



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Traitement secondaire des fentes labio-palatines

Secondary treatment of cleft lip and palate

J.C. Talmant*, J.C. 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 maxillo-facial ;
Maxillaire ;
Nez

KEYWORDS

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

Résumé Depuis 18 ans, notre protocole corrige la déformation narinaire et transpose les muscles éleveurs du voile dès la première opération, tout en maîtrisant la rançon cicatricielle. Pas de doute, le meilleur traitement des séquelles est leur prévention : la narine est presque normale ; les fistules bucco-nasales ont disparu ; une large arcade maxillaire monobloc est restaurée en dentition primaire. Tout concourt à une ventilation nasale. Les traitements secondaires en sont transformés. Dans ce contexte nouveau ne sont décrites ici que les techniques utiles. La correction des déformations labio-narinaires s'inspire des procédés primaires. La qualité de la réparation musculaire ne peut, à elle seule, éviter l'insuffisance vélopharyngée. Il faut compenser la brièveté vélaire et l'hypotonie par reprise de la technique de Sommerlad, lipofilling du pharynx et dans les rares échecs, sphinctéroplastie d'Orticochea.
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary For 18 years our protocol has corrected the cleft lip nose and achieved an intravelar veloplasty at the time of the first operation, leaving the least scarring as possible. No doubt that the best treatment of the sequellae is their prevention: – the oro-nasal fistulas have disappeared; the nostril is almost normal; the continuity of a wide maxillary arch is restored in primary dentition – all that favor a nasal ventilation. This context has changed the nature of the secondary treatment described here. When lip and nose are not good enough we must address the residual deformities with the primary surgery principles. The velopharyngeal insufficiency calls for a velar re-repair and the pharyngeal depth is to be reduced by lipofilling. The rare cases of failure are improved by an Orticochea sphincteroplasty.
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

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

Introduction. Le meilleur traitement des séquelles est préventif

Les indications des traitements secondaires relèvent de deux facteurs : une correction incomplète des déformations et la rançon cicatricielle. La plupart des protocoles ont différé la correction nasale en fin de croissance et fermé le palais osseux en laissant à une cicatrisation spontanée les surfaces osseuses dénudées ou les lambeaux vomériens en un plan placés dans la fente. Nous avons décrit la correction de leurs nombreuses séquelles dans un chapitre de l'EMC [1] toujours d'actualité. L'espace contraint de ce rapport incite à focaliser notre attention sur la chirurgie qui reste utile après notre protocole primaire [2] ou après certaines techniques à la mode mais décevantes.

Séquelles labio-nasales [3–5]

Fentes unilatérales

La symétrie complète est hors de portée de la chirurgie primaire. Elle centre le bord antérieur de la cloison et sépare l'alaire de sa couverture cutanée et du myrtiforme sans en soulever le périchondre, beaucoup plus adhérent à ce cartilage fin et souple qu'aux autres cartilages rigides, la proprioception et la mobilité de la narine expliquant sans doute cette particularité anatomique. Mais bien des déformations nasales persistent à 5/6 ans : dôme alaire mal défini, cassure du contour narinaire, épaissement du vestibule externe qui s'ajoutent à la courbure antérieure résiduelle du septum et à la luxation de son bord inférieur hors de la gouttière voméro-prémaxillaire couchée sur la plancher de la fosse nasale du côté de la fente. Du côté opposé, les cornets inférieur et moyen hypertrophiques occupent la vaste fosse nasale. Les troubles de l'occlusion maxillaire (endognathie, perte du verrouillage incisif) doivent inciter à restaurer la perméabilité nasale dès que possible. Cette dernière dépend de la largeur inter-canine, elle-même liée à celle du palais (et donc à sa technique de fermeture), et à celle de l'orifice piriforme (liée au maintien de l'espace de l'incisive latérale manquante), mais elle dépend aussi de l'orifice narinaire et de la valve nasale. Il faut donc associer, dès 5/6 ans, expansion maxillaire antérieure et correction de la narine et de la cloison.

Correction nasale isolée

Si la lèvre est satisfaisante, la voie d'abord le long du cartilage alaire côté fente, et inter-septo-columellaire du côté opposé donne accès au septum et à sa gouttière voméro-prémaxillaire. La face superficielle du cartilage alaire est exposée ainsi que celle du dorsum et du dôme opposé. La fibrose du périchondre septal et de l'épine nasale antérieure voisine est excisée. À cet âge on peut soulever le périchondre superficiel de l'alaire en respectant l'intégrité du cartilage malgré son adhérence. Immédiatement, le dôme replié dans son carcan se déploie comme un ressort (Fig. 1). La gouttière du vomer est redressée par fracture en bois vert. Le cartilage septal en excès est soit ajusté pour l'y reposer, soit laissé appuyé contre elle. Après suture, deux attelles en silicone souple (0,5 mm d'épaisseur) sont installées et modelées dans les narines : elles centrent la cloison, projettent le dôme, creusent la concavité du vestibule. On les réunit par des

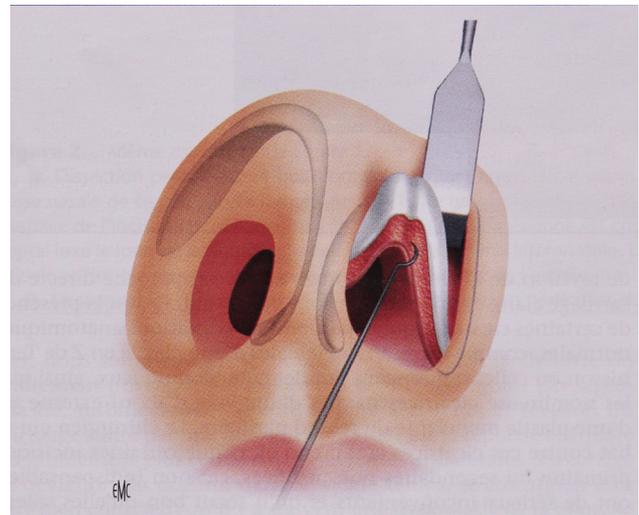


Figure 1 Abord marginal du cartilage alaire. Le stripping de son périchondre superficiel avec dissection du bord supérieur et de la face inférieure du dôme replié en W libère le ressort du cartilage.

points transfixiants, après qu'une suture résorbable trans-columellaire ait assuré l'approximation des dômes. Une troisième attelle posée sur la peau et réunie aux précédentes participe à la symétrie et ferme les espaces morts prévenant la coagulation des épanchements sanguins et leur transformation fibreuse rapide en une rétraction circonférentielle [6]. Un packing asymétrique de mèches grasses, plus volumineux dans la fosse nasale fendue, complète ce dispositif, enlevé au 6/7^e jour et remplacé par un conformateur amovible de silicone souple maintenu 4 mois.

Correction secondaire labio-nasale

Les défauts structuraux de la lèvre, trop haute, trop courte, ou trop tendue le long du bord libre nécessitent un travail de totale épaisseur et/ou une redistribution de la tension musculaire. La réouverture labiale avec les mêmes dissections étendues qu'en chirurgie primaire permet d'agir à tous les niveaux : lèvre, narine, cloison et fente alvéolaire. Elle est indiquée chaque fois que le protocole primaire n'a pas corrigé la narine en même temps que la lèvre, et peut être associée à partir de l'âge de 4 ans à la fermeture alvéolaire par gingivo-périostéoplastie et greffe osseuse sous réserve d'avoir restauré par expansion antérieure la fonction canine (Fig. 2 et 3). Lorsqu'il s'agit des séquelles d'une rhinoplastie primaire dont le résultat labial et/ou nasal reste trop imparfait, une telle réouverture permet d'aborder chaque défaut. Il faut alors s'assurer du respect d'une conformation postopératoire de 4 mois qui en même temps maîtrise l'évolution de la cicatrice labiale. En fin de croissance, on peut y associer par voie endonasale une rhinoplastie de réaxation et d'harmonisation (Fig. 4). Certains défauts exigent une prise en charge adaptée.

La rétraction cicatricielle du seuil narinaire

La correction de la rétraction du seuil est impérative avant toute rhinoplastie. Elle n'est performante que si l'orifice piriforme est normal. Seule la réouverture labiale totale avec large dissection permet de reconstruire le plancher narinaire et le seuil avec un lambeau en îlot muqueux labial levé aux dépens de l'excision élargie de la cicatrice muqueuse

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644582>

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