



ELSEVIER

Palatovélopharyngoplastie en un temps. Notre expérience aux Philippines

Palatovelopharyngoplasty an « all in one surgery ». Our experience in Philippines

J. Saboye *, A.-R. Chancholle, J.-J. Tournier, I. Maurette

Unité de traitement des fentes labiopalatines, clinique du Cours-Dillon,
1, rue Peyrolade 31300 Toulouse, France

Reçu le 2 mars 2004 ; accepté le 24 mars 2004

MOTS CLÉS

Fente palatine ;
Palatovélopharyngoplastie ;
Mission humanitaire ;
Philippines

KEYWORDS

Cleft palate ;
Palatopharyngoplasty ;
Charity missions ;
Philippines

Résumé Après plusieurs missions humanitaires chirurgicales dans un même hôpital aux Philippines, nous avons évalué la phonation des enfants opérés de fente palatine par une technique classique. Devant nos mauvais résultats, nous avons décidé d'associer au cours du temps opératoire une pharyngoplastie d'Orticochéa à la fermeture vélo palatine. Les patients opérés grâce à ce protocole ont aussi été évalués, les résultats montrent l'utilité de la palatovélopharyngoplastie en un temps.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract After many surgical charity missions in the same hospital in the Philippines, we have evaluated the child's phonation being operated of cleft palate. We had bad results so we decided to do in the same time an Orticochéa pharyngoplasty and the closure of the palate. These patients were evaluated too, the results were improved.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Une division palatine ne permet pas de bien parler lorsque l'opération est défectueuse ou tardive, après 12 ans, et ce malgré le meilleur traitement orthophonique. Pour ces patients Rosenthal (1924) inventa la pharyngoplastie unissant le voile à un lambeau pharyngé postérieur. Pour reconstruire un vélopharynx plus proche de la physiologie normale, Miguel Orticochéa inventa un sphincter vélopharyngé qu'il faisait systématiquement six mois après la véloplastie de Langenbeck. Nous avons observé

aux Philippines que les enfants opérés du palais après 12 ans présentaient une incompétence vélopharyngé (IVP) et étaient classés phonation III. Pour éviter une deuxième intervention, nous avons décidé d'associer une véloplastie de Langenbeck à une sphinctéroplastie d'Orticochéa.

Matériel et méthodes

La prévalence des fentes labiopalatines est plus importante en Asie qu'en Europe. Elle a été évaluée par Murray [1] aux Philippines à 2 ‰ naissances. Ce pays présente un taux de natalité très élevé, les structures et les équipes chirurgicales locales ne peuvent prendre en charge un nombre si important

* Auteur correspondant. 54, allée des Demoiselles, 31000 Toulouse, France.

Adresse e-mail : dr.saboye@wanadoo.fr (J. Saboye).

d'enfants porteurs de malformation. Plusieurs équipes chirurgicales appartenant à différentes associations humanitaires organisent régulièrement des missions aux Philippines dans le but d'opérer ces enfants. Parmi elles le Comité de soutien à l'enfance philippine met en place, en partenariat avec des associations caritatives locales, une mission chirurgicale annuelle d'un mois environ. Deux équipes, celle du Pr Stricker (Nancy) et du Dr Dinh Doan (Boulogne sur Mer) [2], et celle des Drs Chancholle et Saboye (Toulouse) se relayent au sein du même hôpital pour assurer une prise en charge de ces enfants. Depuis 1988, ce sont près de 800 enfants qui ont pu ainsi être opérés. Nous présentons ici le protocole et les résultats de l'équipe toulousaine. La technique chirurgicale utilisée a toujours été une technique de rotation avancement de Millard pour la réparation labionasale, une technique de Veau-Wardill à deux ou quatre lambeaux avec *push-back* pour la fermeture palatine.

En 1998, nous avons revu des patients opérés au cours des dix années précédentes et réalisé une évaluation de leur phonation. L'âge auquel avait été effectuée la chirurgie de fermeture palatine était un critère majeur puisque parmi les patients revus ceux qui avaient moins de six ans lors de l'intervention avaient de bons résultats phonatoires, en revanche s'ils avaient entre six et douze ans on retrouvait près de 50 % d'IVP, et s'ils avaient plus de douze ans lors de la chirurgie on retrouvait jusqu'à 90 % d'IVP.

Ces mauvais résultats phonatoires d'une chirurgie palatine classique ont été retrouvés par d'autres équipes, aux Philippines mais également dans d'autres pays du tiers-monde [3] au point que plusieurs responsables de missions ont préconisé de ne pas réaliser de fermeture palatine chez les grands enfants ou adultes jeunes et de se contenter uniquement de la réparation labiale, cette réparation labiale étant éminemment bénéfique et permettant l'intégration sociale [4,5]. Nous avons refusé cette sélection des patients par l'âge. Il existait deux possibilités : soit poursuivre une fermeture primaire de la fente vélopalatine par technique de Veau-Wardill et réaliser une pharyngoplastie type Orticochéa au cours d'une mission suivante, soit réaliser une palatovélopharyngoplastie en un temps associant une fermeture palatine par technique de Langenbeck à une pharyngoplastie sphinctérienne d'Orticochéa [6,7]. Nous avons retenu cette deuxième solution qui permet d'éviter un deuxième temps opératoire aléatoire dans les missions chirurgicales humanitaires. Au cours de trois missions successives entre 1998 et 2001 notre équipe a opéré 34 patients âgés de plus de 12 ans. Il s'agissait de patients porteurs de fente labiopal-

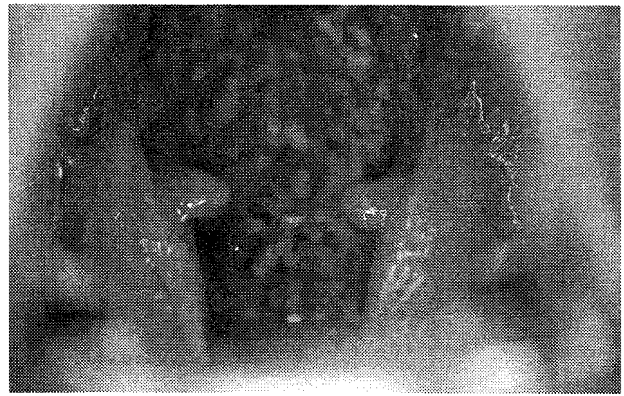


Figure 1 Fente vélopalatine.

tine ou palatine isolée, mais dont le palais n'avait jamais été opéré. Tous ont bénéficié de la même technique de palatovélopharyngoplastie :

- 1^{er} temps opératoire ; c'est la transposition des piliers postérieurs du voile sur le mur pharyngé postérieur : section des muscles pharyngostaphylins, libération de deux lambeaux musculomucoux à pédicule supérieur, incision pharyngée postérieure horizontale, transposition des deux lambeaux, insertion des deux lambeaux dans la paroi pharyngée postérieure (Figs. 1 et 2). La position des lambeaux est importante dans la technique d'Orticochéa puisque comme l'a montré Risky une sous-correction de la phonation est due à une insertion basse des lambeaux [8-10]. Il n'y a pas d'IVP si l'insertion se fait le plus haut possible au niveau du mur postérieur. Ici, techniquement, cette insertion est facilitée par la présence de la fente vélopalatine qui permet un abord direct de la muqueuse pharyngée postérieure, ce qui n'est pas le cas dans les pharyngoplasties secondaires où le voile est déjà fermé, et peut gêner dissections et suture des lambeaux ;
- 2^e temps opératoire ; c'est la palatovéloplastie. Il s'agit d'une technique de Langenbeck classique avec incision palatine latérale, fracture des hamulus ptérygoïdiens, libération de l'aponévrose pharyngée latérale fermeture du plan muqueux nasal, suture musculaire du voile, enfin suture du plan muqueux buccal (Fig. 3).

Résultats

Sur les 34 patients opérés au cours des missions en 1998, 1999 et 2001, 24 ont été revus lors de la mission effectuée en 2002. L'examen clinique retrouvait une cicatrisation complète. Il n'y avait eu aucun cas de nécrose vélopalatine, pas de désunion



Figure 2 Lambeaux musculomuqueux insérés dans la paroi postérieure.

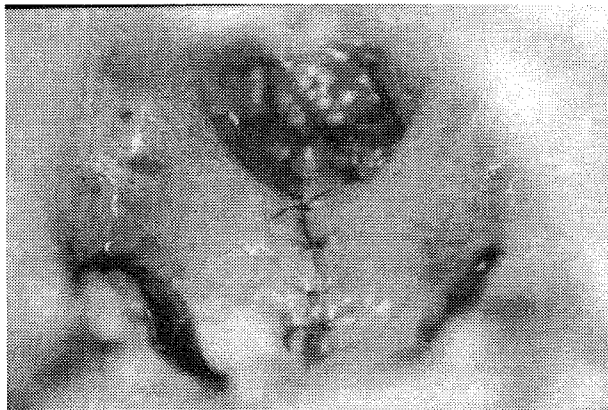


Figure 3 Fermeture vélopalatine.

muqueuse. On retrouvait un sphincter très haut situé en arrière et au-dessus du voile (Figs. 4 et 5)

L'évaluation de leur phonation a été alors réalisée par l'orthophoniste de l'équipe : 14 patients étaient évalués phonation I (60 %) 12 étaient des fentes palatines isolées, deux des fentes labiopalatines ; sept patients étaient évalués phonation II (30 %), deux étaient des fentes palatines, cinq des fentes labiopalatines ; et trois patients étaient évalués phonation III (10 %), il s'agissait de trois patients porteurs de fentes labiopalatines.

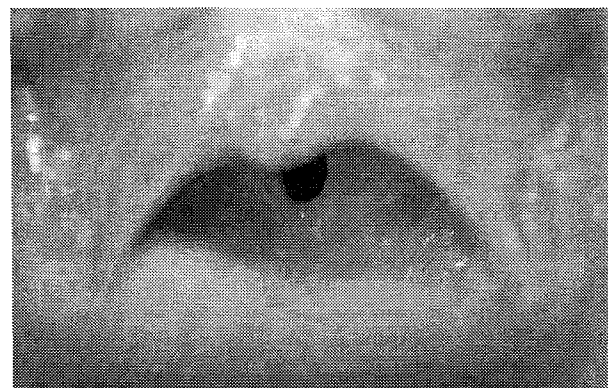


Figure 4 Aspect à un an postopératoire, au repos.



Figure 5 Aspect à un an postopératoire : ascension du voile et contraction du sphincter.

Discussion

Dans la prise en charge des fentes vélopalatines du grand enfant ou de l'adulte, l'association d'une technique de Langenbeck à une pharyngoplastie d'Orticochéa est possible. Elle nous a permis d'obtenir une amélioration significative des résultats phonatoires. Il faut noter que les meilleurs résultats ont été obtenus chez les patients les plus jeunes (tranche d'âge de 12 à 18 ans). On notera aussi que la phonation est meilleure lorsque au départ la fente palatine était isolée. La présence d'une fente labiopalatine a certainement associé des dyspraxies linguales à l'incompétence vélopharyngée. Ceci a dû aggraver le trouble phonatoire et n'a pu être corrigé par la palatovélopharyngoplastie.

Cette palatovélopharyngoplastie en un temps est possible sans complications majeures même dans des conditions de chirurgie humanitaire. Le problème principal a souvent été un saignement peropératoire assez important lié au décollement de la fibromuqueuse palatine chez un sujet adulte, à la durée de l'intervention, mais également aux conditions anesthésiques avec ventilation spontanée et hypercapnie fréquente. Le saignement peropératoire a été évalué à environ 500 cc par patient. Il n'y a jamais eu de nécessité d'une transfusion sanguine.

Conclusion

Les grands enfants et adultes jeunes porteurs de fente vélopalatine doivent être opérés lors de missions chirurgicales humanitaires. On peut améliorer les résultats sur la phonation grâce à l'association d'une fermeture palatine et d'une pharyngoplastie dans le même temps opératoire. Cette palatovélopharyngoplastie en un temps est possible sans com-

plications majeures, même dans des conditions de chirurgie humanitaire. Notre expérience aux Philippines a conforté notre sentiment même si les meilleurs résultats ont été obtenus chez les patients les plus jeunes et lorsque la fente palatine était isolée. Nous avons depuis utilisé cette technique en France chez les adultes porteurs de fente vélaire non opérée, mais également chez de grands enfants amenés en France pour y être adoptés. En effet, chez ces enfants nés en Asie ou dans des pays de l'Europe de l'Est, le temps labial est réalisé par des équipes locales, la réparation labiale facilitant l'adoption. Le temps palatin est réalisé par les équipes du pays d'adoption. Chez ces enfants de plus de six ans que nous avons eus à opérer nous avons systématiquement réalisé une palatovélopharyngoplastie en un temps.

Références

- [1] Murray JC, Dahack-Hirsch S, Buetow KH, Munger R, Espina L, et al. Clinical and epidemiological studies of cleft lip and palates in the Philippines. *Cleft Palates journal* 1997;34:7-10.
- [2] Lefevre JC, Stricker M, Dinh Doan G, Stricker M. Chirurgie des fentes labiomaxillopalatines en mission humanitaire aux Philippines. *Ann Chir Plast Esthet* 1999;44(1):41-5.
- [3] Saboye J. Missions de formation en chirurgie plastique dans les pays en voie de développement, une expérience de dix ans au Mali. *Ann Chir Plast Esthet* 1999;44(n° 1):35-40.
- [4] Cheng LL. Asian-American cultural perspectives on birth defects: focus on cleft palates. *Cleft Palates journal* 1990;27:294-300.
- [5] Harper DC, Peterson DB. Children of the Philippines: attitudes toward visible physical impairment. *Cleft Palates journal* 2001;38(6):566-76.
- [6] Chancholle AR. Les boucles musculo-aponévrotiques vélopharyngofaciales. *Ann Chir Plast Esthet* 1980;25(2):135-46.
- [7] Orticochea M. Construction of a dynamic muscle sphincter in cleft palates. *Plast Reconstr Surg* 1968;41:323.
- [8] Riski JE, Serafin D, Riefkohl R, Georgiade GS, Georgiade GS. A rationale for modifying the insertion of the Orticochea pharyngoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:187.
- [9] Riski JE, Ruff GL, Georgiade GS, Barwick WJ, Edwards PD. Evaluation of the Sphincter pharyngoplasty. *Cleft Palat Journal* 1992;29:254.
- [10] Huang MHS, Lee ST, Rajendran K. Anatomic bases of cleft palates and velopharyngeal surgery: implications from a fresh cadaveric study. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:613-29.

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®