “auto papa” “Ja, dat is de auto van papa”; “ikke nog drinken” “Wil jij nog een beetje fruitsap drinken?”. Luister écht naar uw kind, ga in op wat hij zegt en stel vragen over wat hij vertelt.
- Neem niet te snel genoegen met gebaren. Kinderen leren praten omdat ze beseffen dat ze door te spreken iets gedaan kunnen krijgen.
- Dwing uw kind niet. Praten moet prettig zijn, dus verbeter uw kind niet of dwing uw kind niet om woorden of zinnen beter uit te spreken.
- Doe samen ‘taal’ spelletjes: in (prenten)boekjes kijken, benoemen, aanwijzen en voorlezen, speel lotto, domino of memory, doe samen fantasiespelletjes (winkeltje spelen, met poppenkast spelen, met garage spelen), zing liedjes of lees rijmpjes en gedichtjes voor ...

Logopedie

De logopedist van het schissteam volgt de spraak- en taalontwikkeling van uw kind op de voet. Als er zich problemen stellen op vlak van spraak en/of taal zal de logopedist in samenspraak met het schissteam eventueel bijkomende onderzoeken en therapie voorstellen. De therapie kan bestaan uit thuisbegeleiding voor de hele jonge kindjes (leeftijdscategorie twee tot drie jaar), logopedische therapie (ten vroegste vanaf drie jaar) bij een logopedist in uw regio of multidisciplinaire therapie in een revalidatiecentrum. Soms kan er op school GON(Geïntegreerd ONderwijs)-begeleiding worden voorzien.