

ARTICLE ORIGINAL

Prise en charge des fentes palatines à Dakar : Etude préliminaire à propos de 30 cas

Management of cleft palate in Dakar: preliminary study of 30 cases

AA Sankalé, L. Ndiaye, A. Ndiaye, R. Diop*, S. Touré*, M. Ndoye

Unité de Chirurgie Plastique, - Service de Chirurgie Pédiatrique,
Hôpital Aristide Le Dantec, - Dakar, Sénégal.

* Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale,
Hôpital Le Dantec. - Dakar -Sénégal

Auteur Correspondant : Docteur Anne-Aurore SANKALE BP 15186 Dakar Fann - Sénégal
Cell : (221) 77-455-89-30 - Email : aasankale@yahoo.fr

Résumé

Les fentes labio-palatines ont toujours été un centre d'intérêt pour le chirurgien plasticien. Nous rapportons une étude rétrospective allant de Mai 2006 à Mai 2010 réalisée au service de Chirurgie Pédiatrique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Durant cette période, 30 enfants dont 16 filles et 14 garçons, étaient opérés de fentes palatines en un temps. Les paramètres étudiés étaient, l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, la technique opératoire, les résultats post-opératoires. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 2ans et demi (1an-14 ans) pour les fentes palatines. Treize (43,3%) enfants étaient opérés par la technique de Veau-Wardill-Kilner et 17 (56,7%) par staphylorrhaphie. Nous avons noté 10 cas (77%) de fermeture totale pour la technique de Wardill et 6 cas (35,3%) de fermeture totale pour la staphylorrhaphie. Le taux global de fistule était de 40%. Huit enfants sur les 12 présentant une fistule avaient bénéficié d'une chirurgie secondaire avec fermeture complète dans 3 cas.

Avec un taux de fermeture complète de 77%, la technique de Wardill avait donné de meilleurs résultats que la staphylorrhaphie, en termes de succès en chirurgie primaire et de faible morbidité. Une prise en charge multidisciplinaire serait souhaitable pour optimiser la prise en charge.

Mots clés : fente palatine, technique de Wardill, staphylorrhaphie.

Summary

Cleft lip and palate have always been of interest to the plastic surgeon. We report a retrospective study conducted from May 2006 to May 2010 in the Department of Pediatric Surgery at Aristide Le Dantec Hospital in Dakar. During the study period, 30 children, 16 girls and 14 boys, have been operated for cleft palates. The parameters studied were age, gender, socioeconomic level, surgical technique, and post-operative results. The average age at the time of diagnosis was 2.5 years (range: 1-14 years) for cleft palate. Thirteen (43.3%) children were operated using the technique of Veau-Wardill-Kilner and 17 (56.7%) using staphylorrhaphy. We observed 10 cases (77%) of complete closure using Wardill's technique and 6 cases (35.3%) of complete closure by staphylorrhaphy. The overall rate of fistula was 40%. Eight out of 12 children presenting a fistula underwent secondary surgery with complete closure in 3 cases.

With a rate of complete closure of 77 %, Wardill's technique gave us better results than staphylorrhaphy, in terms of primary surgery success and low morbidity. A multidisciplinary case management would be desirable to optimize the treatment.

Key-words: cleft palate, Wardill's technique, staphylorrhaphy.

INTRODUCTION

Les fentes labio-palatines constituent les malformations faciales les plus fréquentes. Elles résultent d'un défaut de fusion entre les bourgeons maxillaires médial et latéral entre le 6^e et la 11^e semaine d'aménorrhée. Les facteurs étiologiques les plus incriminés sont d'ordres génétiques, environnementaux (infection, rayonnements ionisants, malnutrition...) [1].

La fente palatine peut être isolée ou associée à une fente labiale. Son diagnostic est fait le plus souvent à la naissance soit lors d'un examen systématique soit lors de l'apparition de fuites alimentaires oro-nasales avec les premières tétées [2,3].

L'objectif général du traitement est d'assurer une étanchéité du palais afin de permettre une alimentation et une phonation normales à court terme mais aussi d'éviter les défauts de croissance du maxillaire supérieur causés par les cicatrices rétractiles de la palatoplastie à long terme [4,5].

Dans notre étude, nous rapportons les résultats à court terme de notre prise en charge des fentes palatines en évaluant les deux principales techniques utilisées, à savoir la staphylorrhaphie et la technique de Wardill. Le but de notre étude est donc d'évaluer cette prise en charge.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 4 ans, allant de Mai 2006 à Mai 2010 portant sur 30 dossiers d'enfants opérés de fentes palatines durant cette période. Tous ces enfants ont été opérés dans le service de Chirurgie Pédiatrique du Centre Hospitalo-Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar. Les critères d'inclusions étaient : âge inférieur à 15 ans, intervention primaire faite dans notre service, suivi post-opératoire d'au moins 6 mois. Nous avons exclus de cette étude les enfants non opérés et/ou perdus de vue en post-opératoire immédiat, soit 34 dossiers.

Tous les enfants ont été reçus en consultation, les données cliniques recueillies dans un dossier médical et le bilan malformatif réalisé.

Le protocole thérapeutique s'établissait comme suit : intervention entre 9 et 12 mois, antibiothérapie pendant 7 jours, alimentation par sonde gastrique en post opératoire enlevée à J7. En cas d'apparition d'une fistule inférieure à 5mm, la sonde gastrique était gardée 7 jours supplémentaires. La technique utilisée était fonction du type et de la largeur de fente. La taille de la fente correspondait à la largeur au niveau de la région intertubé-

rositaire. Elle était appréciée en per-opératoire par un bout de fil de suture secondairement mesuré sur une règle graduée. Les fentes vélo-palatines inférieures ou égales à 10mm et les fentes vélares étaient fermées par simple staphylorrhaphie. Les fentes vélo-palatines supérieures à 10mm étaient fermées par la technique de Wardill.

La staphylorrhaphie consistait en une incision des berges de la fente, dédoublement des muqueuses nasale et palatine et suture des différents plans.

La technique de Wardill, quand à elle, réalisait une fermeture par deux lambeaux palatins pédiculés sur l'artère palatine majeure. Après incision des berges, une incision latérale au ras de la crête alvéolaire contournait la tubérosité maxillaire avec un refend en « V » antérieur. Les lambeaux sous périostés étaient soulevés et pédiculés sur l'artère palatine. La dissection se poursuivait sur l'hémivoile avec libération et section de l'aponévrose latéropharyngée. On procédait à une fermeture du plan nasal, des muscles du voile et de la muqueuse buccale avec un effet de recul pour palier à l'insuffisance vélaire.

RESULTATS

Trente enfants ont été opérés. Il s'agissait de 14 garçons et 16 filles (ratio=0,9). L'âge au moment du diagnostic était en moyenne de 2 ans et demi (1 à 14 ans) pour les fentes palatines et 15 jours (1 à 30 jours) pour les fentes labio-palatines. Une notion de consanguinité de 2^e degré a été retrouvée dans 6 cas (20%). Vingt quatre cas (80%) étaient considérés comme étant de bas niveau socio-économique.

Le délai moyen de prise en charge était de 2 mois (1 à 3,5 mois) pour les fentes palatines et 1 an (9 à 18 mois) pour les fentes labio-palatines.

La répartition des différents types anatomiques était notée dans la figure 1. La fente labio-palatine unilatérale constituait la forme anatomique la plus fréquente. Le côté gauche était le plus souvent atteint (14 cas contre 8 à droite) et la largeur de la fente était en moyenne de 15mm (8 à 22 mm). Nous n'avons pas retrouvé de cas syndromique, type syndrome de Pierre Robin.

La technique et les résultats post-opératoires étaient résumés dans le tableau I. Huit enfants sur les 12 cas de fistules ont bénéficié d'une chirurgie secondaire avec une fermeture complète dans 3 cas (Figure 2).

Nous n'avons noté aucun cas de décès.

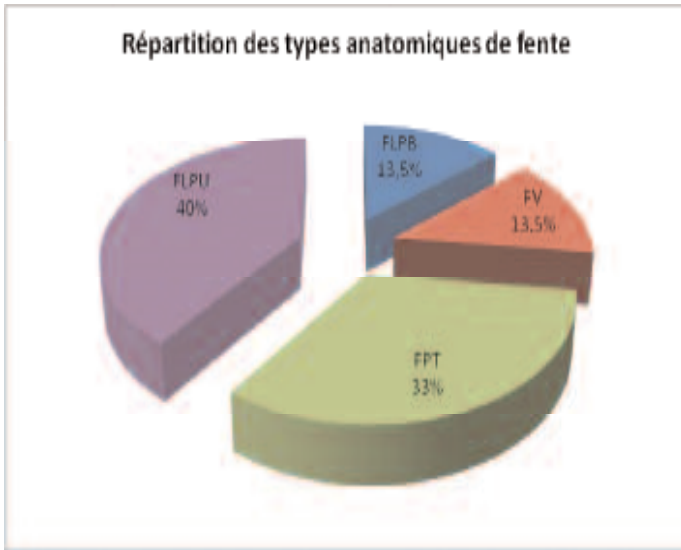


Figure 1 : Répartition des types anatomiques de fente

FLPU : Fente labio-palatine unilatérale ;
 FLPB : Fente labiopalatine bilatérale ;
 FV : Fente vélaire ;
 FPT : Fente palatine totale

Tableau I : Techniques et résultats post-opératoires

Type de chirurgie	n (cas)	Fermeture totale	Fistule	Lâchage	Réintervention
Wardill	13	10	3	0	2
Staphylorrhaphie	17	6	9	2	6
Total	30	16	12	2	8

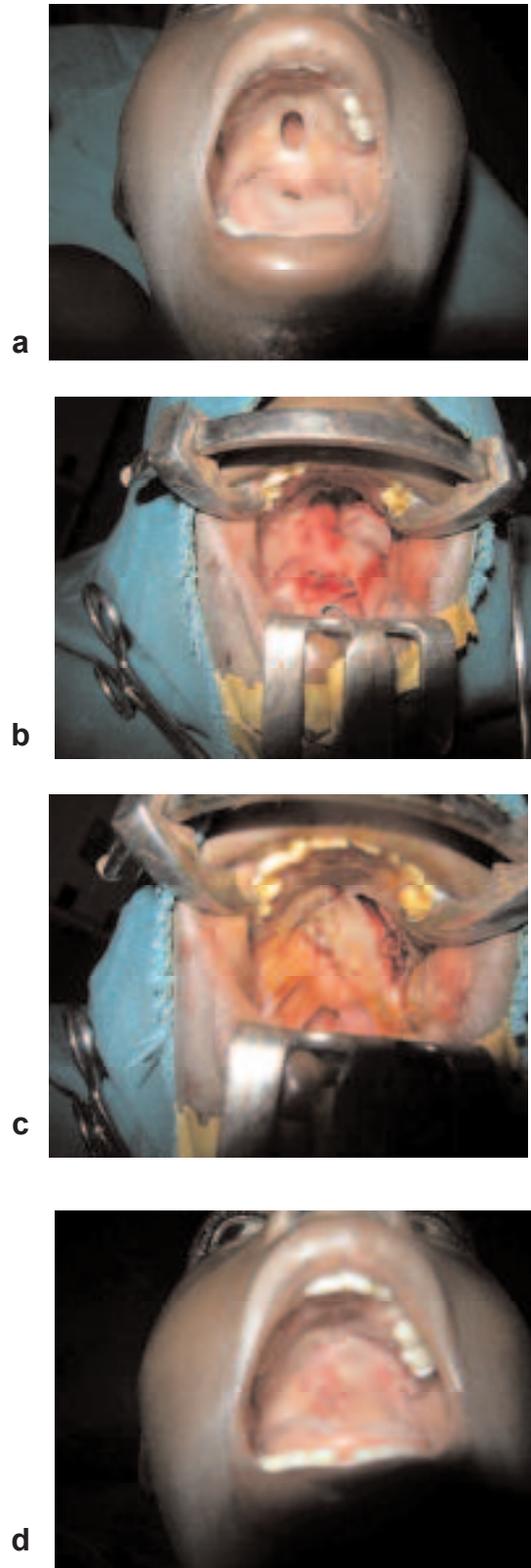


Figure 2 : Fistule palatine large opérée par un lambeau de rotation

- a- Aspect pré-opératoire
- b- Dissection du lambeau de rotation
- c- Fixation du lambeau laissant la zone donneuse en cicatrisation dirigée
- d- Aspect final avec fermeture complète de la fistule

DISCUSSION

La fente palatine est moins stigmatisante sur le plan social que la fente labiale et les parents sont plus préoccupés par la disgrâce esthétique de la fente labiale [6]. Dans notre série, sur les 34 patients exclus de l'étude, 20 avaient déjà bénéficié d'une chéiloplastie. Comme cela a été noté au Ghana [7], la plupart des patients qui présentait de façon combinée une fente labiale et palatine ne retournait pas à l'hôpital une fois la chéiloplastie faite.

Les parents étaient plus préoccupés par le préjudice esthétique et le poids social de la fente labiale.

La consultation tardive de certains enfants pourrait s'expliquer par l'apparition de troubles phonatoires au début de l'apprentissage de la parole, par déperdition nasale. De plus, ces enfants sont plus exposés à des otites moyennes liées à la dysfonction tubaire.

Plusieurs séries ont fait état d'une prédominance masculine [7,8], alors que dans notre série, nous avons noté une discrète prédominance féminine.

La quasi-totalité des enfants était issue de famille à bas niveau socio-économique, ce qui a été démontré par d'autres études [7,9]. Certains auteurs [10] n'ont pas retrouvé cette corrélation.

Dans notre contexte, ce bas niveau socio-économique expliquerait en partie, le suivi irrégulier et la déperdition d'une partie de nos patients. C'est pourquoi, nous avons à l'instar de Donkor [7] au Ghana, créé une association dénommée « Jooko Cleft Association » afin d'opérer gratuitement ces enfants.

Pour des raisons économiques, nous avons opté pour un traitement en un temps des fentes palatines afin de réduire au maximum les dépenses liées aux soins de santé et aux déplacements. Pour réduire ces dépenses, Onah [9] suggère le traitement des fentes labiale et palatine lors de la même hospitalisation si le patient présentant une fente labio-palatine était vu en consultation au-delà de l'âge de 6 mois.

Dans notre série, les fentes labio-palatines constituaient la forme anatomique la plus fréquente, comme l'ont rapporté Paranaíba [8] et Onah [9].

Le traitement des fentes palatines pose deux problèmes principaux : l'effet néfaste des cicatrices rétractiles de la palatoplastie sur la croissance du maxillaire et les troubles phonatoires pouvant être occasionné par l'absence, le retard de traitement ou une insuffisance thérapeutique. Dès lors, l'on comprend la multitude de techniques de palatoplastie et de calendriers opératoires disponibles et qui ont pour objectif de réduire au minimum la survenue de ces troubles.

par sa simplicité de réalisation et sa réputation d'être moins néfaste sur la croissance du maxillaire. Cependant, nous avons noté un taux d'échec assez important dans un travail d'évaluation antérieur. Ceci nous a permis de revoir les indications de cette technique. La staphylorrhaphie restait toujours une technique utilisée dans le traitement de la fente palatine en deux temps [2, 11, 12] et dans les cas où la palatoplastie était possible sans tension.

La palatoplastie selon Wardill est l'une des techniques les plus utilisées [5, 8, 12]. Nous avons pu, grâce à cette technique, réaliser une fermeture complète en chirurgie primaire dans 77% des cas. Les effets de cette technique sur la croissance du maxillaire ont souvent fait l'objet de nombreuses controverses.

Certains auteurs reprochent à cette technique de laisser des zones de cicatrisation secondaire qui donnent les pires cicatrices sur la croissance du maxillaire [11, 13] alors que d'autres ont trouvé une grande satisfaction avec cette technique [3].

Nous n'avons pas fait une évaluation objective sur le plan phonatoire, car nous n'avons pas d'orthophoniste dans notre hôpital, mais certains auteurs ont montré que la technique de Wardill ne donnait pas de bon résultats [4, 13], alors que d'autres n'ont pas retrouvé d'influence de la technique de palatoplastie sur la phonation. Cependant Ysunza [5] pense que plus que la technique, c'est surtout la précocité de la palatoplastie qui minimise les troubles phonatoires.

Le taux de fistule dans notre série était de 40%. Ceci est très élevé comparé aux taux rapportés dans les séries récentes [5, 15] qui se situent entre 3,4 et 23%, même si Parwaz [12] en Inde a retrouvé un taux de 35%. Néanmoins dans les anciennes séries, ce taux pouvait atteindre 65% [14]. Ce taux important de fistule noté dans notre série pourrait s'expliquer par une mauvaise indication de la staphylorrhaphie.

Plusieurs études [1, 14] ont prouvé l'association entre la sévérité de la fente et le taux élevé de fistules, même si quelques études [15] n'ont pas abouti à cette conclusion. En revanche, il semblait ne pas exister selon Cohen [1] d'influence de la technique chirurgicale sur le taux de fistule. Les principales causes de formation de fistule sont des défauts techniques [12] à savoir : une mobilisation insuffisante des tissus, la suture sous tension, le traumatisme lié à l'intubation, le maniement traumatique des tissus, la difficulté de suturer les différents plans, le saignement et l'infection postopératoires.

La staphylorrhaphie est une technique intéressante de

CONCLUSION

Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge des fentes palatines dans notre contexte. Nous avons cependant noté des difficultés à faire respecter le calendrier chirurgical, d'avoir un suivi régulier et une prise en charge orthophonique et orthodontique ; ces difficultés étant essentiellement liées aux problèmes socio-économiques. La technique de Wardill a donné les meilleurs

résultats. La staphylorrhaphie est une technique simple moins agressive que la technique de Wardill, mais son indication doit être réduite aux fentes inférieures ou égales à dix millimètres de large.

La création d'une équipe multidisciplinaire comprenant outre les chirurgiens des pour une prise en charge optimale devient nécessaire.

REFERENCES

1. **Cohen SR, Kalinowski J, La Rossa D, et al.** Cleft Palate Fistulas: a multivariate statistical analysis of prevalence, etiology and surgical management. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:1041-7.
2. **Talmant JC, Lumineau JP, Rousteau G.** Prise en charge des fentes labio-maxillo-palatines par l'équipe du docteur Talmant à Nantes. *Ann Chir Plast Esthét* 2002;47:116-25.
3. **Vanwijck R, Bayet B, Deggouj N, et al.** La prise en charge primaire et secondaire des fentes labio-palatines au Centre labio-palatin de Bruxelles. *Ann Chir Plast Esthét* 2002; 47: 126-33.
4. **Haapanen M L.** Effect of method of palate repair on the quality of speech at the age of 6 years. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1995;29:245-50.
5. **Ysunza A, Pamplona Ma C, Quiroz J, et al.** Maxillary growth in patients with complete left lip and palate, operated on around 4-6 months of age. *Int J Ped Otorhinol* 2010;74:482-85.
6. **Olasodj HO, Dogo D, Obiano SK, et al.** Cleft lip and Palate in North Eastern Nigeria. *Nig Q J Hosp Med* 2004;50:65-9.
7. **Donkor P, Owusu Bankas D, Agbenorku P, et al.** Cleft lip and palate surgery in Kumasi, Ghana: 2001-2005. *J Craniofacial surgery* 2007; 18(6):1376-79.
8. **Paranaiba LMR, Almeida H, Barros LM, et al.** Current surgical techniques for cleft lip-palate in Minas Gerais, Braz *J Otorhinolaryngol* 2009;75:839-43.
9. **Onah I I, Opara KO, Olaitan PB, et al.** Cleft lip and palate repair: the experience from two West African sub-regional centers. *J Plast Reconstr Esthet Surg* 2008;61:879-882.
10. **Carmichael SL, Nelson V, Shaw GM, Wasserman CR, et al.** Socio-economic status and risk of conotruncal heart defects and orofacial clefts. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17(3): 264-71.
11. **Oger P, Malek R, Martinez H, et al.** Prise en charge des fentes labio-palatines par l'équipe de l'hôpital Robert Debré à Paris. *Ann Chir Plast Esthét* 2002;47:138-42.
12. **Parwaz AM, Sharma KR, Parashar A, et al.** Width of cleft palate and postoperative palatal fistula-do they correlate? *J Plast Reconstr and Aesthet Surg* 2009;62:1559-63.
13. **Becker M, Svensson H, Sarnas K-V, et al.** Von Langenbeck or Wardill procedures for primary palatal repair in patients with isolate cleft palate – speech results. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 2000;34:27-32.
14. **Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, et al.** Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two-stage palatal repair. *Plast Reconstr Surg* 2001;108 :1515-8.
15. **Wilhelmi BJ, Appelt EA, Hill L, et al.** Palatal fistulas: rare with the two-flap palatoplasty repair. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:315-8.