

**UNIVERSITE DE CAEN**

**BASSE -NORMANDIE**

**REFLEXIONS SUR LE TRACE DE  
LA CHEILORHINOPLASTIE DANS LES  
FENTES  
LABIALES UNILATERALES EN MISSION  
HUMANITAIRE**

**MEMOIRE DESC/AFSA**

**TRAORE HAMADY**

**Nom du Directeur de Thèse : Pr Hervé BENATEAU**

**Composition du Jury Pr COMPERE JF**

**Pr FERRI J**

**Pr PERON JM**

**Pr TESTELIN S**

**SESSION OCTOBRE 2006**

**INTER-REGION NORD-OUEST**

## RESUME

Une des particularités des missions humanitaires en chirurgie est leur caractère épisodique.

Très souvent, cette chirurgie bénéficie à des populations, ayant une forte propension à développer des cicatrices chéloïdiennes.

Dans ce contexte, les auteurs ont cherché une éventuelle corrélation entre l'évolution des cicatrices et le tracé des chéilorhinoplasties (Tennisson ou Millard).

Les analyses sont effectuées à partir des patients pris en charge au Centre Hospitalier « Mère – Enfant » Le Luxembourg à Bamako sur une période de cinq années.

Le terme de cicatrice chéloïdienne ne s'appliquant qu'à des cicatrices hypertrophiques au delà d'un an, le recul pour l'analyse de notre série a été de cinq ans à un an pour les cas les plus récents.

Mots clés : cicatrice chéloïdienne, chéilorhinoplastie , fente .

## **I . INTRODUCTION**

Plusieurs critères interviennent dans le choix du tracé de la chéilorhinoplastie dans les fentes labiales unilatérales, le but ultime étant que la malformation soit à terme la moins visible, tant sur la cicatrice labiale que sur les déformations labio – marinaires résiduelles.

La particularité de la situation en mission humanitaire peut intervenir dans le choix de ce tracé. Cette chirurgie s'adresse en effet souvent à des sujets de peau pigmentée, ayant un risque particulier de cicatrisation de type chéloïde.

Par ailleurs, la prise en charge est plus tardive que dans les pays dits développés. La réflexion concernant l'évolution, avec la croissance, des cicatrices et des lambeaux utilisés sera donc ici moins prépondérante, car l'on s'adresse parfois à de grands enfants, voire à des adultes.

Enfin, le but ultime en mission humanitaire est d'autonomiser une équipe médicale et paramédicale locale, et ainsi de devenir inutile.

Cet objectif est loin d'être le plus simple à atteindre. Il faut donc également réfléchir à enseigner les techniques chirurgicales les plus simples, fiables et reproductibles.

Ces particularités nous ont poussé à comparer les 2 tracés les plus fréquemment utilisés dans la chirurgie des fentes, à savoir le tracé de Millard et le tracé de Tennisson. Cette comparaison a été rendue possible grâce aux missions que nous menons depuis 2001 dans le cadre de l'association « Santé et Développement » à l'Hôpital Mère – Enfant le Luxembourg à Bamako au Mali.

La bonne tenue des dossiers et la confiance gagnée de l'équipe locale nous ont permis de revoir en consultation presque tous nos patients opérés , et certains tous les ans depuis 2001 .

Ce suivi sur le long terme, difficile à mettre en œuvre, est pourtant capital pour s'évaluer [1,2].

L'équipe de Baudet [2] rappelle un regret souvent exprimé par les chirurgiens missionnaires de tous pays : le fait de ne pas avoir l'opportunité de revoir

les patients opérés et de ce fait de ne pas pouvoir juger de la valeur de leur action.

Des missions uniques, l'éloignement des patients répondant rarement à une convocation, souvent pour des raisons économiques, sont des obstacles réels à l'évaluation des résultats.

La répétition des missions au même endroit, associée à l'appréciation favorable formulée par l'équipe médicale d'accueil, est la meilleure preuve de la qualité du travail accompli par l'équipe. En outre, le meilleur gage de respect des patients et de leur famille est sans aucun doute l'inscription de notre engagement dans la durée [3].

L'évaluation est importante également pour Montandon (4). Selon lui, tout chirurgien doit rester très modeste dans l'appréciation de ses résultats, car la tendance naturelle est d'oublier les échecs et de minimiser les erreurs. Cette tendance est d'autant plus marquée en chirurgie humanitaire, où le plus souvent, le patient repartira dans son village natal et « on n'entendra plus parler de lui » [4]

## **II. MATERIEL ET METHODES**

Sur tous les patients opérés d'une chéilorhinoplastie au Centre Hospitalier « Mère – Enfant » le Luxembourg entre 2001 et 2005, dix neuf ont été inclus dans l'étude, car revus en consultation à plus de un an de leur chirurgie.

Entre 2001 et 2003, 9 patients ont été opérées selon la technique de Millard (figures 1 -2) et entre 2004 et 2005, dix l'ont été selon celle de Tennisson (figures 3 – 4). L'âge moyen des patients était de 7 ans dans le premier groupe, avec des extrêmes allant de 7 mois à 26 ans. Dans le second groupe, cette moyenne était de 3 ans avec des tranches d'âge oscillant entre 6 mois et 14 ans. L'opérateur était le même dans les deux groupes.

Mis à part le tracé cutané, la technique chirurgicale de fermeture était équivalente dans les deux séries, avec notamment la réalisation d'un plan muqueux, d'un plan musculaire et d'un plan sous dermique, autorisant une suture cutané dans tension réalisée au fil non résorbable 6/0. Dans tous les cas, un décollement sous-périosté

prémaxillaire étendu était réalisé du côté de la fente.

Toutes les interventions ont été réalisées sous anesthésie générale. Les suites post- opératoires étaient simples, avec une antibiothérapie systématique d'une semaine.

Les soins post – opératoires étaient quotidiens avec une décroûtage soigneux, une désinfection à la polyvidone iodée et un vaselinage. Les fosses nasales étaient nettoyées au sérum physiologique. Les fils, dans tous les cas, ont été retirés au 7<sup>ème</sup> jour. Les patients ont tous été revus à un an de distance ou plus de la chirurgie avec une cicatrice considérée comme stable. Ces cicatrices ont été classées en deux groupes suivants leur respect : cicatrice normale ou cicatrice chéloïdienne (cicatrice nettement en relief par rapport à la peau adjacente). Une cicatrice un peu large n'était pas considérée comme chéloïdienne.

### **III . RESULTATS**

Sur les neuf patients opérés selon la technique de Millard, deux ont présenté des cicatrices chéloïdiennes (figures 5,6). Les sept autres patients avaient des cicatrices considérées comme normales.

Sur les dix patients opérés selon la technique de Tennisson, deux également ont présenté des cicatrices chéloïdiennes (figure 7, 8) les autres étant considérées comme normales.

La différence n'est pas significative sur ce petit échantillon. Il n'y a donc pas sur notre série plus de risque d'évolution chéloïdienne avec l'un ou l'autre tracé.

Par contre, nous avons pu remarquer, qu'en cas d'évolution chéloïdienne, le lambeau C de la technique de Millard était particulièrement visible et disgracieux.

Enfin, toutes les cicatrices chéloïdiennes étaient observées chez les patients âgés de plus de 3 ans au moment de la chéilorhinoplastie .



#### **IV. DISCUSSION**

Le tracé de chéilorhinoplastie selon Tennisson nous semble particulièrement adapté à la prise en charge des fentes labiales ou labio-palatines unilatérales en mission humanitaire chez le sujet de peau pigmentée, et ce principalement pour 3 raisons.

La première raison est une rançon cicatricielle moins importante en cas d'évolution de la cicatrice labiale sur le mode chéloïdien sont une orientation de la cicatrice perpendiculaire aux lignes de tension de la face et une suture sous tension.

Certaines localisations sont également à risque. Il s'agit des oreilles, des épaules et de la région pré-sternale. Les sujets pigmentés (noirs et asiatiques) constituent également un terrain particulièrement à risque.

Enfin le risque classiquement élevé à l'adolescence et un risque à l'inverse particulièrement faible en période néonatale[5].

Notons cependant que dans la littérature, un seul cas de cicatrice chéloïdienne après chéiloplastie a

été décrit, chez un enfant de 6 mois de peau noire (6). Le traitement des chéloïdes étant particulièrement difficile et décevant, il est important d'essayer de prévenir leur apparition, ou au moins d'anticiper leur survenue.

Dans le domaine des fentes labiales ou labio-palatines, la chélorhinoplastie se fait entre la période néonatale et l'âge de 6 mois selon les équipes. Dans le pays en voie de développement, et notamment lors des missions humanitaires, les enfants à opérer de chéilorhinoplastie sont rarement vus à ce stade et l'intervention est réalisée chez des enfants plus âgés, voire chez des adultes.

Trois des facteurs de risque d'évolution chéloïdiens sont donc réunis, à savoir la peau pigmentée, l'âge de l'enfant et parfois une suture sous tension.

Sur nos patients opérés selon la technique de Millard et ayant évolué sur le mode chéloïdien, le lambeau C reste très visible à long terme sous l'aile du nez. Pour les inconditionnels du Millard, nous

conseillons de tracer le lambeau C le plus petit possible, notamment en longueur .

La deuxième argument en faveur du tracé selon Tennisson est lié à l'âge tardif de prise en charge des patients.

En effet , un des inconvénients décrit de ce tracé est l'obtention d'une lèvre blanche trop haute apparaissant au fur et à mesure de la croissance . Cet inconvénient est moins recevable si le temps primaire est effectué au delà de l'âge de 3 ans. En effet, la hauteur de la lèvre supérieure cutanée atteint 80,2% de sa taille définitive à 1 an, et 94,1% à 5 ans (7).

Le troisième argument en faveur du tracé de Tennisson est sa reproductibilité en effet il est très mathématique, facile à tracer, et à enseigner. Le tracé de Millard est à l'opposé plus intuitif, devant s'adapter à la forme clinique de la fente, et nécessitant même souvent des réajustements per-opératoires notamment sur le lambeau C. Il s'adresse donc préférentiellement à des chirurgiens confirmés, ayant une grande expérience en terme

de prise en charge des fentes. Ainsi, il nous semble préférable de recommander en mission humanitaire le tracé de Tennisson, dans le souci constant de formation des équipes locales (8). Dans ce contexte, plus que jamais, plus la méthode est reproductible, meilleure elle est (9).

## **V. BIBLIOGRAPHIE**

1. Micheau P, Lauwers F ,

Quels objectifs pour une mission humanitaire de  
plastique réparatrice ?

Ann Chir Plast Esthet 1999 ; 44 ,1 : 19 -26.

2. Chancholle AR.

Chirurgie plastique, fente labio – palatines et Tiers  
– Monde.

Ann Chir Plast Esthet 2004 ; 49 : 236-8.

3. Baudet J, Martin D, Pélissier P, Genin  
Etcheberry T, Casoli V.

Les missions humanitaires en chirurgie plastique.  
Actions et réflexions.

Ann Chir Plast Esthet 1999 ; 44,1 : 72-6.

4. Montandon D, Pittet B .

Chirurgie plastique humanitaire, expérience  
personnelle et réflexions.

Ann Chir Plast Esthet 1999 ; 44 ,1 : 27-34.

5. Boon L, Manicourt D, Marbaix E, Vandenabeele M, Vanwijk R .

A comparative analysis of healing of surgical cleft lip corrected in utero and neonates. *Plast Reconstr Surg* 1992 ; 89, 1 : 11-7 .

6. Nichter LS, Abrams RS.

Keloid formation after cleft lip repair .

*Plast Reconstr Surg* 1988 ; 82,5 : 923-4.

7. Farkas LG, Posnik JC, Hreczko TM, Pron GE.

Growth patterns of the nasolabial region : a morphometric study.

*Cleft Palate Craniofac J* 1992 ; 29 ,4 : 318-24.

8. Poilleux J, Lobry P.

Missions humanitaires chirurgicales. Une expérience de 18 ans.

*Chirurgie* 1991 ; 117 : 602 -7.

9. Knipper P.

Chirurgie plastique en situation précaire : concept  
cinq F .

Ann Chir Plast Esthet 2004 ; 49 : 49 : 306 -12.

## **V . LEGENDE DES FIGURES**

Figure 1 : Tracé selon Millard sur fente unilatérale totale gauche

Figure 2 : Aspect après chéilorhinoplastie selon Millard

Figure 3 : Tracé selon Tennisson sur fente unilatérale totale gauche

Figure 4 : Aspect après chéilorhiplastie selon Tennisson

Figure 5 : Fente unilatérale totale gauche

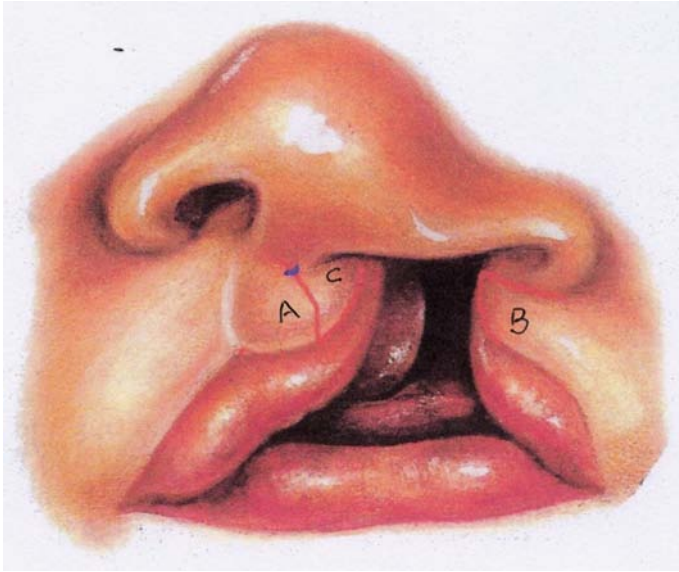
Figure 6 : Evolution chéiloidienne avec un tracé de Millard . Résultat à 2 ans ;

Figure 7 : Fente labiale gauche incomplète .

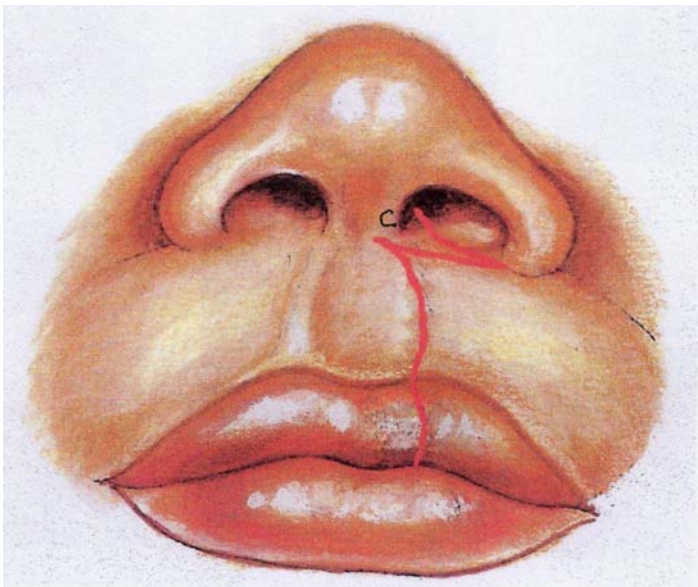
Figure 8 : Cicatrice marqué un an au plus tard après chéilorhinoplastie selon Tennisson .



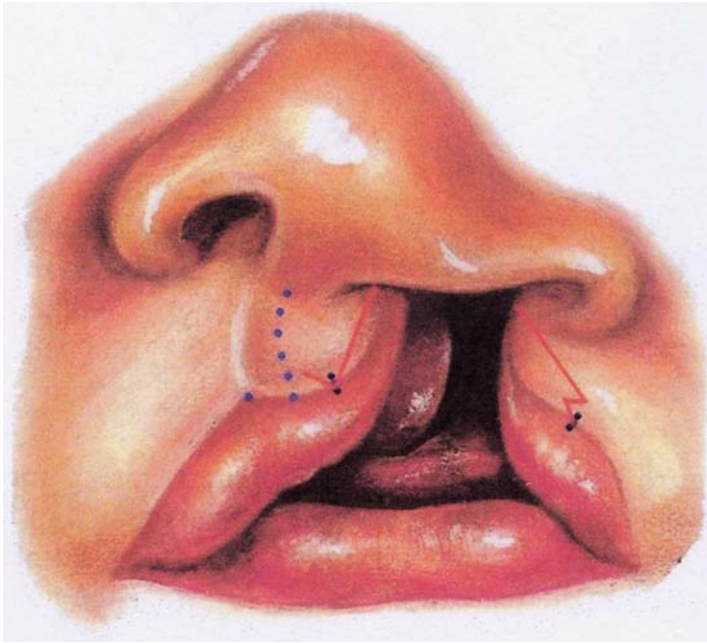
## VI. FIGURES



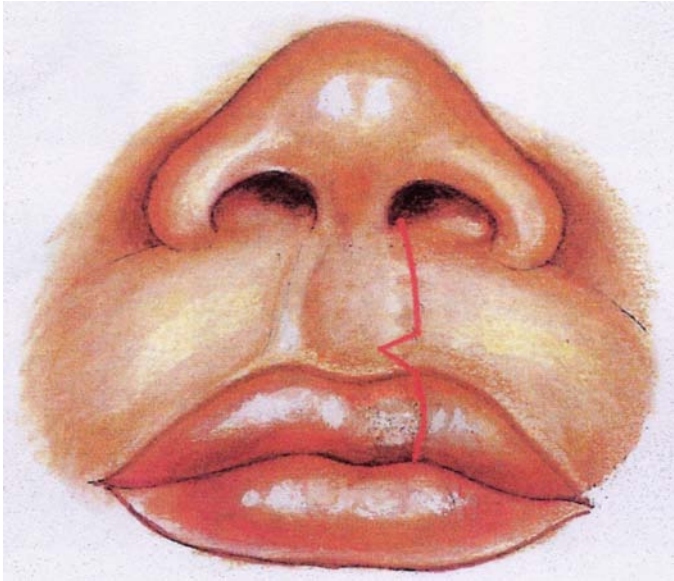
**FIGURE 1**



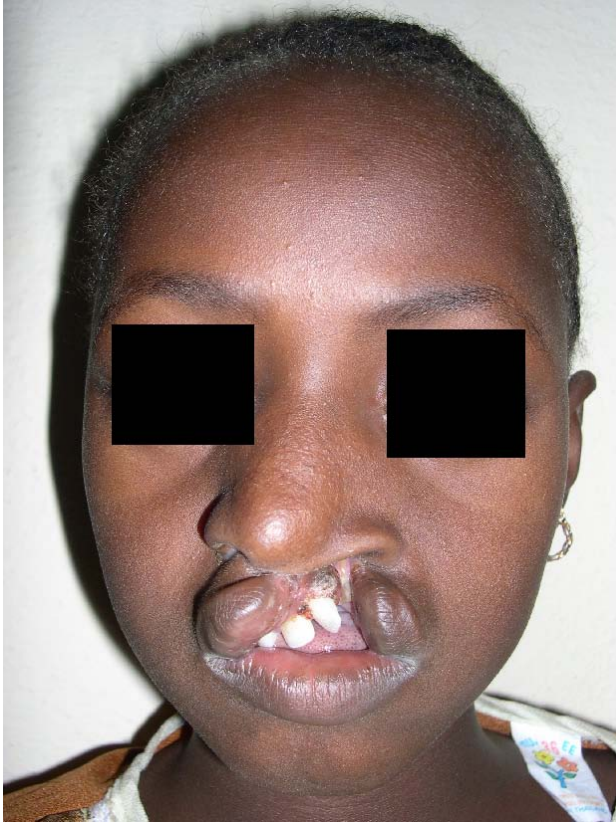
**FIGURE 2**



**FIGURE 3**



**FIGURE 4**



**FIGURE5**



**FIGURE6**



**FIGURE7**



**FIGURES8**