XIème Congrès de l'Association Francophone des Fentes Faciales

Sous la présidence de Bruno Grollemund

Le maxillaire
Séquelles en fin de croissance
Aspects anatomiques, fonctionnels et esthétiques

17 – 19 mars 2022

*

Faculté de chirurgie dentaire
8, rue Sainte Élisabeth
67000 Strasbourg
France
www.afff.fr

Nous remercions nos partenaires !

Jeudi 17 mars 2022 Sessions pré-Congrès	
14h-14h30	Présentation du protocole du Programme Hospitalier de Recherche Clinique FRENCHCLEFT *C. Dissaux*
14h30-15h50	Réunion des infirmières francophones : « Échanges autour des consultations d'éducation thérapeutique du patient » Réunion des orthophonistes francophones : « Réflexions et échanges autour de la communication entre les orthophonistes des centres de compétence et les orthophonistes de ville dans la prise en soins des enfants porteurs de fentes » Réunion des psychologues francophones : « Échanges théorico-cliniques »
15h50-16h	**Pause**
16h-17h	**Professeur Martial Guédron** **Professeur d'Histoire de l'Art de l'Université de Strasbourg** **La représentation des malformations cranio-faciales dans l'Art**
17h00-18h00	**Docteur Kristin Billaud-Feragen** **Psychologue spécialiste des malformations cranio-faciales** **Hôpital Universitaire d'Oslo** **Impact psychologique d'une malformation cranio-faciale à l'adolescence et à l'âge adulte**

Information mise à jour (16 mars 2022) :

Le Professeur Martial Guédron ne sera malheureusement pas en mesure de présenter sa conférence sur la représentation des malformations cranio-faciales dans l'Art et nous le regrettons très sincèrement.

Veuillez prendre note de ce changement et du fait que la Dre. Kristin Billaud-Feragen présentera sa conférence à 16 heures au lieu de 17 heures.

La journée se terminera ainsi à 17 heures.

Vendredi 18 mars 2022	
1ère session : Aspects anatomiques Président : A. Picard Modérateurs : M. Bigorre, Ch. Zbinden, V. Lesne	
8h30-9h	**Accueil**
9h-9h15	**Allocution du Président**
9h15-9h25	**Revue de littérature** *A.Picard – C. Dissaux – B. Vi Fane*
9h25-9h35	**Présentation des résultats des questionnaires** *A. Picard*
9h35-9h45	**Discussion**
9h45-10h45	**Table ronde** *C. Bäumler* : Agénésie de l'ILM : Ouverture ou fermeture *G. Herzog* : Ouverture ou fermeture de l'espace : une tentative d'objectiver le choix thérapeutique *A. Gleizal* : Fermeture de l'espace et importance de la chirurgie pour le profil *P. Scolozzi* : Fermer l'espace en avançant le maxillaire
	Discussion
10h45-11h	**Pause**

1ère session : Aspects anatomiques Présidente : A. Majourau-Bouriez Modérateurs : J. Mcheik, P. Guerreschi, I. Barthelemy	
11h-12h20	**Communications libres** 2 minutes de questions entre chaque présentation à moduler par les modérateurs
11h-11h07	La greffe osseuse alvéolaire précoce permet-elle de réduire le risque d'inclusion de la canine maxillaire chez le patient porteur de fente labio-palatine ? *Ohayon J, Monsonego S, Rafflenbeul F, Meyer N, Bolender Y, Grollemund B*
11h09-11h16	Étude du risque d'inclusion de la canine maxillaire en fonction du calendrier de la greffe osseuse alvéolaire secondaire chez les patients porteurs de fente labio-alvéolo-palatine *Fellous R, Majourau-Bouriez A*
11h18-11h25	Évaluation de la reconstruction de l'os alvéolaire après greffe osseuse dans les fentes a l'aide du score 3d de Kamperos : application et discussion *Mattei R, Captier G, Maggiuli F, Torres J-H*
11h27-11h34	Distraction maxillaire interne dans les fentes labiopalatines en fin croissance *Galliani E, Diner P-A, Tomat C, Picard A*
11h36-11h43	Évaluation de la profondeur du palais après fermeture des fentes palato-vélaires en deux temps et sans contre-incisions palatines latérales *Veyssiere A, Salami A, Cabouret D, Paquot Le Brun C, Sergent J-F, Benateau H*
11h45-11h52	Évaluation précoce de la croissance maxillaire chez les patients porteurs de fentes unilatérales totales : comparaison des protocoles de Malek modifié et de Talmant *Lehn A, Dissaux C, Baumler C, Bigorre M*
11h54-12h01	L'utilisation de la technique d'ostéotomie mini-invasive de Lefort I chez des patients atteints d'une fente labiopalatine *Chauvel-Picard J, Gleizal A*
11h03-11h10	La gingivopériostoplastie avec allogreffe osseuse : évaluation préliminaire osseuse et dentaire *Chauvel-Picard J, Lambert C, Paulus C, Gleizal A*
12h12-12h19	Intérêt de la distraction ostéogénique interceptive du maxillaire supérieur dans la croissance du bloc maxillo-mandibulaire chez les enfants porteurs de fentes *Benateau H, Cabouret D, Bilstein A-C, Paquot Le Brun C, Vincent P, Blaison C, Veyssiere A*
12h20-14h	**Déjeuner**

2ème session : Aspects esthétiques et psychologiques Présidente : N. Degardin Modérateurs : P. Gavelle, A. de Buys Roessingh, I. James	
14h-14h20	**Revue de littérature** *A de Buys Roessingh*
14h20-14h30	**Discussion**
14h30-15h30	**Table ronde** *J. Despars* : Harcèlement des enfants avec fentes faciales à l'école (qualité de vie et mécanisme d'adaptation) *O. Etienne* : La dentisterie '*minimal invasive'* au service de la réhabilitation prothétique des fentes
	Discussion
15h30-16h00	**Pause**

2ème session : Aspects esthétiques et psychologiques Présidente : A. Belkhou Modérateurs : C. Gbaguidi, P. Corre, B. Chatelain	
16h00-18h	**Communications libres** 2 minutes de questions entre chaque présentation à moduler par les modérateurs
16h00-16h07	Collaboration entre infirmières des centres MAFACE pour améliorer la prise en soin de l'enfant avec une fente et sa famille. *Barret N, Clavel R, Coste M-C, Fosse C, Langlois V, Taunay A-L*
16h09-16h16	Projet vidéo d'éducation thérapeutique en soins infirmiers *Baudelot S*
16h18-16h25	Mise en place des ateliers « habiletés sociales » et « anti-harcèlement » au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge des malformations socialement affichantes *James I, La Marca S, De Reviers B, Piquet E*

16h27-16h34	L'évolution du lien materno-fœtal, de l'anxiété et de la dépression prénatale suite au diagnostic anténatal de fente labio-palatine : une étude longitudinale anténatale *Degenfeld F, Gavelle P, Soupre V, Beauquier B*
16h36-16h43	Harcèlement, qualité de vie et stratégies de coping chez les enfants et adolescents nés avec une séquence de Pierre Robin : résultats préliminaires *Gigandet S, Broome M, Despars J, Urben S, De Buys Roessingh A*
16h45-16h52	Comment penser la fin de la prise en charge pédiatrique sur le plan esthétique et psychologique ? Que nous disent les adolescents/jeunes adultes que nous suivons ? *Chauvin E, Hecquet M, Beaufils C, Brancherie N, Despars J, Gavelle P*
16h54-17h01	Incidences psychologiques chez l'adulte de la reconstruction des fentes labio-palatines : axes d'améliorations *Brancherie N, Maggiulli F, Ricaud A, Baylon H, Baumler C, Captier G*
17h03-17h10	Enquête de satisfaction après rhinoplastie secondaire dans le cadre de séquelles de fentes labio-palatines unilatérales totales *Assouline-Vitale S-L, Ruffenach L, Bodin F, Zink S, Romary B, Bruant-Rodier C, Dissaux C*
17h12-17h19	Traduction du questionnaire CLEFT- Q pour une utilisation dans les pays francophones *Romary B, Dissaux C*
17h21-17h28	Rôle et importance du médecin dentiste au sein de l'équipe pluridisciplinaire des FLMP *Merea Balestra L, Medinger L, De Buys Roessingh A, Broome M*
17h30-17h37	Approche moderne dans la réhabilitation prothétique des patients porteurs de fente faciale : rapport de cas *Roman T, Etienne O*
17h39-17h46	Correction de séquelles de fentes labiales par injection d'acide hyaluronique en milieu hospitalier : étude de faisabilité et de satisfaction *Trigano C, Maire C, Belkhou A, Guerreschi P*
18h00-19h00	**Assemblée générale de l'AFFF** *Un hommage sera rendu à la suite de la disparition de* *René Malek, Bernard Pavy, Albert de Mey et Christian Paulus* Nouvelles candidatures Appel à candidature pour le poste de 2ème vice-président Renouvellement de poste

Lors de notre Assemblée Générale, nous rendrons hommage aux personnalités qui nous ont quitté

Prof. René Malek (1929 - 2022)
A amélioré la plastie en Z de la lèvre (méthode de calcul géométrique)
A été à l'origine de la chronologie chirurgicale précoce et inversée
Auteur de nombreuses publications, dont l'ouvrage de référence intitulé :
Cleft Lip and Palate: Lesions, Pathophysilogy and Primary Treatment
En 35 ans d'expérience (Hôpital Robert Debré), il a opéré et suivi plus de 5000 patients porteurs de séquelles de fentes faciales.

Dr. Bernard Pavy (1938-2021)
Fondateur de l'AFFF en 2001 (anc. "Journées de St Vincent de Paul")
Fondateur du programme "Les Sourires de l'Espoir" (2007)
40 ans de pratique clinique (Hôpital St Vincent de Paul)(± 4000 patients) et d'innombrables missions humanitaires (± 2000 opérations)
Chevalier de l'Ordre de la Légion d'Honneur

Prof. Albert de Mey (1950-2020)
Président de la Société Royale de Chirurgie Plastique et Reconstructrice
Chef de service à l'Hôpital Universitaire Brugman de Bruxelles
Maître de conférences à l'Université Libre de Bruxelles
A participé à de nombreuses missions humanitaires

Dr. Christian Paulus (1958-2021)
Président de la Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie orale en 2015
Chef de service de chirurgie maxillo-faciale et plastique pédiatrique à l'hôpital Debrousse (1999-2009), à l'Hôpital Femme Mère Enfant à Lyon (2009-2012) puis chef de service adjoint à partir de 2012.
Fervent défenseur de l'allaitement des nourrissons atteints de fentes, son livret sur l'alimentation sert encore aux parents d'aujourd'hui.

Samedi 19 mars 2022	
3ème session : Aspects fonctionnels Présidente : C. Bäumler Modératrices : A. Joly, B. Morand, D. Wagner	
9h00-9h20	**Revue de littérature** *F. Maraninchi, I. Bouallègue*
9h20-9h30	**Discussion**
9h30-10h15	**Table ronde** *E. Sanquer / C. Chapuis* : Prise en soin orthophonique pré et post-opératoire des chirurgies orthognathiques *R. Nicollas* : Obstruction nasale
	Discussion
10h15-10h45	**Pause**
3ème session : Aspects fonctionnels Présidente : F. Maraninchi Modératrices : C. Neiva-Vaz, C. François	
10h45-12h15	**Communications libres** 2 minutes de questions entre chaque présentation à moduler par les modérateurs
10h45-10h52	Potentiel thérapeutique des cellules souches de la cavité nasale dans le traitement des fentes labio-palatines *Fievet L*
10h54-11h01	Étude comparative in vitro et in vivo des propriétés ostéogéniques de deux biomatériaux et de deux types de cellules souches mésenchymateuses *Fievet L*
11h03-11h10	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez l'enfant porteur d'une fente vélopalatine *de Lanversin M, Perin G, Labarre C, Verdier E, Bourg A, Auger M, Potop D, Mcheik J*
	Indication du lambeau pharyngé a pédicule supérieur dans l'insuffisance

11h12-11h19	vélopharyngée : proposition d'un algorithme sur une série de 31 patients *Ben Slama N, Maquet C, Marcolla A, Noviczky S, Trost O, Leca J-B*
11h21-11h28	Étude de normalisation et de validation du nasomètre en français sur une population pédiatrique (8-10) ans. Comparaison des résultats avec un dispositif similaire élaboré par le CNRS / Sorbonne Nouvelle *Barbier H, Redouloux L, Chapuis-Vandenbogaerde C, Kadlub N, Fougeron C, Amelot A*
11h30-11h37	Décompensation vélaire après une ostéotomie d'avancée de Lefort I chez des patients atteints de séquelles de fente palatine *Chauvel-Picard J, Gleizal A*
11h39-11h53	Patients porteurs de fentes et classe III : Comment optimiser nos traitements pour un meilleur résultat ? Partie 1 : Correction de la classe III squelettique, quand et comment intervenir ? Partie 2 : Ouverture ou fermeture de l'espace de l'incisive latérale maxillaire absente, un choix pas toujours évident…conséquences sur le maxillaire *Majourau-Bouriez A, Khanh Le-Dacheux M, Mitrofanoff M, Pavy B, Talmant J-C, Reibel, Pavlov I, Kverneland B, Galliani E, C Neiva, Kadlub N, Gavelle P, Michel B, Zazurka F, Soupre V, Khonsari R-H, Chapuis C, Charpillet V, E Sanquer, Vi-Fane B, Tomat C, Vazquez M-P, Picard A*
11h55-12h02	Caractérisation du schéma de croissance de la voûte palatine chez le très jeune enfant : comment sa taille et sa forme évoluent-elles ? *Remy F, Godio-Raboutet1 Y, Captier G, Burgart P, Bonnaure P, Thollon L, Guyot*
12h04-12h15	**Présentation du Congrès AFFF 2024 à Lausanne** **Clôture du Congrès**

LA GREFFE OSSEUSE ALVÉOLAIRE PRÉCOCE PERMET-ELLE DE RÉDUIRE LE RISQUE D'INCLUSION DE LA CANINE MAXILLAIRE CHEZ LE PATIENT PORTEUR DE FENTE LABIO-PALATINE ?

J. Ohayon[1], S. Monsonego[1], F. Rafflelbeul[1], N. Meyer[2], Y. Bolender[1] B. Grollemund[1]

[1] Unité Fonctionnelle d'Orthopédie Dento-Faciale, Faculté de Chirurgie Dentaire, Université de Strasbourg
[2] Service de Méthodologie et Biostatistique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Introduction :
L'inclusion de la canine maxillaire est anomalie d'éruption touchant 10 à 20% des patients porteurs de fente labio-palatine (FLP). La prise en charge des FLP est pluridisciplinaire et comporte de nombreuses chirurgies, notamment lors de la petite enfance. La greffe osseuse alvéolaire (GOA) est une étape aujourd'hui reconnue comme indispensable dans la prise en charge de ces patients. La plupart des auteurs s'accordent sur le rôle primordial joué par la GOA dans l'éruption des canines maxillaires. Bien que la GOA secondaire tardive soit la plus répandue, la greffe précoce connait un essor récent. L'objectif de ce mémoire est de comparer le risque d'inclusion de la canine maxillaire chez le patient porteur de fente labio-palatine unilatérale en fonction du timing de greffe : précoce *versus* tardif.

Matériel et méthodes :
113 patients porteurs de fente labio-palatine unilatérale et ayant bénéficié d'une GOA précoce ou tardive ont été inclus. L'inclinaison, la position mésio-distale et la position verticale de la canine ont été mesurées sur un orthopantomogramme réalisé à 11 ans +/- 1 an, permettant de définir un risque d'inclusion de la canine maxillaire.

Résultats :
Le risque d'inclusion était plus important pour les patients ayant bénéficié d'une GOA tardive (OR = 2,9) par rapport aux patients greffés précocement (OR = 1,1) ($p<0,05$). Le recours à une expansion transversale maxillaire ou l'avulsion de la canine lactéale étaient associés à une diminution du risque d'inclusion de la canine maxillaire ($p<0,05$).

Conclusion :
La greffe osseuse alvéolaire précoce permet de limiter le risque d'inclusion de la canine maxillaire chez le patient porteur de fente labio-palatine.

ETUDE DU RISQUE D'INCLUSION DE LA CANINE MAXILLAIRE EN FONCTION DU CALENDRIER DE LA GREFFE OSSEUSE ALVEOLAIRE SECONDAIRE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS DE FENTE LABIO- ALVEOLO-PALATINE.

Rémy Fellous, sous la direction du Dr. Aurélie Majourau-Bouriez. Paris, France.

Objectif :
Cette étude compare le risque d'inclusion de la canine chez des patients porteurs de fente labio-alvéolo-palatine unilatérale (FLAP) qui ont reçu une greffe osseuse alvéolaire secondaire (GOAS) précoce, vers l'âge de 5 ans et demi, et plus tardive vers l'âge de 9 ans et demi.

Matériels et méthodes :
Etude rétrospective, observationnelle, multicentrique, réalisée chez des patients non syndromiques avec FLAP unilatérale, ayant eu une expansion maxillaire orthodontique avant la GOAS avec de l'os spongieux iliaque ou tibial. Le risque d'inclusion de la canine est évalué en utilisant une radiographie panoramique dentaire à l'âge de 11 ans, et en observant les critères d'impaction suivants : angulation, position latérale, position verticale, retard vertical et stade d'édification radiculaire de la canine maxillaire. Des facteurs associés ont également été étudiés en raison de leur influence sur le risque d'inclusion : extraction de canine lactéale, incisive latérale surnuméraire, dysmorphique ou agénésique, exposition chirurgicale et traction orthodontique de la canine.

Résultats:
Aucune différence statistiquement significative sur le risque d'inclusion de la canine n'a été constatée entre GOAS précoce (37%) et GOAS tardive (30%). Ces deux proportions sont supérieures à celle de la population sans fente. L'anomalie de l'incisive latérale (agénésie, dysmorphie ou dent surnuméraire) et le sexe du patient ne semblent pas être des paramètres aggravant le risque d'inclusion de la canine. L'angulation, la position latérale, et la position verticale sont de bons facteurs prédictifs du risque d'inclusion de la canine. L'extraction précoce de la canine lactéale est envisagée lorsque l'angulation dépasse 35°, la position latérale dépasse le secteur 2 et la position verticale est supérieure à 14mm. L'exposition chirurgicale et la traction orthodontique sont envisagées lorsque l'angulation dépasse 45°, la position latérale dépasse le secteur 3 et la position verticale est supérieure à 18mm.

Conclusion :
La GOAS précoce n'aggrave pas le risque d'inclusion de la canine maxillaire définitive par rapport à la GOAS tardive. Une étude idéalement prospective, randomisée, et contrôlée, réalisée sur une population plus large, est nécessaire pour confirmer ce résultat. Un suivi clinique et radiologique au cas par cas est nécessaire pour prévenir le risque d'inclusion de la canine, quel que soit le calendrier de la GOAS.

EVALUATION DE LA RECONSTRUCTION DE L'OS ALVEOLAIRE APRES GREFFE OSSEUSE DANS LES FENTES A L'AIDE DU SCORE 3D DE KAMPEROS : APPLICATION ET DISCUSSION

Mattei Romane[1], Captier Guillaume[2], Maggiuli Federica[2], Torres Jacques-Henri[1]

[1] Chirurgie orale, CHU de Montpellier-Montpellier-France
[2] Chirurgie plastique pédiatrique, CHU de Montpellier-Montpellier-France

Introduction :
La greffe osseuse secondaire (GOS) alvéolaire dans les fentes rétablit la continuité ostéo-muqueuse pour la viabilité dentaire.
L'évaluation radiographique de sa réussite est souvent analysée à l'aide de scores bidimensionnels (radiographies endo-buccales ou panoramiques). Mais elle manque de précision et ne permet pas d'analyser l'épaisseur de l'os alvéolaire ni la reconstruction du plancher nasal.
Pour répondre à cela, Kamperos a proposé un score tridimensionnel (cone-beam) qui analyse l'os alvéolaire entre les dents de bord de fente, à l'aide d'un seul score évaluant : son épaisseur, sa hauteur ainsi que le niveau du plancher nasal.
Le but de l'étude a été d'évaluer la reconstruction osseuse à l'aide du score 3D de Kamperos.

Méthode :
Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique d'enfants atteints de fente alvéolaire, ayant bénéficié d'une GOS avec ginvivo-périostoplastie entre l'âge de 4 à 11 ans et de 1999 à 2018. Deux groupes ont été définis en fonction de l'âge lors de la GOS : le groupe précoce entre 4 à 7 ans et le tardif entre 8 à 11 ans. La hauteur et l'épaisseur osseuse ainsi que la position du plancher nasal ont été évaluées en utilisant le score de Kamperos sur des imageries 3D réalisées minimum un an après la GOS.

Résultats :
Sur 335 cas de greffes, 49 ont été inclus dont 32 précoces et 17 tardifs. Le délai moyen entre la GOS et l'imagerie 3D était de 4 ans pour le groupe précoce (âge médian : 10 ans) et de 6 ans pour le groupe tardif (âge médian : 15 ans). Dans les deux groupes, la reconstruction du plancher nasal était très satisfaisante mais la hauteur et l'épaisseur paraissaient moins bonnes dans le groupe précoce. Le score final était plus élevé dans le groupe tardif que dans le groupe précoce (Chi2, $p<0.005$). Dans le groupe précoce 78% des canines n'étaient pas sur l'arcade contre 18% dans le groupe tardif.

Conclusion :
La visualisation 3D permet d'évaluer la reconstruction osseuse du plancher nasal. L'analyse de l'os alvéolaire par le score de Kamperos est plus difficile lorsque l'éruption de la canine n'est pas terminée. Le résultat des GOS doit être évalué après l'éruption de la canine.

DISTRACTION MAXILLAIRE INTERNE DANS LES FENTES LABIOPALATINES EN FIN CROISSANCE

Eva Galliani[1,2], Patrick-Antoine Diner[1,2], Catherine Tomat[1,2], Arnaud Picard[1,2,3]

[1]Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Chirurgie Plastique, Hôpital Necker-Enfants malade, AP-HP, Paris, France
[2]Centre de Référence Fentes et Malformations Faciales (Maface)
[3]UFR Paris Descartes, Université Paris 5, France

Introduction:
Dans les séquelles des fentes labiopalatines, syndromique ou non, est observée souvent une hypoplasie maxillaire sévère avec une classe III dento-squelettique déjà avant la puberté. A fin croissance l'overjet négatif peut être supérieure à 10 mm et en certain cas il est préférable éviter la réalisation d'une intervention bimaxillaire pour ne pas reculer la mandibule et risquer un SAOS ou un compromis esthétique. Dans ces cas la distraction maxillaire interne hybride peut être une alternative.

Matériels et méthodes:
Nous prenons en considération des cas en fin puberté avec des séquelles cicatricielles labiopalatines lourdes, avec un overjet négatif à partir d'environs 10 mm, porteurs d'une hypomaxillie sévère. Ils sont inclus les patients pour lesquels il faut réaliser un avancement maxillaire important sans rotation du point inter-incisif et bascule du plateau maxillaire. Elle peut être réalisée en first surgery ou avec un traitement orthodontique pas finalisé. Il est utilisé un distracteur sur mesure interne hybride à ancrage osseux malaire et dentaire sur double arc. L'avancement maxillaire progressif par distraction permet d'éviter de couper un éventuel lambeau vélopharyngien et de réaliser des greffes osseuses. La création d'os dans la région ptérygomaxillaire est gage de stabilité de l'avancée réalisée.

Résultat:
En général l'aggravation de la phonation post-opératoire est limitée et temporaire. Le remodelage de la parois antérieure est potent mouvement de rotation maxillaire n'est pas possible et il faut retirer le distracteur après 3 mois de consolidation.

Conclusion:
La distraction interne maxillaire en fin croissance permet une avancée maxillaire sans limitation d'amplitude et sans limites dues aux cicatrices labio-palatines et lambeau vélopharyngien. Elle peut s'intégrer concept « surgery first ».

EVALUATION DE LA PROFONDEUR DU PALAIS APRES FERMETURE DES FENTES PALATO-VELAIRES EN DEUX TEMPS ET SANS CONTRE-INCISIONS PALATINES LATERALES

Alexis Veyssiere [1], Arnaud Salami[2], Didier Cabouret[1], Carole Paquot Le Brun [1], Jean-Francois Sergent [1], Hervé Bénateau [1]

[1] Centre de compétence des Malformations faciales du CHU de Caen, France
[2] Service de Chirurgie maxillo-faciale du CHU de Treichville, BP V3 Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction :
La iatrogénie de la chirurgie des fentes vélo-palatines (FVP) sur la croissance des maxillaires est largement décrite dans la littérature. Chaque équipe a son propre calendrier thérapeutique. Le but de ce travail est de déterminer l'impact de la fermeture en deux temps sur la profondeur palatine chez les patients porteurs de fente vélo-palatine (FVP) avec ou sans fente labio-alvéolaire associée.

Matériels et méthodes :
L'étude était rétrospective, de 2010 à 2016. Elle portait sur des patients consécutivement opérés pour des FVP non syndromiques (VIV à 6 mois et fermeture palatine sans contre-incisions palatines entre 12 et 18 mois).
Le protocole chirurgical comprenait une fermeture du voile par véloplastie intra-vélaire selon Sommerlad à 6 mois, puis fermeture palatine sans contre-incisions palatines entre 12 et 18 mois. Les mesures de profondeur palatine ont été effectuées entre 4 et 6 ans sur des empreintes en plâtre à l'aide d'un pied à coulisse, en regard de différents points dentaires, comme décrit par Ciusa et al. Puis elles ont été comparées à un population témoin, sans fente.

Résultats :
Cinquante - sept dossiers ont été retenus sur 132 fentes vélo-palatines opérées durant la période d'étude. L'effectif était représenté par 35 garçons et 22 filles. La profondeur palatine des enfants opérés était en moyenne de 3,7 mm vs versus 6,82 mm pour les enfants sains entre les canines, de 8,9 mm vs 9,6 mm entre les premières molaires déciduales et de 10,11mm vs 10,6mm entre les deuxièmes molaires déciduales.

Discussion :
Les profondeurs palatines observées diffèrent peu par rapport à celles de la population normale au même âge. La technique et le calendrier utilisés dans l'étude favoriseraient une fermeture sans tension, responsable indirectement d'un effet moins délétère pour la croissance maxillaire dans le sens vertical.

ÉVALUATION PRÉCOCE DE LA CROISSANCE MAXILLAIRE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS DE FENTES UNILATÉRALES TOTALES : COMPARAISON DES PROTOCOLES DE MALEK MODIFIÉ ET DE TALMANT

A. Lehn[1], C. Dissaux[1], C. Baumler[2], M. Bigorre[2]

[1] Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg France
[2]CHU Lapeyronie, Montpellier, France

But de l'étude :
Tous les protocoles de réparation des fentes labio-maxillo-palatines ont pour objectif de favoriser la fonction (phonation et respiration), la croissance maxillaire et l'esthétique. L'objectif de cette étude est de comparer les résultats de deux protocoles réalisés par la même équipe sur la croissance maxillaire.

Méthodes :
Les patients porteurs d'une fente labio-maxillo-palatine unilatérale non syndromique étaient inclus rétrospectivement à l'âge de 4 ans. Dans le protocole de Malek modifié, la véloplastie était réalisée à l'âge de 3 mois, et la fermeture du palais osseux et de la lèvre à 6 mois. Dans le protocole de Talmant, on réalisait une chéilorhinoseptoplastie et la véloplastie à 6 mois puis la fermeture du palais osseux entre 14 et 18 mois. L'évaluation de la croissance maxillaire était faite par mesures sur des moulages dentaires avant le début d'un traitement orthodontique d'expansion en vue de la greffe alvéolaire. La distance inter-canine, le surplomb incisif et le score de GOSLON étaient évalués.

Résultats :
57 patients ont été inclus : 20 opérés selon Malek de 1994 à 2006 et 37 opérés selon Talmant de 2007 à 2014. Les scores de GOSLON étaient en faveur d'une meilleure occlusion dentaire dans le groupe Talmant (en moyenne 2.1 vs. 3.3 ; $p<0.05$). La distance inter-canine moyenne était augmentée dans le groupe Talmant (27.1mm) par rapport au groupe Malek (25.3mm). La croissance sagittale du maxillaire était améliorée avec 73% de surplomb incisif positif dans le groupe Talmant contre 30% dans le groupe Malek ($p<0.05$).

Conclusion :
Le protocole de Talmant permet d'obtenir une amélioration de la croissance maxillaire à l'âge de 4 ans, dans les sens sagittal et transversal. Les principales différences avec le protocole de Malek sont la fermeture plus tardive du palais osseux sans zones cruentées et la septorhinoplastie précoce permettant de restaurer une ventilation nasale.

L'UTILISATION DE LA TECHNIQUE D'OSTEOTOMIE MINI-INVASIVE DE LEFORT I CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE FENTE LABIOPALATINE

Chauvel-Picard Julie, Gleizal Arnaud

Service de Chirurgie Cranio-Maxillo-Faciale Pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant, Lyon Bron
Centre de Compétence dans les fentes faciales
Centre de Référence dans les malformations cranio-faciales et craniosténoses

La chirurgie orthognathique est l'une des étapes finales dans la prise en charge des fentes labio-alvéolo-palatines. Les problèmes spécifiques rencontrés lors d'une ostéotomie de Le Fort 1 chez les patients ayant des séquelles de fente sont une mauvaise prédiction de l'apport vasculaire du maxillaire (d'autant plus importante pour les fentes bilatérales) et une difficulté d'appréciation de l'avancée maxillaire car le comportement des tissus mous multicicatriciels est particulièrement imprévisible.
Les interventions chirurgicales multiples peuvent compromettre la vascularisation du maxillaire, retarder le processus de cicatrisation, favoriser la survenue d'infections et de rechutes post-opératoires et favoriser les récessions gingivales et rhizalyses post-opératoires.

L'équipe de chirurgie cranio-maxillo-faciale de l'Hôpital Femme Mère Enfant à Lyon Bron a élaboré une approche mini-invasive de Le Fort 1 pour les patients ayant des antécédents de fente labio-palatine bilatérale.

L'efficacité, le taux de complications et de rechutes postopératoires ont été évalués par un rapport à la technique conventionnelle.

Nous avons inclus 7 patients consécutifs ayant des séquelles de fente labio-palatine bilatérale et ayant bénéficié d'une approche mini-invasive de LeFort I que nous avons comparé à 7 patients consécutifs ayant bénéficié d'une approche conventionnelle.

Le temps opératoire et la difficulté du geste sont équivalents entre les 2 techniques.
Nous avons déploré une nécrose du pré-maxillaire dans le groupe conventionnel. La décompensation vélaire, la récession gingivale, la rhizalyse, l'apparition de fistule secondaire, le taux d'infection post-opératoire ont également été analysé et ne montre pas de différence significative.

L'approche mini-invasive montre cependant des tendances vers moins de rechutes, moins de complications et surtout moins de risque vasculaire que l'approche conventionnelle. Cette technique reste intéressante et sécuritaire pour approcher un maxillaire ayant des séquelles de fente labio-palatine bilatérale.

LA GINGIVOPERIOSTOPLASTIE AVEC ALLOGREFFE OSSEUSE : EVALUATION PRELIMINAIRE OSSEUSE ET DENTAIRE

Chauvel-Picard Julie, Lambert Camille, Paulus Christian, Gleizal Arnaud

Service de Chirurgie Cranio-Maxillo-Faciale Pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant, Lyon Bron, FRANCE
Centre de Compétence dans les fentes faciales
Centre de Référence dans les malformations cranio-faciales et craniosténoses

La gingivopériostoplastie est l'un des temps majeurs dans le traitement des fentes labio-alvéolo-palatines. Son objectif est de permettre l'éruption des dents définitives, fermer la communication bucco-nasale, faciliter les mouvements dentaires lors de l'orthodontie et accueillir un potentiel futur implant. Elle apporte également un meilleur soutien de la lèvre et facilite le repositionnement du cartilage alaire.
Le prélèvement iliaque est la technique la plus utilisée mais n'est pas dénuée de risques. La douleur, la boiterie, la durée d'hospitalisation, le risque infectieux, hémorragique, fracturaire et cicatriciel sont lourds à porter pour un enfant.
Cela fait plusieurs années que l'équipe de chirurgie cranio-maxillo-faciale pédiatrique de l'hôpital Femme-Mère-Enfant de Lyon Bron a abandonné le prélèvement iliaque au profit de l'utilisation de l'allogreffe osseuse dans les gingivopériostoplasties.

Une étude rétrospective a été menée chez tous les enfants ayant bénéficié d'une gingivopériostoplastie depuis septembre 2020. L'objectif de cette étude est de réaliser une évaluation osseuse et dentaire à l'aide de données radiologiques tridimensionnelles.
Un cone beam a été réalisé chez tous les enfants bénéficiant d'une gingivopériostoplastie par allogreffe osseuse avant la chirurgie puis à 6 mois et à 1 an post-opératoire. L'étude tridimensionnelle a été faite via le logiciel OsiriX.

Les résultats de cette étude sont concluants et confirment une consolidation osseuse de bonne qualité. Le travail orthodontique, l'éruption des dents définitives et les mouvements dentaires sont aussi satisfaisants qu'avec une autogreffe osseuse.
Le recul n'est pas assez suffisant pour juger de la qualité osseuse pour la mise en place de l'implant dentaire.
La douleur post-opératoire est nettement diminuée. L'enfant rentre à domicile dès le lendemain de l'intervention voire le soir même avec un traitement antalgique de pallier I. Le risque hémorragique, fracturaire et cicatriciel est nul.

Ces résultats incitent à continuer ce protocole au quotidien.

INTERET DE LA DISTRACTION OSTEOGENIQUE INTERCEPTIVE DU MAXILLAIRE SUPERIEUR DANS LA CROISSANCE DU BLOC MAXILLO-MANDIBULAIRE CHEZ LES ENFANTS PORTEURS DE FENTES

Hervé Bénateau, Didier Cabouret, Anh-Claire Bilstein, Carole Paquot Le Brun, Perrine Vincent, Christophe Blaison, Alexis Veyssiere

Centre de compétence des Malformations faciales du CHU de Caen, France

La prise en charge des troubles de la croissance du maxillaire dans les séquelles de fentes est complexe et nécessite une prise en charge mixte orthodontico-chirurgicale. La distraction interceptive a le mérite de proposer une solution à ces troubles de l'articlé dentaire avant l'adolescence. Le but de cette communication est de rapporter notre expérience de distraction interceptive du maxillaire supérieur, chez des enfants suivis pour fentes au niveau de notre Centre de Compétence. On discutera des résultats mais aussi des complications que l'on a pu rencontrer.

COLLABORATION ENTRE INFIRMIERES DES CENTRES MAFACE POUR AMELIORER LA PRISE EN SOIN DE L'ENFANT AVEC UNE FENTE ET SA FAMILLE.

Barret Nadine[1], Clavel Rita[2], Coste Marie-Camille[3], Fosse Catherine[4], Langlois Valérie[5], Taunay Anne-Laure[6]

[1]CHU Félix Guyon - Saint-Denis, La Réunion, France
[2]CHU Grenoble Alpes – Grenoble, France
[3]Hôpital Necker-Enfants Malades – Paris, France
[4]Hôpital Charles Nicolle – Rouen, France
[5]Hôpital de la Timone – Marseille, France
[6]CHU de Poitiers site de la Milétrie - Poitiers

Suite à la première journée en ligne de la Filière TETECOU en 2020, nous avons initié des rencontres virtuelles entre infirmières afin de se retrouver malgré les distances. En effet, nous avons toutes un objectif commun : améliorer notre accompagnement des enfants avec une fente et leur famille. Nous nous réunissons tous les trimestres, sans aucune obligation de présence ou d'assiduité. Les problématiques de certaines trouvent alors des solutions auprès des autres et le dynamisme du groupe permet l'émergence de nouvelles idées pour évoluer dans nos pratiques. Nous trouvons également le soutien nécessaire pour entreprendre ou poursuivre un projet, comme la mise en place de consultations infirmières d'éducation thérapeutique par exemple. La force de ce réseau est que nous pouvons travailler ensemble au-delà des murs du service dans lequel nous exerçons. Nous pouvons d'ailleurs nous contacter en dehors de nos visioconférences si nous avons besoin d'aide dans le parcours de soin d'un enfant. Bien que nos actes sur prescription médicale peuvent différer d'un centre à un autre, nous nous rejoignons toujours autour de notre rôle propre et de la volonté de répondre aux besoins de l'enfant avec une fente. Depuis plus d'un an, nous nous sommes beaucoup enrichies sur le plan professionnel grâce aux échanges bienveillants du groupe. En outre, nos partages nous ont également été bénéfiques sur le plan personnel puisqu'ils nous permettent de retrouver l'énergie et l'envie de nous investir pour l'enfant avec une fente et sa famille malgré les difficultés existantes dans toutes les structures hospitalières. Nous espérons, ainsi, entretenir et développer le réseau des infirmières MAFACE pour continuer de proposer la meilleure prise en soin possible aux familles.

PROJET VIDEOS D'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN SOINS INFIRMIERS

Baudelot Sarah

Hôpital Necker-Enfants Malades – Paris, France

Dans le cadre de nos consultations infirmières en chirurgie maxillo-faciale et plastique, nous avons constaté que les parents avaient besoin d'être davantage rassurés lors de certains soins. Nous avons aussi mis en évidence leur souhait de pouvoir retrouver les gestes et les explications des soins afin de les effectuer correctement à leur domicile. Leur demande porte essentiellement sur la démonstration de la pose de l'orthèse, associée au nettoyage de la bouche de leur nouveau-né, et des soins de conformateurs en post-opératoire de la première fermeture de fente. La plupart des parents ont peur de mal effectuer les soins ou de blesser leur enfant. Leurs appréhensions peuvent alors avoir des conséquences sur le résultat esthétique du nez (soins conformateurs) ou l'alimentation de leur bébé (changement d'orthèse). Lors de réunions d'équipe, nous nous sommes concertés et nous avons opté pour un outil simple : la vidéo. Ainsi, les parents auront un support visuel qu'ils pourront consulter à leur domicile pour réaliser seuls les soins, sans revenir à l'hôpital. L'objectif de cette vidéo est d'être didactique et accessible à tous. Elle est destinée en priorité aux familles, mais pourra aussi être utile aux divers professionnels de santé, de crèches ou aux nourrices à domicile qui sont amenés à réaliser ses soins. Nous avons été retenus parmi les lauréats de l'appel à projets « outils de formation et d'information » de la Filière TETECOU en juin dernier et avons obtenu un financement pour une vidéo. Souhaitant en concevoir deux, nous avons également sollicité la direction du mécénat de l'hôpital Necker et avons obtenu un financement supplémentaire pour réaliser notre seconde vidéo. Les vidéos sont en cours de réalisation et pourront être présentées lors du congrès. Elles utiliseront la technique du stop motion pour être ludiques, attractives et rassurantes pour les parents tout en reprenant les bonnes pratiques des soins. Ces tutoriels seront complémentaires des ateliers d'éducation thérapeutique déjà proposés dans le service pour aider les parents à accomplir les gestes adéquats.

MISE EN PLACE DES ATELIERS « HABILETES SOCIALES » ET « ANTI-HARCELEMENT » AU SEIN D'UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE QUI PREND EN CHARGE DES MALFORMATIONS SOCIALEMENT AFFICHANTES

I. James, S. La Marca, B. De Reviers, E. Piquet.

Centre de clinique du Val d'Ouest Ecully

En tant que chirurgiens traitant de façon quasi exhaustive des enfants « « différents », nous avons pu mesurer la souffrance de certains enfants dans leur milieu scolaire, social, voire familial ; celle-ci n'étant pas liée à la gravité de la malformation ou de la différence constatée.
Les moqueries, voire le véritable harcèlement pouvant conduire à une situation de stress post traumatique, aboutissant à une désocialisation de l'enfant et à des situations pour lesquelles les parents et les enseignants sont souvent démunis.
C'est pourquoi nous avons mis en place depuis septembre 2019 des ateliers d'échange sous 2 formes :

- Coaching individuel par des psychopraticiens en cas de situation d'urgence et/ou de harcèlement avéré : l'enfant est coaché après entretien avec les parents afin d'évaluer la problématique et les actions déjà engagées, pour les donner les outils de réaction face à la malveillance ;
- Ateliers de groupes ayant pour but d'aider l'enfant à comprendre la curiosité des autres, qui n'est pas toujours malveillante, et d'y répondre de façon appropriée ; lors de ces ateliers l'enfant appréhende également la notion de différence car les pathologies sont mixées ; les parents sont également conviés en fin de séance afin de connaitre les outils proposés et éventuellement les utiliser à la maison.

Les questionnaires d'évaluation sont analysés, la satisfaction des enfants et des familles est notée, des actions d'améliorations sont discutées.
Après 2.5 ans d'activité, ces ateliers, complémentaires de l'activité chirurgicale, nous paraissent maintenant incontournables ; leur partage avec les autres équipes nationales qui ont une activité similaire permettrait leur extension à d'autres services, et ainsi pérenniser des financements qui pour l'instant ne sont pas prévus par l'assurance maladie.

L'EVOLUTION DU LIEN MATERNO FŒTAL, DE L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION PRENATALE SUITE AU DIAGNOSTIC ANTENATAL DE FENTE LABIO PALATINE : UNE ETUDE LONGITUDINALE ANTENATALE

Degenfeld F. [1], Gavelle P.[2], Soupre V.[2], Beauquier, B.[3]

1.Clemens-Maria-Kinderheim, Psychological department, Putzbrunn, Allemagne.
2.Department of Paediatric Maxillofacial and plastic surgery- Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris, France
3. Service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker Enfants Malades, APHP, Paris, France.

Objectif :
Cette étude longitudinale a exploré l'évolution du lien maternofœtal et des affects anxio-dépressifs maternels, suite à un diagnostic anténatal de fente labio-palatine touchant le fœtus, et l'impact d'une consultation anténatale, proposée dans le service de chirurgie maxillo-faciale assurant le suivi en postnatal. Dans ce cas spécifique du diagnostic anténatal de fente labio-palatine, notre recherche a pour objectif d'explorer l'évolution du vécu émotionnel des femmes enceintes concernées. L'enjeu de la recherche est amplifié par une prévalence relativement élevée (1 sur 700 naissances) de cette malformation et par le fait que la qualité du lien prénatal a un impact sur les interactions précoces postnatales. Malgré cette prévalence, l'impact de ce diagnostic sur le lien maternel prénatal et sur les affects anxio dépressifs n'a pas encore été étudié.

Méthodologie :
28 femmes enceintes, suite à un diagnostic anténatal de FLP, ont complété trois échelles : le Prenatal Attachment Inventory (Attachement prénatal), la STAI-YE (Anxiété) et l'EPDS (Dépression) à trois temps de la grossesse : T0 : Avant la consultation anténatale dans le service ; T1 : trois semaines après la consultation anténatale ; T2 : un mois avant l'accouchement prévu.

Résultats :
Le lien materno foetal à T0 est plus bas que la moyenne comparative en population générale, mais devient quasi identique à celle-ci au T1 et T2. La symptomatologie anxio-dépressive est élevée au T0, mais se rapproche de la norme au T1 et T2. Toutefois un nombre non négligeable de situations préoccupantes ont pu être relevées (33% des participantes à T2 on vu leur score baisser entre T1 et T2 au PAI, et 20% des participantes gardent un niveau dépressif très élevé en se rapprochant de l'accouchement).

Conclusion :
Ces résultats incitent à proposer aux futurs parents de manière systématique des consultations anténatales pluridisciplinaires et un accès à un entretien avec un psychologue assez rapidement après le diagnostic de la fente labio palatine, avec l'équipe chirurgicale compétente qui va prendre en charge le nourrisson et ses parents à la naissance. Ce soutien devrait enfin se prolonger jusqu'à la fin de la grossesse.

HARCELEMENT, QUALITE DE VIE ET STRATEGIES DE COPING CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS NES AVEC UNE SEQUENCE DE PIERRE ROBIN : RESULTATS PRELIMINAIRES

Sandrine Gigandet[1], Martin Broome[2,5], Josée Despars[3,5], Sébastien Urben[3] Anthony de Buys Roessingh[4,5]

[1]Université de Lausanne (UNIL), Lausanne, Suisse
[2]Service de chirurgie orale et maxillo-faciale, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse
[3]Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse
[4]Service de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse,
[5]Consultation pluridisciplinaire des malformations faciales du CHUV

Introduction :
La séquence de Pierre Robin (SPR) désigne une micrognathie, une glossoptose et une fente palatine associée à des troubles respiratoires et alimentaires à la naissance. Une certaine dysoralité peut être présente à des degrés variables. Le but de cette étude est d'observer chez les enfants nés avec une SPR l'existence de harcèlement à l'école, leur mécanisme de défense ainsi que leur qualité de vie à long terme.

Méthodologie :
Une demande à notre comité d'éthique a concerné des enfants âgés de 9 à 17 ans et nés avec une SPR. Ces enfants ont rempli cinq questionnaires évaluant leurs caractéristiques sociodémographiques, le harcèlement subi (*Olweus Bully/Victim questionnaire révisé (rBVQ))*, les stratégies de coping (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)),* la qualité de vie (*Kidscreen*-27) et l'estime de soi corporelle (*Body Self-Esteem (BSE))*. Ces mêmes questionnaires ont été donnés à des enfants (groupe-témoin) du même âge et nés sans SPR.

Résultats :
Cinquante enfants ont constitué le groupe témoin. Quatre participants sur 15 ont répondu à l'étude. Les quatre enfants avec une SPR ne subissent pas plus de harcèlement que les enfants du groupe témoin, n'utilisent pas davantage de stratégie adaptative comme mécanisme de protection malgré une qualité de vie et une estime de soi jugées plus faibles et une certaine labilité émotionnelle.

Conclusion :
Nous avons mis au point un questionnaire d'étude à long terme de la qualité de vie des enfants nés avec une SPR. Notre travail a été largement impacté par la situation sanitaire du moment. Nous allons donc poursuivre notre étude en changeant notre méthode de recrutement pour obtenir une représentation plus exhaustive de leur qualité de vie.

COMMENT PENSER LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE SUR LE PLAN ESTHETIQUE ET PSYCHOLOGIQUE ? QUE NOUS DISENT LES ADOLESCENTS/JEUNES ADULTES QUE NOUS SUIVONS ?

Chauvin Elise, Psychologue, Services de Chirurgie ORL et Maxillo-faciale pédiatriques Centre de référence des maladies rares ORL Malo, Hôpital Robert Debré APHP, Doctorante, Université de Paris – PCPP, Paris, France
Hecquet Maryse, Psychologue, CHU Amiens Picardie, Consultation de CMF, Centre de compétences régional des FLP et malformations rares de la face, Amiens, France

Co-auteurs :
Beaufils Claire, Psychologue, CHU de Strasbourg, France
Brancherie Nadège, Psychologue, Service d'orthopédie et de plastique infantile, CHU de Montpellier, France
Despars Josée, Psychologue, PhD, Département de Psychiatrie, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ; SUPEA – Département femme-mère-enfant, Service de Chirurgie Pédiatrique Lausanne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - CHUV, Suisse.
Gavelle Pascale, Psychologue clinicienne, Service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique, Centre de référence des fentes et malformations faciales, Hôpital Necker Enfants Malades Aphp Paris

En nous appuyant sur nos diverses expériences cliniques, nous traduirons les questions que nous posent spécifiquement ces suivis de jeunes adultes.
Comment adapter l'alliance thérapeutique entre les adolescents ou jeunes adultes, les chirurgiens et les équipes pluridisciplinaires ? Jusqu'où peut-on accompagner ces « séquelles de fin de croissance » ? Nous partagerons ces paroles d'adolescents que nous rencontrons dans les consultations et qui peuvent se développer selon deux axes : La question de la poursuite ou de la fin des interventions avec le chirurgien référent pédiatrique, et d'autre part la question du cadre pertinent pour l'accompagnement de ces jeunes adultes ?

Dans le premier axe, nous questionnerons les différences de jugement qui peuvent subvenir à propos de la « séquelle », entre le jeune patient et son chirurgien. Comment se comprendre sur ce sujet délicat, permettre un temps de maturation psychique tout en prenant en compte le temps de la croissance, le temps pour programmer un bloc etc… Comment aboutir de part et d'autre à des décisions, qui pourraient admettre l'ambivalence du patient, et une possible acceptation d'un visage qui porte une différence, fixant les limites de l'acceptable à la fois pour le chirurgien et pour son patient.

Dans le second axe, nous présenterons différents cadres pluridisciplinaires adaptés à cette population, qui inclue le psychologue. Connus enfants, voire nourrissons, par le chirurgien, ils sont devenus adultes. La prise en charge en ambulatoire comme en hospitalisation s'en trouve impactée. Le cadre doit se modifier, en prenant en compte les parents, mais aussi les conjoints, la poursuite des études ou le début de la vie active, notamment pour ceux qui continuent de subir des réflexions de leurs pairs. A quelle place le psychologue peut se situer tout à la fois dans l'équipe, et dans l'alliance avec son jeune patient?

INCIDENCES PSYCHOLOGIQUES CHEZ L'ADULTE DE LA RECONSTRUCTION DES FENTES LABIO-PALATINES : AXES D'AMELIORATIONS

Nadège Brancherie, Fédérica Maggiulli, Allison Ricaud, Hélène Baylon, Caroline Baumler, Guillaume Captier

CHU de Montpellier, Université de Montpellier, Montpellier, France

L'objectif de cette étude rétrospective sur la reconstruction des fentes labio-palatines (FLP), était de décrire la corrélation sur la qualité de vie générale au regard des séquelles estimées par les patients eux-mêmes, et la façon dont ils ont vécus leurs parcours de soins, tout en mettant à jour les axes d'amélioration de la prise en charge médico-chirurgicale et psychologique, dans l'accompagnement des enfants porteurs de FLP.

L'étude porte sur 79 patients, constituant une population de jeunes adultes de 18 à 30 ans aujourd'hui, porteurs de FLP. Ils ont tous été opéré selon le même protocole primaire, d'une FLP (uni ou bilatérale) isolée, non familiale, non syndromique, ayant eu une greffe osseuse secondaire avant 14 ans et suivi par notre service. Nous avons choisi l'échelle de qualité de vie SWLS (validé en Français ESDV-5), non spécifique des FLP mais globale, croisée avec un questionnaire semi-fermé concernant les séquelles de FLP dans ses aspects physiques, psychologiques et sociaux, la réponse rédigée conduisant à un recueil lexical, spécifique à chacun.

En croisant le score obtenu à l'échelle de qualité de vie et le questionnaire, les premiers résultats indiquent que malgré tous les bons soins prodigués, des séquelles physiques et psychologiques persistent ayant plus ou moins d'incidence sur la qualité de vie, à âge adulte. L'amélioration de la prise en charge, passerait par l'accompagnement psychologique des enfants et de leurs parents, la clarification du discours médical sur le résultat des opérations, tout au long de la croissance.

ENQUETE DE SATISFACTION APRES RHINOPLASTIE SECONDAIRE DANS LE CADRE DE SEQUELLES DE FENTES LABIO-PALATINES UNILATERALES TOTALES

Shoshana Laure Assouline-Vitale, Laetitia Ruffenach, Frederic Bodin, Simone Zink, Benjamin Romary, Catherine Bruant-Rodier, Caroline Dissaux

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Objectif :
Mesurer la satisfaction après rhinoplastie secondaire des patients porteurs de fente labiale et palatine unilatérale totale (FLPUT) en évaluant des critères physiques de l'apparence nasale.

Méthodes:
Nous avons réalisé une étude transversale chez des patients atteints de fente labiale et palatine unilatérale totale ayant subi une rhinoplastie secondaire entre janvier 2010 et octobre 2021. L'évaluation de la satisfaction postopératoire des patients a été réalisée à l'aide d'un questionnaire personnalisé et spécifique aux fentes nasales, inspiré du questionnaire de Byrne, qui a été soumis par téléphone.

Résultats:
Sur 29 patients, 20 ont pu être contactés et tous ont accepté de participer au questionnaire. Tous les patients interrogés seraient prêts à subir la même procédure, en connaissant le résultat final. Le score moyen donné par le patient pour l'amélioration de la cicatrice nasolabiale était de 7,2/10, et celui concernant l'amélioration globale était de 8,2/10. Une amélioration fonctionnelle concernant la respiration et le ronflement a été rapportée dans 45% des cas.

Conclusions:
Bien que notre échantillon soit petit, la satisfaction subjective des patients concernant la rhinoplastie secondaire est très satisfaisante, quelle que soit la technique chirurgicale utilisée. L'utilisation d'un questionnaire spécifiquement conçu pour les patients atteints de FLPUT permet une évaluation plus précise.

TRADUCTION DU QUESTIONNAIRE CLEFT- Q POUR UNE UTILISATION DANS LES PAYS FRANCOPHONES

Romary Benjamin, Caroline Dissaux

Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Objectif : :
En France, l'incidence des fentes labio-palatines unilatérales totales est d'environ 1 sur 2500 naissances. Les enjeux de cette pathologie sont multiples, à la fois esthétiques et fonctionnels, avec la nécessité de restaurer une phonation, une respiration et une alimentation efficaces. Avant la création du questionnaire CLEFT-Q, instrument d'auto-évaluation applicable pour des patients présentant des séquelles de fentes âgés de 8 à 29 ans, seuls quelques questionnaires ou échelles évaluant simultanément la qualité de vie liée à l'apparence ou aux aspects fonctionnels et sociaux étaient internationalement reconnus. Le premier objectif de cette étude était de traduire le CLEFT-Q en français afin qu'il puisse être utilisé en France et dans les autres pays francophones. Le second objectif était d'évaluer l'impact esthétique, fonctionnel et psychosocial de quatre traitements chirurgicaux secondaires (chéilorhinoplastie secondaire, septorhinoplastie, greffe osseuse tardive, chirurgie orthognatique) sur une population adulte présentant des séquelles de fente labio-palatine.

Matériels et Méthodes :
Le questionnaire CLEFT-Q a été traduit de l'anglais au français puis validé par l'équipe ayant conçu le questionnaire, en 4 étapes. Afin de poursuivre la validation, une étude rétrospective monocentrique a été menée sur une cohorte de 42 patients porteurs de fentes labio-palatines et ayant bénéficié de 1 à 4 traitements chirurgicaux secondaires, comparant leur satisfaction pré et post-opératoire sur des aspects esthétiques, fonctionnels et psychosociaux.

Résultats : :
Les patients rapportaient une amélioration de l'apparence de leur nez, de l'image de soi, de la confiance en soi et du sentiment d'intégration après avoir bénéficié d'une chéilorhinoplastie secondaire ou d'une septorhinoplastie, pour lesquelles la satisfaction post-opératoire était la plus élevée, avec une attention particulière portée au nez. Ils rapportaient également une amélioration de leur sourire et de leur phonation après avoir bénéficié d'une greffe osseuse tardive. La chirurgie orthognatique avait amélioré leur apparence faciale et leur image de soi.

Conclusion : :
Cette étude a permis de valider la traduction française du questionnaire CLEFT-Q, permettant une extension de son utilisation dans la pratique clinique chez les patients francophones ainsi qu'une comparaison des résultats au niveau international.

ROLE ET IMPORTANCE DU MEDECIN DENTISTE AU SEIN DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DES FLMP

L. Merea Balestra, L. Medinger, A. de Buys Roessingh, M. Broome

CHUV, Lausanne, Suisse

Une fente labiale, maxillaire et/ou palatine peut affecter la dentition de diverses manières : les dents de lait et les dents permanentes peuvent être altérées dans leur forme, leur dimension, leur nombre et leur position. Le plus souvent, ce sont les dents situées dans le voisinage direct de la fente qui sont concernées. La fente alvéolaire se situe en général à l'emplacement de la future canine et de l'incisive latérale. Ces dernières peuvent être absentes, hypoplasiques, dédoublées ou malformée.

De même, les enfants nés avec une fente et ayant bénéficiés de diverses interventions, présentent, au niveau de la fente, des cicatrices qui rendent difficile le brossage avec un risque élevé de caries.

Ainsi, la présence d'un médecin dentiste dans l'équipe pluridisciplinaire est très importante pour diagnostiquer précocement les possibles hypoplasies amélo-dentinaires, contrôler l'hygiène et guider les parents pour acquérir de bonnes habitudes alimentaires, garder et soigner les dents affectées. Cette prise en charge permet d'éviter la perte précoce des dents de lait, de diminuer les complications associées à la greffe alvéolaire et d'assurer l'ancrage postérieur des appareils d'orthodontie et plaques de cicatrisation ; sans oublier que la perte précoce des incisives antérieures peut avoir des répercussions négatives sur la phonation.

Le suivi d'un enfant, durant tout son parcours, par un médecin dentiste spécialisé et sensibilisé aux problèmes consécutifs aux fentes faciales, facilite la réhabilitation prothétique finale de l'espace résiduel. Une confiance s'établit avec l'enfant et sa famille et les traitements dentaires se font de façon très naturelle.

Dans notre expérience, le médecin dentiste spécialisé a un rôle important à jouer et doit faire partie des équipes de consultation pluridisciplinaire.

APPROCHE MODERNE DANS LA REHABILITATION PROTHETIQUE DES PATIENTS PORTEURS DE FENTE FACIALE : RAPPORT DE CAS

Roman Tatiana, Interne en Médecine Bucco-Dentaire, Année Recherche, Université de Lille, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Etienne Olivier, MCU-PH, Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, exercice libéral, Strasbourg, France

Etat de l'art :
Le traitement des séquelles des fentes faciales est complexe et surtout pluridisciplinaire. De plus, dans certains cas : contre-indication chirurgicale, échec du traitement initial ou bien pour des raisons économiques propres au patient, une réhabilitation prothétique très importante est nécessaire pour compenser les séquelles esthétiques et fonctionnelles.

Rapport de cas :
L'objectif de ce rapport de cas est de présenter succinctement les étapes de traitement d'un patient adulte souffrant d'un édentement antérieur et porteur de fente faciale, ayant refusé le traitement orthodontico-chirurgical. Sa prise en charge moderne a allié le flux de travail digital et conventionnel.
La réalisation d'un Smile Design (projet esthétique du sourire) et d'une empreinte optique aidés par l'enregistrement de relation maxillo-mandibulaire ont permis la réalisation d'une prothèse partielle amovible, en overdenture. Cette prothèse a restauré l'esthétique et la fonction du patient.

Conclusions :
L'approche moderne dans la réhabilitation prothétique des patients porteurs de fente faciale raccourcit la durée du traitement prothétique et permet une meilleure communication avec le patient et l'équipe soignante.

Figure 1: Vue occlusale maxillaire avant et après réhabilitation prothétique.

CORRECTION DE SÉQUELLES DE FENTES LABIALES PAR INJECTION D'ACIDE HYALURONIQUE EN MILIEU HOSPITALIER : ÉTUDE DE FAISABILITÉ ET DE SATISFACTION

C.Trigano, C. Maire, A. Belkhou, P. Guerreschi

CHU de Lille

Introduction :
Dans les suites de la prise en charge d'une fente labiale, il peut parfois persister des asymétries ou irrégularités labiales peu accessibles à une correction chirurgicale. Les injections d'acide hyaluronique sont efficaces dans cette indication, mais peu de patients en bénéficient ce jour. Le manque d'accessibilité et le coût élevé font partie des freins. Nous avons élaboré au sein de notre CHU un partenariat avec le laboratoire Galderma®, permettant de traiter les patients dans le cadre d'ateliers d'injection. L'amélioration de l'aspect cicatriciel et de la qualité de vie des patients ont été évalués.

Matériels et méthodes :
Les inclusions ont débuté en Janvier 2021, avec au total 9 ateliers permettant de traiter 6 patients. Des échographies doppler ont été réalisées avant chaque injection pour repérer le réseau artériel et l'évolution intradermique des injections. Elles étaient réalisées par des canules 25G et aiguilles 27G. Les acides hyaluroniques utilisés étaient KYSSE et RESTYLANE CLASSIC (GALDERMA). Une évaluation clinique était réalisée par le patient et le médecin un mois après chaque injection, et 3 mois après la dernière injection. Des échelles d'évaluation de l'aspect de la cicatrice (POSAS), de la qualité de vie (DLQI), et de la douleur (EN) étaient complétées par les patients.

Résultats :
Nous avons retrouvé une amélioration significative des scores POSAS (26,5/60 à 13,3/60, p=0,0015) et de qualité de vie (13,6/30 à 4/30, p=0,0022). En moyenne, 3 injections par patient ont été nécessaires. Nous avons noté une augmentation progressive de la souplesse de la lèvre au fur et à mesure de l'intégration de l'acide hyaluronique (volume moyen injecté 1ère séance : 0,14mL / 2ème séance : 0,28mL). Les zones de faible volume ou projection se sont révélées plus conformables au fur et à mesure des injections. Aucune complication n'a été relevée et la tolérance des injections par les patients était bonne.

Conclusion :
La mise en en place de ces ateliers en partenariat avec l'industrie nous a permis de traiter 6 patients porteurs de séquelles de fentes labiales de manière simple, bien tolérée, sans coût pour les patients, avec une amélioration significative de la qualité de vie.

POTENTIEL THERAPEUTIQUE DES CELLULES SOUCHES DE LA CAVITE NASALE DANS LE TRAITEMENT DES FENTES LABIO-PALATINES.

Lucile FIEVET

Service de Chirurgie infantile, Centre Hospitalier d'Avignon
Hôpital Henri Duffaut, Avignon, France

La thérapie cellulaire apparaît comme une alternative attrayante pour traiter les défauts osseux. Certaines équipes chirurgicales pratiquent déjà un approchement des tissus avec le périoste et l'interposition d'un lambeau muco-périosté nasal permettant de fermer le versant vestibulaire de la gencive, en prolongeant la plastie vestibulaire sur la crête gingivale. Ils ont constaté des défauts osseux moins importants et même, chez certains patients, un comblement du défaut osseux sans apport d'os complémentaire. Cela demeure toutefois un ressenti chirurgical, basé sur des constatations au cours de l'évolution de la technique chirurgicale. Notre cohorte porteuse de fentes comprend des sujets d'étude opportuns car ils ne sont pas porteurs de polypathologies, ne sont pas polymédicamentés et n'ont pas de comportement addictif pouvant fausser les résultats des greffes. Dans ce contexte, les cellules souches mésenchymateuses nasales représentent une alternative intéressante car elles sont facilement accessibles chez des enfants opérés sous anesthésie générale de façon itérative. Nous avons cherché à démontrer la capacité de remodelage osseux chez des patients bien portants, sans tare associée, après greffe autologue de cellules ecto-mésenchymateuses de la cavité nasale. Pour cela, nous avons récupéré des cellules de la muqueuse olfactive chez 5 patients porteurs de fentes labio-maxillo-palatine, afin d'évaluer leur potentiel en thérapie cellulaire pour la régénération osseuse. Nous avons caractérisé cette population cellulaire, étudié la possibilité de conservation de ces cellules souches nasales dans un but thérapeutique et vérifié l'absence d'altération de leur capacité ostéogénique. Ceci est une étape indispensable avant d'envisager un essai clinique de thérapie cellulaire.

ETUDE COMPARATIVE *IN VITRO* ET *IN VIVO* DES PROPRIETES OSTEOGENIQUES DE DEUX BIOMATERIAUX ET DE DEUX TYPES DE CELLULES SOUCHES MESSENCHYMATEUSES.

Lucile FIEVET

Service de Chirurgie infantile, Centre Hospitalier d'Avignon - Hôpital Henri Duffaut, Avignon, France

Objectif :
Le but de cette étude visait à comparer l'efficacité de deux biomatériaux : le phosphate de calcium biphasique (BCP) et le verre bioactif GlassBONE^{TM} (BG), mis en culture avec des cellules souches mésenchymateuses de la moelle osseuse adulte (BM-MSCs) ou des cellules souches ecto-mésenchymateuses de la muqueuse nasale du nouveau-né (OE-MSCs), ces dernières ayant été collectées et étudiées en vue de réparer ultérieurement des fentes labio-palatines chez les enfants.

Matériels et méthodes :
Les BM-MSCs ont été prélevés chez deux adultes au niveau des crêtes iliaques. Les OE-MSCs ont été collectées au niveau de la muqueuse nasale chez deux nouveau-nés. Une étude *in vitro* a été réalisée afin de déterminer les meilleures conditions expérimentales en termes d'adhésion, de viabilité, de prolifération et de différenciation ostéoblastique aussi bien sur des granules de BCP que de BG. Les changements morphologiques et les modifications de l'expression des gènes connus associés à la formation osseuse ont été évalués par histologie et biologie moléculaire. L'étude *in vivo* a consisté à implanter ces différents biomatériaux, chargés ou non en cellules souches, chez des souris nude, puis d'évaluer la formation osseuse à huit semaines.

Résultats :
Les deux types cellulaires présentent les marqueurs de surface typiques des cellules souches (CD73+, CD90+, CD105+, nestine), prolifèrent et peuvent se différencier *in vitro* en lignée ostéogénique. Les OE-MSCs produisent moins de collagène et de phosphatase alcaline que les BM-MSCs. Concernant la transcription, trois gènes codant pour la sialoprotéine osseuse, l'ostéocalcine et l'ostéopontine sont plus exprimés par les OE-MSCs, tandis que les BM-MSCs produisent plus de copies de RunX2. Les BM-MSCs et OE-MSCs adhèrent et survivent aussi bien sur le BCP que le BG. Les expériences *in vivo* ont révélées en revanche que seules les BM-MSCs associées au BCP étaient capables de former de l'os, les autres combinaisons n'ayant pas formé d'os.

Conclusions :
Bien qu'elles appartiennent à la même superfamille des cellules souches mésenchymateuses, les BM-MSCs et les OE-MSCs présentent des différences *in vitro* et *in vivo*. Pour une application future dans la pathologie des fentes labio-palatines, l'association des BM-MSCs avec le BCP semble être la plus prometteuse.

SYNDROME D'APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL CHEZ L'ENFANT PORTEUR D'UNE FENTE VELOPALATINE.

M De Lanversin, G Perin, C Labarre, E Verdier, A Bourg, M Auger, D Potop, J Mcheik

Service de chirurgie pédiatrique, CHU de Poitiers

Introduction :

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est une pathologie fréquente chez l'enfant, dont le dépistage se fait actuellement via l'utilisation du score PSQ. La prévalence des troubles du sommeil dans la population des porteurs de fente est estimée à 1 enfant sur 7, et restent très mal dépistés par le score PSQ dans cette population.

Méthodes :

Afin d'évaluer la stratégie actuelle de prise en charge et proposer une adaptation des pratiques, une étude monocentrique, descriptive a été menée au CHU de Poitiers chez les enfants opérés d'une fente palatine nés entre le 01/01/2010 et le 31/12/2017. Les enfants étaient exclus s'il existait une prise en charge ventilatoire précoce (VNI, trachéotomie), ou si le consentement parental n'avait pu être obtenu. L'objectif de l'étude était de réaliser un dépistage du SAOS en se basant sur l'étude des dossiers cliniques et le résultat d'un score de Spruyt Gozal (SGS), afin d'évaluer la statégie actuelle, puis proposer une adaptation des pratiques.

Résultats :

Sur 177 patients nés avec une fente palatine entre le 01/01/2010 et le 31/12/2017, et pris en charge au CHU de Poitiers, 90 répondaient aux critères d'inclusion de cette étude. Ils étaient âgés de 2 à 10 ans, avec un âge médian de 6,5 ans.
19,3% présentaient un SGS positif. L'association entre signes cliniques de SAOS et SGS positif était statistiquement significative, et concernait l'agitation nocturne/ les réveils, ainsi que les sueurs nocturnes. Il n'y avait pas de facteurs de risques mis en évidence.

Conclusion :

Il existe une insuffisance de dépistage du SAOS chez l'enfant porteur de fente palatine, pathologie pourtant plus fréquente dans cette population. L'éducation thérapeutique des parents doit comporter une information sur les signes cliniques du SAOS. La validation du score de Spruyt Gozal en comparaison avec les résultats de la PSG reste à réaliser.

INDICATION DU LAMBEAU PHARYNGÉ A PÉDICULE SUPÉRIEUR DANS L'INSUFFISANCE VÉLOPHARYNGÉE : PROPOSITION D'UN ALGORITHME SUR UNE SÉRIE DE 31 PATIENTS

Ben Slama N.[1] Maquet C.[2] Trost O.[1,3] Marcolla A.[2] Noviczky S.[2] Leca J.B.[4]

[1]Rouen University Hospital, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, F 76000 Rouen, France

[2]Rouen University Hospital, Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, F 76000 Rouen, France

[3]Laboratory of Anatomy, Faculty of Medicine-Pharmacy, Rouen-Normandie University, 22 Boulevard Gambetta, 76183, Rouen, France.

[4]Department of Pediatric Surgery, Rouen University Hospital, Rouen, France.

Cette étude évalue les résultats d'un protocole reproductible portant sur l'indication d'une pharyngoplastie par lambeau pharyngé postérieur à pédicule supérieur chez des enfants aux antécédents de fente palatine avec insuffisance vélopharyngée.

Une étude rétrospective portant sur tous les patients opérés d'une pharyngoplastie par lambeau pharyngé postérieur à pédicule supérieur entre 2010 et 2019 dans notre centre a été réalisée. Apres l'exclusion des patients présentant une insuffisance vélopharyngée primaire ou une fistule résiduelle, les données de 31 patients ont été analysées.

Le critère de jugement principal a été l'amélioration du grade de la classification de Borel Maisonny. Des analyses supplémentaires ont été ensuite réalisées afin d'évaluer l'impact de l'âge, du type de fente, et de la classification de Borel Maisonny initiale sur le gain observé sur la fonction vélopharyngée.

Le critère de jugement principal a été atteint chez 29 patients (93.5%, $p<0.005$). Il n'a pas été mis en évidence de corrélation significative entre l'âge et le gain dans la fonction vélopharyngée ($p=0.137$) ou entre le type de fente et le gain dans la fonction vélopharyngée ($p=0.148$). Il a été retrouvé une corrélation significative entre la classification initiale et le gain dans la fonction vélopharyngée. Le gain observé a été d'autant plus élevé que la fonction initiale était mauvaise ($p=0.035$).

L'utilisation d'un algorithme combinant une évaluation clinique avec une classification standardisée de la fonction vélopharyngée c'est avéré être un outil fiable pour l'indication d'une chirurgie de pharyngoplastie avec lambeau pharyngé postérieur chez les enfants présentant une insuffisance vélopharyngée. Un suivi rapproché est indispensable au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

ETUDE DE NORMALISATION ET DE VALIDATION DU NASOMETRE EN FRANÇAIS SUR UNE POPULATION PEDIATRIQUE (8-10) ANS. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC UN DISPOSITIF SIMILAIRE ELABORE PAR LE CNRS / SORBONNE NOUVELLE

Héloïse Barbier, étudiante en orthophonie, Sorbonne Université, Paris, France
Lis Redouloux, étudiante en orthophonie, Sorbonne Université, Paris, France
Cécile Chapuis-Vandenbogaerde, orthophoniste, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France
Natacha Kadlub, PU-PH, UFR de Médecine, Université de Paris, France et Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France
Cécile Fougeron, Laboratoire de Phonétique et de Phonologie (LPP - UMR7018 - Unité Mixte de Recherche du CNRS et de l'Université Sorbonne Nouvelle). Paris, France
Angélique Amelot, Laboratoire de Phonétique et de Phonologie (LPP - UMR7018 - Unité Mixte de Recherche du CNRS et de l'Université Sorbonne Nouvelle). Paris, France

La nasométrie est l'un des examens permettant d'étayer l'évaluation perceptive de la compétence vélo-pharyngée. Elle permet d'objectiver une insuffisance vélo-pharyngée (IVP), audible ou non. Le Nasomètre (Kay-Pentax) est l'instrument de nasométrie le plus utilisé en recherche. Son analyse acoustique non invasive fournit un score de nasalance (pourcentage correspondant au rapport de l'énergie acoustique nasale sur la somme de l'énergie acoustique orale et nasale) lors de la production de la parole. A ce jour, aucune norme n'a été établie sur une population pédiatrique en français européen (Mayo et Mayo, 2011). Or, la langue et les stimuli proposés ont une influence sur la nasalance (Watterson, 2020). La comparaison avec des normes établies dans d'autres langues n'est donc pas totalement satisfaisante. L'établissement et la validation de normes propres à une population pédiatrique de langue française (européenne) sont nécessaires.

L'étude de normalisation et de validation se déroulera au sein de l'Hôpital Necker – Enfants Malades. L'objectif est d'établir des normes de nasalance au nasomètre pour une population pédiatrique (8-10 ans) de langue maternelle française.

On s'attend aux résultats suivants : (i) un score de nasalance moyen plus élevé pour les consonnes sourdes que pour les consonnes sonores, (ii) des scores de nasalance sur les stimuli oraux plus élevés pour les sujets avec IVP par comparaison avec les sujets sans IVP, (iii) pas d'effet du sexe de l'enfant, (iv) pas d'effet de longueur.

Il serait utile d'approfondir cette étude en incluant d'autres tranches d'âge pour la population pédiatrique et de réaliser une étude pour la population adulte. En parallèle de l'étude, un dispositif de microphones a été couplé au Nasomètre par le Laboratoire de Phonétique et de Phonologie (CNRS / Sorbonne nouvelle) afin de calculer des scores de nasalance à partir de logiciels libres et sur la base des mêmes productions. Ainsi, une normalisation et une validation de ce dispositif est réalisé en parallèle de la normalisation et de la validation du Nasomètre. Cet outil pourra être déployé dans les centres de compétence MAFACE et dans les cabinets.

DECOMPENSATION VELAIRE APRES UNE OSTEOTOMIE D'AVANCEE DE LEFORT I CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE SEQUELLES DE FENTE PALATINE

Chauvel-Picard Julie, Gleizal Arnaud

Service de Chirurgie Cranio-Maxillo-Faciale Pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant, Lyon Bron
Centre de Compétence dans les fentes faciales
Centre de Référence dans les malformations cranio-faciales et craniosténoses

L'apparition d'une dysmorphose dento-maxillaire chez un adolescent porteur de séquelles de fente palatine est un phénomène fréquent. Pour la corriger, l'avancée maxillaire reste le geste opératoire de première intention et le plus utilisé. Ce geste réalisé quotidiennement peut se révéler plus complexe chez un patient porteur de séquelles de fente avec notamment la décompensation d'une rhinolalie ouverte et l'aggravation de la fonction vocale.

Afin de mieux définir les facteurs prédisposants à cette décompensation, nous avons réalisé une étude rétrospective sur 50 patients porteurs de fente palatine opérés d'une avancée de Lefort I entre janvier 2017 et janvier 2020 au sein du service de chirurgie cranio-maxillo-faciale et plastique de l'hôpital femme mère enfant de Lyon.

Plusieurs facteurs ont été étudiés : la brièveté du voile, le nombre de geste opératoire réalisé sur le voile, la technique utilisée, la réalisation d'une pharyngoplastie, le bilan phoniatrique pré et post opératoire, la quantité du mouvement d'avancée.

PRISE EN SOIN ORTHOPHONIQUE PRE ET POST-OPERATOIRE DES CHIRURGIES ORTHOGNATIQUES

Estelle Sanquer, Cécile Chapuis-Vandenbogaerde

Hôpital Necker – Service de chirurgie maxillo-facial et plastique-CRMR Maface, Paris, France

La chirurgie orthognathique de fin de croissance peut être proposée dans le cadre du suivi des patients nés avec une fente labiopalatine. Le geste chirurgical permet de placer le patient dans une situation optimale pour acquérir et pérenniser les fonctions de déglutition, articulation, phonation, ventilation et mastication. Cette normalisation des fonctions oro-myo-faciales, par une rééducation orthophonique, a le plus souvent été différée en raison des difficultés d'occlusion.

Un bilan orthophonique de ces fonctions devrait être systématiquement prescrit en pré-opératoire, et le suivi programmé en post-opératoire.

Les objectifs thérapeutiques pour tous les patients sont :

- s'assurer d'une ventilation diurne et nocturne de type nasale exclusive

- acquérir une position de repos linguale physiologique sans tensions ni adaptations posturales délétères

- favoriser une mastication efficiente

- corriger les troubles articulatoires qui pourraient persister après la chirurgie et la rééducation linguale

Des troubles de la phonation pouvant apparaître après l'avancement du maxillaire, il est d'autant plus important d'indiquer un bilan orthophonique pré-opératoire et post-opératoire.

Cette rééducation orthophonique doit être courte et nécessite une collaboration entière et motivée du patient. Elle doit se baser sur un travail de dissociation des fonctions et de proprioception.

PATIENTS PORTEURS DE FENTES ET CLASSE III. COMMENT OPTIMISER NOS TRAITEMENTS POUR UN MEILLEUR RESULTAT

PARTIE 1 : CORRECTION DE LA CLASSE III SQUELETTIQUE, QUAND ET COMMENT INTERVENIR?

PARTIE 2 : OUVERTURE OU FERMETURE DE L'ESPACE DE L'INCISIVE LATERALE MAXILLAIRE ABSENTE, UN CHOIX PAS TOUJOURS EVIDENT…CONSEQUENCES SUR LE MAXILLAIRE

Aurélie Majourau-Bouriez, Mai Khanh Lê-Dacheux, M Mitrofanoff, B Pavy, JC Talmant, A Reibel, I Pavlov, B Kverneland, E Galliani, C Neiva, N Kadlub, P Gavelle, B Michel, F Zazurka, V Soupre, RH Khonsari, C Chapuis, V Charpillet, E Sanquer, B Vi-Fane, C Tomat, MP Vazquez, A Picard

Hôpital Necker-Enfants Malades, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique, Centre de Référence Fentes et Malformations Faciales (MAFACE), 149 rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Nos patients porteurs de FLP présentent une classe III squelettique dans 10 à 20% des cas selon les équipes.

Quelle est l'origine de la classe III chez ces patients, quand et comment la corriger pour obtenir un résultat optimal sur le plan fonctionnel et esthétique ?

La réparation primaire peut induire des effets délétères sur la croissance maxillaire si elle ne respecte pas les éléments anatomiques présents, entrainant alors une perte de chance pour l'enfant. Pour d'autres cas, la classe III peut être liée à la forme anatomique de la fente associée à des agénésies dentaires multiples et/ou à une composante héréditaire entrainant une hypomaxillie.

Un traitement pluridisciplinaire adapté devra être mis en œuvre après avoir établi un diagnostic précis, en tenant compte des paramètres anatomiques et de la direction de croissance maxillo-faciale. Les traitements orthodontiques de camouflage qui entraineraient des effets iatrogènes sur ces patients déjà éprouvés par leur parcours de soin sont contre-indiqués, tout comme les traitements orthopédiques à long terme pour des classes III sévères.

L'enfant doit être considéré comme un acteur clef de l'équipe qui devra prendre en compte ses demandes. L'impact psychologique de la dysmorphose dans le cas d'une classe III sévère devra être mesuré. Si l'enfant est en souffrance, l'équipe devra réevaluer avec le patient et ses parents l'indication d'une chirurgie précoce/intermédiaire en expliquant bien les bénéfices et les risques.

Le choix de fermer ou de conserver/ouvrir l'espace de l'incisive latérale absente aura une conséquence sur le développement du maxillaire. Les options thérapeutiques devront être discutées de manière interdisciplinaire en impliquant le patient et ses parents en tenant compte des paramètres morphologiques, de la direction de croissance, de l'aspect financier et de la coopération du patient. La décision n'est pas évidente pour les cas de Classe III « borderline » où il est difficile de se projeter et de prédire le décalage squelettique à la fin de la croissance.

Cette communication fondée sur une expérience clinique et de recherche de plus de 25 ans, sera illustrée par des cas cliniques depuis la naissance jusqu'à la fin de la croissance.

CARACTÉRISATION DU SCHEMA DE CROISSANCE DE LA VOÛTE PALATINE CHEZ LE TRÈS JEUNE ENFANT: COMMENT SA TAILLE ET SA FORME EVOLUENT-ELLES ?

Floriane REMY[1, 2] – Yves GODIO-RABOUTET[1] – Pr. Guillaume CAPTIER[6] – Philippe BURGART[2] – Dr. Pierre BONNAURE[2,4] – Dr. Lionel THOLLON[1] – Pr. Laurent GUYOT[1,5]

[1] : Aix-Marseille Univ, Univ Gustave Eiffel, LBA, Marseille, France
[2] : Société YooMed – Montpellier – FRANCE
[3] : Département de Chirurgie Infantile – Montpellier – FRANCE
[4] : Cabinet de Chirurgie dentaire – Rennes – FRANCE
5 : Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie, Chirurgie Plastique et Réparatrice – A.P.-H.M. – Marseille – FRANCE

Le but de cette étude a été de caractériser l'évolution de la voûte palatine au cours des premières années de vie, à la fois en termes de forme et de taille.

Les surfaces 3D des voûtes palatines de 168 enfants sains ont été reconstruites à partir de CT-scans collectés rétrospectivement. Sept landmarks ont été positionnés sur ces modèles, à partir desquels 21 distances et 6 angles ont été collectés. Afin d'analyser l'évolution en termes de forme seulement, des log-shape ratio de ces mesures ont été calculés et la morphologie globale des voûtes palatines et de leur courbure transversale ont été tracés. Des analyses statistiques ont été réalisées pour mettre en évidence les différences de forme d'une part, et de taille d'autre part.

Trois grands groupes ont été identifiés, reflétant le développement de la dentition décidiuale. A l'intérieur des deux premiers groupes, d'autres distinctions morphologiques ont été observées, expliquées par l'âge. A l'intérieur du troisième groupe, trois autres sous-groupes ont été identifiés, chacun composé d'individus ayant à peu près le même âge mais distincts en termes de sexe. Outre une augmentation globale des dimensions du palais, observées surtout avant l'éruption de toutes les dents temporaires, ce schéma de croissance se caractérisait par un creusement progressif de la voûte et une augmentation du relief postérieur. Une asymétrie a également été observée chez les individus les plus âgés.

Finalement, l'évolution en termes de forme et de taille de la voûte palatine pendant les premières années de vie n'est pas seulement corrélée au développement de la dentition temporaire : nous supposons que l'activation progressive des muscles orofaciaux et les mouvements de la langue dans la cavité orale peuvent également expliquer les résultats obtenus puisqu'ils induisent des contraintes particulières sur la voûte palatine, la déformant de différentes manières.