

Voeding vanaf de geboorte

Door de open verbinding tussen de mond- en de neusholte kunnen kinderen met een dubbelzijdige lip-, kaak- en verhemeltespleet de speen niet volledig omsluiten met de mond. Ze kunnen moeilijk vacuüm zuigen en een onderdruk in de mond ontwikkelen. En dat is normaal noodzakelijk voor een krachtige zuigfunctie. Het moeilijk vacuüm zuigen leidt onder meer tot zich verslikken, snel moe worden tijdens het drinken, voeding langs het neusje teruggeven, te weinig drinken, zeer traag drinken en te veel lucht binnenkrijgen.

Borst- of flesvoeding

Borstvoeding is niet altijd mogelijk, maar het loont zeker de moeite om het te proberen. De logopedist, verpleegkundige, kinderarts of gynaecoloog kan u hierbij adviseren.

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).

Als het voeden op deze manier niet lukt, kunt u best overstappen naar een Habermanfles met speciale speen.

Een Habermanfles is een hard plastic flesje met membraan en speen. Door de speciale ventielconstructie kunt u in de speen knijpen op het drinkritme van de baby. Hierdoor hoeft de baby zelf minder hard te zuigen en zal het voeden sneller en vlotter verlopen. Er bestaan ook andere spenen, zoals bijvoorbeeld de palatumspeen of de obturatorspeen.

Laat u zeker adviseren over het gebruik en de keuze van een dergelijke speciale speen.

Bijkomende tips:

- Probeer variaties in houding: hou uw baby tijdens het voeden zo veel mogelijk rechtop met het hoofdje iets naar voren. Dit voorkomt terugvloei langs het neusje en het binnenkrijgen van te veel lucht.
- Probeer de speen op verschillende manieren in de mond aan te brengen. Soms gaat het makkelijker als de speen iets meer links of rechts in de mond wordt aangeboden.
- Probeer een gewone speen - deze speen stimuleert de mondmotoriek het beste - en varieer in grootte van de opening of maak een kruisje in het topje van de speen. De melk sproeit uit de speen en verspreidt zich over de hele tong. Een wat oudere (meermaals afgekookte) speen kan soms al de oplossing voor het zuigprobleem bieden.
- Let wel: de melk mag niet naar binnen stromen, het is belangrijk dat er door de baby toch enige zuigactie wordt verricht. Dat is de reden waarom we het gebruik van een lammerenspeen afraden.
- Als uw baby zich verslikt, is dat een teken dat de opening in de speen te groot is. Probeer een andere speen met een kleinere opening. Soms kan het verslikken worden verholpen door een andere voedingshouding aan te nemen. Indien nodig kan de voeding wat worden ingedikt (bv. met rijstvlokken of drie- of zevengranenmeel, afhankelijk van de leeftijd).
- Melk of voedsel dat langs het neusje terugvloeit is niet zo erg, maar wel vervelend voor uwe baby. Reinig na de voeding het neusje met wat fysiologisch water.
- Laat uw baby tijdens het drinken wat vaker boeren.
- Neem rustig de tijd, maar laat het voeden niet langer dan dertig minuten duren.
- Blijft u moeilijkheden ondervinden met de voeding en maakt u zich daarover zorgen, aarzel niet de logopedist (of eventueel uw huisarts of kinderarts) te contacteren.

Sondevoeding

Wanneer uw baby niet in staat is om via aangepaste voedingswijzen voldoende voedsel en vocht op te nemen, bent u soms verplicht tijdelijk over te gaan op sondevoeding. In samenspraak met de NKO-arts, kinderarts en logopedist wordt echter zo snel mogelijk naar orale voeding overgeschakeld. Zo kunnen de zuigreflex en mondfuncties ontwikkelen.

Gebruik een fopspeen zolang uw kind sondevoeding krijgt. Dat bevredigt en behoudt de zuigreflex.

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 6 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.

Gebruik bij fruitpap geen citrusvruchten. Citrusvruchten kunnen irriteren wanneer er wat terugvloei langs de neus is.

Voeding na lipsluiting

Laat uw kind één week voor de lipsluiting gewoon worden aan het voeden met een spuitje. Na de ingreep mag uw kind immers drie weken niet zuigen aan een flesje, aan de borst of op een fopspeen. Uw kindje mag ook geen fruitpap of andere prikkelende voedingsmiddelen krijgen. Wanneer het wondje na drie weken mooi genezen is, mag er terug borst- of flesvoeding worden gegeven.

Voeding na sluiten van weke verhemelte

De dag van de operatie krijgt uw kind wat water te drinken. Gedurende één week krijgt hij enkel vloeibare voeding. U gebruikt best een speentje met grote opening of een Habermanspeentje (afhankelijk van wat uw kindje gewoon is), zodat hij niet te veel zuigkracht moet ontwikkelen. U kunt ook een (tuimel)beker gebruiken. De melk kan eventueel ook ingedikt worden met Nutrilon, rijstvlokken of koekjesmeel en zo met een lepeltje gegeven worden. Dat gaat kort na de ingreep vaak vlotter. Gebruik van een fopspeen wordt afgeraden de eerste weken na de ingreep.

Na één week vloeibare voeding, mag uw kind de volgende drie weken vloeibare en zachte voeding eten:

- goed gemixte groentepap (eventueel tweemaal per dag)
- Petit Gervais, vanillepap of platte kaas
- fruitpap

Vermijd:

- harde voedingsproducten (bv. koekjes, beschuit)
- pikante voedingsmiddelen
- zure vruchten in de fruitpap (bv. citrusvruchten, kiwi)
- koolzuurhoudende dranken
- droog brood

Operaties

Ziekenhuisopname

De ziekenhuisopname gebeurt telkens op de afdeling kindergeneeskunde van UZ Leuven campus Gasthuisberg. Een van de ouders kan altijd bij het kindje in de kamer blijven. Vanaf middernacht moet uw kind(je) nuchter blijven.

Operatie(s)

1. Sluiting van de dubbelzijdige lipspleet

De eerste zijde van de lip en het harde verhemelte worden gesloten op de leeftijd van drie maanden. Bij de lipsluiting 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.

Bij een bilaterale lip- en verhemeltespleet is er meestal ook een weerslag op de vorm van de neus, met een bredere en vlakkere neus. Tijdens deze ingreep wordt ook de neus zo goed mogelijk hersteld. Vaak wordt een plastieken stentje gebruikt om het nieuw gevormde neusvleugeltje 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 op de leeftijd van twaalf maanden het verhemelte volledig gesloten, 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.

2. Sluiting van de lip en het harde verhemelte aan de tweede zijde

De tweede zijde van de lip en het harde verhemelte worden gesloten rond de leeftijd van vijf maanden. Het verloop van de ingreep is gelijk aan de eerste ingreep.

3. Sluiting van het zachte verhemelte

Het weke verhemelte wordt op de leeftijd van twaalf maanden gesloten.

Tijdens de operatie van het zachte verhemelte worden de spieren van het weke verhemelte, die zeer belangrijk zijn voor het afsluiten van de neusuitgang en op die manier voor een goede spraak, nauwkeurig gealigneerd en geheroriënteerd. Het verhemelte wordt ook zo goed mogelijk verlengd, zodat de afsluiting van de neus ook op deze manier geoptimaliseerd wordt. Bijna steeds is het nodig tijdens deze ingreep ook trommelvliesbuisjes te plaatsen (zie verder puntje 4 “gehoor” link).

De operatie duurt twee tot drie uur, en de hechtingsdraadjes lossen vanzelf op op enkele weken tijd. Er worden in onze afdeling gedurende één week antibiotica gegeven. Er worden ook pijnstillers en neusdruppels gegeven. Voeding mag meteen de dag na de operatie, maar er wordt gevraagd aanvankelijk vloeibare voeding te geven met een lepeltje, een spuitje of een tuimelbeker. Het gebruik van een zuigfles wordt afgeraden. Meestal kan uw kindje mee naar huis op de derde dag na de operatie. Op dat moment gaat de voeding vlot en is pijnstilling eenvoudig en niet echt veel meer nodig. Ongeveer een maand na de operatie is alles in die mate genezen dat er geen speciale voorzorgen meer moeten genomen worden bij de voeding.

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. Meestal zijn er tandafwijkingen aanwezig bij deze kinderen. Deze tandafwijkingen kunnen erg variëren. Er kunnen te veel of te weinig tanden aanwezig zijn. De vorm van de tand kan afwijkend zijn: te klein of te groot. Tand kunnen soms ingesloten zijn en kunnen daardoor niet spontaan doorbreken. De tanden kunnen ook erg gedraaid of scheef doorbreken.

De vorm van de tandenboog wijkt af bij deze kinderen. De tandenboog is onderbroken ter hoogte van de spleetregio's. Het kaaksegment dat tussen de twee spleten ligt, is meestal erg beweeglijk en soms erg naar voren gekanteld. Dit segment is enkel bevestigd aan het neustussenschot. De tanden in dit segment staan erg scheef en zijn soms zeer afwijkend van vorm.

Wisselgebit

Vanaf de zesde verjaardag beginnen de definitieve tanden door te breken. Enerzijds worden melktanden 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, vooral ter hoogte van het voorste kaaksegment waar de vier definitieve tanden zouden moeten doorbreken. De wisseling verloopt minder regelmatig. De afwijkende kaakverhoudingen kunnen meer uitgesproken worden tijdens de groei, zowel in zijwaartse als voor-achterwaartse richting.

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.

Verzorging gebit

Bij kinderen met een bilaterale volledige kunnen er een aantal tandafwijkingen voorkomen. Er kunnen te veel of te weinig tanden zijn, ze kunnen doorbreken op een afwijkende plaats (bv. in de spleet of in het verhemelte) en ze kunnen een afwijkende vorm hebben. Omdat de kinderen later een orthodontische behandeling zullen nodig hebben, is het behoud van een gezonde tandenboog en gezond tandvles, zowel in het melk- als in het definitief gebit, erg belangrijk.

Hier kunt u als ouder heel wat aan doen.

Van zodra de eerste melktandjes doorkomen moet u ze goed verzorgen.

- Reinig de tanden dagelijks 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 zuigflesje. Ook een fopspeen met zoetheid op (bv. honing) is bijzonder slecht voor de tandjes.
- 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 drie jaar kennismaken met uw persoonlijke tandarts (of kindertandarts) zodat een goede relatie ontstaat. Een zesmaandelijks controle verdient aanbeveling.
- Uw tandarts kan dan 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 ook op een professionele manier schoonmaken (mondhygiëne en profylaxe).
- Vooral tijdens de orthodontische behandeling (het dragen van een beugel of 'blokjes') zal de tandarts er moeten op toezien dat een strikte mondhygiëne wordt gehandhaafd. Zo niet is de kans erg groot dat er tandbederf ontstaat en dat er ernstige tandvlesproblemen 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 die 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 behandeling

Inleiding

Kinderen met een bilaterale lip- kaak- en verhemeltespleet hebben problemen (beperkte of complexe) 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.

Problemen met tandstand kunnen zich vanaf het melkgebit voordoen. Af en toe is het aangewezen dan al met een beugel in te grijpen. In de meeste gevallen zal dit pas nodig zijn vanaf het wisselgebit.

Postnatale orthopedische behandeling

Of er onmiddellijk na de geboorte met een behandeling met plaatapparatuur moet worden gestart, hangt af van de grootte van de kaakspleet en van de asymmetrische positie van het voorste kaaksegment (premaxilla). Als bij een bilaterale lip- kaak- en verhemeltespleet het voorste deel van de kaak erg asymmetrisch staat en ver naar voren is gekanteld, wordt er overwogen om een beugeltje te plaatsen en om met eventuele andere hulpmiddelen de positie van het voorste kaaksegment prechirurgisch te verbeteren. Soms zal er bij het beugeltje een kapje geplaatst worden, om zo een kracht in de juiste richting op voorste kaaksegment te kunnen uitoefenen. De orthodontist zal direct na de geboorte een uitneembaar beugeltje in zachte kunststof plaatsen. Hierdoor wordt groei van de drie kaakdelen geleid waardoor de spleten kleiner worden en waardoor de lipsluiting (in twee tijden) door de plastische chirurg rond drie tot vijf maanden met minder spanning kan uitgevoerd worden. Na de lipsluiting wordt het beugeltje aangepast en blijft de baby dit dragen totdat de sluiting van het zachte verhemelte gebeurt.

Volledig melkgebit

Tijdens deze fase van de kaak- en gebitsontwikkeling wordt er zelden actief behandeld. Bij kinderen met een traumatische beet, of kinderen met een ernstig afwijkende voor-achterwaartse kaakverhouding wordt soms overwogen om in samenspraak met de maxillo-faciale chirurg de kaakverhoudingen al op deze jonge leeftijd te normaliseren. Normaal wordt de gelaatsgroei en de kaakverhoudingen opgevolgd totdat het kind start met de eerste wisselfase van de tanden.

Eerste wisselfase

Wanneer de voorste centrale en laterale bovensnijtanden doorbreken blijkt dat deze tanden meestal ofwel afwijkend van vorm zijn, ofwel in een verkeerde positie doorbreken, of soms zelfs afwezig zijn. De afwijkende tandstand wordt enkel behandeld wanneer deze een negatieve invloed heeft op de kaakontwikkeling, zoals bijvoorbeeld indien 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

Bijna alle kinderen met een bilaterale lip-, kaak- en verhemeltespleet krijgen een bottransplantaat (afkomstig van de heup, rib of kin) ter hoogte van de spleetregio voor de definitieve hoektand gaat doorbreken. Voorafgaand aan deze chirurgische ingreep wordt de bovenkaak meestal verbreed met behulp van een vastzittend apparaat dat wekelijks of dagelijks wordt opengeschroefd. Deze orthodontische voorbereiding duurt meestal ongeveer zes maanden.

Definitief gebit

Bij nagenoeg alle bilaterale lip-, kaak- en verhemeltespleten is een orthodontische behandeling aangewezen als alle definitieve gebitselementen doorgebroken zijn. Vanaf dan kan gestart worden om de kaakverhoudingen te optimaliseren en om de individuele tandstand te verbeteren met 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.

Gehoer

Bij kinderen met een dubbelzijdige lip-en verhemeltespleet is er vrijwel altijd een probleem van vochttopstapeling in het middenoor. Het middenoor is de ruimte die zich bevindt achter het trommelvlies, en waarin de gehoorsbeentjes vrij moeten kunnen bewegen. Als zich in deze ruimte vocht bevindt, gebeurt deze beweging minder goed en ontstaat er daardoor gehoorverlies. Gehoorverlies op jonge leeftijd moet vermeden worden want het leidt tot vertraging in de ontwikkeling van taal en spraak. Langdurige vochttopstapeling leidt ook tot intrekking van het trommelvlies en mogelijke beschadiging van de gehoorsbeentjes.

De afvoerbuis van het gemaakte vocht in het middenoor (de buis van Eustachius) wordt normaal opengetrokken door de verhemeltespijeren, en dit gebeurt bij elke slikbeweging. Als het gehemelte gespleten is, zijn de spieren van het verhemelte op de middellijn niet met elkaar verbonden. De buis van Eustachius wordt door deze spieren niet efficiënt opengetrokken bij elke slikbeweging. Zo ontstaat er een blijvende vochttopstapeling in het middenoor.

Om de negatieve gevolgen van deze vochttopstapeling te voorkomen, is er hulp nodig bij de afvoer van vocht door deze buis. Deze hulp wordt geboden door het plaatsen van een verluchtingsbuisje in het trommelvlies, met een effect vergelijkbaar met het maken van een bijkomend gaatje in een melkfles. Het vocht kan beter weg langs de bedoelde opening, de buis van Eustachius, omdat er beter lucht in de holte kan. Zo wordt een optimale ontwikkeling van gehoor, spraak en taal, en een optimale gezondheid van het oor zelf, verzekerd.

De eerste keer wordt deze kleine ingreep samen met de sluiting van het weke verhemelte uitgevoerd, rond de leeftijd van twaalf maanden. Een trommelvliesbuisje blijft meestal zes tot achttien maanden zitten, en groeit bijna altijd zonder restletsel uit het trommelvlies. De plaatsing moet herhaald worden, meestal tot het kind vijf jaar is.

Met een trommelvliesbuisje mag uw kind zwemmen. Diep duiken mag niet, maar dit is geen probleem de eerste levensjaren, wanneer de trommelvliesbuisjes het meest nodig zijn. Zeep en shampoos mogen gebruikt worden, maar het wordt best vermeden dat deze in de gehoorgang zouden komen.

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 specifiek 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 te 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. 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. Dit gebeurt door afsluiting van het zachte verhemelte.

Kinderen met een bilaterale lip-, kaak- en verhemeltespleet hebben - ook na geslaagd heelkundig herstel - vaak problemen met het correct leren uitspreken van klanken en problemen met nasaliteit. Welke specifieke problemen kunnen zich stellen:

- Articulatieproblemen. Door een minder goede vaardigheid in het correct plaatsen van de tong en de lippen en door afwijkende tandenstand worden bepaalde klanken foutief uitgesproken (bv. /s/ met de tong tussen de tandjes) en/of vaak vervangen door andere (bv. /t/ wordt vervangen door /k/).
- Resonantieproblemen of hypernasaliteit. Door een abnormale luchtstroom door de mond- én neusholte en/of door een minder goede afsluiting van het zachte verhemelte klinken de klanken te nasaal.

Als deze spraakproblemen aanwezig zijn, wordt meestal rond vier jaar gestart met logopedische behandeling om deze problemen in de goede zin te beïnvloeden. In uitzonderlijke gevallen kan het zijn dat het herstelde verhemelte, ondanks goede logopedische training, onvoldoende de neusuitgang achteraan kan afsluiten. Dit heeft dan zijn weerslag op de spraakverstaanbaarheid, door luchtontsnapping langs de neus en verkeerde articulatie. Bij deze kinderen kan het nodig zijn, meestal rond de leeftijd van zes jaar, een bijkomende verhemelte-operatie te doen, farynxplastie genaamd (link).

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"; "pietuij zien!" "Heb jij een vliegtuig gezien?"). Beklemtoon eventueel de niet correct uitgesproken klanken. Uw kind zal 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 zinnetjes.
- Doe samen met het kind lip-, tong-, blaas- en zuig oefeningetjes om de mondspieren te stimuleren.

Taalontwikkeling

Taalontwikkeling is het leren begrijpen van de betekenis van woorden en zinnen en op die manier zelf gedachten en wensen leren onder woorden te brengen.

Tussen 12 en 18 maanden begint uw kind zijn eerste woordjes te zeggen. Tussen anderhalf en twee jaar leren kinderen tweewoordzinnetjes te 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 zinnetjes met meer correcte vervoegingen en verbuigingen.

Kinderen met een dubbelzijdige lip-, kaak- en verhemeltespleet hebben soms een verlate taalaanvang en een vertraagde taalontwikkeling. Een eventuele taalvertraging is meestal niet het gevolg van de schisisproblematiek als dusdanig, maar vooral van de daarmee samenhangende omstandigheden, zoals gehoorproblematiek, een sterk afwijkende articulatie die remmend werkt op de algemene taalontwikkeling, een onderliggend syndroom, een achterstand in cognitieve ontwikkeling ...

Tips om de taalontwikkeling positief te stimuleren:

- Zorg voor spreesituaties: 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, ...

De logopedist van het schisisteam volgt de spraak- en taalontwikkeling van uw kindje op de voet. Als er zich problemen stellen op vlak van spraak en/of taal zal de logopedist in samenspraak met het schisisteam 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. Als de nasaliteitsproblemen niet kunnen worden opgelost door logopedische therapie, kan een bijkomende ingreep noodzakelijk zijn (link pharynxplastie).

Sinds 1 mei 2007 is een nieuwe terugbetalingsregeling voor logopedie van kracht:

- voor kinderen met schisis van 0 tot ten volle 2 jaar kunnen maximaal 30 individuele zittingen van ten minste 30 minuten aangevraagd worden.
- voor kinderen met schisis van 3 tot ten volle 19 jaar kunnen 8 akkoorden gegeven worden van maximaal 1 jaar. Voor ieder akkoord kunnen maximaal 75 individuele zittingen van ten minste 30 minuten aangevraagd worden.

De akkoorden worden gegeven in functie van therapeutische noodwendigheden en hoeven niet op elkaar aan te sluiten. De niet-opgebruikte zittingen van een akkoord kunnen niet overgedragen worden naar een andere periode.

