

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

## Les séquelles vélopharyngées dans les fentes labioalvéolopalatovélaires. Véloplasties et pharyngoplasties par lambeau pharyngé à pédicule supérieur ou inférieur

Velopharyngeal sequels in labial-alveolar-velopalatine clefts.  
Veloplasty and pharyngoplasty using an inferior or superior  
pedicle pharyngeal flap

M.-P. Vazquez<sup>1,\*</sup>, V. Soupre<sup>1</sup>, H. Bénateau<sup>4</sup>, J.-B. Seigneuric<sup>1</sup>, H. Martinez<sup>1</sup>,  
M.-F. Taieb<sup>1</sup>, C. Trichet-Zbinden<sup>1</sup>, A. Picard<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie maxillofaciale et chirurgie plastique, hôpital d'enfants Armand-Trousseau, APHP, 75012 Paris, France

<sup>2</sup>UFR de médecine Pierre-et-Marie-Curie, université Pierre-et-Marie-Curie-Paris-VI, 75005 Paris, France

<sup>3</sup>UMR S 872, centre de recherche des Cordeliers, université Pierre-et-Marie-Curie-Paris-VI, 75006 Paris ; UMR S 872, université Paris-Descartes, 75006 Paris ; Inserm U872, 75006 Paris, France

<sup>4</sup>Service de chirurgie maxillofaciale, CHU de Caen, 14033 Caen cedex, France

### Summary

Velopharyngeal insufficiency remains a sequel of labial-alveolar-velopalatine clefts. It may occur despite a good quality primary repair. A surgical management must be considered as soon as speech therapy is no longer efficient or before any irreversible compensatory speech pattern appears. Thus, surgery should be decided on after consultation between the surgeon and the speech pathologist or speech therapist, when considering that speech therapy has failed. Several surgical techniques are discussed: intravelar veloplasty, Furlow double-opposing Z-plasty, pharyngoplasty using an inferior or superior pedicle flap. Superior pedicle flap surgery is currently the most commonly used technique. For the past twenty years we have used this technique as described by Petit and modified by Malek, because of the excellent speech results. The drawbacks are known and can be contained by a preventive management.

© 2007 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Cleft Palate, Velopharyngeal insufficiency, Surgery

### Résumé

L'insuffisance vélopharyngée est une séquelle de la fente labioalvéolopalatovélaire. Elle peut apparaître malgré une chirurgie primaire de qualité. Le traitement chirurgical est envisagé dès que la rééducation orthophonique n'est plus efficace, ou avant l'installation de phénomènes compensatoires irréversibles. La décision relève d'une concertation entre le chirurgien et le phoniatre ou l'orthophoniste. Nous discutons certaines techniques chirurgicales : la véloplastie intravélaire, la véloplastie d'allongement selon Furlow, la vélopharyngoplastie à pédicule supérieur ou inférieur. La pharyngoplastie avec le lambeau à pédicule supérieur est actuellement la technique la plus utilisée. Depuis 20 ans nous l'avons personnellement adoptée, selon la technique décrite par Petit et modifiée par Malek, en raison des excellents résultats sur la phonation. Les inconvénients sont connus et peuvent être maîtrisés à condition d'une prévention rigoureuse.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Fente palatine, incompétence vélopharyngée, Chirurgie

\* Auteur correspondant.

e-mail : marie-paule.vazquez@trs.aphp.fr

## Introduction

Le taux d'insuffisance vélopharyngée (IVP) et le pourcentage de patients opérés pour ce diagnostic sont très difficiles à comparer selon les séries, car ils dépendent des critères d'inclusion et d'exclusion, des indications de chaque équipe, du traitement chirurgical choisi type véloplastie ou pharyngoplastie, des souhaits et critères des enfants et de leurs parents, de la durée et de la qualité du suivi [1]. Le traitement de l'IVP ne peut se concevoir qu'en étroite collaboration avec un médecin phoniatre et/ou un orthophoniste, selon les équipes et leur organisation médicale. La nécessité d'une chirurgie pour une IVP varie de 10 à 43 % des patients selon les séries et les critères retenus. Enemark et al. rapportent 23 % de pharyngoplasties sur une série de 57 patients [2]. Malek et al. rapportent un pourcentage de 16,2 % en précisant que les indications opératoires se sont modifiées au cours du temps [3]. Les évaluations d'avant 1970 considéraient comme bon résultat une déperdition nasale ne gênant pas l'intelligibilité du discours. Depuis, les critères sociaux, scolaires et professionnels ont imposé une phonation strictement normale comme bon résultat. La demande du patient a ainsi évolué et la pharyngoplastie est indiquée dans les déperditions nasales audibles persistantes malgré une rééducation bien conduite, même si elles ne gênent pas le discours. La revue des dossiers de notre service de 1990 à 2006 révèle 138 pharyngoplasties, soit un taux d'environ 12 %.

## Analyse de l'insuffisance vélaire

### Anatomie

L'incompétence vélopharyngée apparaît lorsque l'isthme nasopharyngé ne peut se fermer complètement lors de l'émission des consonnes. La fermeture et l'ouverture de la valve vélopharyngée dépendent des mouvements du voile du palais, de la paroi postérieure et des parois latérales du pharynx [4]. Ces mouvements mettent en jeu plusieurs muscles largement décrits dans la littérature (Gbaguidi CC. Les pharyngoplasties dans le traitement de l'insuffisance vélopharyngée des séquelles de fentes palatines : sphinctéroplastie dynamique versus lambeau pharyngé à pédicule supérieur, thèse de médecine. 2001, université Picardie-Jules-Verne, Amiens). Nous en retiendrons les éléments qui ont une incidence chirurgicale tant au plan diagnostique de l'IVP qu'au plan de la technique chirurgicale :

- *le muscle élévateur (m. levator veli palatini)*, ancien muscle péristaphylin interne. Selon la description anatomique

classique, les fibres s'unissent avec celles du côté opposé et avec les fibres du muscle palatopharyngien. Selon une étude récente, le muscle élévateur du voile pénètre dans le voile en s'étalant en éventail entre les deux chefs du muscle palatopharyngien, se dirige vers son homologue controlatéral mais ne fusionne pas avec lui [5]. En avant, il s'attache à la partie postérieure de l'aponévrose du muscle tenseur. Le muscle élévateur permet le déplacement en haut et en arrière du voile lors de la phonation et de la déglutition. Il ouvre également l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache et la portion antéro-interne de ce conduit. La partie intravélaire de ce muscle occupe la moitié postérieure du voile. Sa contraction est facilement mise en évidence cliniquement. La prononciation du phonème « a » montre cette contraction du muscle sous forme d'un bourrelet transversal à la partie médiane du voile qui monte dans le même temps. L'examen évalue qualitativement et quantitativement ce muscle ;

- *le muscle tenseur du voile du palais (m. tensor veli palatini)*, ancien muscle péristaphylin externe. Le muscle descend verticalement, forme un tendon qui se réfléchit à angle droit sur le crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, puis il s'épanouit en éventail et se confond avec l'aponévrose palatine, sans fusionner avec son homologue controlatéral. Le muscle tenseur tend le voile en arrière. Il dilate également la partie postéroexterne de la trompe d'Eustache ;

- *le muscle palatopharyngien (m. palatopharyngeus)*, ancien muscle pharyngostaphylin. Un faisceau principal naît de l'aponévrose palatine. Certaines fibres s'intriquent avec le muscle élévateur du voile, les autres fibres s'unissent sur la ligne médiane avec les fibres semblables du côté opposé. Ensuite, les faisceaux se portent en bas, en arrière et en dehors, et se réunissent en un corps charnu formant le relief du pilier postérieur du voile. Ce muscle entraîne un déplacement du voile en arrière en agissant de façon indépendante du muscle élévateur. L'action du muscle élévateur prédomine, donc la position du voile en action est plus haute que la position du voile au repos. L'action combinée de ces deux muscles augmente le contact vélopharyngé. Ce muscle agit également sur les parois pharyngées par l'intermédiaire des fibres communes avec le muscle constricteur supérieur du pharynx au niveau des murs pharyngés latéraux et du mur pharyngé postérieur ;

- *le muscle palatoglosse (m. palatoglossus)*, ancien muscle glossostaphylin. Ce muscle pair, mince et aplati, s'insère en haut à la face inférieure de l'aponévrose palatine, en regard et en avant de la base de la luette. Il se dirige en dehors et en bas pour former le pilier antérieur du voile du palais. Il se termine dans la langue par des fibres qui

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174647>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174647>

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