

Reçu le :
8 juin 2007
Accepté le :
15 juin 2007

Une approche fonctionnelle lors du traitement primaire des fentes labioalvéolopalatovélaires pour le minimum de séquelles

A functional approach in the primary treatment
of labial–alveolar–velopalatine clefts for a minimum of sequelae

J.-C. Talmant*, J.-Ch. Talmant, J.-P. Lumineau

Clinique Jules-Verne, 2–4, route de Paris, 44300 Nantes, France

Summary

Is the poor potential of growth an ineluctable consequence of mesodermal deficiency? Should we agree with the idea that all protocols are equivalent? Actually, these opinions reflect the empiricism of previous generations. We must now become rational and develop a project without compromise to achieve good functions at primary surgery. 'The normal structures are present on either side of the cleft, only modified by the fact of the cleft...' Victor Veau's hypothesis is the conclusion of rigorous anatomical and embryological research. Our current knowledge of the pathological anatomy allows for a better restoration of the normal anatomy. Anatomy is nothing if it is not functional. Every thing should be done to control the healing process to allow the best expression and interaction of the various functions, especially for those concerning nasal ventilation and masticatory efficiency. To correct the deformity, the cleft surgeon must perform a wide subperiosteal and subperichondrial elevation and must learn the skills of this accurate work to preserve the integrity of very fragile structures. The primary treatment must take into account a rational and uncompromising selection of the age of the first operation, of the successive procedures, and their chronology to benefit from the growth spurt of the maxilla, and to avoid the worse scars resulting from secondary epithelialization. Finally, if nasal breathing is the most important function concerning facial growth, it is essential to restore this normal function at the time of the first operation. The oral breathing pattern set at the time of the first operation leaves a cortical imprint that is very difficult to erase, even after clearing the nasal airways. The results of the functional approach we have used in the last decade are particularly consistent and very convincing. In this ambitious and demanding program, the patient comes first; we

Résumé

Les séquelles des fentes labiomaxillopalatines sont-elles inéluctables ? Leur trajectoire de croissance est-elle imprévisible ? Doit-on se résigner à l'idée que tous les protocoles se valent ? En fait, la plupart d'entre eux acceptent des compromis nocifs aux objectifs fonctionnels essentiels. Pour Victor Veau, « les structures normales sont présentes sur les berges de la fente, modifiées seulement par le fait de la fente ». Cette hypothèse résulte des travaux anatomiques et embryologiques d'un grand chercheur. Aujourd'hui, on comprend mieux l'anatomie pathologique des fentes, préalable à la restauration de l'anatomie normale. Celle-ci ne peut être fonctionnelle que si les cicatrices autorisent l'expression la plus complète des fonctions et leurs interactions, qu'il s'agisse de la ventilation nasale ou de la mastication. Pour restaurer l'anatomie avec précision, il faut posséder les secrets des décollements sous-périostés et sous-périchondraux qui sont la clé de la mobilisation des structures. Ce faisant, la contrainte cicatricielle sur une face en croissance doit être une préoccupation constante. Par le choix rationnel de l'âge des premières opérations, des procédures et de leur chronologie, on peut respecter ces structures fragiles, mettre à profit les phases actives de la croissance maxillaire, éliminer les cicatrices nocives de l'épithélialisation secondaire des surfaces dénudées. Enfin, il est capital d'installer la ventilation nasale dès la première opération tant il est difficile de la rétablir. Depuis dix ans, cette chirurgie fonctionnelle, très soucieuse de la ventilation nasale, donne des résultats que nous ne connaissions pas. Ce programme ambitieux et exigeant remet au premier plan le patient lui-même et réduit au maximum ses contraintes pour une vie scolaire et sociale normale dès le plus jeune âge.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
e-mail : jeanclaude.talmant@libertysurf.fr

decrease the burden for him and his family, and give them the benefit of a good social life before school age.

© 2007 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Cleft lip, Cleft palate, Surgery, Maxillofacial development, Maxilla, Nose

Introduction

Le concept dominant des 50 dernières années a fait de la fente labiomaxillopalatine la conséquence d'un déficit mésodermique expliquant à la fois l'hypoplasie tissulaire des parties molles et de leurs supports ainsi qu'un potentiel de croissance anormal et imprévisible. Nos médiocres résultats, quel que soit le protocole suivi, seraient donc inhérents à la malformation et sanctionneraient sans échappatoire toutes les tentatives thérapeutiques, de sorte qu'aujourd'hui la première préoccupation de nombre d'équipes est de faire accepter le handicap à la famille par une réparation très précoce.

Effectivement, 50 années de congrès, conférences, publications et statistiques n'ont pas pu dégager le moindre consensus, même dans nos pays développés européens où en 2000, 201 centres suivaient 194 protocoles différents.

Dans ces équipes, les vieilles techniques de *push back* laissant l'os dénudé pour fermer la fente du palais restent très populaires, malgré leurs conséquences néfastes parfaitement identifiées. Cinquante ans d'orthopédie préopératoire n'ont pas pu faire la preuve d'un bénéfice réel sur le long terme, mais on développe de nouvelles et ingénieuses techniques d'orthopédie ou d'astucieuses plasties cutanées pour une jolie lèvre ou une belle columelle, qui ne changent rien ou si peu, en profondeur. Il est plus que probable que notre savoir est au point mort parce que nous avons omis d'explorer un domaine ou une direction qui pourraient bien être essentiels. Il y a en particulier une fonction qui commence tôt durant la vie fœtale et qui se poursuit jusqu'à la mort à laquelle nous n'avons accordé que très peu d'attention : la ventilation nasale.

Il y a pourtant en France une école fonctionnelle ancienne et qui se perpétue. Pour Victor Veau comme pour Jean Delaire, les mécanismes de croissance sont normaux chez les patients atteints d'une fente, mais ils opèrent dans des conditions anatomiques anormales. Cette hypothèse est confortée par quelques études.

Mooney et al. [1] ont apporté un excellent argument en sa faveur : comparé au fœtus normal, l'hypoplasie préma-

Mots clés : Fente labiale, Fente palatine, Chirurgie, Développement maxillofacial, Maxillaire, Nez

xillaire du fœtus présentant une fente n'est décelable qu'à partir de la 14^e semaine, soit huit semaines après l'apparition de la fente. En fait, cette hypoplasie secondaire est bien expliquée par les modifications de la dynamique ventilatoire fœtale entraînées par la fente comme nous le verrons plus loin.

Ortiz Monasterio et al. [2] en 1959 ont montré que les adultes non opérés de leur fente labiomaxillopalatine ont une bonne croissance faciale. Son travail a été souvent oublié, voire rejeté d'une manière lapidaire en pointant les déformations que l'on peut effectivement observer chez ces sujets. En fait, les déformations présentes à la naissance le long des berges de la fente évoluent ensuite logiquement sous l'influence de la dysfonction : du côté de la fente, la mastication sur la canine de lait en linguoversion ne peut qu'aggraver l'endognathie du petit fragment maxillaire avec latérodéviation de la mandibule et raccourcissement vertical progressif de la face du côté de la fente. Malgré ces déformations, il ne fait pas de doute que les adultes non opérés ont une meilleure croissance faciale que ceux qui sont opérés. Cela est pour l'essentiel confirmé par le travail publié en 2007 par Enrina Diah et al. [3]. Si cet auteur, à propos de 92 adultes non opérés, conclut en soulignant qu'il y a une déficience intrinsèque essentiellement antérieure, en avant de la première prémolaire et du côté de la fente, le développement sagittal est comparable à celui de la population normale, et la largeur intermolaire de l'arche maxillaire est normale. Aujourd'hui, il est bien connu, publié et enseigné dans les bonnes écoles dentaires que la ventilation orale conduit à des troubles non spécifiques de la croissance faciale avec des malocclusions de type classe II, classe III, bécane antérieure ou face longue. Warren et al. [4] ont écrit en 1996 que 75 % des enfants traités d'une fente totale uni- ou bilatérale ont une ventilation orale permanente ou prépondérante. Raphaël et al. [5] ont publié en 2002 que 60 % de ces patients traités pour une fente unilatérale complète ont un petit maxillaire après la poussée de croissance de l'adolescence. Ce taux élevé n'est pas si éloigné de celui des ventilateurs oraux observés dans les fentes unilatérales totales par Warren. En fait, seuls

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174637>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174637>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)