

Efficacy of Presurgical Nasoalveolar Molding in Bilateral Cleft Lip and Palate: A Case Report

Parastoo Namdar^{1,2},
Atena Shiva^{3,2},
Mojtaba Namdar⁴,
Azam Haddadi Kohsar^{5,2}

¹ Assistant Professor, Department of Orthodontics, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Dentist, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Endodontics, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received October 9, 2022 ; Accepted July 16, 2023)

Abstract

Cleft lip and palate as one of the most common congenital malformations of the oral cavity is affected by genetic and environmental factors. Subsequent aspiration during feeding, aesthetic, speech, or functional problems, and dental malformations are the main problems of neonates born with cleft lip and palate. The management of neonates with cleft lip and palate has been remarkably improved in recent years. The use of modern surgical techniques and its combination with such methods as presurgical nasoalveolar molding (NAM) is on the rise. The efficacy of preoperative casting in repairing deformed nasal cartilage in neonates with cleft lip and palate has been confirmed based on the literature. Here, we present the case of a 20-day-old neonate with bilateral cleft lip and palate who underwent presurgical nasoalveolar molding to facilitate feeding and recover facial appearance. The bony cleft of maxillary segments in the child was molded and repositioned with a combination of extra-oral elastic and intra-oral appliances. Elastic forces caused backward pressure against the protruding pre-maxilla and careful use of forces on the cleft segments improved their positions and allowed definitive muscles and lip repair. In this technique, a nasal stent was attached to the intra-oral mouth plate and was designed to improve nasolabial anatomy.

Keywords: cleft lip and palate, presurgical nasoalveolar molding, orthodontics

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33(224): 170-177 (Persian).

Corresponding Author: Azam Haddadi Kohsar - Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: Haddadi_azam@yahoo.com)

تاثیر نازو آلونولارمولدینگ پیش از جراحی در نوزاد متولد شده با شکاف کامل دو طرفه لب و کام: گزارش مورد

پرستو نامدار^{2و1}آتنا شیوا^{2و3}مجتبی نامدار⁴اعظم حدادی کوهسار^{2و5}

چکیده

شکاف لب و کام یکی از شایع ترین نقائص مادرزادی در ناحیه سر و صورت می باشد، که عوامل ژنتیکی و محیطی متعددی در بروز آن موثرند. طیف این مشکل از یک فرو رفتگی کوچک در لب تا جدایی کامل در ناحیه سقف دهان و بینی متغیر است. درمان این ناهنجاری نیازمند رویکرد تیمی است و ارتودنسیست به عنوان عضوی از این تیم، بلافاصله بعد از تولد ارایه دهنده درمان ارتوپدیک قبل از انجام جراحی لب در سه ماهگی می باشد. اپلاینس نازو آلونولار مولدینگ یک دستگاه ارتوپدی نوین است که اجازه کاهش عرض شکاف در ناحیه لب و سگمنت های آلونل، بهبود برجستگی و قرینه سازی بینی در عین کمک به بهبود تغذیه در نوزاد متولد شده با شکاف قبل از انجام جراحی لب، را ارائه می دهد. در این گزارش مورد، یک نوزاد 20 روزه متولد شده با شکاف کامل دو طرفه لب و کام که با تکنیک نازو آلونولارمولدینگ تحت درمان قرار گرفته است، معرفی می گردد. شکاف در قسمت استخوان فک بالای نوزاد به کمک الاستیک های خارج دهانی و دستگاه داخل دهانی، فرم دهی و به مکان صحیح هدایت شد. نیروهای الاستیک باعث حرکت رو به عقب پره ماگزیرلا و بهبود موقعیت قطعات شکاف و در نتیجه فراهم شدن امکان ترمیم بهتر لب و عضلاتش گردید. در این تکنیک، استنت بینی نیز به پلاک داخل دهانی برای بهبود آناتومی ناحیه لب و بینی اضافه شد.

واژه های کلیدی: شکاف لب و کام، نازو آلونولارمولدینگ پیش از جراحی، ارتودنسی

مقدمه

جراحی قابل تصحیح نیست (3). در نوزادان متولد شده با شکاف لب و کام یکطرفه، سگمنت های لب در ناحیه شکاف از یکدیگر جدا هستند و پره های بینی غیر قرینه و کولوملا کج می باشد (4). در شکاف های دوطرفه لب و کام، افزایش پهنای قاعده بینی توام با جدایی وسیع سگمنت های لبی مشاهده می گردد. پره ماگزیرلا جلوزده یا چرخش یافته است و به خاطر فقدان برجستگی بینی و

شکاف لب و کام یک آنومالی مادرزادی است که منجر به بدشکلی واضح در ناحیه سر و صورت می گردد (1). تولد نوزاد با این ناهنجاری، یک چالش آسیب زا برای خانواده است و گاهی اوقات با تجاری نظیر احساس یاس و ناامیدی، درماندگی، اضطراب و ترس توام می شود (2). با وجود پیشرفت های جراحی در ترمیم شکاف لب، آلونل و کام، هنوز تمام جنبه های نواقص شکاف ها توسط

E-mail: Haddadi_azam@yahoo.com

مؤلف مسئول: اعظم حدادی کوهسار - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات دندانپزشکی

1. استادیار، گروه ارتودنسی، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

2. دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

3. دانشیار، گروه پاتولوژی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

4. دندانپزشک، ساری، ایران

5. استادیار، گروه اندودانتیکس، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: 1401/12/14 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1402/4/21 تاریخ تصویب: 1402/6/7

بوعلی دانشگاه علوم پزشکی مازندران شهر ساری ارجاع داده شد. نگرانی والدین وی، ظاهر فیزیکی، تغذیه ضعیف و آسپیراسیون‌های متعدد حین شیرخوردن بود. در بررسی کلینیکی، بافت پرولیوم و پره ماگزیرلا کاملاً جلوزده بود و کولوملا وجود نداشت، حفره‌های بینی دو طرف در ارتباط مستقیم با حفره دهان بودند و سیتوم بینی در قسمت قدام یعنی جایی که ساپورت پره ماگزیرلا را فراهم می‌کرد، متحرک بود. پس از معایناتی که توسط متخصص اطفال صورت گرفت، مشخص شد که کودک از نظر پزشکی فاقد مشکل در سایر ارگان‌ها می‌باشد. تصویر شماره 1 نشان‌دهنده وضعیت نوزاد با شکاف کام و لب دوطرفه در نماهای مایل و نیمرخ می‌باشد.



تصویر شماره 1: وضعیت نوزاد با شکاف کام و لب در نماهای مایل و نیمرخ قبل از درمان

پس از تکمیل پرونده و ارائه توضیحات کامل اهداف درمان برای والدین و نیز تاکید بر محرمانگی و

نیز کولوملا ناقص یا غائب، این‌طور به نظر می‌رسد که پرولیوم مستقیماً به نوک بینی چسبیده است (5).

هدف اصلی در درمان این ناهنجاری چه یکطرفه چه دوطرفه، کاهش شدت ناهنجاری و برگرداندن آناتومی نرمال به بیمار است (6).

تکنیک‌های زیادی جهت مرتب‌سازی و نزدیک کردن سگمنت‌های لب و آلوئل قبل از جراحی بازسازی لب معرفی شده‌اند که به‌طور کلی به آن‌ها ارتوپدی قبل از جراحی نوزادان گفته می‌شود و برای اولین بار در سال 1956 توسط McNeil معرفی گردید (7). در سال 1993، Grayson، تکنیک نازو آلونولارمولدینگ (NAM: Nasoalveolar Molding) را جهت کاهش شدت بدشکلی در ناحیه لب و آلوئل معرفی کرد. مزیت این تکنیک نسبت به سایر تکنیک‌ها این بود که می‌توانست غضروف بینی تغییر شکل یافته در سمت شکاف را به یک موقعیت و فرم قرینه‌تر تبدیل و کولوملا کوتاه را نیز طولی نماید (8).

امروزه از NAM در برخی از مراکز درمانی شکاف جهت بهبود نتایج درمانی و کاهش وسعت و تعداد جراحی استفاده می‌گردد تا با کاهش شدت شکاف در ناحیه لب و استخوان آلوئل و نیز قرینه‌سازی بینی، اسکار کم‌تری بعد از جراحی باقی بماند (9، 10). نتایج مطالعات نشان دادند که این تکنیک می‌تواند نتایج بعد از جراحی ترمیمی اولیه لب و کام را به‌طور چشمگیری بهبود بخشد (11). هدف از گزارش مورد حاضر، تشریح اقدامات درمانی انجام شده در نوزاد 20 روزه متولد شده با شکاف لب و کام دوطرفه با استفاده از تکنیک NAM می‌باشد.

معرفی بیمار

این مطالعه کد اخلاق با شماره [IR.MAZUMS.REC.1401.14287] از دانشگاه علوم پزشکی مازندران دریافت نمود. در این گزارش مورد یک نوزاد دختر 20 روزه با تشخیص شکاف کام دوطرفه لب، آلوئل و کام غیرسندرمیک به بیمارستان

از والدین خواسته شد طبق دستورات داده شده پلیت را تمام وقت استفاده کند و حداقل روزی یک بار آن را برای تمیز کردن از دهان نوزاد خارج سازند. برای گیر بیش تر پلیت از چسب های نگهدارنده در حالی که دو الاستیک به انتهای آن ها متصل بود، استفاده می گردید. نوارها و الاستیک ها هر 24 ساعت یک بار تعویض می شدند (تصویر شماره 3).

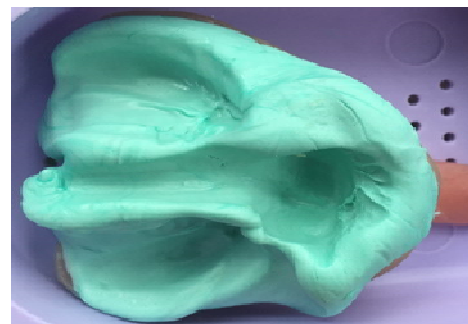


تصویر شماره 3: طریقه قرارگیری پلیت به کمک چسب و نوار و الاستیک

تغییرات روی پلیت برای انجام حرکات مدنظر به کمک تیشو کاندیشنر هر هفته انجام شد و از والدین خواسته شد جهت انجام تنظیمات پلاک به منظور هدایت قطعات شکاف به موقعیت مطلوب، به طور منظم هفته ای یک بار مراجعه نمایند. 5 هفته بعد پس از کاهش میزان عرض شکاف در ناحیه لب و آلوئولار، استنت نازال برای هر دو ناستریل بینی به پلیت جهت فرم دهی بینی اضافه گردید. این استنت از دو لوب تشکیل شده بود که لوب فوقانی وارد بینی می شد تا بینی را به سمت فوقانی فرم دهد و لوب تحتانی مانع از فرو رفتن بیش از حد استنت به بینی می شد. تنظیمات هفتگی بر روی استنت نازال نیز توسط اضافه کردن تیشو کاندیشنر به صورت هفتگی انجام گرفت. از آن جاکه پلیت با مسدود کردن کام و جداسازی حفره بینی از

رازداری، رضایت نامه کتبی از والدین گرفته شد. در جلسه ویزیت اولیه، گذاشتن چسب لب برای نزدیک تر کردن سگمنت های شکاف به والدین نوزاد آموزش داده شد و تاکید گردید جهت جلسه قالبگیری، حداقل از دو ساعت قبل به منظور پیشگیری از آسپیراسیون حین قالبگیری، از شیر دادن به نوزاد خودداری شود

در جلسه ویزیت دوم، قالبگیری با ماده قالبگیری سیلیکونی اسپیدکس (COLTENE, Altstatten, Switzerland) در حالی که نوزاد به صورت معکوس نگه داشته شد، انجام گردید (تصویر شماره 2).



تصویر شماره 2: قالبگیری اولیه انجام شده از نوزاد

هدف از این کار این بود که زبان به سمت قدام بیاید و اجازه دهد مایعات دهان حین قالبگیری به سمت بیرون بریزند. به محض ست شدن ماده قالبگیری، تری (Tray) از دهان برداشته شد و دهان جهت باقی نماندن بقایای ماده قالبگیری به دقت چک گردید. سپس به کمک گچ پلاستر، قالب ریخته شد و بر روی آن با آکریل شفاف پختنی پلیت مدنظر ساخته شد. طی جلسه ویزیت سوم و تحویل پلاک، چک گردید که بوردرهای پلیت در ناحیه فرنوم لبیال و سایر نقاط دهان زخم ایجاد ننمایند. یک سوراخ به قطر 5 میلی متر در مرکز پلیت تعبیه گردید، تا در مواردی که پلیت بر روی زبان می افتد، راه هوایی مسدود نگردد.

ری را برای نوزاد فراهم می کند، زن گیری بسیار خوبی داشت و جراحی بستن لب به جراح ویر شماره 4). نمای روبروی در تصویر شماره 5 نمایش داده



یوم و سگمنت های لبی و بینی قبل از



جراحی لب

ا شدت و فرم های مختلفی دیده درمان شکاف لب و کام و آلوئیل فیه، برگرداندن آناتومی نرمال باید قبل از جراحی، بافت های

دور از هم و ساختارهای دچار شکاف تا حد امکان به هم نزدیک گردند. این کار باعث می شود جراحی ترمیمی با تهاجم کمتری انجام پذیرد و اسکار کمتری در ناحیه تشکیل گردد. اکثر جراحان بر روی این موضوع توافق دارند که اسکارهای کوچک تر پس از جراحی، برجستگی خوب نوک بینی و مجموعه لب و بینی قرینه و دقیق، زمانی قابل حصول است که بدشکلی ناشی از شکاف، کم باشد (12). تاکنون تکنیک های بی شماری جهت بهبود موقعیت سگمنت های شکاف، قبل از انجام جراحی معرفی شده اند. ولی برای اولین بار، فرضیه استفاده از دستگاه داخل دهانی جهت رپیوژیشن کردن سگمنت های آلوئیلر شکاف توسط McNeil معرفی گردید (7). وی با استفاده از یکسری پلیت های اکریلی، سگمنت های شکاف را به طور فعال به موقعیت مطلوب خود انتقال می داد. پس از McNeil (7)، Latham و Hotz نیز دستگاه هایی جهت تصحیح شکاف آلوئیلر معرفی کردند، ولی این اپلاینس ها فاقد توانایی اصلاح دفرمیتی بینی حاصل از شکاف که بزرگ ترین چالش زیبایی را به همراه دارد، بودند (13، 14)، لذا Grayson با معرفی تکنیک جدیدی در سال 1993 تحت عنوان نازوآلوئیلر مولدینگ توانست بر این مشکل فائق آید. بزرگ ترین مزیت این تکنیک قادر بودن به شکل دهی دقیق غضروف بینی و نیز در موارد شکاف دو طرفه لب و کام، طولی سازی کولوملا است (8). پژوهش اصلی در مورد شکل پذیری غضروف بینی توسط Matsu انجام گردید و متوجه شد که غضروف در نوزادان، نرم و فاقد الاستیسیته است و میزان بالای استروژن حین تولد با افزایش هیالورونیک اسید که لینک ماتریکس بین سلولی غضروفی را مهار می کند، در ارتباط است. وی از یک جفت تیوب سیلیکونی جهت فرم دهی بینی استفاده کرد، ولی چون بیس بینی محکمی وجود نداشت و اعمال نیروی مستقیم امکان پذیر نبود به صورت محیطی، گسترش بینی اتفاق می افتاد، که نامطلوب بود (15). ولی Grayson استنت نازال را به فلنچ قدامی پلیت داخل دهانی اضافه کرد که

این حسن بزرگ را داشت که به خاطر تکیه بر سطح سخت پلیت، نیروی دقیقی در جهت شکل دهی غضروف بینی اعمال می کرد و قادر به طولی سازی کولوملا نیز در موارد شکاف های دوطرفه بود (11).

در نوزاد مطالعه حاضر با تشخیص شکاف دو طرفه کامل لب و کام و آلونل غیر سندرومیک، پره ماگزایلا به سمت جلو منحرف شده و چرخش یافته بود و پهنای قاعده آلال به طور چشمگیری افزایش پیدا کرده بود و سگمنت های لبی به طور وسیع از هم جدا بودند. نوک بینی نیز به همراه کولوملا بسیار دفی شنت، مستقیم به پرولیوم چسبیده بود و به تبع آن، غضروف کناری تحتانی پهن و مقعر گردیده بود و مانند همه افراد مبتلا به شکاف دو طرفه کامل، بزرگ ترین چالش برای بازسازی زیبایی، کولوملا شدیداً دفی شنت بود. از میان تکنیک های بی شمار ارتوپدیک، ترجیح ما استفاده از تکنیک NAM بخاطر مزایای فراوان این تکنیک بود. جهت این نوزاد در جلسه اول taping لب به طور فعال تجویز شد تا لب ها در دو سمت شکاف به یکدیگر نزدیک گردند. پس از تحویل پلیت، تغذیه بیمار به دلیل ایجاد سد مکانیکی بین بینی و دهان بهبود قابل توجهی پیدا کرد و به تدریج پس از استفاده از پلیت و تنظیمات هفتگی با تراش انتخابی و قرار دادن تیشو کاندیشنر فاصله بین لب ها و آلونلار کم تر گردید، ریم آلال کمی شل شد و توانستیم به کمک استنت نزال متصل به پلیت به پیدا کردن فرم قرینه و محدب بینی، طولی سازی کولوملا بدون جراحی دست پیدا کنیم. اهداف دیگری که به کمک تنظیمات هفتگی پلیت حاصل شدند، قرار دادن پره ماگزایلا در خط وسط و عقب بردن آن به طور آهسته و آرام جهت ایجاد یکپارچگی با سگمنت های خلفی شکاف بود و در کنار آن، پهنای قاعده بینی و برجستگی نوک آن نیز تا میزان قابل توجهی بهبود یافت و توانستیم قبل از جراحی شدت دفرمیتی را تا حد ممکن، کاهش دهیم. هم چنین این کار باعث شد کولوملای کج نیز تا حدودی اصلاح گردد.

محاسن تکنیک NAM بی شمار است. در کوتاه مدت بافت ها به خوبی مرتب می گردند و قبل از ترمیم لب و بینی، جراح می تواند به نتایج قابل پیش بینی تر و بهتر همراه با اسکار بافتی کمتر دست پیدا کند. مطالعات طولانی مدت نشان دادند این تغییرات شکل بینی و اسکار کم تر توام با شکل بینی و لب بهتر، با ثبات است. از این رو تعداد جراحی های مجدد برای برداشتن بافت اسکار اضافه، فیستول دهانی بینی، اصلاح فرم بینی و به دنبال آن بار مالی تحمیل شده بر خانواده، کاهش می یابد. به منظور دستیابی به حداکثر موفقیت در استفاده از پلیت ضروری است اطمینان پیدا کرد والدین قبل از ترک مرکز، طرز استفاده از دستگاه را کاملاً فرا گرفته اند. در مورد معرفی شده، پره ماگزایلا به عقب برده شد تا حدی که سگمنت های لب قبل از جراحی در تماس غیرفعال با یکدیگر قرار گرفتند و نیز فاصله بین سگمنت های خلفی آلونلار و پره ماگزایلا به طور چشمگیری کاهش پیدا کرد. به کمک استنت نزال بینی تا حد امکان و به صورت قرینه اصلاح گردید و طول کولوملا تا جای ممکن افزایش یافت و سپس برای جراحی ارجاع گردید.

از مزایای دیگر این تکنیک می توان به بهبود تغذیه، نیاز کم تر به پیوند ثانویه استخوان در ناحیه آلونل و بهبود گفتار اشاره کرد و خوشبختانه در این مورد وزن گیری خوبی پس از تحویل پلیت به نوزاد مشاهده شد. براساس یافته های برخی مطالعات، قالب گیری نازو آلونلار می تواند نیاز به پیوند آلونل ثانویه را تا 60 درصد کاهش دهد (16).

در مطالعه Mishra مشاهده شد که کاهش فاصله آلونلار بعد از درمان ارتوپدیک ممکن است منجر به اجتناب از برخی جراحی های آتی مانند پیوند استخوان آلونلار و جراحی های ثانویه زیبایی بینی شود (17). با این حال، در این خصوص برخی از عوارض مانند تحریک پوست، مخاط دهان و بروز زخم فشاری در لثه مجاور در مطالعات گزارش شده است (18). احتمال کمی وجود دارد پلیت در دهان جابه جا گردد و راه

از لحاظ روحی در شرایط ایده‌آل تری نسبت به زمان آغاز درمان قرار داشتند. اگرچه نتایج مطالعه ما اثربخشی قالب‌گیری نازو آلوئولار را در درمان نوزادان با شکاف لب و کام مورد تایید قرار داد، اما فاقد پیگیری طولانی مدت پس از جراحی است. بنابراین جهت اتخاذ تصمیمات درمانی، انجام آزمایشات بالینی تصادفی آینده‌نگر مورد توصیه است.

هوایی را مسدود کند با این حال با ایجاد سوراخ 5 میلی‌متری در مرکز پلیت، محلی برای عبور هوا حتی در مواقع افتادن پلیت، تعبیه کردیم. فایده مهم دیگر این تکنیک مشارکت فعال والدین در بهبود نوزادشان است که کمک قابل توجهی به بالا بردن روحیه والدین می‌نماید (3) و والدین نوزاد مذکور نیز با گذشت زمان و مشاهده بهبود ظاهر فیزیکی نوزاد،

References

1. Kapadia H, Olson D, Tse R, Susarla SM. Nasoalveolar molding for unilateral and bilateral cleft lip repair. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2020; 32(2): 197-204.
2. Namdar P, Pourasghar M, Alizadeh FL, Shiva A. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of children with cleft lip and palate: A systematic review. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2022; 16(2): e113591 (Persian).
3. Namdar P, Lal Alizadeh F, Etezadi T, Sadri L, Shiva A. Effect of nasoalveolar molding on nasal symmetry in patients with cleft lip and palate: a systematic review. *J Pediatr Rev* 2020; 8(2): 79-92 (Persian).
4. Haque S, Alam MK. Common dental anomalies in cleft lip and palate patients. *Malays J Med Sci* 2015; 22(2): 55.
5. Liou EJ-W, Subramanian M, Chen PK, Huang CS. 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.
6. Shiva A, Rezai MS, Etezadi T, Lael Alizadeh F, Namdar P. Presurgical nasoalveolar molding: a narrative review of early management in newborn patient with cleft lip and palate. *J Pediatr Rev* 2019; 7(4): 217-222 (Persian).
7. McNeil C. Orthodontic procedures in the treatment of congenital cleft palate. *Dent Rec* 1950; 70(5): 126-132.
8. Grayson BH, Shetye PR. Presurgical nasoalveolar moulding treatment in cleft lip and palate patients. *Indian J Plast Surg* 2009; 42(S 01): S56-S61.
9. Yarholer LM, Shen C, Wangsrimgkol B, Grayson BH, Staffenberg DA, Shetye PR, et al. The nasoalveolar molding cleft protocol: long-term treatment outcomes from birth to facial maturity. *Plast Reconstr Surg* 2021; 147(5): 787e-794e.
10. Rochlin DH, Park J, Parsaei Y, Kalra A, Staffenberg DA, Grayson BH, et al. Clinical Outcomes of Bilateral Cleft Lip and Palate Repair with Nasoalveolar Molding and Gingivoperiosteoplasty from Birth to Facial Maturity. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2022; 10(10 Suppl): 42-43.
11. Grayson BH, Garfinkle JS. Early cleft management: the case for nasoalveolar molding. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014; 145(2): 134-142.
12. Grayson BH, Santiago PE, Brecht LE, Cutting CB. Presurgical nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1999; 36(6): 486-498.
13. Latham R. Orthopedic advancement of the cleft maxillary segment: a preliminary report. *Cleft Palate J* 1980; 17(3): 227-233.

14. Hotz MM, Gnoinski WM, Nussbaumer H, Kistler E. Early maxillary orthopedics in CLP cases: guidelines for surgery. *Cleft Palate J* 1978; 15(4): 405-411.
15. Matsuo K, Hirose T. Nonsurgical correction of cleft lip nasal deformity in the early neonate. *Ann Acad Med Singap* 1988; 17(3): 358-365.
16. Dec W, Shetye PR, Davidson EH, Grayson BH, Brecht LE, Warren SM. Presurgical nasopalveolar molding and primary gingivoperiosteoplasty reduce the need for bone grafting in patients with bilateral clefts. *J Craniofac Surg* 2013; 24(1): 186-190.
17. Mishra B, Singh AK, Zaidi J, Singh G, Agrawal R, Kumar V. Presurgical nasopalveolar molding for correction of cleft lip nasal deformity: experience from northern India. *Eplasty* 2010; 10: e55.
18. Kirbschus A, Gesch D, Heinrich A, Gedrange T. Presurgical nasopalveolar molding in patients with unilateral clefts of lip, alveolus and palate. Case study and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg* 2006; 34(Suppl2): 45-48.