

## CLINIQUE FENTES LABIO-ALVÉOLOPALATINES

# Le rôle de l'orthodontiste dans la prise en charge des fentes labio-alvéolo-palatines (FLAPs)



DOCTEUR BRIGITTE VI-FANE



DOCTEUR PASCAL GARREC

EN COLLABORATION AVEC  
LE PROFESSEUR  
ARNAUD PICARD  
CHIRURGIEN  
MAXILLO-FACIAL

Les fentes labio-alvéolo-palatines sont les malformations faciales congénitales les plus fréquentes. Elles résultent de défauts d'accolement des bourgeons faciaux embryonnaires et peuvent se manifester sous de nombreuses formes cliniques anatomiques.

La prise en charge thérapeutique des patients présentant ces malformations débute dès la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte; elle doit être assurée par une équipe pluridisciplinaire.

Il n'existe aujourd'hui aucun consensus thérapeutique parfaitement défini à part une convergence sur les points suivants :

1. recherche d'un résultat esthétique satisfaisant,
2. rétablissement de toutes les fonctions et d'une anatomie normale,
3. préservation de la croissance à venir.

Dans ce cadre, l'orthodontiste est un acteur actif de cette prise en charge; il intervient en fonction de l'établissement de la denture et des besoins chirurgicaux, en étroite collaboration avec le chirurgien référent du patient.

## Considérations diagnostiques

La prévalence des FLAPs est de 1/700 naissances en Europe. Cette fréquence est variable en fonction de l'ethnie (elle est plus élevée dans les populations asiatiques et moindre dans les populations noires), de l'origine géographique et de la forme clinique. Les fentes du palais primaire, à savoir les fentes labiales (figure 1), labio-narinaires ou labio-alvéolaires, représentent 20 à 30% des fentes, celles du palais secondaire, vélaire ou vélo-palatines (figure 2), 25 à 30% des fentes et les atteintes des palais primaire et secondaire (figures 3 et 4), 35 à 50% des fentes. Toutes ces fentes peuvent être isolées ou être le signe d'un syndrome.



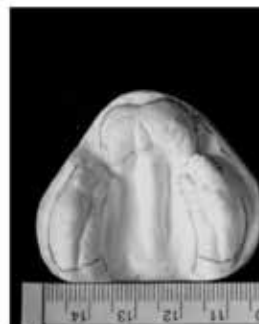
**Figure 1 : exemple de fente du palais primaire :**  
 -visage de face d'un bébé présentant une fente labiale bilatérale  
 -fente labiale bilatérale



**Figure 2 :**  
 exemple de fente du palais secondaire :  
 - visage de face d'un bébé présentant une fente palatine  
 - vues intrabucales de fente palatine  
 - moulages de patients présentant une fente palatine



**Figure 3 :**  
 exemple de fente du palais primaire et du palais secondaire :  
 - visage d'un bébé présentant une fente labio-palatine totale unilatérale gauche  
 - vue exo  
 - et intra-bucales d'une fente labio-palatine totale unilatérale gauche  
 - moulages de bébés présentant une FLPTU gauche



**Figure 4 :**  
 exemple de fente labio-palatine totale bilatérale  
 - visage de face  
 - moulage de FLPT bilatérale



**Figure 5 :** exemple d'une échographie permettant de faire le diagnostic anténatal de fente palatine

**CLINIQUE FENTES LABIO-ALVÉOLO-PALATINES**

Grace aux progrès de l'imagerie, un diagnostic anténatal de fente peut être établi assez précocement, généralement au moment de la deuxième échographie dite "morphologique" (21<sup>ème</sup> -23<sup>ème</sup> SA). Ce diagnostic est ensuite discuté au Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) et la notion de syndrome est explorée. Une consultation anténatale avec un chirurgien, une infirmière et un psychologue doit permettre aux parents d'une part de se préparer psychologiquement et "matériellement -nursing, alimentation..." à la naissance et d'autre part de comprendre les différents temps chirurgicaux à venir et le suivi thérapeutique.



**Figure 6 : différentes spécialités pouvant intervenir dans la prise en charge d'un enfant porteur d'une fente labio-palatine**

**L'équipe**

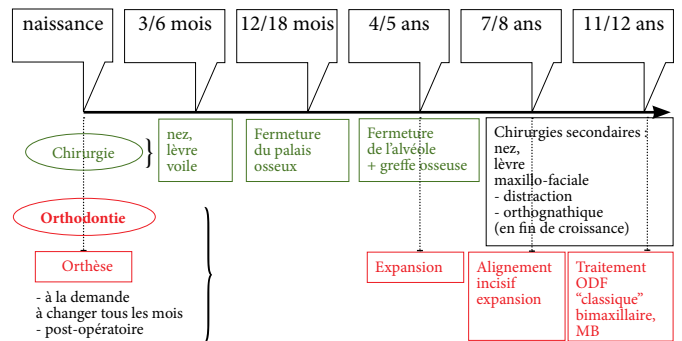
Plusieurs spécialités médicales et paramédicales (figure 6) sont impliquées dans la prise en charge de ces patients, en particulier le chirurgien, l'oto-rhino-laryngologiste, l'orthodontiste et l'orthophoniste. L'orthodontiste qui est partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire, doit comprendre les spécificités propres à la pathologie et ses séquelles, en dehors de la seule malocclusion.

**Rôle de l'orthodontiste**

L'intervention de l'orthodontiste dépend de l'âge et du développement dentaire du patient ainsi que du protocole thérapeutique et de la forme clinique de la fente. 4 périodes peuvent être définies :

**Néonatal et nourrisson (naissance à 4 ans)**

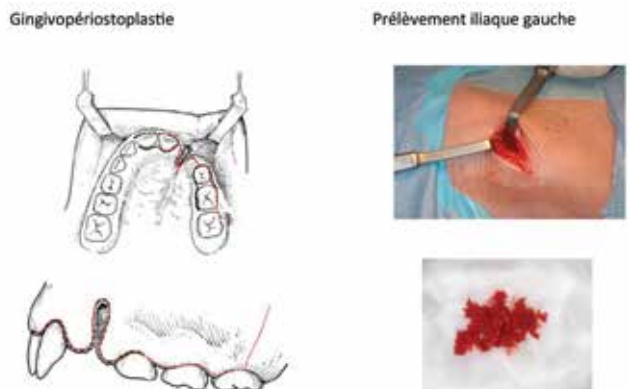
Selon les équipes, les interventions de chirurgies primaires (figure 7) se font durant cette période, soit au cours des semaines qui suivent la naissance, soit dans les mois ou les premières années de vie ; la fente peut être opérée "totalement" en un seul temps ou en plusieurs interventions. Ainsi selon le protocole suivi à Necker que nous allons surtout aborder dans cet article, pour les fentes labio-palatines



**Figure 7 : protocole chirurgical-orthodontique (service de chirurgie Maxillo-Faciale de Necker anciennement Trousseau)**



**Figure 8 : chirurgie primaire : chéiloplastie et rhinoplastie réalisée à l'âge de 3 mois**



**Figure 9 : chirurgie primaire réalisée entre 4 et 6 ans : gingivopériostoplastie et greffe d'os spongieux d'origine iliaque**



**Figure 10 : orthèse palatine passive**

totales, à 3 mois, sont pratiquées la véloplastie, la cheiloplastie et la rhinoplastie (figure 8) ; puis à 12 voire 18 mois, la fente osseuse est fermée et entre 4 et 6 ans est réalisée la gingivopériostoplastie associée à une greffe osseuse (figure 9).

Cependant si ces interventions permettent de rendre un aspect satisfaisant et de rétablir une esthétique correcte au bébé, elles ne sont pas sans conséquence sur la croissance des maxillaires à venir.

La pose d'une orthèse passive (figure 10), à changer mensuellement, est indiquée chez certains enfants face à une ulcération du vomer et une difficulté à prendre les biberons, jusqu'au premier temps opératoire.



Figure 11 : vue endobuccale d'une fente labio-palatine unilatérale avant et après expansion

### Stade de denture temporaire (4 à 7 ans)

Dès le stade de la denture temporaire, l'orthodontiste peut être sollicité afin de préparer l'intervention de gingivopériostoplastie associée à une greffe osseuse d'origine iliaque et spongieuse (GPP primaire).

L'objectif de ce traitement est d'effectuer une expansion transversale du maxillaire afin d'une part de corriger l'endognathie, l'endocclusion maxillaire et de symétriser l'arcade maxillaire, et d'autre part de faciliter l'abord chirurgical des berges de la fente (figure 11).

En pratique, cette expansion est faite à l'aide d'un disjoncteur sur gouttière (figure 12) recouvrant l'arcade maxillaire et fendue au niveau de la fente ou d'un disjoncteur sur bagues scellées sur 55 et 65 voire d'un quad'hélix scellé sur 55 et 65. Elle est évaluée au niveau des canines temporaires maxillaires (distance cc' qui doit être comprise entre 32 et 35 mm). Un quad'hélix amovible est posé peu avant l'intervention permettant de parfaire la correction du sens transversal ; celui-ci est maintenu 6 mois en contention, en post-opératoire après la GPP.

Après cette période de contention, s'il existe un "diastème" important au niveau de la fente, que la denture temporaire soit complète ou non, il est recommandé de mettre une dent prothétique afin de restituer une continuité d'arcade.

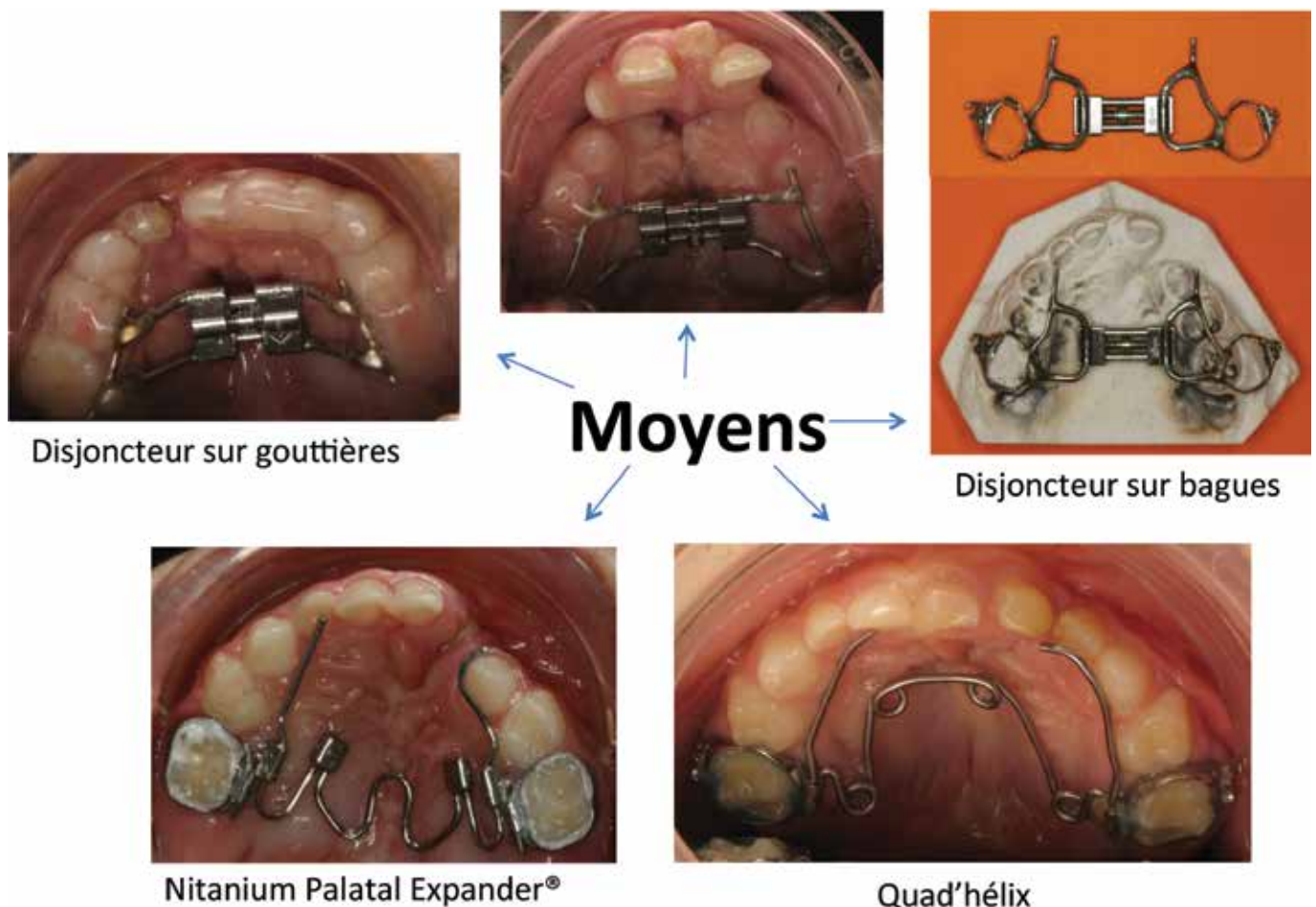


Figure 12 : différents moyens orthodontiques permettant de réaliser une expansion transversale

## CLINIQUE FENTES LABIO-ALVÉOLO-PALATINES



Figure 13 : vues endobuccales en occlusion avant et après expansion ; vues de l'arcade maxillaire avant expansion avec un disjoncteur en éventail puis avec un quad'hélix amovible

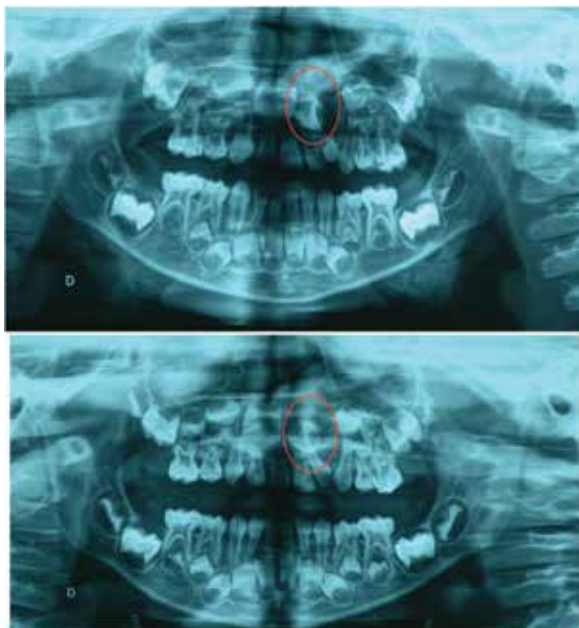


Figure 14 : radiographies panoramiques montrant  
- les malpositions des germes des incisives maxillaires permanentes,  
- le léger redressement de ces germes après GPP



Figure 15 :  
vues endobuccales d'une patiente présentant une FLPTU droite  
-en denture temporaire,  
-en phase d'établissement de denture mixte (rotation des incisives et rapports inter-arcade)

Remarque : dans le cas des fentes bilatérales, les GPP se font à 6 mois d'intervalle après la préparation orthodontique. Le quad'hélix est maintenu entre les interventions, voire réactivé pour améliorer l'expansion.

### Stade de denture mixte (7 à 12 ans)

Il est nécessaire de rétablir une continuité osseuse alvéolaire et gingivale pour les patients présentant une fente labio-palatine totale ou labio-alvéolaire et n'ayant pas bénéficié de GPP précoce. L'indication d'une GPP associée à une greffe osseuse tant pour des raisons chirurgico-orthodontiques ou orthophoniques peut être posée déclenchant une préparation orthodontique avec les mêmes objectifs que ceux de la GPP primaire (expansion, alignement des fragments, accès chirurgical aux berges de la fente facilitée).

Au niveau pratique, l'appareil d'expansion peut être plus aisé à réaliser, pouvant s'ancrer sur les premières molaires permanentes. Il est parfois nécessaire d'avoir recours à 2 disjoncteurs ("normal" puis en éventail) (figure 13). Une fois l'expansion réalisée (elle est évaluée de la même façon par la distance cc'), les recommandations sont les mêmes à savoir pose d'un quad'hélix amovible pour l'intervention et maintien en contention durant 6 mois. Le traitement orthodontique peut alors continuer. Lors de l'établissement de la denture mixte, il est souvent néces-

saire de reprendre le traitement orthodontique voire de le débiter (voir ci-dessus). En effet les incisives centrales permanentes en bordure de fente évoluent souvent en malposition, en rotation à 90° (figures 14, 15), en linguoposition et/ou en linguoversion.

Le rétablissement d'un guide antérieur correct, d'un alignement incisif, d'un alignement des médianes inter-incisive (quand cela est possible) et une reprise de l'expansion transversale sont des objectifs à atteindre. Dans la région de la fente, il faut éviter d'extraire les dents surnuméraires dans la mesure du possible afin de conserver l'os de cette zone et veiller à déplacer les dents dans l'os afin d'en préserver leur pronostic. Il n'est pas rare, par ailleurs, de devoir commencer à gérer l'agénésie éventuelle de l'incisive latérale permanente, la dysharmonie dento-maxillaire et à préparer l'évolution de la canine permanente du coté fente.

C'est au stade de denture mixte -mais aussi après- que les décalages maxillo-mandibulaires sont à appréhender. Ainsi selon l'importance de l'hypomaxillie consécutive au retard de croissance du maxillaire d'origine iatrogénique, peut être indiqué un traitement orthopédique voire orthodontique ou un traitement chirurgico-orthodontique. Ce dernier peut être entrepris précocement, avant la puberté, vers l'âge de 9 ans, lorsque le décalage est supérieur à 7 mm et la chirurgie consiste en une distraction ostéogénique après ostéotomie du maxillaire. Sinon il est fait en fin de croissance à l'aide d'une chirurgie orthognathique.

Pour rester au plus près de votre profession,

**connectez-vous  
sur le nouveau site**

**[www.ortho-autrement.fr](http://www.ortho-autrement.fr)**

**Cas clinique**

**Quiz**

**Actualités**

**Produits**

**Agenda**

**Petites annonces**

## CLINIQUE FENTES LABIO-ALVÉOLO-PALATINES



Figure 16 : vues de face et de profil d'une patiente présentant une FLPTU droite avant et après chirurgie orthognathique

### Stade de denture adulte

Au cours de l'établissement de la denture adulte jeune ou en denture adulte jeune, les objectifs thérapeutiques sont les mêmes que ceux d'un traitement chez un patient sans fente avec quelques points particuliers :

1. la canine du côté de la fente
2. l'incisive latérale permanente du côté de la fente
3. les rapports maxillo-mandibulaires et la croissance des maxillaires.

La canine permanente du côté de la fente évolue souvent en position ectopique (dans le palais parfois) mais est aussi souvent incluse. Son dégagement, quand il s'avère nécessaire, demande d'être précautionneux et économique en tissu.

L'incisive latérale permanente du côté fente peut présenter des anomalies de forme, de structure et de nombre en plus d'éventuels problèmes de support osseux. Dans le cas d'agénésie, la réouverture de l'espace pour cette dent est souvent préconisée afin de ne pas raccourcir le périmètre d'arcade.

La chirurgie orthognathique en fin de croissance permet de rétablir une esthétique satisfaisante face à un déficit de croissance maxillaire et d'un profil concave. Cette intervention se pratique plus tardivement que chez les patients sans fente et nécessite une pré-

paration orthodontique préchirurgicale rigoureuse (figure 16).

### Résumé-conclusions

L'orthodontiste joue un rôle prépondérant dans l'équipe soignante. Il intervient à la croisée des différents stades de développement de l'arcade :

1. néonatal et nourrisson (naissance à 4 ans)
2. stade de denture temporaire (4 à 7 ans)
3. stade de denture mixte (7 à 12 ans)
4. stade de denture adulte

Cette dernière phase combine l'approche orthodontico-chirurgicale (chirurgie orthognathique) quand il existe un déficit squelettique. Cette phase facilite également la réhabilitation prothétique quand elle est indiquée.

D'autres interventions (sur la lèvre et sur le nez) suivront à la recherche d'un équilibre facial et fonctionnel.

Un patient ayant réalisé une réhabilitation complète et qui est satisfait de son occlusion dentaire, de sa phonation et de son équilibre facial représente l'ultime réussite de toute l'équipe soignante. ■