

Article original

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fentes unilatérales du palais primaire : présentation de 98 observations

Rudolph Diop^{1,*}, Paul Niang², Silly Toure¹, Matar Ndiaye¹

¹ Service de Stomatologie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

² Service de Chirurgie buccale, Institut d'Odonto-Stomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal

(Reçu le 18 février 2011, accepté le 25 mars 2011)

Mots clés :

fente du palais primaire /
chéiloplastie de Millard /
étude rétrospective

Key words:

primary cleft palate /
Millard's cheiloplasty /
retrospective study

Résumé – Les fentes labiales unilatérales du palais primaire (FP1) sont des malformations de la face qui se situent en avant du foramen incisif. Le but de cette étude est de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de ces malformations. Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le Service de Stomatologie du CHU Aristide Le Dantec sur une période de 66 mois (du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2009), où la prise en charge des FP1 s'adresse surtout à des garçons âgés de moins de 5 ans. Ce travail concerne des patients porteurs d'une FP1 unilatérale, associée ou non à une fente du palais secondaire (FP2) : 98 cas dont 51 de sexe masculin et 47 de sexe féminin, âgés de 5 mois à 29 ans, ont été pris en charge. Une FP1 unilatérale était associée à une FP2 dans 14,3 % des cas.

Les chéiloplasties selon la technique de Millard et les palatoplasties en V-Y ont constitué respectivement 87,5 % et 12,5 % des gestes chirurgicaux. La durée de l'hospitalisation a varié de 24 heures à 48 heures selon le type d'intervention. Une séquelle naso-labiale justifiant une révision a été observée dans 65 % des cas.

Abstract – Epidemiological clinical, therapeutic and aspects of unilateral clefts of the primary palate: about 98 cases. Unilateral cleft lip is one of the most common congenital abnormalities, resulting in hypoplasia and distorted development of all affected tissues of the lip. The purpose of this study was to clarify the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of these malformations. This was a retrospective study in the Department of Stomatology of the University Teaching Hospital Aristide Le Dantec over a period of 66 months (1st January 2004 to June 30st, 2009), where the management of unilateral cleft lip involved mainly boys under the age of 5 years. This work involved patients with unilateral cleft lip with or without associated cleft palate: 98 cases including 51 males and 47 females, aged between 5 months and 29 years were treated. A unilateral cleft lip was associated with cleft palate in 14.3% of cases.

Cheiloplasty using the Millard technique and two flaps palatoplasty were 87.5% and 12.5% of the surgical procedures respectively. The duration of hospitalization varied from 24 to 48 hours depending on the type of intervention. Cleft lip nasal deformities warranting revision was observed in 65% of cases.

Les fentes unilatérales du palais primaire (FP1) sont des malformations congénitales de la face situées en avant du foramen incisif. Elles résultent d'un défaut de coalescence des bourgeons de la face survenant au cours du premier trimestre de la vie intra-utérine. Elles peuvent être associées ou non à une fente du palais secondaire (FP2). Ces malformations

rentrent dans le vaste cadre nosologique des fentes faciales dont elles sont l'expression clinique la plus fréquente, avec une incidence variant entre 1/600 naissances et 1/800 naissances [1, 2].

Ce travail a pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fentes unilatérales du palais primaire au Sénégal.

* Correspondance : kaisadiop@yahoo.fr

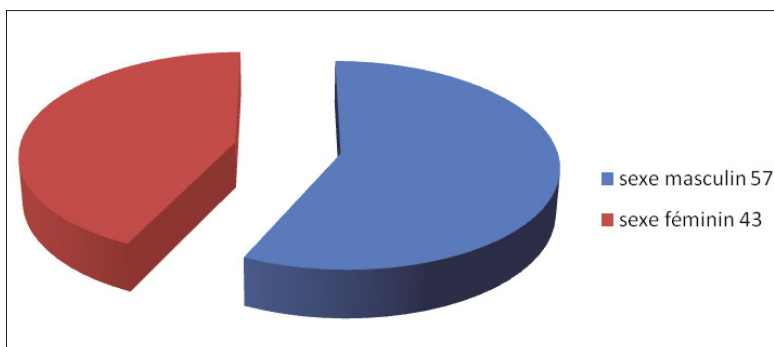


Fig. 1. Répartition des patients selon le sexe.

Fig. 1. Distribution of patients by gender.

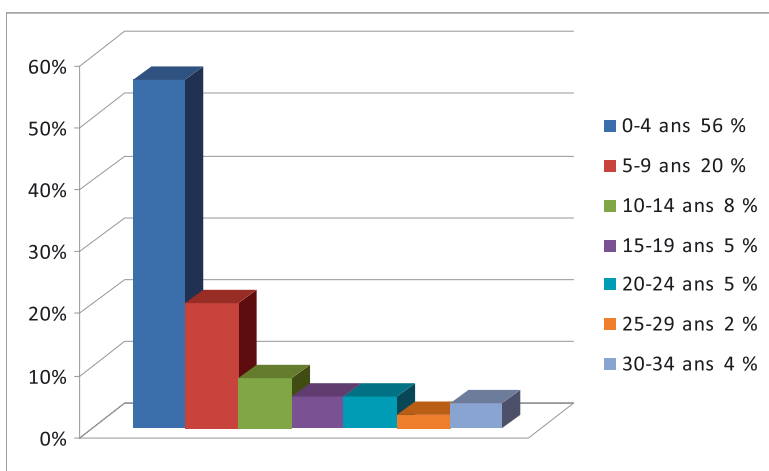


Fig. 2. Répartition des patients selon l'âge.

Fig. 2. Distribution of patients by age.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans le Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillofaciale de l'hôpital Aristide Le Dantec.

Elle concerne les patients porteurs de FP1 unilatérale non syndromique, associée ou non à une FP2, âgés de plus de 3 mois, traités du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2009 (66 mois). Les porteurs d'une FP1 bilatérale, et/ou d'une affection intercurrente ainsi que les porteurs de fentes syndromiques ont été exclus de cette étude. Tous les patients ont été opérés par le même chirurgien. Le suivi post-opératoire a été effectué au 3^{ème}, au 7^{ème} jour et à 1 mois. Les critères d'évaluation des résultats étaient la continuité de l'ourlet cutanéomuqueux, la symétrie des orifices nasaires et la hauteur des deux hémilèvres. Les déhiscences complètes et les déhiscences partielles ont été considérées respectivement comme des complications majeures et mineures. Seules les séquelles inesthétiques majeures justifiaient une reprise chirurgicale.

Résultats

Aspects épidémiologiques

98 cas de FP1 non syndromique, associée ou non à une FP2, ont été pris en charge sur cette période de 66 mois, soit une fréquence moyenne de 17,8 cas par an. Le sex-ratio M/F était de 1,4 (Fig. 1). L'âge des patients était compris entre 5 mois et 29 ans (Fig. 2).

Aspects cliniques

Les FP1 isolées et associées à des FP2 représentent respectivement 85,7 % et 14,3 % des cas (Tab. I).

Aspects thérapeutiques

Ces interventions ont constitué 35,8 % de l'activité opératoire du Service de Stomatologie et de Chirurgie

Tableau I. Répartition des cas selon le type de malformations.
Table I. Distribution of patients by type of clefts.

	Malformations	Pourcentage
FP1	Complètes droites	24,5 %
	Complètes gauches	44,9 %
	Incomplètes droites	6,1 %
	Incomplètes gauches	10,2 %
FP1+FP2	Complètes droites	4,1 %
	Complètes gauches	7,1 %
	Incomplètes droites	1 %
	Incomplètes gauches	2 %



Fig. 3. Avant l'intervention chirurgicale.
Fig. 3. Before surgical intervention.

maxillo-faciale pendant la période d'étude. Les patients étaient de seconde main dans 3,1 % des cas. 112 gestes chirurgicaux ont été réalisés : chéiloplastie selon la technique de Millard dans 87,5 % des cas (Figs. 3 et 4) et en une palatoplastie en V-Y dans 12,5 % des cas. La durée d'hospitalisation a été de 24 heures lors d'une chéiloplastie type Millard et de 48 heures lors d'une palatoplastie en V-Y.

Les complications postopératoires ont toutes été observées après chéiloplastie selon la technique de Millard : il y a eu 4 cas (4,1 %) de déhiscence, 1 (1 %) complète et 3 (3,1 %) partielle. Dans 64 cas (65 %) les séquelles esthétiques ont justifié une reprise secondaire (Figs. 5 et 6).

Discussion

L'âge moyen des patients était de 70 mois avec des extrêmes allant de 5 mois à 29 ans ; cet âge avancé au moment de l'intervention s'explique par une motivation tardive et l'absence de centres spécialisés. La moyenne d'âge au moment de l'intervention était comparable à celle retrouvée par plusieurs auteurs africains [3-5].

Le calendrier classique de la prise en charge chirurgicale des FP1 unilatérales fixe à trois mois l'âge de la date de l'intervention. Ce calendrier repose sur la règle des trois dix, dénommée aussi « rule of 10s » (10 weeks, 10 pounds, 10 g hemoglobin).



Fig. 4. Après l'intervention chirurgicale.
Fig. 4. After surgical intervention.

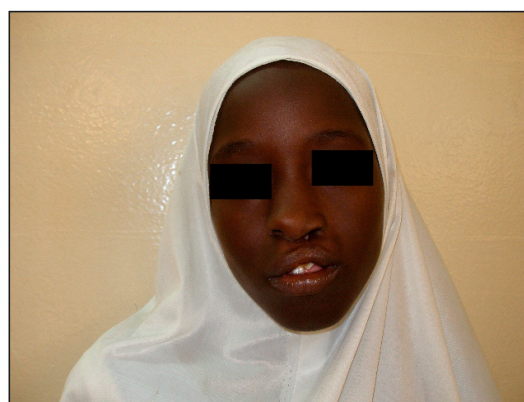


Fig. 5. Avant l'intervention chirurgicale.
Fig. 5. Before surgical intervention.



Fig. 6. Après l'intervention chirurgicale.
Fig. 6. After surgical intervention.

Bien qu'il n'existe pas de consensus précis bien défini, plusieurs auteurs préconisent une chirurgie dite précoce. L'équipe de l'hôpital de Saint Vincent de Paul (Paris) opère les FP1 en période néo-natale, entre 8 jours et 1 mois, pour favoriser la relation mère-enfant [6]. Au Centre hospitalo-universitaire de Rouen, la chéiloplastie est pratiquée à la 3^{ème} semaine si le nouveau-né présente le poids requis, pour bénéficier

de la polyglobulie néo-natale [7]. L'équipe toulousaine du Dr Chancholle intervient entre la 5^{ème} et la 10^{ème} semaines si le nouveau-né présente un poids supérieur à 2,5 Kg, une bilirubinémie inférieure à 100 mg·L⁻¹ et si la grossesse a atteint 37 semaines [8]. Cette chirurgie dite précoce nécessite une sélection rigoureuse des patients sur le plan anesthésique [9]. La classique « rule of 10s » fixant l'âge d'intervention à 3 mois semble en adéquation avec le contexte d'exercice au Sénégal. En effet, l'absence de diagnostic anténatal par échographie, le retard de consultation et les conditions d'exercice rendent la chirurgie néonatale risquée et justifient ce choix. Malgré les progrès de l'anesthésie pédiatrique dans les structures sanitaires, les conditions en réanimation pédiatrique restent précaires et la mortalité néonatale encore élevée.

Notre cohorte de patients comptait 57 patients de sexe masculin et 41 patients de sexe féminin (M/F : 1,4). Ce sex-ratio correspond à celui retrouvé par la majorité des auteurs [3-5, 10].

Les formes cliniques des FP1 isolées sont dominées par les fentes complètes (78 %) ; le siège gauche est légèrement prédominant. Ces données sont comparables à celles obtenues chez les porteurs de FP1, associées à une FP2.

La plupart des auteurs retrouvent une prédominance des FP1 isolées et des résultats comparables. Les FP1 représentent respectivement 52 % et 61 % de ces malformations dans 2 études menées aux Teaching Hospitals de Jos et d'Enugu au Nigéria [11, 12]. Les formes unilatérales isolées complètes sont les plus fréquentes.

Les 112 interventions (87,5 % de chéiloplasties et 12,5 % de palatoplasties) pratiquées sur 98 patients représentent 35,8 % des activités opératoires du Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale pendant la période choisie pour l'étude (1^{er} janvier 2004 – 30 juin 2009). Ces chiffres sont comparables à ceux des équipes prenant en charge ces malformations en Afrique subsaharienne, dans un contexte similaire [3-5, 10, 13].

L'anesthésie générale était de règle pour tous les patients et la durée d'hospitalisation a été de 24 heures pour une chéiloplastie et de 48 heures pour une palatoplastie en V-Y associée. Les progrès de l'anesthésie-réanimation et l'élévation du coût des soins de santé conduisent la plupart des équipes à réduire la durée d'hospitalisation. La tendance actuelle est à la chirurgie ambulatoire et elle ne semble pas présenter une morbidité supérieure à l'hospitalisation classique [14, 15]. Aucun décès post-opératoire n'a été constaté pendant la période de l'étude. L'amélioration des conditions d'exercice et le développement de l'anesthésie pédiatrique ont largement contribué à infléchir le taux de mortalité qui était encore récemment assez élevé. Les complications majeures observées (4,1 % des cas) comprenaient 1 déhiscence complète et 3 déhiscences partielles. Ces complications rares, principalement en rapport avec les conditions d'exercice, étaient dues à une infection postopératoire. Les déhiscences peuvent être évitées en respectant les règles d'asepsie et en sélectionnant les patients sur leur status nutritionnel et sur l'absence de syndrome anémique ou d'affections intercurrentes.

Une reprise secondaire a été réalisée dans 65 % des cas. Les critères d'évaluation étant très hétérogènes, il est difficile de comparer les résultats. Les séquelles naso-labiales sont encore fréquentes [16]. Elles sont essentiellement liées au type anatomo-clinique de la fente et elles s'observent surtout lorsque la ptose du cartilage alaire est sévère. L'avènement du traitement orthopédique pré-chirurgical (mise en place de conformateurs dès la naissance) a permis de faire baisser fortement le nombre de cas nécessitant une révision [17]. L'effet de ce traitement permet d'obtenir une meilleure symétrie des orifices nasaires au moment de l'intervention, réduisant la nécessité d'une intervention secondaire [18]. Des études ont montré le bénéfice du traitement orthopédique pré-chirurgical qui permet d'obtenir un meilleur enroulement nasinaire, le cartilage alaire ayant des propriétés de plasticité et d'élasticité importante pendant les trois premiers mois qui suivent la naissance [18]. Au-delà de trois mois, l'effet recherché est moindre sinon inexistant.

Conclusion

La prise en charge des FP1 au CHU Aristide Le Dantec de Dakar concernait surtout des garçons âgés de moins de 5 ans, porteurs de fentes isolées, siégeant un peu plus à gauche, essentiellement traitées par chéiloplastie selon la technique de Millard.

Dans le contexte de l'exercice au Sénégal, la chirurgie néonatale comporte trop de risques pour être appliquée au traitement des FP1. Par contre, le traitement orthopédique pré-chirurgical peut faire partie intégrante de la prise en charge des FP1 isolées. La mise en place d'un conformateur corrige la ptose du cartilage alaire, clé de voûte du complexe columello-nasinaire dont la mobilisation doit être complète pour obtenir une symétrie nasinaire parfaite.

L'amélioration de la prise en charge des FP1 isolées passe par la création d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un chirurgien maxillo-facial ou plasticien, un otorhinolaryngologue, un pédiatre, un orthodontiste, un médecin-anesthésiste rompu à l'anesthésie pédiatrique et un chirurgien dentiste, regroupée dans un centre dédié à la chirurgie crânio-faciale.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Khan JL, Wilk A. Fentes et malformations faciales. Module de spécialité Stomatologie, Chirurgie maxillofaciale et Chirurgie plastique réparatrice 2007-2008. <http://udsmmed.ustrasbg.fr>.
2. Steward DJ. Anesthesia for patients with cleft lip and palate. *Seminars in Anesthesia, Periop Med Pain* 2007;26:126-32.
3. Donkor P, Bankas OD, Agbenorku P, Plange-Rhule G, Ansah SK. Cleft lip and palate surgery in Kumassi, Ghana : 2001-2005. *J Craniofacial Surg* 2007;18:1376-9.

4. Nguoni BG, Moyon G, Manza M. Les fentes labiales au CHU de Brazzaville. A propos de 75 observations. *Med Afr Noire* 1994;41:150-3.
5. Onah II, Opara KO, Olaitan PB, Ogbonnaya IS. Cleft lip and palate repair: the experience from two West African sub-regional centers. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008;61:879-82. Epub 2007 Jul 24.
6. Pavy B, Talandier C, Huart J, Majourau-Bouriez, Mitrofanoff M. Fentes labiales et palatines: la prise en charge de l'équipe de Saint-Vincent-de-Paul. *Ann Chir Plast Esthet* 2002;47:280-4.
7. Bachy B, Peron JM, Delcampe P, Duret A, Kerbrat Jb, Andrieu J, Dehesdin D, Amstutz-Montadert I, Betahar S, Briere A, Ternon-Bocquet I. Prise en charge des fentes faciales et palatines à la clinique chirurgicale du centre hospitalo-universitaire de Rouen. *Ann Chir Plast Esthet* 2002;47:150-4.
8. Chancholle AR, Saboye J, Tournier JJ. Prise en charge des fentes labio-palatines par l'équipe du Dr Chancholle à Toulouse. *Ann Chir Plast Esthet* 2002;47:92-105.
9. Galinier P, Salazard B, Deberail A, Vitkovitch F, Caovan C, Chausseray, Acar P, Sami K, Guitard J, Smail N. Neonatal repair of cleft lip: a decision making-protocol. *J Pediatr Surg* 2008;43:662-7.
10. Diombana ML, Kussner H, Soumaré S, Doumbo O, Penneau M. Fentes labiales et labio-palatines au Service de Stomatologie de Kati – 39 cas. *Med Afr Noire* 1997;44:661-3.
11. Iregbulem LM. The incidence of cleft lip and palate in Nigeria. *Cleft Palate J* 1982;19:201-5.
12. Orkar KS, Ugwu BT, Momoh JT. Cleft lip and palate: the Jos experience. *East Afr Med J* 2002;79:510-3.
13. Pham AM, Tollefson TT. Cleft deformities in Zimbabwe, Africa: socioeconomic factors, epidemiology, and surgical reconstruction. *Arch Facial Plast Surg* 2007;9:382-3.
14. Rosen H, Barrios LM, Reinisch JF, Macgill K, Merea JG. Outpatient cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:381-7.
15. Kim TH, Rothkopf DM. Ambulatory surgery for cleft lip repair. *Ann Plast Surg* 1999;42:442-4.
16. Clark JM, Skoner JM, Wang TD. Repair the unilateral cleft lip/nose deformity. *Facial Plast Surg* 2003;19:29-40.
17. Kozelj V. Experience with presurgical nasal molding in infants with cleft lip and nose deformity. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:738-45.
18. Matsuo K, Hirose T. Preoperative non-surgical over-correction of cleft lip nasal deformity. *Br J Plast Surg* 1991;44:5-11.