

FDI-STELLUNGNAHME

Management von Lippenspalten und Gaumenspalten

Zur Annahme auf der FDI-Generalversammlung: 27-29. September 2020,
Sydney, Australien

1
2

3 KONTEXT

4 Lippenspalten (LS) und Gaumenspalten (GS) stellen die am häufigsten angeborenen
5 Fehlbildungen der Kopf- und Halsregion dar.¹ Die verfügbaren Daten deuten darauf
6 hin, dass die Gesamtprävalenz für Lippen- und Gaumenspalten (LGS) etwa bei
7 1:700 Lebendgeborenen liegt, wobei es beträchtliche ethnische und geographische
8 Unterschiede gibt.²

9 Orofaziale Spaltbildungen sind mit Weichgewebedefekten und skelettalen
10 Fehlbildungen und/oder Zahndefekten assoziiert.^{3,4} Kinder, die mit einer Lippen-
11 oder Gaumenspalte geboren werden, können eine moderate bis schwere
12 Malokklusion aufweisen^{5,6} und erhebliche Probleme beim Stillen, Essen, Sprechen,
13 Hören, Lachen oder sogar Atmen haben; alle diese Beeinträchtigungen können
14 physische und psychosoziale Auswirkungen haben und die Lebensqualität
15 beeinträchtigen.^{7,9}

16 CLP wird mit sozialer und psychiatrischer Morbidität assoziiert, die Auswirkungen auf
17 Patienten und Pflegekräfte hat.¹⁰

18 Zahnmediziner, Kieferorthopäden und Kiefer- und Gesichtschirurgen müssen
19 gemeinsam mit anderen Gesundheitsdienstleistern in unterschiedlichen Wachstums-
20 und Entwicklungsphasen des Patienten intervenieren.

21 Eine langfristige Teamarbeit ist essenziell, um erfolgreiche Behandlungsergebnisse
22 zu erzielen. Die Spezialistenteams, die diese LGS-Patienten behandeln, müssen der
23 Ergebnisbeurteilung einen hohen Stellenwert geben, und alle Mitglieder eines
24 Behandlungsteams müssen die Bedeutung einer kontinuierlichen Beurteilung
25 begreifen, um zukünftige klinische Protokolle weiter zu verbessern.

26

27 GELTUNGSBEREICH

28 Die vorliegende Stellungnahme unterstreicht die Bedeutung eines multidisziplinären
29 und sequenziellen Managements von LS, GS und LGS sowie die wichtige Rolle
30 zahnmedizinischen Fachpersonals innerhalb des LS- und GS-Behandlungsteams.

31

32 GRUNDSÄTZE

33 Die LGS-Behandlung erfolgt fachübergreifend und erfordert eine koordinierte
34 Vorgehensweise durch Spezialisten während unterschiedlicher Wachstums- und
35 Entwicklungsphasen des Patienten. Eine koordinierte Teamarbeit ist eine
36 unverzichtbare Voraussetzung für die Optimierung der Behandlungsergebnisse.
37 Während der Behandlungszeit kommt Allgemeinzahnärzten, Kinderzahnärzten und
38 Kieferorthopäden eine wichtige Rolle als Mitglieder des LGS-Behandlungsteams zu.

39

40 **STELLUNGNAHME**

41 Der FDI Weltverband der Zahnärzte empfiehlt:

- 42 • Einrichtung/Integration eines Moduls LGS-Mundgesundheit in die Lehrpläne für
43 Allgemeinzahnärzte sowie Entwicklung eines Fortbildungsprogramms für
44 Zahnärzte und Kieferorthopäden, das auf die Bedeutung der Behandlung von
45 LGS-Patienten als multidisziplinäre Aufgabe hinweist.
46
- 47 • In Ländern, in denen ein organisiertes System der Behandlung von Patienten mit
48 LGS nicht existiert, sollten die NDAs Zentren oder Netzwerke mit
49 Gesundheitsfachkräften einrichten, die in die Behandlung von LGS-Patienten
50 eingebunden werden, darunter plastische Chirurgen, Kiefer- und
51 Gesichtschirurgen, Zahnärzte und Kieferorthopäden.
52
- 53 • Erstellen von LGS-Leitlinien für die klinische Praxis für Angehörige
54 zahnmedizinischer Berufe und andere Gesundheitsfachkräfte, die Patienten mit
55 LGS behandeln.
56
- 57 • Das zahnmedizinische Team hilft Eltern, die Bedeutung einer guten
58 Mundgesundheit für ihre Kinder ab der Geburt zu erkennen mit besonderem
59 Schwerpunkt auf der sorgfältigen Pflege des Milchgebisses.
60
- 61 • Hinweis darauf, dass ein ideales kieferorthopädisches Behandlungsergebnis von
62 einer ausgezeichneten Mundhygiene und einem gut restaurierten
63 krankheitsfreien Gebiss abhängt.
64
- 65 • Hinweis auf die Möglichkeit einer interzeptiven Intervention direkt nach der
66 Geburt und einer kieferorthopädischen Frühbehandlung im Alter von 5 bis 10
67 Jahren; außerdem Versiegelung von Fissuren der ersten permanenten Molaren.
68 Eine periapikale Entzündung des Milchgebisses, das an die alveolare Spalte
69 grenzt, sollte vor Durchführung eines Knochentransplantats behandelt werden.
70
- 71 • Schwerpunkt auf der Prävention dentaler Erkrankungen während des Übergangs
72 vom Milchgebiss zum bleibenden Gebiss sowie kontinuierliche Beurteilung des
73 Gesichtswachstums pädiatrischer Patienten mit einhergehenden zweckmäßiger
74 Anpassung des laufenden Behandlungsplans.
75

- 76 • Regelmäßiger Austausch zwischen dem Mundgesundheitsteam
77 (Allgemeinzahnärzte, Kinderzahnärzte und Kieferorthopäden) mit Angehörigen
78 anderer medizinischer Berufe).

79

80 **SCHLÜSSELWÖRTER**

81 Lippenspalte, Lippen- und Gaumenspalte, multidisziplinäres Management,
82 Mundgesundheit, Lebensqualität, Mundgesundheitsversorgung

83

84 **DISCLAIMER**

85 Die Informationen in dieser Stellungnahme basieren jeweils auf dem aktuellen
86 wissenschaftlichen Kenntnisstand. Sie können so ausgelegt werden, dass sie
87 existierende kulturelle Sensibilitäten und sozioökonomische Zwänge
88 widerspiegeln.

89

90 **Literaturhinweise**

91 1. Coupland MA, Coupland AI. Seasonality, incidence, and sex distribution of
92 cleft lip and palate births in Trent Region, 1973-1982. *Cleft Palate J.*
93 1988;25(1):33–37.

94

95 2. Weltgesundheitsorganisation. Addressing the global challenges of craniofacial
96 anomalies: Bericht über eine WHO-Konferenz zum Thema International
97 Collaborative Research on Craniofacial Anomalies. Genf, Schweiz: WHO; 2006.

98

99 3. Shapira Y, Lubit E, Kuflinec MM. Hypodontia in children with various types of
100 clefts. *Angle Orthod.* 2000;70(1):16-21.

101

102 4. Harris EF, Hullings JG. Delayed dental development in children with isolated
103 cleft lip and palate. *Arch Oral Biol.* 1990;35(6):469-473.

104

105 5. Friede H. Growth sites and growth mechanisms at risk in cleft lip and palate.
106 *Acta Odontol Scand.* 1998;56(6):346–351.

107

108 6. Normando AD, da Silva Filho OG, Capelozza Filho L. Influence of surgery on
109 maxillary growth in cleft lip and/or palate patients. *J Craniomaxillofac Surg.* 1992;
110 20(3):111– 118.

111 7. Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip
112 and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2005;27(3):274–285.

113

114 8. Antonarakis GS, Patel RN, Tompson B. Oral health-related quality of life in
115 non-syndromic cleft lip and/or palate patients: a systematic review. *Community*
116 *Dent Health.* 2013;30(3):189–195.

117

- 118 9. Pisek A, Pitiphat W, Chowchuen B, Pradubwong S. Oral health status and
119 oral impacts on quality of life in early adolescent cleft patients. *J Med Assoc Thai.*
120 2014;97:10-16.
121
- 122 10. Fadeyibi IO, Coker OA, Zacchariah MP, Fasawe A, Ademiluyi SA.
123 Psychosocial effects of cleftlip and palate on Nigerians: the Ikeja-Lagos
124 experience. *J Plast Surg Hand Surg.* 2012;46(1):13–8.