

Teamwork – Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Beispiel der LKG-Rehabilitation an der Uniklinik Mainz

Susanne Wriedt

Zusammenfassung

An der Rehabilitation von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalten sind viele verschiedene Disziplinen mit zum Teil sich widersprechenden Zeitvorstellungen beteiligt. Am Beispiel des Teams der Universitätsklinik Mainz sollen die einzelnen Disziplinen und ihr Zusammenspiel dargestellt werden. Dabei kommt es besonders darauf an, für jedes Kind seinen individuellen Behandlungsplan über die Jahre hinweg zu finden, ohne das Gesamtkonzept und -ziel aus den Augen zu verlieren. Neben den eigenen Fachinteressen achtet somit jedes Mitglied des Teams auf eine sinnvolle zeitliche Abfolge der Behandlungsschritte und auf das Vermeiden von Übertherapie. Dazu ist es unbedingt notwendig, die Therapie der anderen Fachdisziplinen in ihren Grundzügen zu verstehen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Teamwork – Lippen-Kiefer-Gaumenspalte – Interdisziplinarität – Behandlungsstrategien

Einleitung

Bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten müssen morphologische und funktionelle Abweichungen möglichst optimal rehabilitiert werden. Ästhetik, Gesichtsmimik (Lippenbewegung), Atmung (Trennung Nase-Mundraum), Sprache (Zungenfunktion, Velumfunktion), Gehör (Mittelohr-belüftung), Ernährung (Trennung Nase-Mundraum) und Wachstum (Gesichtsentwicklung) sind je nach Art der Spaltbildung in unterschiedlicher Weise gestört.

Da einerseits jeder Behandler bei der Rehabilitation die fachspezifischen Ziele vor Augen hat, andererseits aber ein für den jeweiligen Patienten optimaler Kompromiss zwischen Funktion, Morphologie und Wachstum gefunden werden muss, kann es

zu Konflikten zwischen den verschiedenen Behandlungsschritten kommen (vgl. *Bergland & Semb, 1986*).

Die Mitglieder des Teams zur Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten gehören den verschiedenen Disziplinen an: der Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, der Kieferorthopäde, der Hals-



Abb. 1a: Mit 4 Monaten



Dr. med. dent. Susanne Wriedt

ist Fachzahnärztin für Kieferorthopädie, seit 1985 Mitglied des Teams zur Rehabilitation von Spaltträgern und seit 1987 Oberärztin an der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Mainz. Ihre Tätigkeitsfelder: Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (von der Geburt bis zum Wachstumsende), Behandlung von Patienten mit Behinderungen (z.B. Down-Syndrom; Platte nach Castillo-Morales), Kieferorthopädisch-kieferchirurgische Kombinationsbehandlung bei Erwachsenen mit schwerer skelettaler Dysgnathie, Ausbildung der Zahnmedizinstudenten und der Assistenzärzte.

Nasen-Ohren-Arzt und der Logopäde, die im Prinzip alle Spaltpatienten mehr oder weniger kontinuierlich durch den ca. 20 Jahre dauernden Rehabilitationsprozess begleiten. Außerdem gehören zum Team Spezialisten, die die Kinder in bestimmten Phasen der Rehabilitation untersuchen und behandeln: Pädiater, Physiotherapeut, Kinderpsychologe und Zahnarzt. Als Co-Therapeuten darf man Eltern, Schule und Selbsthilfegruppen nicht vergessen.



Abb. 1 b: Mit 20 Jahren



Abb. 2 a und b: Normalisierung der Zungenlage und der Atmung durch Einsetzen der „Trinkplatte“

Behandlungsschritte

Während der Behandlung wird versucht, die skelettale, dentale und funktionelle Entwicklung des gesamten stomatognathen Systems zu überwachen und zu steuern, um das individuelle Optimum zu erreichen (Abb. 1 a und b). Dazu bedarf es jährlicher – manchmal auch halbjährlicher – Kontrolltermine, um im richtigen Moment mit „kürzeren“ intensiven Behandlungsintervallen einsetzen zu können. Am Beispiel des Spaltzentrums an der Universitätsklinik in Mainz sollen die einzelnen Behandlungsschritte, die im Laufe der Gesamtbehandlung zum Einsatz kommen können, aufgeführt werden

Kinderklinik

In der Kinderklinik erfolgt der Erstkontakt, bei dem den Eltern in großen Zügen das Behandlungskonzept vorgestellt wird und eventuell die ersten Behandlungsschritte eingeleitet werden. Eine gezielte pädiatrische Untersuchung dient dem Ausschluss zusätzlicher Störungen (z.B. Nierenstörung, Herzfehler). Dem Kinderarzt kommt eine große Bedeutung bei der begleitenden Betreuung zu – besonders während der ersten Lebensjahre: Koordination der Impftermine mit den anstehenden Operationen, Blutbildkontrollen, präoperative Untersuchungen.

Trinkplattenbehandlung

Bei allen durchgehenden Spaltformen, bei breiten Gaumenspalten und beim Pierre-Robin-Syndrom werden in der ersten Lebenswoche durch den Kieferorthopäden Mund-Nasen-Trennplatten (Trinkplatten) eingegliedert. Ziele der Behandlung sind hierbei die Normalisierung der Funktion (Trinkhilfe; Umstellung auf Nasenatmung; Abhalten der Zunge aus dem Spaltbereich (Abb. 2 a und b); Abstützen der Wangen gegen Kollapsneigung und Abstützen der Zunge bei der Sprachlautbildung) und die

Steuerung des Wachstums (anteriore und vertikale Entwicklung der Alveolarfortsätze, Ausformen des Kieferbogens, Reduzieren der Spaltbreite, Stabilisieren der Prämaxilla). Die Platte, die nach den Prinzipien der passiven Wachstumslenkung gestaltet ist, wird bis kurz vor den Zeitpunkt des operativen Gaumenverschlusses, mindestens jedoch acht Monate getragen. Während dieser Zeit wird häufig auch eine myofunktionelle Therapie im Sinne der ORT nach Castillo-Morales oder eine Betreuung durch die Stillberaterin durchgeführt werden.

Lippenverschluss

Mit vier bis sechs Monaten bei einem Gewicht von mindestens fünf Kilogramm wird der Verschluss der Lippenspalte und die Bildung der kompletten Formen des Naseneingangs mittels einer linearen Schnitttechnik (meist Pfeifer'scher Wellenschnitt) durchgeführt. Bei großer Längendifferenz der Spaltränder wird die Technik nach Tenison-Randall in Modifikation eingesetzt. Bei doppelseitigen Lippenspalten wird je nach Ausgangsbefund ein- oder zweiseitig und -zeitig operiert.

Gaumenspaloplastik

Im zweiten Lebensjahr, möglichst nach Durchbruch der ersten Milchmolaren, erfolgt der einphasig/einseitige Verschluss des Gaumens mittels doppelseitiger Stiellappenplastik. Dieser Operationszeitpunkt ist ein Kompromiss zwischen der Sicherung eines möglichst ungestörten Kieferwachstums und der regelrechten Sprachentwicklung. Das Ziel ist die Herstellung der Muskelfunktion in einem ausreichend langen, weichen Gaumen zu einem Ringmuskelsystem, das den Abschluss zwischen Nase und Rachenraum zur Normalisierung von Sprache und Ernährung ermöglicht und gleichzeitig die Belüftung des Mittelohres verbessern kann.

HNO

Bei Patienten mit Syndromen wird in den ersten Lebensmonaten eine Innenohrschwerhörigkeit ausgeschlossen. Da es aufgrund der zunächst noch nicht vereinigten Velummuskulatur zu Tubenfunktionsstörung mit der Folge des Sero- oder Mukotympanons kommen kann, sind permanente Kontrollen und die Inspektion bei jeder Narkose durch den HNO-Arzt notwendig. Bei Bedarf werden Paukenröhrchen in das Trommelfell zur besseren Mittelohrbelüftung eingesetzt.

Logopädie

Bei den Auswirkungen der Spaltbildung auf die orale Muskulatur unterscheidet man die primären Störungen (beeinträchtigte Koordination im Bereich Lippe, Zunge, Gaumensegel) und die sekundären Störungen (verändertes Bewegungsmuster der Zunge zum Ausgleich primärer Schwächen). Die Lautentwicklung des Spaltkindes wird schon im Säuglings- und Kleinkindalter beobachtet und die Eltern für die Bereiche Ernährung und Sprachförderung beraten. Ab dem zweiten bis vierten Lebensjahr erfolgt je nach Entwicklung des Kindes (Sprache, Kooperation) die aktive logopädische Übungsbehandlung. Die Hauptbehandlungsbereiche sind die Rhinophonia aperta, der nasale Durchschlag, die rück- oder vorverlagerte Artikulation, sowie die Sprachentwicklungsverzögerung als Folgen der psychischen und emotionalen Belastungen.

Velopharyngoplastik

Falls trotz stationärer Intensivphase ein weiteres Training der Velummuskulatur nicht gelingt und die Rhinophonia aperta infolge einer Störung der Abschlussfunktion des weichen Gaumens zwischen Nasen- und Rachenraum bestehen bleibt, wird im Jahr vor der Einschulung die Velopharyngoplastik nach Sanvenero-Rosselli durchgeführt.

Kieferorthopädische Frühbehandlung

Treten im Milch- und frühen Wechselgebiss falsche Wachstumsrichtungen (zum Beispiel laterale und frontale Zwangsbisse) auf, so wird mit Geräten wie Delaire-Maske, Platte, Funktionskieferorthopädischem Gerät oder Quad-Helix die kieferorthopädische Frühbehandlung durchgeführt. Diese Phase



Abb. 3a: Fehlender seitlicher Schneidezahn im Spaltbereich



Abb. 3b: Lückenschluss durch kieferorthopädische Bewegung der Nachbarzähne

sollte auf ca. ein Jahr begrenzt sein, um die Mitarbeit des kleinen Patienten nicht zu überfordern.

Columellaplastik

Bei doppelseitigen Spaltbildungen ist es notwendig, im Jahr vor der Einschulung den zu kurzen Nasensteg mittels einer Columellaplastik nach Lexer oder Millard zu verlängern.

Kieferspaltosteoplastik

Mit ca. neun bis elf Jahren, je nach Entwicklung des bleibenden Eckzahnes sollte die Auffüllung der Spalte des Alveolarkammes mit Spongiosa aus dem Beckenkamm erfolgen, um eine achsengerechte Einstellung der spaltnahen Zähne zu ermöglichen. Zuvor muss evtl. der Oberkieferbogen noch transversal und sagittal nachentwickelt werden, beispielsweise mittels Dehnplatte oder Quad-Helix.

Kieferorthopädie beim Jugendlichen

Wie bei anderen Kinder dieses Alters auch steht nach erfolgtem Zahnwechsel die „normale“ kieferorthopädische Behandlung mit Multibracketapparatur an. Besonderheiten ergeben sich hier durch das vertikale Wachstum, Zahnaplasien und oft verspäteten Zahndurchbruch. In dieser Zeit muss auch abgeklärt werden, ob die noch vorliegende Dysgnathie rein kieferorthopädisch zu korrigieren oder ob nach einer mehrjährigen Pause eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie sinnvoller ist. Dieses ist oft der Fall, wenn durch eine starke UK-Vorentwicklung (Zungendruck), bzw. durch ein Zurückbleiben des Oberkiefers (Narbenbedingte Wachstumshemmung), eine Therapie der Kreuzbisse nicht möglich ist. Besonderes Augenmerk muss man auf

die Region des seitlichen Incisivus richten. Oft ist dieser Zahn hypoplastisch und lässt sich nur schwer oder gar nicht in den Zahnbogen einordnen, oft ist er auch nicht angelegt. Dann muss überlegt werden, ob die Lücke im Zahnbogen durch Mesialisieren der Seitenzähne geschlossen werden kann (Abb. 3a und b) oder nach Öffnen der Lücke später ein Implantat, eine Klebebrücke oder eine konventionelle Brücke eingefügt werden sollte.

Narben- und Nasenkorrekturen

Nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung steht ab dem Alter von ca. siebzehn Jahren die Korrektur der Nase und der Lippennarben an. Die Abweichungen im Bereich des Nasengerüsts sollten möglichst spät angegangen werden, damit bei weitgehend abgeschlossenem Wachstum das Ergebnis sich nicht mehr verändert. Diese Korrekturen dienen der Verbesserung der funktionellen Probleme (Atmung, Lippenbewegung) und sind keine rein ästhetischen Operationen.

Erwachsenenbehandlung

Eigentlich sollten im Erwachsenenalter die Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten vollständig therapiert sein, doch es gibt immer wieder Patienten, die die Behandlung im Jugendlichenalter unterbrochen haben oder bei denen die Wachstumsstörungen so stark sind, dass eine Dysgnathieoperation (meist zur Vorverlagerung des Oberkieferkomplexes) notwendig ist. Begleitend ist dazu eine kieferorthopädische Behandlung mit Multibracketapparatur obligatorisch. Ebenso wird immer eine myofunktionelle Therapie durchgeführt, damit die Patienten sich schneller neu im Mundraum orientieren können und die Rezidivgefahr minimiert wird.

Probleme der Teamarbeit

Bei diesen unterschiedlichen Behandlungsschritten und -methoden ist es nicht verwunderlich, dass sich die einzelnen Behandler zu manchen Zeiten „ins Gehege kommen“ und damit wichtige Therapieschritte und -ziele des anderen Therapeuten zunichte machen. Deshalb ist eine interdisziplinäre Verständigung im ganzen Team notwendig, trotz aller fachlichen, räumlichen und zeitlichen Probleme.

Generell sollten die wichtigsten Therapieschritte (im Sinne eines „Fahrplans“ für dieses Team) abgesprochen sein, so dass nur bei Abweichung vom ursprünglichen Plan interdisziplinäre Beratungen notwendig sind. Dennoch gibt es Momente, in denen eine interdisziplinäre Absprache unbedingt getroffen werden muss:

- ▶ Bei zusätzlichen angeborenen Störungen (z.B. Morbus Down) muss zur effektiven Gestaltung der Trinkplatte ein Kontakt zwischen Kinderarzt, Kieferorthopäden und Physiotherapeuten erfolgen.
- ▶ Der Zeitpunkt des operativen Gaumenschlusses ist ein Kompromiss zwischen HNO-Arzt (Mittelohrinfektionen), Kinderarzt (Allgemeinentwicklung), Logopäden (Sprachentwicklung), Kieferorthopäden (Wachstum) und den MKG-Chirurgen als den behandelnden Ärzten.
- ▶ Die Notwendigkeit der Velopharyngoplastik wird durch die Klinik für Kommunikationsstörungen festgestellt und vom MKG-Chirurgen durchgeführt.
- ▶ Je nach Entwicklungsstand der Zahnlagen und der kieferorthopädischen Vorbereitung des Oberkieferbogens wird der Zeitpunkt für die Kieferspaltosteoplastik im Gespräch zwischen Kieferorthopäden und MKG-Chirurgen festgelegt.
- ▶ Bei der Planung der herausnehmbaren kieferorthopädischen Geräte muss oft der Logopäde befragt werden, um bei der Gestaltung der Plattenbasis (Volumen, Rauigkeit) eben eingeübte Bewegungsmuster der Zunge nicht zu stören.
- ▶ Als Voraussetzung für eine logopädische Therapie muss eventuell zunächst durch den HNO-Arzt die Mittelohrschwerhörigkeit durch eine Paukendrainage beseitigt werden.
- ▶ Wenn es um die Versorgung der Zahn-lücke bei Aplasie des seitlichen Schneidezahns geht, so sind Kieferorthopäden (Stellung der Nachbarzähne), Chirurgen (Einbringen eines Implantates), Prothetiker (Versorgung des Implantates mit

einer Krone), Konservierende Zahnheilkundler (Eckenaufbau an Nachbarzähnen) und Logopäden (Gestaltung des Zungenraums bei herausnehmbarem Zahnersatz) gefragt.

Bei allen Entscheidungen sollte man den Patienten und seine Eltern in die Überlegungen einbeziehen und alle Therapieschritte harmonisch in seinen Lebensablauf einbauen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich für die Mitglieder eines Teams fordern: Generelles Wissen bei spezialisiertem Handeln, also

- Verstehen der anderen Disziplinen
- Kommunikative Kompetenz
- Keine Übernahme der Aufgaben der anderen Disziplinen

Dazu müssen auch einmal die eigenen (Fach-)Interessen zum Wohle des Patienten eingeschränkt oder zurückgestellt werden, denn nicht jede mögliche Therapie ist zu jedem Zeitpunkt auch sinnvoll und nötig. Generell gilt es, Therapieschritte möglichst zusammenzufassen, um eine Übertherapie zu vermeiden, da sonst die Kooperationsfähigkeit des Patienten, der Eltern und der Therapeuten „verpulvert“ werden.

Literatur

Bergland, O. & Semb G. (1986). Die Organisation einer Teamarbeit für die umfassende Rehabilitation von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. Fortschritte der Kieferorthopädie 6 (47), 586-591

Autorin

Dr. med. dent. Susanne Wriedt
Oberärztin an der Poliklinik für Kieferorthopädie
der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2
55131 Mainz
wriedt@kieferortho.klinik.uni-mainz.de

Summary

Interdisciplinary cooperation in the rehabilitation of patients with cleft lip and palate at the Cleft Palate Center in Mainz

Treating a child with cleft lip and palate involves a lot of different medical and social disciplines with partially contradictory time expectation. Focussing on the Cleft Palate Center of Mainz single disciplines and their cooperation with other medical disciplines will be described. It is especially important to find over the years the most appropriate treatment for each patient individually without losing contact to the master plan and its principles. Although accentuating disciplinary methods and treatment principles, each member of the team looks carefully for a reasonable chain of individual steps to the final rehabilitation. This includes to avoid superfluous therapy. A thorough knowledge of medical treatments in the cooperating disciplines is of vital interest.

KEY WORDS: Teamwork – cleft lip and palate – interdisciplinary cooperation – treatment