



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



# Traitement primaire des fentes labio-palatines. Ses grands principes<sup>☆</sup>



*Primary treatment of cleft lip and palate. Its fundamental principles*

J.-C. Talmant<sup>\*</sup>, J.-Ch. Talmant, J.-P. Lumineau

Centre de compétence de traitement des fentes labio-palatines des Pays-de-Loire, clinique Jules-Verne, 2, route de Paris, 44300 Nantes, France

## MOTS CLÉS

Fente labiale ;  
Fente palatine ;  
Développement maxillofacial ;  
Maxillaire ;  
Nez

**Résumé** Le traitement des fentes labio-palatines, s'il est source de perplexité avec son foisonnement de protocoles fonctionnels, est riche d'enseignements qui ont guidé nos choix pour l'âge de la première opération et la chronologie opératoire prévenant le mieux la rançon cicatricielle palatine. En définitive, la réponse fonctionnelle la plus aboutie depuis 18 ans surprend car elle a toujours été combattue : c'est celle d'une vraie rhinoplastie primaire. Au-delà de l'ambition esthétique, promesse d'une bonne intégration sociale, elle installe dès la première opération une ventilation nasale, clé d'une croissance faciale harmonieuse, sans sacrifier, bien au contraire, les autres fonctions car elles sont interactives et préservent la ventilation nasale.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Cleft lip;  
Cleft palate;  
Facial growth;  
Maxilla;  
Nose

**Summary** If the multiplicity of functional protocols of cleft lip and palate treatment has been bewildering, it is now a source of learning. The lessons we can draw from them assist us to choose the best age for the primary surgery and a chronology that prevents the palate from the worst scarring. Eventually, with 18 years of follow-up, the best functional achievement comes unexpectedly from an ambitious primary rhinoplasty that had till now been condemned. Not only do the patients have good appearance and social integration, but the nasal mode of breathing established at the time of the primary surgery favors a good facial growth without any compromise. Reciprocally, all the interacting functions benefit from a nasal ventilation.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

<sup>☆</sup> Rapport du congrès de la SOFCPRE 2016 sur la chirurgie plastique pédiatrique, sous la présidence du professeur V. Duquennoy Martinot.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [jeanclaude.talmant@libertysurf.fr](mailto:jeanclaude.talmant@libertysurf.fr) (J.C. Talmant), [talmantsecretariat@yahoo.fr](mailto:talmantsecretariat@yahoo.fr) (J.C. Talmant).

## Introduction

En 2002, le numéro spécial des *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique* dédié aux fentes labio-palatines avec 11 protocoles a montré qu'on ne pouvait se satisfaire d'approximations et que nous avions encore beaucoup à apprendre. Où en sommes-nous 15 ans plus tard ? Est-on plus cohérent ? Que faire des dogmes interdisant les dissections sous-périostées ou sous-périchondrales et la chirurgie nasale infantile ? Cerne-t-on mieux avantages et inconvénients des techniques et les vraies priorités ? L'intérêt pour une remise en question est stimulant [1].

## L'évolution de la philosophie du traitement fonctionnel [2]

La chirurgie fonctionnelle fondée sur l'idée d'un septum moteur de la croissance faciale [3] a d'abord fait de la réparation des boucles musculo-aponévrotiques vélopharyngées et nasolabiales le Graal de la croissance [4]. Les certitudes de l'époque ont retardé le progrès en jetant le soupçon sur les dissections sous-périostées et sous-périchondrales [5–7] et en condamnant toute vraie rhinoplastie de pointe primaire. On sait à présent que dès la 11<sup>e</sup> semaine in utero, la ventilation fœtale modèle les structures des voies respiratoires en y mobilisant le liquide amniotique et s'affirme à ce stade comme le moteur de la croissance faciale [8]. Si un septum passif contredit Scott [9], il renforce Moss [10] et sa matrice fonctionnelle. « Tous les tissus, cellules et organes fonctionnent dès le début de leur développement. Les fonctions fondamentales sont les fonctions de croissance... et dans le processus de différenciation chaque fonctionnement évolue autant que la forme [11] ». Ainsi, le développement des germes des incisives centrales de lait, dès la 6<sup>e</sup> semaine et ceux des incisives permanentes dès la 10<sup>e</sup> semaine, en font les seuls supports du plancher des narines dont ils préviennent le collapsus inspiratoire lors de l'émergence de la ventilation. En témoigne la sévère dysplasie nasale sanctionnant l'agénésie d'une incisive centrale [12]. L'ouverture d'une fosse nasale fendue dans la cavité buccale y fait chuter la pression d'éjection du liquide amniotique. Le gradient de pression entre les deux fosses nasales repousse la cloison vers la fente et participe aux autres déformations nasales comme au défaut de croissance du côté fendu. Après la naissance, l'air compressible et léger n'a pas l'effet du liquide. La largeur du seuil narinaire et de l'orifice piriforme repose alors sur un alignement incisif complet : l'espace de l'incisive latérale manquante doit être préservé. Ainsi, avec l'émergence de la ventilation dès la 11<sup>e</sup> semaine in utero, la matrice fonctionnelle oronasale de la face entretient un échange de fluide liquide, puis aérien avec son environnement. Elle constitue donc un système ouvert [13] dont les sous-systèmes en développement, oral, nasal et pharyngé interagissent et évoluent dans le temps avec le système ventilatoire. L'optimisation du sous-système masticateur doit respecter son interaction continue avec le système ventilatoire et son évolution dans le temps. Dans cette hiérarchie, le système ventilatoire, seul à être vital, est le grand ordonnateur de tous les sous-systèmes en interaction avec lui.

## Objectif du traitement primaire : la priorité doit être donnée au nez

La terminologie orale des classifications des fentes (Kernahan et dérivés [14]) reflète ce qui a été l'objet exclusif des thérapeutes. Pourtant, la priorité du système ventilatoire présuppose :

- le contact bilabial au repos ;
- la perméabilité des narines et des valves nasales ;
- une cloison centrée ;
- un orifice piriforme qui permet l'alignement des 4 incisives avec un diamètre intercanin suffisant ;
- une largeur du plancher de la fosse nasale qui reflète la largeur de la voûte palatine et celle d'une arcade maxillaire symétrique en occlusion centrée.

Bref, la priorité au nez oblige à normaliser les structures orales et dès lors, les interactions fonctionnelles harmonieuses stimulent la croissance. Un changement de paradigme s'impose donc !

## L'anatomie pathologique est la base d'une réparation cohérente

Il y a 88 ans, Victor Veau [15] a ouvert la voie : « Dans une fente unilatérale, les structures normales sont présentes sur les deux berges de la fente, modifiées seulement du fait de la fente ». Notre expérience confirme son hypothèse visionnaire. La seule exception est l'atteinte constante du champ embryologique de l'incisive latérale [16,17] : il y a bien un déficit osseux, même dans la fente la plus fruste où manque l'apophyse frontale du prémaxillaire. À un degré de plus, l'incisive latérale est hypoplasique, voire manquante dans 50 % des fentes totales.

La déformation labionarinaire essentielle par son incidence thérapeutique est la bride verticale soulevée dans le vestibule nasal par la rotation caudale de la crus latérale sous la pression du puissant muscle myrtiliforme. Celui-ci glisse sur le cartilage [18] en même temps qu'il devient le seul point d'ancrage antérieur de l'enveloppe faciale du côté fendu. L'intrication de la déformation du cartilage alaire et de cette disposition musculaire particulière nécessite la séparation de ces deux structures lors d'une réparation simultanée lèvre/narine (Fig. 1).

Au niveau du palais, la libération des insertions anormales des muscles élévateurs et palatopharyngiens sur les berges osseuses de la fente palatine et la dissection de leurs faisceaux pour une large transposition intravélaire restaure un anneau musculaire postérieur libre d'ancrage palatin et qui retrouve ainsi une amplitude de mouvement remarquable [19].

## Les méfaits et inconvénients de la chirurgie : une meilleure analyse

Nombre d'écoles attribuent le défaut de croissance à la malformation et œuvrent pour que l'enfant soit accepté dès le premier regard maternel, en opérant le plus tôt possible [20]. On cherche en vain la cohérence de cette précipitation. Le patient est l'enfant et non la mère. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644581>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644581>

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