

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

UNITE DE FORMATION
ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTE
(UFR/SDS)

SECTION MEDECINE

BURKINA FASO

Unité – Progrès - Justice



Année académique : 2010 - 2011

THESE N° 234

LES FENTES FACIALES AU COURS DES MISSIONS
HUMANITAIRES : LE CAS DU CENTRE D'ACCUEIL DE
LA MAISON DE FATI.
A PROPOS DE 107 CAS COLLIGES.

Présentée et soutenue publiquement le 23 Décembre 2011
Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

Par

DJAPNI MAKOUANG Gaëlle Tatiana

Née le 1^{er} Janvier 1986 à Douala (Cameroun).

Directeur de thèse :

Pr. Kampadilemba OUOBA

Co-directeur de thèse :

Dr. Dieudonné OUEDRAOGO

Président du jury : Pr Théodore OUEDRAOGO

Membres du jury : Pr Emile BANDRE

Dr Dieudonné OUEDRAOGO

Dr Yvette M. Chantal GYEBRE

LISTE DU PERSONNEL

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Arouna OUEDRAOGO
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Ag. Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Blami DAO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr Elie KABRE
Secrétaire Principal	M. Olivier Leperson SANWIDI
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Hervé Olo TIOYE
Chef de Service Scolarité	Mme Clotilde HIEN/ZONGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiaara SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	



24. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
25. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
26. Blandine THIEBA/BONANE	Gynécologie-obstétrique
27. Abel Y. BAMOUNI	Radiologie
28. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
29. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
30. Abdel Karim Kader SERME	Hépatologie, gastro-entérologie
31. Jean SAKANDE	Biochimie

3. MAITRES -ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Kapouné KARFO	Psychiatrie
5. Antoinette TRAORE/BELEM	Pédiatrie
6. Timothé KAMBOU	Urologie
7. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
8. André K. SAMADOULOUGOU	Cardiologie
9. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
10. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
11. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie, gastro-entérologie
12. Arsène M D. DABOUE	Ophthalmologie
13. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
14. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
15. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie

16. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
17. Elie KABRE	Biochimie
18. Eric NACOUUMA	Hématologie clinique
19. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
20. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
21. Barnabé ZANGO	Urologie
22. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique
23. Théodore Z. OUEDRAOGO	Médecine du travail
24. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
25. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
26. Nicolas MEDA	Santé publique
27. Roger Arsène SOMBIE	Hépatogastro-entérologie
28. Ousséini DIALLO	Radiologie
29. Fla KOUETA	Pédiatrie

4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B. SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Hervé TIENO	Médecine interne
4. Lassina DAO	Pédiatrie
5. Assita LAMIEN/SANOU	Anatomie pathologique
6. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
7. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
8. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
9. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique



10. Christian NAPON	Neurologie
11. Arnel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation
12. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
13. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale
14. Adama SANOU	Chirurgie générale
15. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
16. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
17. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
18. Fousséni DAO	Pédiatrie Puériculture
19. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
20. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
21. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
22. BADOUM/OUEDRAOGO Gisèle	Pneumo-Phtisiologie
23. BONKOUNGOU Papougnézambo	Anesthésie-Réanimation
24. COULIBALY Gérard	Néphrologie
25. GUIRA Oumar	Médecine interne
26. KORSAGA/SOME N. Nina	Dermatologie-Vénérologie
27. NAPON A. Madina	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
28. OÜANGRE Edgar	Chirurgie Générale et Digestive
29. OUEDRAOGO Issa	Chirurgie Pédiatrique
30. OUEDRAOGO Bertin Priva	ORL
31. RAMDE Wélébnoaga Norbert	Médecine légale
32. SAWADOGO Mamoudou	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
33. SEREME Moustapha	ORL
34. TALL Mohamed	Orthopédie - traumatologie

5. ENSEIGNANTS A TEMPS PLEIN

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. Amadé OUEDRAOGO | Anesthésie-réanimation |
| 2. Rigobert THIOMBIANO | Maladies infectieuses |

II. ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Seydou SOURABIE | Phytopharmacie – pharmacognosie |
| 2. Lansandé BANGAGNE | Gestion |
| 3. Emile B. PARE | Anglais |
| 4. Cécile OUEDRAOGO | Anglais |
| 5. Marius LOMPO | Pharmacologie |
| 6. Badioré OUATTARA | Galénique |
| 7. Sylvain OUEDRAOGO | Pharmacologie |
| 8. Norbert RAMDE | Médecine légale |
| 9. Aristide TRAORE | Pharmacologie et Toxicologie |
| 10. Sidiki TRAORE | Chimie analytique |
| 11. Sylvestre TAPSOBA | Nutrition |
| 12. Germaine MINOUNGOU | Pharmacie vétérinaire |

DEDICACES

Je dédie ce travail

A l'Éternel,

Tu m'as toujours gardée et sans Toi je ne peux rien. Tu es au dessus de tout et mille mercis car chaque jour de ma vie tu envoies toujours tes anges camper à mes cotés. Merci Seigneur car je ne mérite pas autant de grâces. Merci pour la réalisation de ce travail.

A mon père,

Oh toi, tu sais malgré nos malentendus, nos oppositions que tu es mon papa, mon père et mon conducteur. Toi qui me vois comme ton bébé. Ta fille te dédie ce travail pour le mal et le plaisir que tu t'es donné pour moi. Que Dieu te permette de savourer avec moi ce Docteur que je suis devenu grâce à toi.

A ma maman,

Tu es une femme qui m'a encouragée dans toutes mes épreuves. Tu m'as toujours dit : « prends les choses sportivement ». Tu as toujours été disponible et coriace pour nous aider et nous faire propulser dans la vie.

A ma grande sœur bien aimée Dany

Cette thèse démontre toute la tendresse que tu m'as apportée. Tu es un exemple pour moi. Je me dessine à travers toi. Que Dieu continue de te donner toute la force et l'amour que tu as pour nous.

A mon frère Thibaut,

Tu as toujours été charmant pour ta sœur et tu as bien su grandir avant l'heure. Ce travail tient à démontrer toute mon affection envers toi. Tes conseils et ta franchise me font comprendre combien tu es un frère adorable.

A mes sœurs : Audrey, Mariette et Raissa.

Vous êtes mes joies et mes manques, mes sourires et mes motivations. Vous avez toujours su me montrer votre amour et votre soutien. Que Dieu vous bénisse et nous comble pour rendre heureux nos parents qui nous aiment.

A mes neveux et fils : Steevy et Andy Gabriel.

Vous êtes mes bébés que j'affectionne tant. Je vous vois grandir sans vous toucher. Mais tata pense à vous tous les jours et vous êtes l'une de mes joies de vivre. Ce travail est aussi le votre.

A ma grand mère Neyom.

Ta douceur et ta grâce m'ont toujours fascinée. Que le Dieu tout Puissant t'accorde de nombreuses années à nos cotés.

A Winnie M.,

Merci pour le réconfort et la compréhension. Tu es avant tout une grande sœur adorable. Ce travail démontre cette famille que nous sommes. Que Dieu comble toutes tes attentes.

A Mouftaou Marzouka,

Juste des mots de tendresse et d'amitié. Nous avons ensemble souffert et savouré ces études longues et pénibles. Que Dieu bénisse cette belle amitié sincère qu'il nous a donnée.

Aux promotionnaires et amis : Monelle, Kiki, Frida, Pamela, Bellariquez, Nadine, Valerie, Patrick, Vincent, Ermel, Kader, Berthe, Jean Marc, Aimée K., Nathan W., Diana. Nous avons partagé des moments difficiles. Ça n'a pas été facile mais grâce à Dieu nous allons marquer une brillante carrière de médecin.

A tonton Olivier Kapto.

Tu as su me montrer le chemin dès mon arrivée. Tu as su jouer ce rôle de grand frère. Je ne saurais assez te remercier pour tout le soutien et l'affection que tu m'as donnée.

A Eric T., Yamtaryaoba Y., Sika, Alphonsine E. Vous avez été une grande famille. Je vous tiens dans mon cœur. Que Dieu vous accompagne et vous garde.

A papa Pierre FOSSO. Merci papa pour tous tes conseils et ton soutien. Tu es agréable à écouter. Ce travail démontre aussi tout le soutien.

Aux familles WETHE, SANOU, DJAMEN, KAMGNIA. Vous m'avez donnée affection, amour et correction dès mon arrivée. Merci pour le soutien durant toutes ces années. Ce travail vous appartient aussi. Que l'ÉTERNEL continue de vous accorder toutes ses grâces.

Aux compatriotes et petits frères. Pour tous nos moments partagés. Nos joies et nos peines ensemble nous ont fortifiés. Que Dieu nous protège dans ce pays qui nous a si bien adoptés.

A tous les membres de la chorale du bon berger. Grâce à vous j'ai pu raffermir ma foi. Que Dieu vous bénisse et adoucisse encore vos voix pour laisser émaner ce doux parfum de paroles.

A tous mes amis et frères du pays: Cédric M, Haoua B, Nelly T., Evindi, Ingrid P., Stephan N., Junior M., Manuella et Franck Y....vous êtes mes amis depuis que nous sommes bébés. Ce travail démontre tout le soutien que vous m'avez apporté aussi loin. Que DIEU vous bénisse.

A tout le personnel et stagiaire des services de chirurgie dentaire, de stomatologie et chirurgie maxillofaciale. Merci pour votre collaboration et pour la bonne ambiance qui y règne.

Au personnel du centre d'accueil de la maison de Fati. Merci pour la compréhension. Votre humanisme nous encourage.

Aux enfants porteurs de cette malformation. Merci pour votre patience.

REMERCIEMENTS

Au terme de notre travail, notre gratitude va à l'endroit

De tout le personnel du service d'odontologie et chirurgie maxillo faciale du CHUYO, qui nous a accueillis et qui n'a ménagé aucun effort pour nous rassurer et nous conduire dans ce travail autour d'une ambiance familiale.

Du Professeur agrégé Bernadette KAMGNIA DIA.

Du personnel des services de Pneumologie et d'Anesthésie Réa pour l'accueil chaleureux et marqué durant nos différents stages.

Du Docteur Bernard ASSI.

Du Docteur Salif ZERBO.

De Monsieur Alfredo SANDJO.

Du Docteur Tarcissus KONSEM.

Du Docteur Matthieu MILLOGO.

Du Docteur Eric NAO.

Du peuple Burkinabé, vous nous avez accueillis comme une sœur, de ce fait nous avons très peu senti la pesanteur de l'absence de nos parents. Malgré la distance nous sommes remplies d'affection. Pour ce travail accompli, nous vous disons grand merci.

Du peuple Camerounais, notre patrie, nous vous sommes reconnaissantes pour la merveilleuse formation de base. Elle est un immense rocher sur lequel nous avons pu nous construire aujourd'hui. Que la paix du Seigneur soit toujours avec nous.

De tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à l'aboutissement de ce travail, sachez que vos noms resteront gravés dans notre cœur. Nous vous témoignons toute notre gratitude.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et directeur de thèse, le Professeur Kampadilemba OUOBA

Vous êtes :

- Professeur titulaire en ORL et chirurgie cervico faciale à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou.
- Chef du service d'ORL et chirurgie cervico faciale du CHU-YO.
- Président de la société burkinabé d'ORL et de chirurgie cervico faciale.
- Colonel Major des forces armées nationales du Burkina Faso.
- Ancien interne des hôpitaux de Dakar.
- Chevalier de l'ordre national.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Malgré vos multiples occupations, vous avez su nous accorder du temps pour la réalisation de ce travail.

Vos connaissances scientifiques et votre dévouement au travail suscitent l'admiration.

Que le Dieu tout-puissant, dont la Grâce surpasse toute grâce, vous comble de ses bénédictions!

A notre maître et président du jury, le Professeur Théodore OUEDRAOGO

Vous êtes :

- Ancien interne des hôpitaux de Dakar.
- Maître de Conférences Agrégé en Anatomie Humaine et Organogenèse à l'UFR/SDS.
- Chirurgien chef de la Polyclinique Notre Dame de la Paix.
- Président de la Société Burkinabè de Chirurgie (SOBUCHIR).
- Chevalier de l'ordre national.

Cher maître,

Nous sommes très touché de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail et de présider notre jury de thèse et ce, en dépit de vos multiples sollicitations.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation. Avec vous, l'anatomie devient une matière simple et agréable à étudier.

Votre simplicité, votre contact facile, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et votre sympathie pour vos étudiants, font de vous un maître estimé et admiré.

Accepté cher maître, notre profonde gratitude et notre sincère reconnaissance.

A notre maître et juge, le Professeur Emile BANDRE

Vous êtes :

- Maître de Conférences Agrégé en Chirurgie Pédiatrique à l'UFR/SDS.
- Chirurgien au service de chirurgie pédiatrique du CHU/CDG.

Cher maître,

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques.

En vous, nous apprécions l'homme de science modeste, simple aux connaissances grandes et diversifiées. En acceptant de siéger dans notre jury de thèse vous continuez de maintenir l'image d'un enseignant disponible et rigoureux dans le travail.

Permettez-nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude.

Que Dieu tout puissant soit toujours au cœur de votre vie et de votre travail.

A notre maître et co-directeur de thèse, le docteur Dieudonné OUEDRAOGO

Vous êtes :

➤ Maître assistant en stomatologie et chirurgie maxillo faciale à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou.

➤ Chef du service de stomatologie et chirurgie maxillo faciale du CHU-YO.

➤ Coordonnateur de la section odontostomatologie à l'UFR /SDS.

Cher maître,

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement théorique en cinquième année de médecine.

Vous nous avez acceptés dans votre service et permis la réalisation de ce travail que vous avez bien voulu codiriger, malgré vos multiples occupations. Vous nous avez donnés le privilège d'approfondir nos connaissances à vos cotés.

Attaché à l'excellence dans la pratique professionnelle, vous constituez pour nous une référence.

Cher maître, nous manquons de mots pour traduire notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Que Dieu vous accorde longue vie et qu'il vous comble de ses grâces infinies!

A notre Maître et juge, le Docteur Yvette M. Chantal GYEBRE

Vous êtes :

- Assistante en Oto-Rhino-Laryngologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou.
- Médecin dans le service d'O.R.L. et de C.C-F du CHU-YO.

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de l'honneur que vous nous faites d'être parmi ce jury de thèse.

Veillez recevoir le témoignage de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble au-delà de vos attentes.

AVERTISSEMENT

Par délibération, l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni aucune improbation.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	
Liste des abréviations et sigles.....	xxviii
Liste des figures	xxx
Liste des tableaux	xxxiii
Introduction et énoncé du problème.....	1
Première partie: Généralités.....	4
I- Anatomie descriptive	5
I.1.La région labiale	8
A.La peau	9
B.Le plan musculaire.....	9
C.La couche glandulaire.....	9
D.La muqueuse.....	10
I.2 La région palatine	10
A.La muqueuse.....	10
B.La couche glandulaire.....	10
C. La couche ostéo-fibreuse et musculaire.....	11
I.3La région nasale	11
I.4 La cavité orale.....	13
II- Vascularisation et innervation de l'étage moyen de la face.....	13
II.1. Les artères.....	14
II.2 Les veines	15
II.3 Les lymphatiques	15
II.4 L'innervation	15
III- Embryologie faciale et anomalies.....	16
III.1 Embryologie faciale	16
III.2 Anomalies de l'embryologie faciale	21
IV- Ethiopathogénie des fentes faciales.....	23
V- Physiologie de la cavité orale.....	24
V.1 Rôle fonctionnel	24
V.2 Rôle esthétique	26
VI- Classifications et formes anatomocliniques des fentes labiopalatines	26

VII- Traitement.....	29
Deuxième partie: Notre étude.....	34
I.OBJECTIFS	36
II.METHODOLOGIE	38
III.RESULTATS	44
IV.COMMENTAIRES	60
Limites de l'étude.....	60
Aspects sociodémographiques	60
Fréquence	60
Sexe	61
Age des patients au moment de la consultation	62
Groupe socio professionnel et revenu mensuel du chef de famille.....	63
Origine.....	64
Mode de consultation	64
Données cliniques	65
Répartition selon le type anatomo clinique	65
Distribution des patients en fonction du sexe et du type anatomoclinique	65
Répartition selon le siège	66
Distribution des patients selon le sexe et le siège	67
Association poly malformative	67
Données thérapeutiques.....	68
La technique opératoire.....	68
Les complications.....	69
Distribution des patients en fonction de la technique opératoire utilisée et les complications	69
Résultats fonctionnels post opératoires immédiats	70
CONCLUSION.....	72
SUGGESTIONS	74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	77
Fiche de collecte.....	II
ICONOGRAPHIES	VI
RESUME.....	XII

**LISTE DES ABREVIATIONS ET
SIGLES**

Liste des abréviations et sigles

Arr	: arrière
Avt	: avant
CHR	: centre hospitalier régional
CHU	: centre hospitalier universitaire
CHU-SS	: centre hospitalier universitaire Sourou Sanou
CHU-YO	: centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
CMA	: centre médical avec antenne chirurgicale
CMF	: chirurgie maxillo faciale
Ht	: haut
ORL	: oto rhino laryngologie
UFR/SDS	: Unité de formation et de recherche des sciences de la santé.
SMIC	: Salaire minimum interprofessionnel de croissance.

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 1 : Les trois étages de la face.....	5
Figure 2 : Les éléments osseux constitutifs du massif facial. Vue Ant.....	6
Figure 3 : Les éléments osseux constitutifs du massif facial. Vue Lat.....	7
Figure 4 : Coupe sagittale de la cavité orale.....	13
Figure 5 : Les bourgeons faciaux et leur développement.....	18
Figure 6 : Le cloisonnement de la bouche primitive.....	20
Figure 7 : La fente embryonnaire et son évolution.....	22
Figure 8 : Formes cliniques des fentes labiopalatines.....	28
Figure 9 : Description de quelques techniques opératoires.....	32
Figure 10 : Description de quelques techniques opératoires.....	33
Figure 11 : Répartition des patients selon l'année	44
Figure 12 : Répartition des patients par tranche d'âge.....	45
Figure 13 : Répartition des patients selon le type anatomoclinique.....	50
Figure 14 : Répartition des patients selon les résultats	

fonctionnels.....	57
Figure 15 : Fente labioalvéolaire droite.....	VI
Figure 16 : Fente labioalvéolaire droite	VI
Figure 17 : Fente labioalvéolaire droite après réparation par la technique de Skoog modifiée.....	VII
Figure 18 : Fente unilatérale droite après réparation par la technique de Skoog modifié.....	VII
Figure 19 : Fente totale unilatérale gauche.....	VIII
Figure 20 : Fente totale unilatérale gauche.....	VIII
Figure 21 : Fente totale unilat gche après réparation par la technique de Skoog modifié	IX
Figure 22 : Fente unilatérale droite avec tracé de Millard.....	X
Figure 23 : Fente unilatérale droite après réparation par la technique de Millard modifié.....	X

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon le groupe socio professionnel des parents	46
Tableau II : Répartition des patients selon le revenu mensuel du chef de famille.....	47
Tableau III : Répartition des patients selon le lieu de résidence	48
Tableau IV : Répartition des patients selon le groupe ethnique	49
Tableau V : Distribution des patients en fonction du sexe et du type anatomoclinique.....	51
Tableau IX : Répartition des fentes faciales selon le siège.....	52
Tableau X : Distribution des patients selon le sexe et le siège de la fente.....	53
Tableau XI : Répartition des patients selon la technique opératoire utilisée.....	54
Tableau XII : Distribution des patients en fonction des complications et de la technique opératoire utilisée.....	55
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des suites opératoires.....	56
Tableau XIV : Répartition des patients selon les résultats fonctionnels.....	57
Tableau XV : Répartition des patients en fonction des résultats cliniques.....	58

**INTRODUCTION/ ENONCE DU
PROBLEME**

Introduction et énoncé du problème

Dans les pays en voie de développement et particulièrement en Afrique subsaharienne, les problèmes de santé se posent avec acuité. Les maladies infectieuses de loin les plus fréquentes et les plus curables ont conduit à la mise en place de programmes sanitaires en vue de les maîtriser. A côté des maladies infectieuses, il y a les maladies non transmissibles et les pathologies congénitales. Si les premières ont une morbidité élevée (maladies infectieuses avec 43% de décès en Afrique [5]), les pathologies malformatives handicapent sérieusement la qualité de vie des patients. Parmi ces pathologies malformatives, les fentes faciales sont non négligeables de part leur handicap fonctionnel et esthétique qu'elles occasionnent. En France, cette embryopathie est fréquente puisqu'elle touche environ un enfant sur 800 naissances. Les problèmes liés à leur prise en charge dans les pays du Nord ne se posent plus du fait d'un plateau technique équipé, d'un personnel de santé compétent, et d'une couverture sanitaire bien étendue. Tel n'est pas le cas dans les pays du tiers monde, encore moins au Burkina Faso où la couverture sociale est inexistante et la couverture sanitaire limitée.

En effet le Burkina Faso ne compte que trois formations sanitaires universitaires de renommée notamment celui du CHU SOURO SANOU à Bobo Dioulasso, du CHU YALGADO OUEDRAOGO et du CHU Pédiatrique CHARLES DE GAULLE à Ouagadougou et neufs centres hospitaliers régionaux pour une population estimée à près de quatorze millions d'habitants selon le recensement 2007 [22]. C'est dans le souci d'une contribution à la prise en charge de ces pathologies omniprésentes que sont souvent organisées des missions humanitaires chirurgicales maxillo faciales dans nos pays.

La fente labio-palatine est une malformation congénitale qui intéresse la lèvre supérieure et/ou l'arcade dentaire et/ou le palais et/ou le voile [28]. Elles résultent d'un défaut d'accolement avec ou sans hypoplasie d'un ou de plusieurs bourgeons faciaux. Elles affectent non seulement la morphologie faciale, mais aussi la fonction oro-faciale aggravant le retentissement social et psychologique de la malformation [43]. Il existe plusieurs formes cliniques de fentes faciales (les fentes du palais primaire, les fentes du palais secondaire et les fentes labio-palatines totales). Les fentes labio-palatines sont de loin les plus fréquentes et concernent en moyenne une naissance sur 750 avec des causes qui sont multifactorielles [43].

Obtenir une physionomie et une parole normales tout en préservant la qualité de vie sont les objectifs du traitement des sujets porteurs de fente labiale et/ou palatine [3]. Si ces objectifs sont les mêmes pour tous, les moyens d'y parvenir varient d'un centre à l'autre. Les points de consensus et de diverses opinions sont largement évoqués dans les discussions [27]. En 2002, Kone Deborah [23] a étudié la prise en charge des fentes labiales dans le service d'otorhinolaryngologie du CHUYO. Un grand nombre d'enfants porteurs de fente labio-palatine ne sont pas opérés dans nos pays en voie de développement, faute de chirurgiens, de structures, de moyens financiers parfois et d'une méconnaissance des offres de soins.

Les missions humanitaires ont permis à beaucoup d'entre eux d'obtenir cette réparation tant attendue [42].

Ainsi la prise en charge des fentes faciales requiert une équipe spécialisée multidisciplinaire depuis la naissance jusqu'à la fin de la croissance [23]. Cette équipe multidisciplinaire associe le stomatologiste chirurgien maxillo facial, l'orthodontiste, le prothésiste, l'orthophoniste, mais aussi le pédiatre, l'otorhinolaryngologiste et le psychologue.

C'est dans ce contexte que nous étudierons ainsi les particularités de la prise en charge des fentes faciales au cours des missions humanitaires organisées par le foyer d'accueil de la Maison de Fati dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso.

PREMIERE PARTIE: GENERALITES

I- Anatomie descriptive

La face est anatomiquement décrite entre la ligne capillaire en haut et une ligne horizontale passant par la pointe du menton en bas. Elle se divise en trois étages (Fig. 1) :

L'étage supérieur

L'étage moyen

L'étage inférieur.

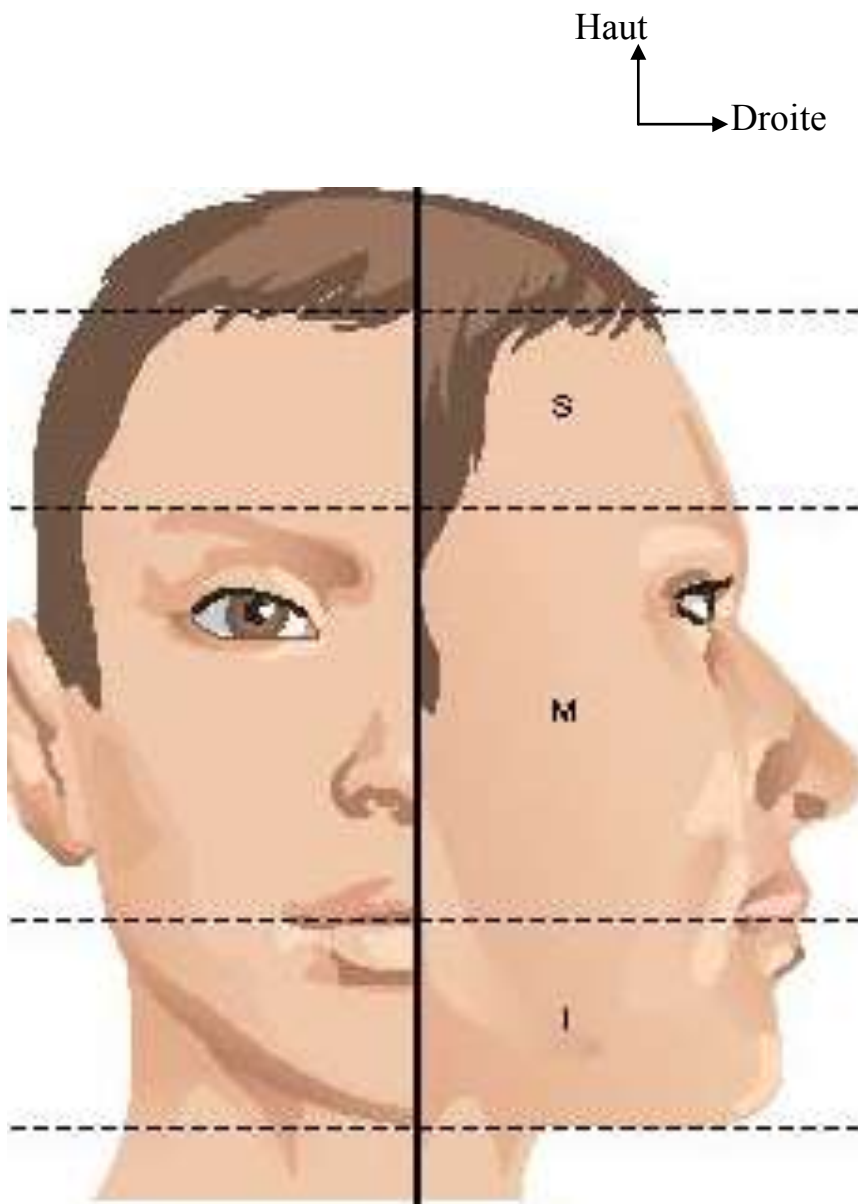


Figure 1 : Les trois étages de la face. Université médicale virtuelle francophone. [43]

Dans le cadre de notre étude, nous décrivons l'étage moyen qui est le siège des fentes faciales congénitales.

Le massif facial est la région comprise entre le plan d'occlusion et la base du crane. Il est composé d'un ensemble de 13 os formant une structure anatomique fixe. On distingue six os pairs et un os impair : le maxillaire, l'os zygomatique, l'os propre du nez, le palatin, l'unguis, le cornet inférieur et le vomer prolongeant en arrière le cartilage de la cloison nasale.

Haut

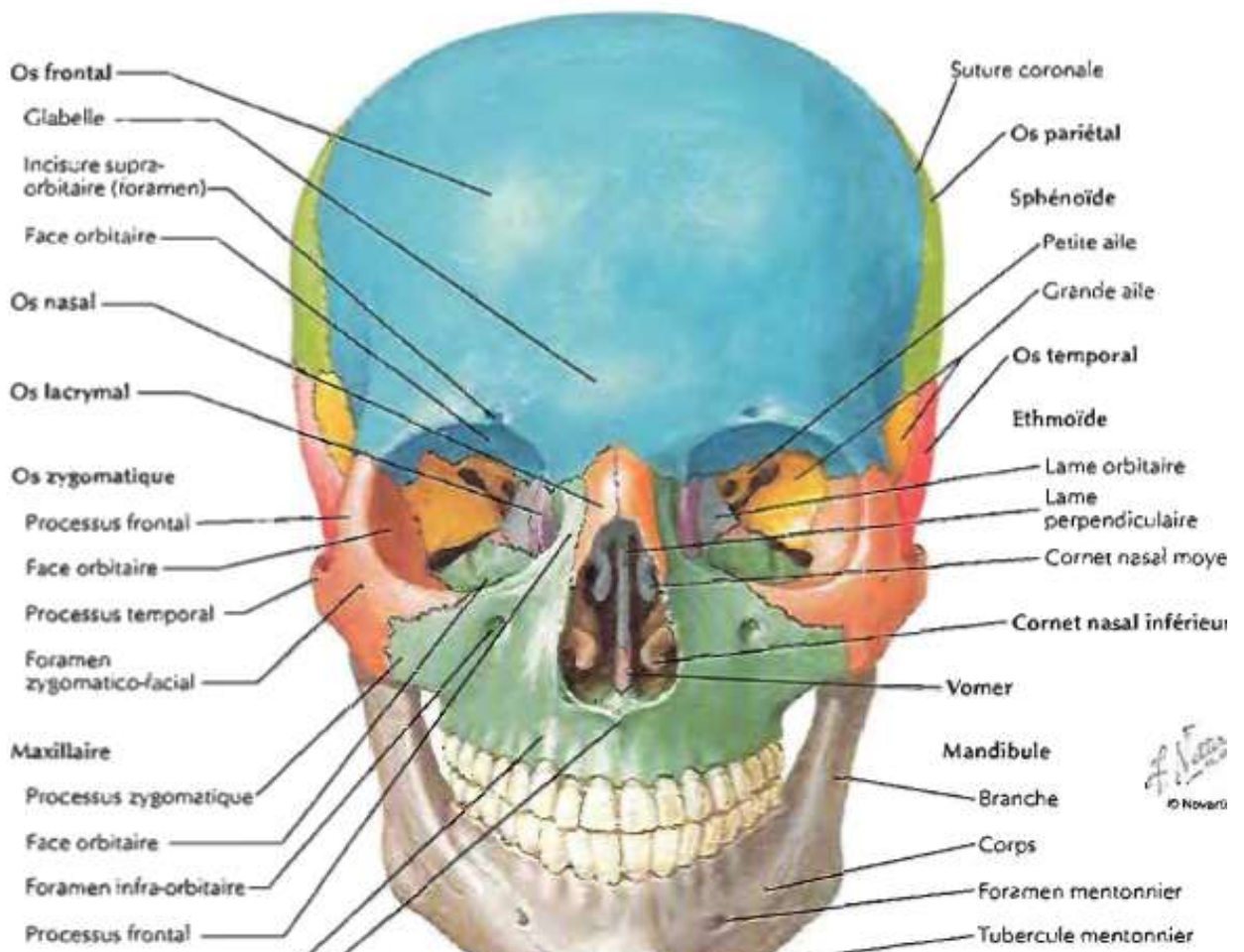
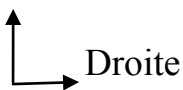


Figure 2. Vue antérieure de la tête osseuse. [30]

Haut
 ↕
 Arrière

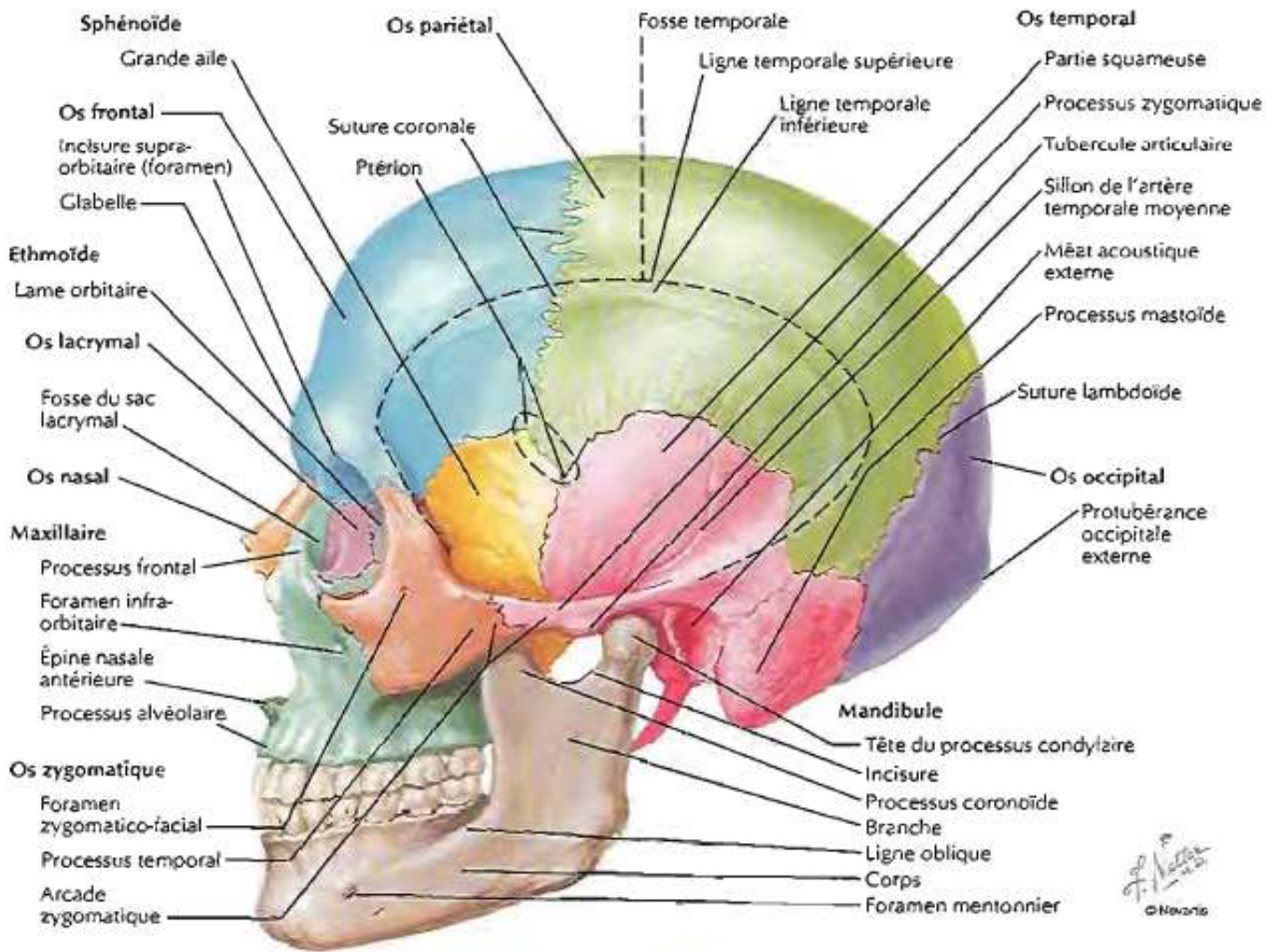


Figure 3. Vue latérale de la tête osseuse. [30]

Ces structures osseuses qui constituent la charpente squelettique du massif facial circonscrivent des cavités qui sont : les fosses nasales, les sinus maxillaires, la cavité orbitaire et la cavité orale.

Cet ensemble anatomique présente à décrire plusieurs régions :

- Une région orbitaire
- Une région nasale
- Une région labiale
- Une région génienne
- Une région palatine
- La cavité orale.

Pour notre travail, nous décrirons les régions nasales, labiale, palatine et la cavité orale qui sont le siège des fentes labio alvéolopalatines.

I.1.La région labiale

Elle est composée de deux lèvres : l'une supérieure et l'autre inférieure. Les lèvres sont deux replis musculo-membraneux, mobiles, qui forment la paroi antérieure de la cavité orale et circonscrivent l'orifice orale. Sa limite est : en haut la base du nez, en bas le sillon mentolabial, sur les cotés le sillon naso labio génien.

Chaque lèvre présente une face supérieure ou cutanée, une face postérieure ou muqueuse et un bord libre. Leurs extrémités externes réunies forment les commissures.

On remarque sur la face antérieure de la lèvre supérieure le sillon sous nasal ou philtrum, dont l'extrémité inférieure répond à un tubercule médian du bord libre de la lèvre.

La face postérieure de la lèvre est reliée sur la ligne médiane à la gencive correspondante par un repli muqueux : le frein. Enfin le bord libre est saillant au milieu de la lèvre supérieure et déprimé sur la partie médiane de la lèvre inférieure. L'harmonie des lignes de cette région encore appelée arc de Cupidon ou ligne cutanéomuqueuse est un élément essentiel dans le traitement des fentes labiales.

La lèvre supérieure peut être parfois le siège d'une fissure médiane ou latérale, consécutive à l'absence de soudure ou à une soudure incomplète des bourgeons qui contribuent à former le maxillaire supérieur. Cette malformation est appelée la fente labiale.

Les lèvres sont constituées de peau, de plan musculaire, de couche glandulaire et de muqueuse.

A. La peau

Elle est épaisse, très adhérente aux muscles sous-jacents. Elle renferme des glandes sudoripares, des follicules pileux et des glandes sébacées.

B. Le plan musculaire

Sous la peau, on trouve des muscles étroitement unis au derme cutané sur lequel ils s'insèrent. Ces muscles sont les uns dilatateurs, les autres constricteurs.

La physiologie de ces différents petits muscles doit être prise en compte dans la technique réparatrice des fentes labiales.

C. La couche glandulaire

Au dessous du plan musculaire, on rencontre, dans du tissu cellulaire peu dense, une couche de petites glandes salivaires : les glandes salivaires accessoires.

D.La muqueuse

La muqueuse soulevée par les glandes sous-jacentes, a un aspect mamelonné. Elle est rouge ou rosée et assez adhérente à la couche glandulaire.

Au cours de l'intervention chirurgicale, la ligne de séparation cutanéomuqueuse doit être respectée.

I.2 La région palatine

Elle forme à la fois la paroi supérieure de la cavité buccale et la cloison ostéomembraneuse qui sépare cette cavité des fosses nasales.

Elle est constituée en avant par la voûte du palais et en arrière par le voile du palais.

La région palatine est limitée par l'arcade dentaire supérieure dans toute l'étendue de la voûte palatine. Elle se termine en arrière par un bord libre.

La région palatine est parfois le siège d'une fissure qui peut prolonger la fente labiale d'avant en arrière, jusqu'au bord postérieur du voile du palais.

Cette région est constituée par la muqueuse, la couche glandulaire, la couche ostéo-fibreuse et musculaire.

A.La muqueuse

Toute la face inférieure de la région glandulaire est revêtue par la muqueuse buccale.

B.La couche glandulaire

On trouve au dessous de la muqueuse et faisant corps avec elle, de chaque côté du raphé médian, une couche glandulaire dont l'épaisseur croît graduellement d'avant en arrière jusqu'au voile du palais où elle s'amincit.

C. La couche ostéo-fibreuse et musculaire

La muqueuse et les glandes répondent au périoste et au squelette de la voute palatine en avant, à l'aponévrose et aux muscles du voile en arrière.

La voute palatine osseuse est prolongée en arrière, dans la moitié antérieure du voile du palais, par une lame fibreuse : l'aponévrose palatine.

I.3La région nasale

Sous l'auvent nasal (pyramide nasale), les fosses nasales sont deux cavités anfractueuses, séparées l'une de l'autre par une cloison sagittale: le septum nasal, et situées au dessus de la cavité orale, au dessous de la cavité crânienne, en dedans des fosses orbitaires. Par l'intermédiaire des orifices antérieurs ou narines, les fosses nasales communiquent avec l'extérieur. Elles s'ouvrent d'autre part en arrière dans le pharynx par les choanes.

De plus, les fosses nasales sont en communication avec de nombreuses cavités pneumatiques : les sinus de la face.

Constitution de la région nasale :

On distingue à la charpente osseuse des fosses nasales quatre parois :

- ✓ La paroi externe qui est rendue très irrégulière par la présence des cornets et des méats. Les cornets sont au nombre de trois: de bas en haut, le cornet inférieur, moyen et supérieur, les deux derniers appartiennent à l'ethmoïde. Parfois l'on en compte un quatrième qui est le cornet de SANTORINI. Chacun des cornets limite avec la partie correspondante de la paroi externe un méat, les méats sont également au nombre de trois, parfois quatre.

- ✓ La paroi supérieure qui est le toit, a la forme d'une gouttière antéropostérieure.

- ✓ La paroi interne ou cloison est complétée en bas et en avant par le cartilage de la cloison qui occupe l'angle formé par le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

- ✓ La paroi inférieure a elle aussi l'aspect d'une gouttière allongée d'avant en arrière, elle est plus large que la gouttière supérieure.

Les parois des fosses nasales sont revêtues par une muqueuse très adhérente, appelée la muqueuse pituitaire. Elles se continuent en avant par deux cavités légèrement dilatées, les narines ou vestibules des fosses nasales. Les narines, elles ont un revêtement cutané.

La fente labiale retentit sur la statique du nez avec notamment un déroulement de l'aile du nez et réalise lorsque le palais est intéressé un hiatus bucco-nasal qui majore les troubles de la déglutition.

I.4 La cavité orale

Limitée en avant par le sphincter labial, la cavité orale s'ouvre en arrière sur l'axe aérodigestif du pharynx.

Haut

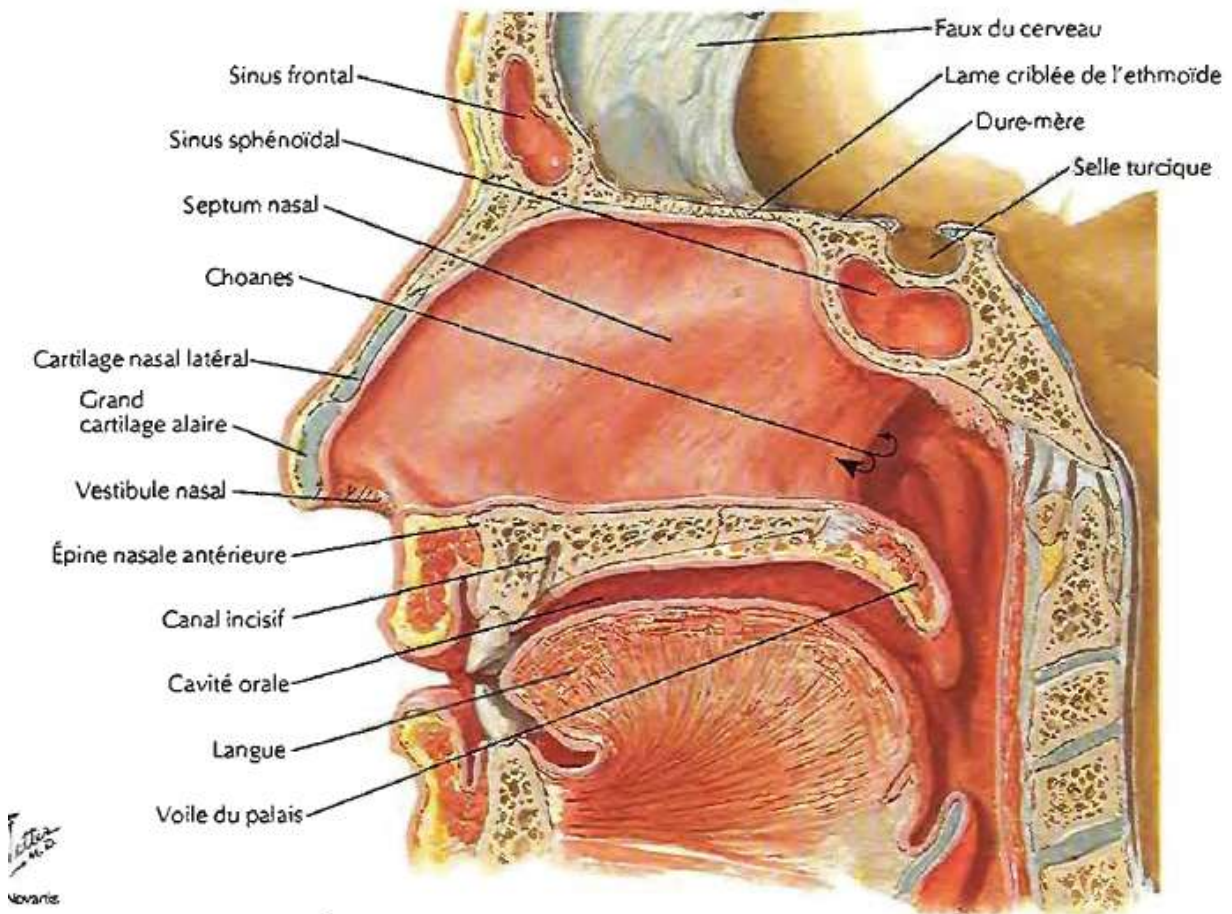
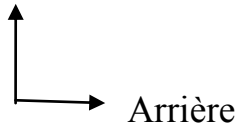


Figure 4. Coupe sagittale de la cavité orale selon Netter. [30].

En haut, le palais dur sépare la cavité orale des fosses nasales dont le plancher est parallèle au palais. Plus en postérieure, le voile, structure musculaire complexe, est l'élément indispensable à la formation des sons. L'incompétence vélo pharyngée se traduisant par une voix nasonnée.

La langue occupe l'espace de cette cavité orale, dans la concavité de l'arche mandibulaire dont elle est séparée par le plancher oral, puis la gencive.

Les joues constituent les parois latérales.

II- Vascularisation et innervation de l'étage moyen de la face.

II.1. Les artères

La carotide primitive occupe la partie interne du paquet vasculo nerveux du cou. La bifurcation de la carotide primitive en carotides interne et externe se produit ordinairement à un centimètre au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. La carotide externe donne de multiples collatérales dont le nombre varie de 4 à 12. Les principales sont: la faciale, la thyroïdienne supérieure, la linguale, la pharyngienne ascendante, l'auriculaire postérieure et le maxillaire interne. L'étage moyen de la face est essentiellement vascularisé par l'artère faciale et ses branches. La richesse vasculaire du nez provient du carrefour bi carotidien (la carotide interne/carotide externe) par l'intermédiaire des vaisseaux ethmoïdaux antérieurs et sphéno-palatins. Les artères des fosses nasales sont les artères ethmoïdales antérieure et postérieure, branches de l'artère ophtalmique, la palatine supérieure, la sphéno-palatine et la ptérygo-palatine, branches de l'artère maxillaire interne.

II.2 Les veines

Elles suivent les mêmes trajets que les artères et se déversent de chaque côté dans les gros troncs veineux de la base du cou par six veines principales qui sont: les veines jugulaire interne et externe, antérieure, postérieure et les veines thyroïdiennes inférieures.

II.3 Les lymphatiques

Les ganglions de la face sont représentés par le cercle ganglionnaire péri cervical de POIRIER. Il comprend de chaque côté cinq groupes ganglionnaires : occipital, mastoïdien, parotidien, sous maxillaire, et sous mental. Les lymphatiques de la région nasale se jettent dans les ganglions rétro-pharyngiens et les ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne.

II.4 L'innervation

a. L'innervation motrice

- Les muscles peauciers sont sous l'obédience du nerf facial (VII paire crânienne)
- Les muscles masticateurs sont innervés par le nerf trijumeau (Ve paire crânienne)
- L'élévateur de la paupière supérieure est assuré par le nerf oculomoteur (IIIe paire crânienne).

b. L'innervation sensitive

Elle est presque entièrement assurée par le trijumeau (V1, V2, V3) ; seuls le pavillon auriculaire et la région angulo-mandibulaire dépendent du plexus cervical.

Cette grande vascularisation et innervation de la face rend la chirurgie réparatrice des fentes faciales très précise.

III- Embryologie faciale et anomalies

III.1 Embryologie faciale

Au cours de la troisième semaine intra-utérine, on assiste à une ségrégation des premières lignées cellulaires aboutissant par arrangement temporo-spatial à la mise en place des trois feuillets et de leur polarité céphalo-caudale :

- L'ectoblaste ou ectoderme
- Le chordomésoblaste ou mésoderme
- L'entoblaste ou entoderme ou épiblaste

Le chordomésoblaste induit l'ectoblaste susjacent à devenir le tissu neuroblastique déterminé à son tour à devenir la plaque neurale. En bordure de la plaque neurale l'épiblaste et les crêtes neurales vont s'individualiser.

Au début de la quatrième semaine, l'extrémité céphalique de l'embryon est grossièrement arrondie. Peu à peu, se développent des renflements (les bourgeons faciaux) qui s'organisent autour d'une dépression : le stomodéum (bouche primitive) qui est provisoirement obturé par la membrane pharyngienne.

Ces bourgeons sont constitués de tissu mésenchymateux (au sein duquel se développent les structures cartilagineuses, musculaires et osseuses) et d'un revêtement épiblastique.

Vers la cinquième semaine (Fig. 2a, 2b), on distingue :

- Le bourgeon frontal (BF), médian, présentant latéralement trois paires de différenciation épithéliale : les placodes olfactives, optiques et otiques.

Ce bourgeon donnera à partir de la sixième semaine les bourgeons nasaux internes (BNI) et les bourgeons nasaux externes (BNE) droits et gauches, séparés par le processus naso-frontal (PNF)

- les deux bourgeons maxillaires (BMS)
- les deux bourgeons mandibulaires ou maxillaires inférieurs (BMI) issus du premier arc branchial.

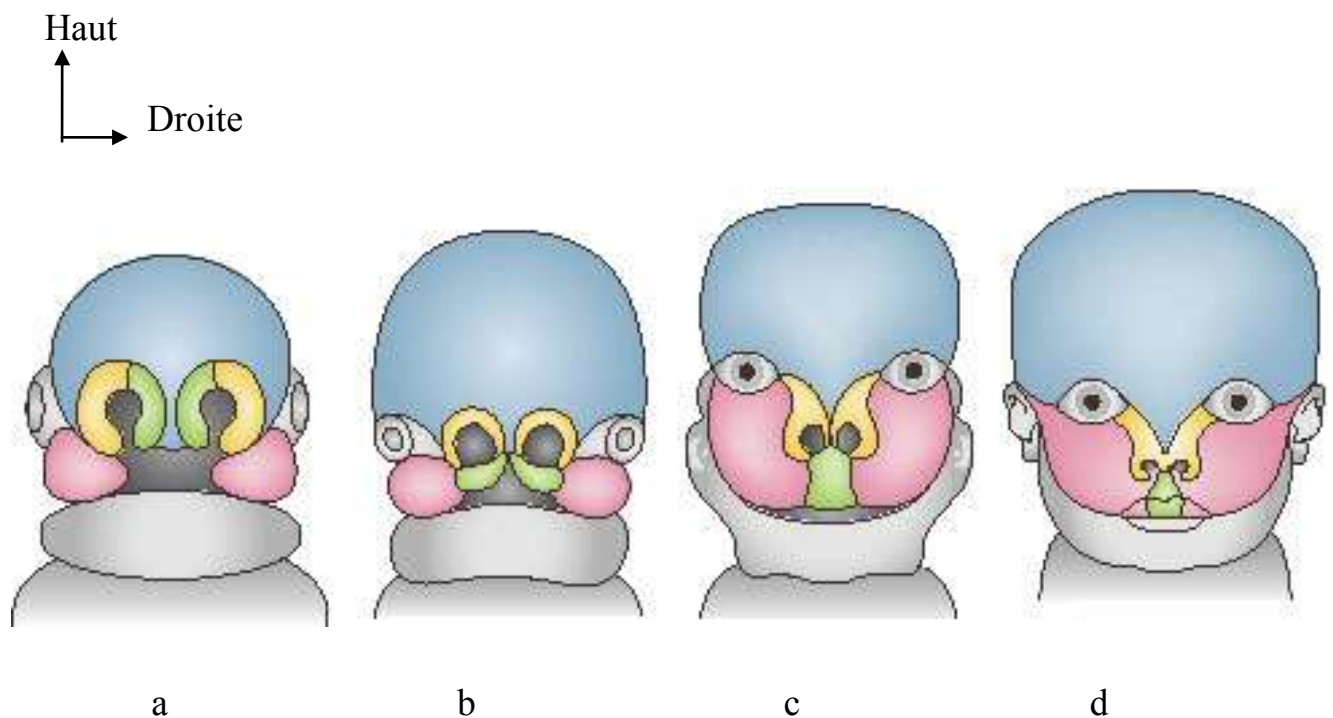


Figure 5. Les bourgeons faciaux et leur développement :

5a. 3 semaines.

5b. 7 semaines.

5c. 10 semaines.

5d. Face constituée.

Université médicale virtuelle Francophone. [43].

Ces bourgeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour des placodes sensorielles et du stomodéum. Ils tendent à fusionner par phénomènes de confluence et de soudure jusqu'au troisième mois (Fig. 5c, 5d). Si une anomalie survient pendant cette période, elle entraînera une malformation.

Le cloisonnement de la bouche primitive se fait par la fusion sur le plan médian des bourgeons nasaux et maxillaires supérieurs, qui vont former à la partie antérieure de la bouche primitive le palais primaire (I) vers la septième semaine.

En même temps, se développent une lame médiane (la cloison nasale) et deux lames latérales (les processus palatins) qui fusionnent pour donner le palais secondaire (II) après abaissement de la langue entre la septième et la dixième semaine (Fig. 5). Au niveau céphalique le revêtement épiblastique deviendra la peau de la tête et du cou, mais dans certaines régions de ce revêtement existent des épaisissements appelés placodes :

- ✓ Les placodes optiques
- ✓ Les placodes épibranchiales
- ✓ Les placodes olfactives qui deviendront les nerfs olfactifs autour desquels se développent les bourgeons nasaux interne et externe.

Les bourgeons nasaux interne et externe proviennent du bourgeon frontal.

Au cours de la sixième semaine, les bourgeons maxillaires viennent en contact avec les bourgeons nasaux interne et externe. Ces contacts fusionnels ectodermiques constituent le mur épithélial de HOCHSLTER. Sa disparition aboutira à la constitution d'un massif cellulaire mésenchymateux qui est le palais primaire. Le palais primaire donnera le foramen incisif, la lèvre supérieure, l'arcade alvéolaire et le seuil narinaire.

Au cours de la septième semaine, les bourgeons maxillaires continuent leur développement volumétrique en arrière du palais primaire et viennent en un contact médian toucher l'éperon descendant du septum du bourgeon nasal et former ainsi le palais secondaire. Le palais secondaire donnera le palais définitif, le voile et une partie du septum nasal.

L'absence de résorption cellulaire quelle qu'en soit la cause est responsable de la persistance de l'ectoderme sur ces bourgeons. Cet ectoderme se différencie en derme et en épiderme, ce qui aboutira à la formation d'une fente labiale ou labiopalatine.

Haut
↑
→ Droite

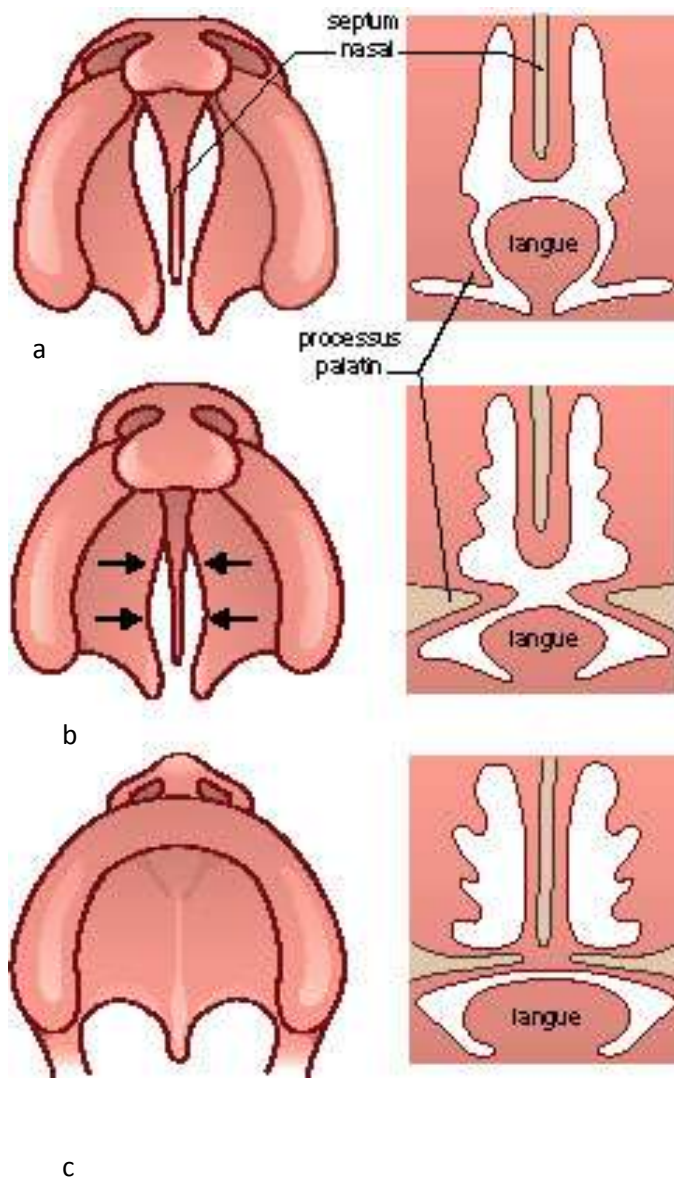


Figure 6. Le cloisonnement de la bouche primitive :

6a. 7 semaines.

6b. 8 semaines.

6c. 10 semaines.

Université médicale virtuelle Francophone. [43]

III.2 Anomalies de l'embryologie faciale

Une anomalie de formation et soudure des bourgeons va être à l'origine de malformations plus ou moins complexes.

3.2.1. Les fentes faciales

Elles résultent d'un défaut d'accolement avec ou sans hypoplasie d'un ou plusieurs bourgeons faciaux. Elles affectent gravement non seulement la morphologie faciale, mais aussi la fonction oro-faciale, aggravant le retentissement social et psychologique de la malformation. Certaines fentes faciales sont rares comme le colobome (fente entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon nasal externe), la macrostomie (fente entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon maxillaire inférieur). D'autres sont plus fréquentes ; ce sont les fentes labiopalatines.

3.2.2. Les fentes labiopalatines (Fig. 7)

La présence des fentes labiopalatines, (en fait labio-maxillo-palatines), anomalie de formation du palais primaire et/ou du palais secondaire a une double conséquence :

- morphologique, avec la possibilité de déformation faciale du nez, de la lèvre supérieure, de l'arcade alvéolaire et du palais se modifiant avec la croissance
- fonctionnelle, par interruption des sangles musculaires des lèvres, du voile du palais et de l'oropharynx.

Ainsi, il existe selon les formes cliniques des troubles de la respiration, de la phonation, de la déglutition, de l'audition et de l'éruption dentaire.

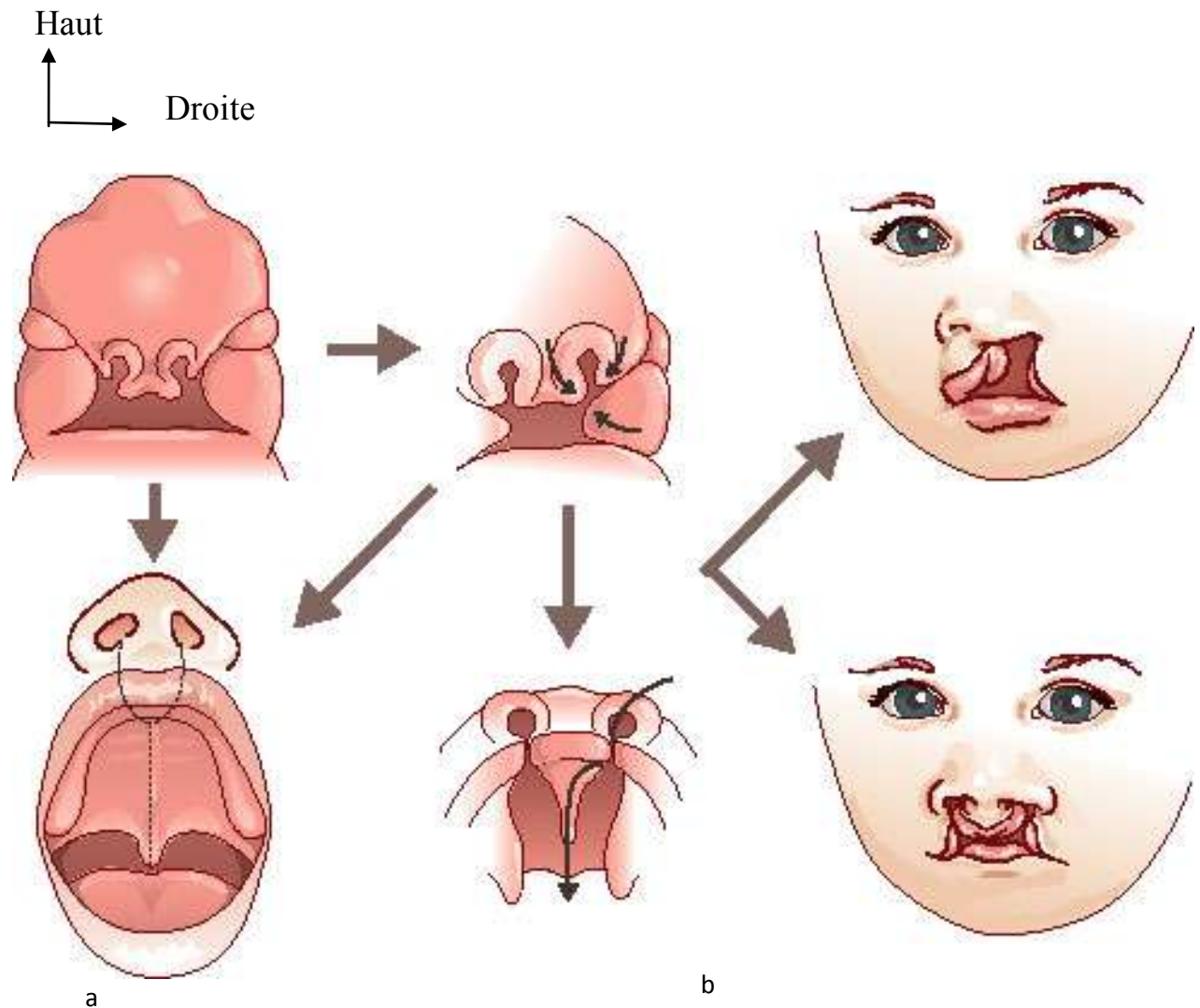


Fig. 7. La fente embryonnaire et son évolution :

7a. évolution normale par confluence des bourgeons faciaux.

7b. absence de confluence responsable de fente uni- ou bilatérale.

Université médicale virtuelle Francophone. [43].

IV- Ethiopathogénie des fentes faciales

Pour que le développement embryonnaire de la face ait lieu dans de bonnes conditions, il faut :

- ✓ Des comportements corrects des cellules en développement.
- ✓ Des bourgeons faciaux dont le développement volumétrique soit suffisant pour permettre leur fusion.
- ✓ Que l'ectoderme de surface des bourgeons soit compétent pour la résorption cellulaire après la fusion.
- ✓ Que le liquide amniotique baignant l'embryon présente des propriétés physico-chimiques permettant le contact fusionnel des bourgeons et la résorption cellulaire.

Quand une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies, il s'en suit alors la formation de fentes faciales. Deux hypothèses sont admises actuellement :

1. Une fente peut être primitive, c'est alors un défaut de coalescence des bourgeons faciaux entre eux, c'est la déhiscence primitive.
2. Il existe une formation « secondaire » de la fente. Les bourgeons faciaux s'accolent, mais la résorption cellulaire ne se fait pas. Il intervient alors une déhiscence secondaire. L'épiblaste se résorbe ensuite et la fente se crée.

Les facteurs étiologiques incriminés dans la genèse des fentes faciales sont multiples et intriqués. Mais le mécanisme d'action reste souvent inconnu [7].

- Facteurs raciaux et ethniques : l'incidence des fentes labiales varie selon les races et dans la même race selon l'ethnie. En effet elle est de 2,1 pour

1000 naissances vivantes chez les japonais, 1,7 chez les chinois, 1 chez les Caucasiens, 0,3 chez les noirs américains [7].

- Facteurs sexuels : les fentes labiales seules ou associées sont fréquemment rencontrées chez les garçons [7].
- Facteurs maternels : l'épilepsie, dont la fréquence des crises et le traitement est mise en cause [15]. L'alcool, la fièvre ainsi que l'anémie maternelle agissent indirectement par carence en acide folique.
- Facteurs génétiques : il n'existe pas de consensus sur les causes génétiques des fentes labiopalatines.

Cependant la théorie multifactorielle est habituellement retenue. Le risque chez les apparentés du premier degré est 40 fois plus élevé que dans la population normale [6].

V- Physiologie de la cavité orale [23]

Les lèvres et la cavité orale ont un double rôle: fonctionnel et esthétique.

V.1 Rôle fonctionnel

❖ **Alimentation** [39]: Le mécanisme de la déglutition comporte plusieurs temps successifs: oral, pharyngien et œsophagien.

Le temps oral constitue une phase préliminaire. La bouche étant close, les lèvres et les dents rapprochées, le contenu oral préalablement mastiqué et salivé, est rassemblé et comprimé sur la face dorsale de la langue. Il s'engage dans l'isthme du gosier.

Durant le second temps, le bol alimentaire ayant franchi l'isthme du gosier aborde l'isthme pharyngo-nasal. La voie digestive s'ouvre tandis que la voie aérienne se ferme. L'occlusion du larynx est suivie de la fermeture de la cascade de la glotte, des bandes vestibulaires et aryténoïdes puis le rabattement de l'épiglotte qui renforce la fermeture de la glotte. La fermeture effectuée, le bol alimentaire se divise et glisse dans les deux gouttières pharyngo-laryngées, et progresse ainsi dans le pharynx.

Le dernier temps est pharyngo-oesophagien. Au moment de la déglutition, le sphincter de la bouche de l'œsophage qui est normalement fermé se relâche et laisse passer le bol alimentaire. L'onde péristaltique le conduit vers l'estomac.

Les lèvres et la cavité orale ont une part importante dans la déglutition, elles permettent la mastication et la salivation des aliments. Elles empêchent le passage des aliments de la cavité orale vers les fosses nasales. Donc leur intégrité est indispensable au bon fonctionnement du phénomène de digestion.

❖ **Langage [39]**: Le larynx produit le son fondamentale. Ce son est modulé par les cavités de résonance sus laryngées (le pharynx, la bouche, le nez et les sinus) pour donner la voix. Les lèvres sont des points d'articulation des phonèmes et consonnes. L'articulation du son et de la voix dans la bouche donne la forme des mots dont l'ordonnance fait le langage. L'intégrité de la cavité orale et du nez permet donc le langage et la communication.

❖ **Vie affective [38]**: L'effet érogène des lèvres n'est pas négligeable. Elles contribuent directement au baiser. La présence de fente labiale dans une certaine mesure perturbe la vie psychoaffective et sexuelle du patient.

V.2 Rôle esthétique

Les lignes du visage et en particulier la ligne cutanéomuqueuse des lèvres et du philtrum présentent une grande importance dans la beauté du visage. Les lèvres jouent un rôle capital dans la mimique. Elles expriment la tristesse, la joie, le dédain. Leur malformation donne au visage un aspect disgracieux ayant entraîné l'utilisation par certains sobriquets péjoratifs tels que le « bec de lièvre », « gueule de loup » [9]. Cet aspect inesthétique du visage retentit sur le développement psychologique de l'individu et rejaillit souvent sur sa vie scolaire, sociale, professionnelle. La chirurgie réparatrice est alors véritablement salvatrice.

VI- Classifications et formes anatomocliniques des fentes labiopalatines .

Il existe des formes plus ou moins complètes, plus ou moins symétriques, uni ou bilatérales. On les classe en fentes du palais primaire en avant du canal nasopalatin et fentes du palais secondaire en arrière du canal nasopalatin.

- ✓ Fente du palais primaire ou labio-maxillaire : Elle relève d'un défaut d'accolement des bourgeons nasaux et du bourgeon maxillaire.

La forme unilatérale complète associe une ouverture du seuil narinaire, de la lèvre supérieure et de l'arcade alvéolaire (dans la région de l'incisive latérale) jusqu'au canal palatin antérieur (région du prémaxillaire). Les berges de la fente sont plus ou moins décalées en fonction des tractions musculaires et du degré d'hypoplasie des bourgeons.

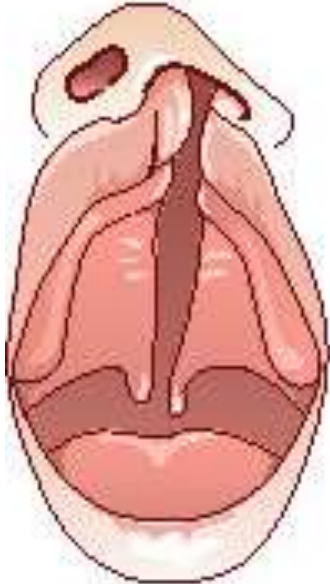
La forme bilatérale isole un bourgeon médian (ou prémaxillaire) porté en avant par le vomer ; il est constitué du tubercule labial médian et du secteur alvéolaire correspondant aux incisives centrales et latérales. Ce bourgeon médian est souvent décalé en avant par rapport aux deux berges externes de la fente.

- ✓ Fente du palais secondaire ou fente (division) palatine : dans ce cas, la fente est médiane, allant du canal palatin antérieur à la luvette et faisant communiquer largement la cavité orale avec les fosses nasales par défaut d'accolement des deux lames palatines. Il existe des formes partielles suspectées en cas de luvettes bifides ; ce sont les fentes du voile (fentes vélaires ou fentes sous-muqueuses) ; il est important de les dépister dès la naissance, car elles peuvent entraîner des troubles fonctionnels.

- ✓ Fente labio-maxillo-palatine totale : uni- ou bilatérale, elle associe de façon plus ou moins complète les deux formes précédentes.

Haut
↑
Droite →

Les fentes complètes

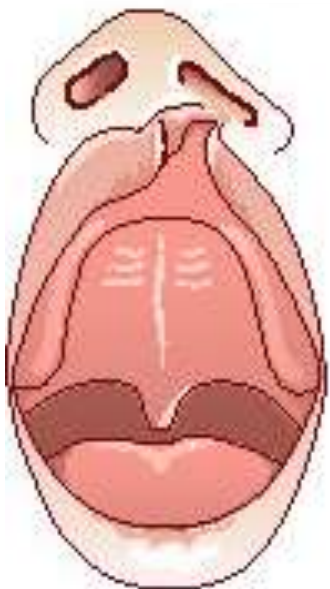


Fente unilatérale



Fente bilatérale

Les fentes incomplètes



Fente labiale



Division palatine

Fig. 8. Formes cliniques des fentes labiopalatines, Université médicale virtuelle Francophone. [43].

VII- Traitement

La prise en charge des fentes faciales est pluridisciplinaire. Le conseil génétique et la prise en charge psychologique peuvent débuter avant la naissance si le diagnostic échographique anténatal a été posé. Le traitement de la fente s'intègre dans un calendrier qui diffère selon les équipes, mais qu'il est important d'expliquer aux parents.

Il faudra réaliser :

- un traitement chirurgical primaire (fermeture précoce, simultanée ou successive de la lèvre et du palais au plus tard avant la fin de la première année de vie de l'enfant) ;

Il existe d'innombrables procédés opératoires. Celle de Millard est la technique la plus utilisée. Il convient donc de décrire en quelques mots cette technique qui a pleins de succès [10].

Pour les fentes labio alvéolo palato vélares unilatérales, la technique de Millard est le point de départ de nombreuses modifications. Elle repose sur le principe d'un lambeau de rotation-avancement de chaque hémilèvre. Il doit être associé à une suture du plan musculaire sous-jacent qu'il convient d'aller rechercher très loin latéralement car le plan musculaire est fréquemment hypoplasique et rétracté.

Les repères sont :

- Sur l'arc de Cupidon
- Sur la base du nez
- Sur le plan vestibulaire

Les sutures : L'essentiel est le réamarrage du plan musculaire. Le plancher nasal est reconstitué par la suture du plan mucopériosté de la berge alvéolaire et mucopériosté de la face externe de l'aile nasale. La jonction labiale cutanéomuqueuse doit être réalisée. La brèche alvéolaire et palatine antérieure peut être partiellement comblée par de petits lambeaux à pédicule antérieure ou postérieure d'origine vestibulaire labiale supérieure.

Pour les fentes labio alvéolo palato vélares bilatérales, le procédé de Millard est réalisé en un ou deux temps ; cette technique s'organise autour d'un lambeau trifolié de prolabium. Deux incisions verticales paramédianes du prolabium délimitent un lambeau médian (néophiltrum) et deux lambeaux externes (futurs seuils nasaux).

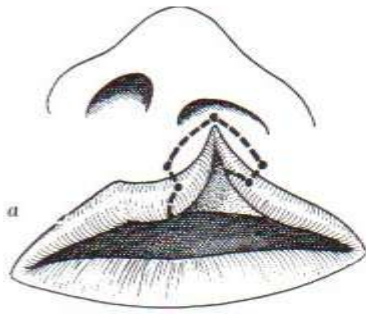
Les figures 9 et 10 nous illustrent quelques techniques opératoires utilisées pour la réparation des divisions faciales.

- un suivi orthophonique régulier des fonctions orales et en particulier de la phonation et de la déglutition ;
- un suivi orthodontique précoce et prolongé jusqu'à la fin de la croissance pour dépister et traiter les désordres dento-alvéolaires ;
- un suivi ORL, à la recherche notamment de troubles de la fonction tubaire responsables d'otites séromuqueuses à répétition et de troubles de l'audition entraînant éventuellement la pose d'aérateurs transtympaniques ;
- un suivi psychologique des parents et du patient ;

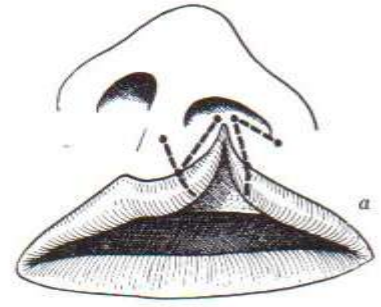
- un conseil génétique à la recherche d'autres syndromes polymalformatifs ou d'une cause génétique ;

- un suivi chirurgical pendant toute la durée de la croissance afin de réaliser un éventuel traitement secondaire à visée morphologique nasolabiale et maxillaire, ou fonctionnelle par renforcement du vélo-pharynx, en cas de déperdition nasale au cours de la phonation.

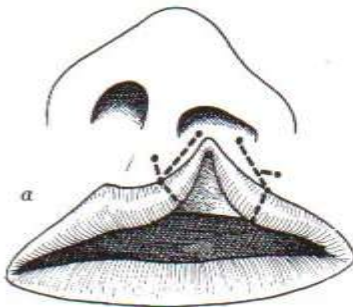
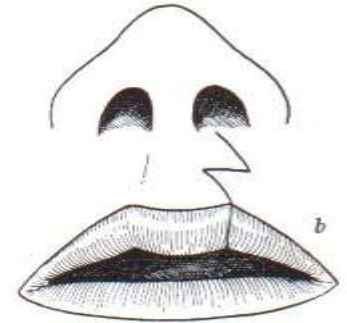
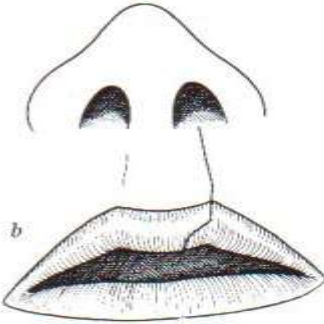
Cette prise en charge pluridisciplinaire à long terme est primordiale pour le traitement de la malformation et de ses conséquences fonctionnelles. Il faut donc proposer un calendrier précis pour la prise en charge chirurgicale.



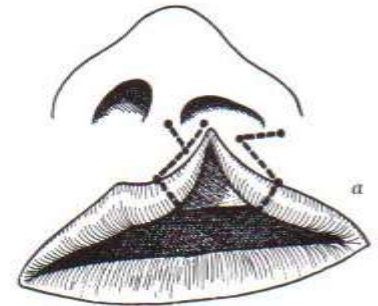
(à gauche). — *Incision de Veau*. Elle donne, seule, une cicatrice rectiligne reconstituant la crête philtrale, et une saillie de l'arc cutanéomuqueux; le tenon dessiné dans la lèvre inférieure est destiné à empêcher le décalage secondaire de la ligne cutanéomuqueuse.



(à droite). — *Plastie en Z total* (CLIFFORD et POOL), dont dérive la plastie à lambeau triangulaire équilatéral de Malek. Ces procédés sont ceux qui apportent le plus d'étoffe, mais leur cicatrice est particulièrement disgracieuse.



(à gauche). — *Z partiel inférieur* (TENNISON), dont dérive la technique de LE MESURIER (dont les lambeaux quadrilatères sont plus faciles à tracer et sont mieux vascularisés).



(à droite). — *Z partiel supérieur* (MILLARD), qui donne un excellent enroulement narinaire, et la cicatrice labiale la moins inesthétique des plasties dérivées du Z; on lui reproche de trop brider la région sous-narinaire, et de ne pas former de tenon au voisinage de la ligne cutanéomuqueuse.

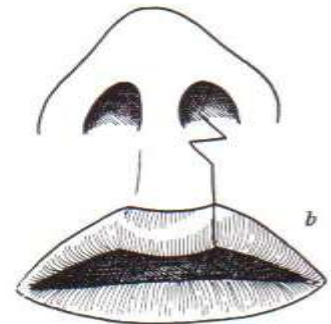
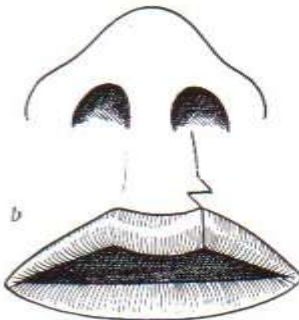
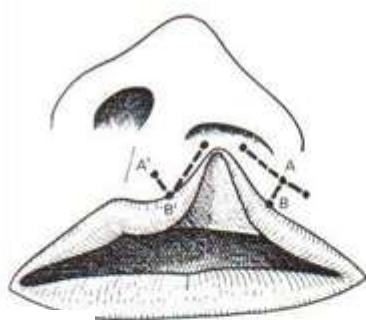
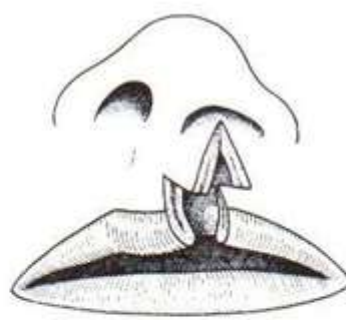


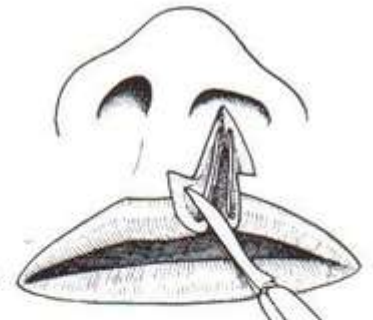
Figure 9 : Description de quelques techniques opératoires. [37]



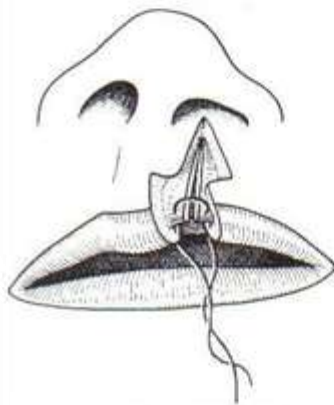
Fente labiale unilatérale, trace de l'incision (procédé de Le Mercier). AB et A'B', ainsi que le prolongement de l'incision de la berge externe au-delà du point A, sont de même longueur (4 mm environ); les angles sont aussi proches que possible de l'angle droit. B est situé sur le point où la lèvre externe commence à devenir hypoplasique, et B' sur l'extrémité latérale de l'arc de Cupidon qui doit être intégralement conservé.



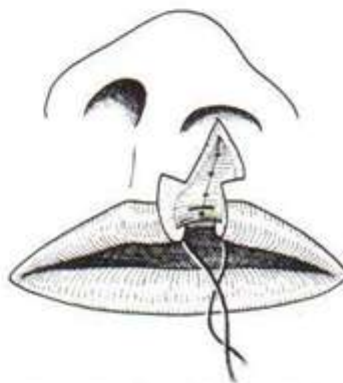
Fente labiale (suite). La lèvre est incisée avec le bistouri tenu perpendiculairement sur toute son épaisseur.



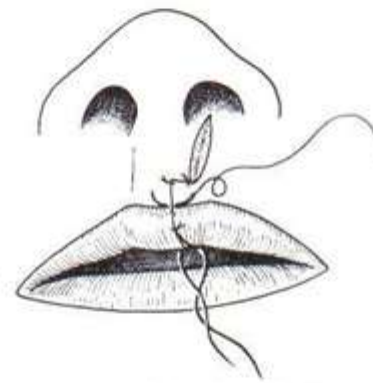
Fente labiale (suite). Les lambeaux cutanés sont détachés du plan musculaire avec le bistouri tenu à plat.



Fente labiale (suite). Un fil d'appui en nylon est passé dans le muscle, sur le plan de la ligne cutané-muqueuse; ses extrémités traversent la muqueuse à la face profonde de l'incision; elles seront nouées à la fin de l'opération.



Fente labiale (suite). La suture musculaire est complétée par quelques catguts perdus; il est important de soigner cette suture au-dessous du seuil narinaire.



Fente labiale (suite). La suture cutanée débute au niveau du lambeau quadrilatère (dont l'emboîtement forme un tenon qui, comme dans le procédé de VEAU, empêche le décalage secondaire de la ligne cutané-muqueuse); le point de suture de la ligne cutané-muqueuse doit être placé avec le plus grand soin.

Fente labiale (suite). La suture de la lèvre cutanée est achevée.

Fente labiale (suite). La suture muqueuse est achevée à son tour; pour terminer on noue à la face inférieure de la lèvre le fil d'appui musculaire.

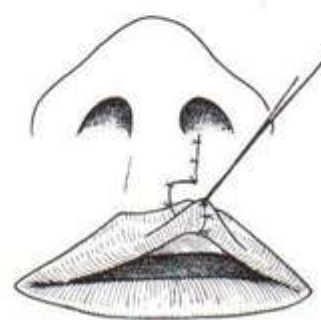
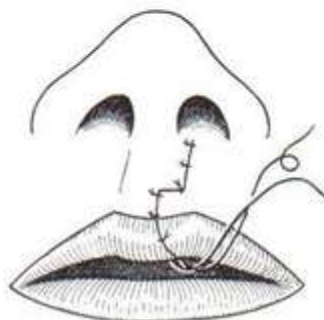


Figure 10 : Description de quelques techniques opératoires. [37]

DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

I.OBJECTIFS

1.OBJECTIF GENERAL

Etudier les fentes faciales prises en charge au cours des missions chirurgicales humanitaires maxillo faciales au cours des années 2007 à 2011.

2.OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer les caractéristiques socio démographiques des patients porteurs de fentes faciales vus au cours des missions chirurgicales humanitaires.
2. Identifier les formes anatomo-cliniques des fentes faciales congénitales au cours de ces missions humanitaires.
3. Préciser les techniques opératoires utilisées au cours de ces missions.
4. Evaluer les résultats post opératoires après cicatrisation.

METHODOLOGIE

II.METHODOLOGIE

1.CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le centre d'accueil de la maison de Fati à Ouagadougou. C'est un centre d'accueil et de soins pour les enfants défigurés par les séquelles de noma, les enfants porteurs de fentes faciales et victimes de lourds handicaps orthopédiques. Il est à vocation humanitaire et sa mission est de recruter, soigner, assurer la nutrition et les soins post opératoires des patients.

1.1.PERSONNEL DU CENTRE

Au plan des ressources humaines le centre se compose de :

- ✓ Une fondatrice
- ✓ Une directrice
- ✓ Une gouvernante
- ✓ Une secrétaire
- ✓ Deux chauffeurs
- ✓ Un jardinier
- ✓ Trois cuisiniers
- ✓ Deux médecins référents
- ✓ Quatre infirmiers
- ✓ Un responsable d'hygiène

1.2.LES LOCAUX DU CENTRE

Les infrastructures du centre se composent de :

- ❖ Une direction.
- ❖ Un bureau de l'infirmier major.
- ❖ Une pharmacie.
- ❖ Quatre salles d'hospitalisation de 50 lits.
- ❖ Une salle de laboratoire.
- ❖ Une salle de plâtre.
- ❖ Une salle de kinésithérapie.
- ❖ Un cabinet dentaire.
- ❖ Deux salles de soins.
- ❖ Deux salles de consultations.
- ❖ Deux cuisines.
- ❖ Sept toilettes.
- ❖ Trois maisons d'accueil pour les missionnaires, la fondatrice et l'infirmier major.
- ❖ Une guérite.

2.MATERIEL ET METHODES

2.1 Type de l'étude :

Il s'est agi d'une étude rétrospective concernant les dossiers médicaux des patients porteurs de fentes faciales pris en charge au cours des missions humanitaires organisées par le centre d'accueil de 2007 à 2011 soit une période de 5 ans. Notre population d'étude est un échantillon non probabiliste de type exhaustif

2.2 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients hospitalisés au centre d'accueil de la maison de Fati de 2007 à 2011, porteurs de fentes faciales et ayant un dossier médical exploitable. Ainsi, un effectif de 107 patients a été inclus dans l'étude.

2.3 Critères de non inclusion

Sont exclus les patients dont les dossiers sont inexploitables et ceux opérés en dehors de la période d'étude.

2.4 Sources et analyses de données

Pour notre étude, nous avons exploité les dossiers cliniques des patients, les registres de compte rendu opératoire au cours de ces missions humanitaires. Toutes nos données ont été saisies et analysées sur micro ordinateur à l'aide du logiciel EPI- Info (Version 3.5.1). Un test de Khi Deux avec une significativité de 0,05 a été utilisé.

2.5 Collecte des données

Toutes ces données ont été recueillies sur une fiche de collecte individuelle. Nous nous sommes intéressés particulièrement aux paramètres suivants :

- ✓ Les aspects épidémiologiques : l'âge, le sexe, le groupe socioprofessionnel des parents, le revenu mensuel, le lieu de résidence et l'ethnie.

Pour le niveau socio économique : Nous avons classé le revenu mensuel en trois catégories faible, moyen, élevé. Nous avons considéré de faible tous les patients qui avaient un revenu mensuel en dessous du SMIC soit 30 684 FCFA. Le revenu moyen annuel de dépenses par ménage burkinabé est à 751 361 FCFA soit un revenu moyen mensuel de 62.613

FCFA [29]. Un revenu mensuel élevé se situe au delà de 70 000FCFA [29].

Le lieu de résidence était soit la ville soit le village. Dans le cadre de la politique nationale de l'habitat et du développement, « la ville, au Burkina Faso est définie comme le noyau urbain dans la commune urbaine, formé par un tissu urbain contenu d'habitat, doté d'un réseau fonctionnel d'adduction d'eau, d'électricité, d'éclairage public, de téléphone et d'équipements structuraux » [33]. La ville correspondait à une zone urbaine et le village une zone rurale.

- ✓ Les aspects cliniques : les formes anatomo-cliniques des fentes faciales (Fente du palais primaire, Fente du palais secondaire, Fente unilatérale droite, Fente unilatérale gauche, Fente bilatérale, Fente totale) l'existence d'une association poly malformative.
- ✓ La technique opératoire utilisée : Millard, Skoog, Langerberck....
- ✓ Les suites post opératoires.
- ✓ Les résultats fonctionnel et anatomique. Ils ont été appréciés à un mois, deux mois et à trois mois après l'intervention en résultats satisfaisant, passable et mauvais.

Pour les résultats cliniques :

- Une hauteur de la lèvre satisfaisante = pas de raccourcissement de la lèvre supérieure.
- Une ligne cutanéomuqueuse satisfaisante est bien alignée.
- Un philtrum satisfaisant = pas de déviation de la cloison nasale, ni écrasement du dôme nasale et des fosses nasales bien perméables.

Pour les résultats fonctionnels, nous avons apprécié la phonation et la mastication :

- ❖ Une bonne mastication et une bonne phonation = résultat fonctionnel satisfaisant.

- ❖ Une bonne phonation et une mastication incorrecte = résultat fonctionnel passable.
- ❖ Une bonne mastication et une phonation incorrecte = résultat fonctionnel passable.
- ❖ La phonation et la mastication incorrectes = résultat fonctionnel mauvais.

RESULTATS

III.RESULTATS

1.DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.

1.1.Fréquence des fentes faciales

Le centre d'accueil a reçu au cours de notre période d'étude 710 patients dont 107 étaient porteurs d'une fente labio alvéolo palatines entre Novembre 2007 à Fevrier 2011, soit une fréquence de **15,07 %** pour 100 malades au cours de cette période.

1.2.Fréquence des fentes selon l'année.

En 2009 nous avons recensé le plus grand nombre de nos patients avec 43 cas contre 40 cas en 2011. Comme l'indique la figure 11.

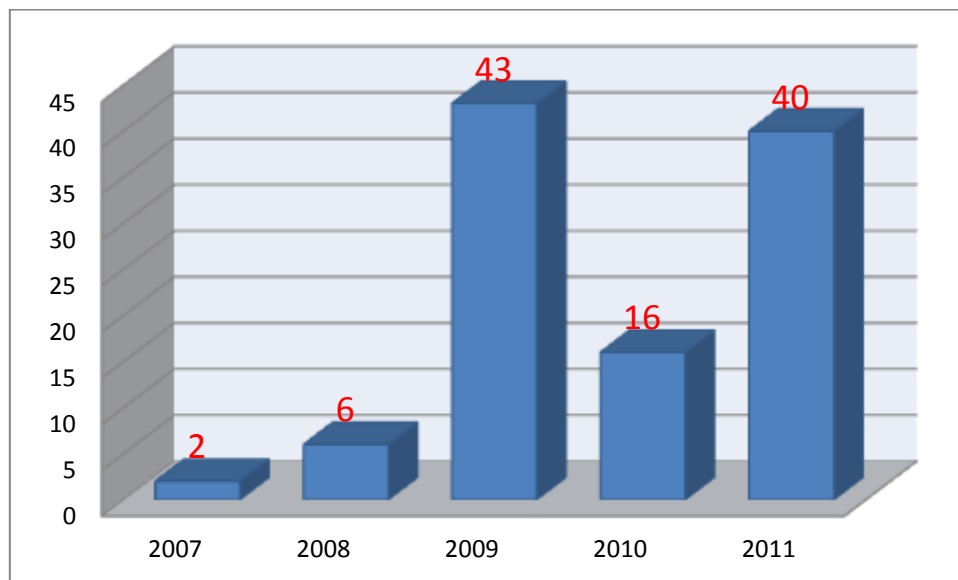


Figure 11 : Répartition des patients selon l'année.

1.3.Fréquence des patients selon le sexe et l'âge.

1.3.1.Distribution des patients selon le sexe.

Sur les 107 patients enregistrés au cours de notre étude, **51** étaient de sexe féminin soit **47,7%** et **56** étaient de sexe masculin soit **52,3%** soit un sex ratio de 0,91.

1.3.2.Distribution des patients selon l'âge de consultation.

L'âge moyen était de 8,15 ans avec des extrêmes de cinq mois et de trente deux ans.

La tranche d'âge de 0 à moins de 5 ans révolus prédominait avec 49 patients (46,67 %), suivie de la tranche d'âge des 5 à moins de 10 ans révolus, avec 20 cas soit 19,05 % comme illustré dans le figure 12.

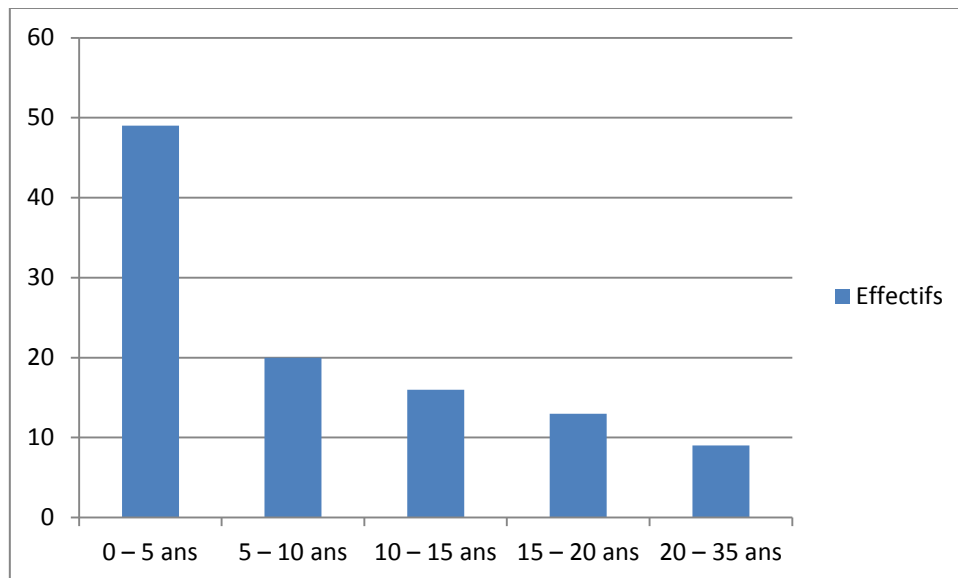


Figure 12 : Répartition des patients par tranche d'âge.

1.4. Distribution des cas selon le groupe socio professionnel des parents.

Selon le groupe socio professionnel des parents, les cultivateurs représentaient **59,22%** suivis de **16,5%** pour les sans emplois et de **8,74%** pour les commerçants. Dans quatre cas la profession n'était pas précisée.

Tableau I : Répartition des patients selon le groupe socio professionnel des parents

Profession	Effectifs	Fréquence
Cultivateur	61	59,22%
Commerçant	9	8,74%
Eleveur	6	5,83%
Fonctionnaire	4	3,88%
Sans emploi	17	16,50%
Autres	6	5,83%
Total	103	100%

La majorité de nos patients (78,50 %) avaient un revenu mensuel faible et 17,76 % avaient un revenu mensuel moyen. Aucun de nos patients n'avait un mode de vie élevé comme indiqué dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon le revenu du chef de famille

Niveau de revenu du chef de ménage	Effectif	Fréquence (%)
Faible	84	78,50
Moyen	19	17,76
Elevé	0	0
Total	107	100

1.5. Lieu de résidence

Selon le lieu de résidence, la moitié de nos patients vivaient en campagne, 55 patients soit 51,40 % des cas et 52 patients soit 48,6% avaient un logement en ville. Parmi ces derniers, 27% d'entre eux étaient des ressortissants de la ville de Ouagadougou (tableau III).

Tableau III : Répartition des patients selon le lieu de résidence.

Lieu de résidence	Fréquence	Pourcentage
Village	55	51,4%
Ville	52	48,6%
Total	107	100,0%

1.6.Distribution ethnique des patients

Parmi nos patients, 6 d'entre eux n'avaient pas leur ethnie précisée. L'ethnie la plus représentée était Mossi avec **68,32 %** suivie de **12,87 %** par les peuhls et 16,83 % étaient d'autres ethnies (Gourmantché, Bissa, Dafing, Dagara, Dogon, Gourounssi, Lélé, Samo et Zaossé) comme le montre le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des patients selon le groupe ethnique

Ethnie des patients	Effectifs	Fréquence (%)
mossi	69	68,32
peulh	13	12,87
gourmantche	5	4,95
bissa	3	2,97
dafing	2	1,98
gourounsi	2	1,98
samo	2	1,98
dagara	1	0,99
dogon	1	0,99
lélé	1	0,99
yana	1	0,99
zaosse	1	0,99
Total	101	100

1.7.Répartition des patients selon le mode de consultation

Soixante quinze de nos patients (**84,30%**) nous ont été adressés secondairement et 14 (**16,70%**) s'étaient présentés d'eux même.

2.DONNEES CLINIQUES.

2.1. Répartition selon le type clinique

Les fentes faciales les plus représentées étaient celui du palais primaire 75 cas (soit 70,1 %), suivis des fentes labiopalatines totales avec 27 patients (25,23%) et 5 de nos patients (soit 4,67 %) étaient porteurs de fentes du palais secondaire. la figure 13 nous illustre cette répartition.

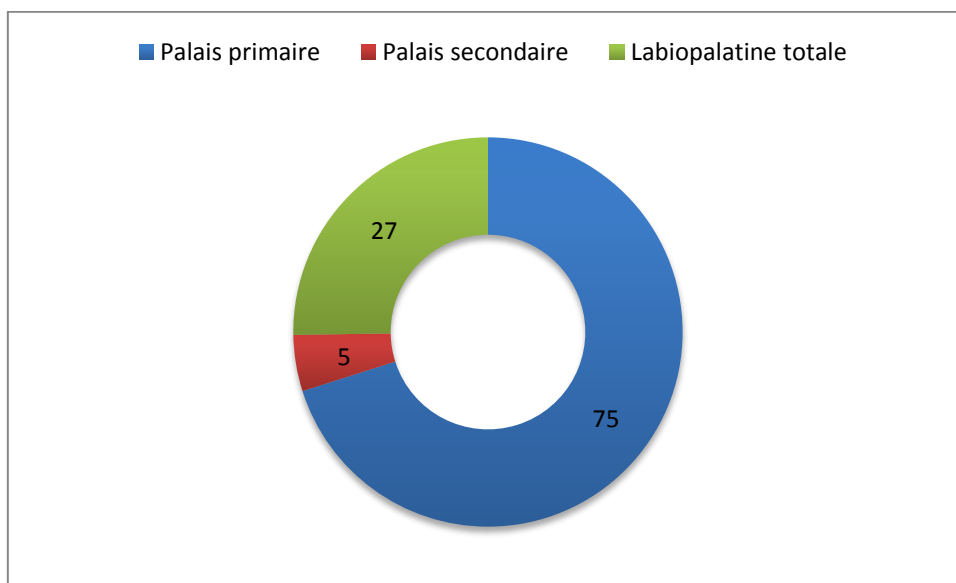


Figure 13 : Répartition des patients selon le type anatomo clinique

2.2. Distribution des patients selon le type anatomoclinique et le sexe

Dans notre série, nous avons constaté que les fentes du palais primaire étaient relativement plus fréquentes chez les femmes (76,47%), alors que celles du palais secondaire (7,14%) prédominaient chez le sujet de sexe masculin (tableau V). Cependant cette différence n'est pas significative.

Tableau V : Distribution des patients en fonction du sexe et du type anatomoclinique

Sexe	Palais primaire	Palais secondaire	Fente totale	Total
F	76,47% (39)	1,96% (1)	21,57% (11)	100%
M	64,29% (36)	7,14% (4)	28,57% (16)	100%

* Entre parenthèses : les résultats absolus

Khi deux : 3,06, ddl : deux degrés, p= 0,83

La différence n'est pas statistiquement significative. Le type anatomoclinique n'est pas lié au sexe.

2.3. Répartition des patients selon le siège de la division faciale

Les fentes unilatérales gauches étaient les plus fréquentes dans 53,27 % des cas suivies de 23,25 % des cas de fentes unilatérales droites. Quant aux fentes bilatérales, elles représentaient 21,50 % des cas comme l'indique le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des fentes faciales selon le siège

Siège	Effectifs	Pourcentage
Unilatérale gauche	57	53,27%
Unilatérale droite	27	25,23%
Bilatérale	23	21,50%
Total	107	100%

2.4. Distribution des patients selon le sexe et le siège de la fente

Elle est illustrée au tableau VII.

Il ya autant de femmes que d'hommes porteurs de fentes faciales droites.

S'agissant de la fente bilatérale on constate une légère différence selon le sexe. Cependant cette différence n'est pas significative.

Aussi, on constate une proportion des patients ayant une fente gauche un peu plus élevée chez les femmes (27,45%) que chez les hommes (23,21%).

Tableau VII : Distribution des patients selon le sexe et le siège de la fente

Sexe	Droite	Gauche	Bilatérale	Total
F	52,94% (27)	27,45% (14)	19,61% (10)	100%
M	53,57% (30)	23,21% (13)	23,21% (13)	100%

* Entre parenthèses : les résultats absolus

Khi deux : 0,353, Ddl : 2, p : 0,83.

Il n'y a pas de lien entre le siège de la fente et le sexe.

2.4. Association polymalformative

Une malformation de type non précisée a été noté chez un de nos patients.

3. DONNEES THERAPEUTIQUES.

3.1. Répartition des patients selon la technique opératoire utilisée.

Les techniques opératoires de Millard modifié ou de Millard pur étaient les plus utilisées dans notre série avec respectivement **39,5 %** et **34,6%** des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la technique opératoire

Technique opératoire	Effectifs	Pourcentage
Millard pur	37	34,6 %
Millard modifié	42	39,5 %
Skoog pur	8	7,5 %
Skoog modifié	18	16,8 %
Langerberk	5	4,7 %
Total	107	100%

3.2. Type de complication

L'évolution était bonne chez la plupart de nos patients. Les complications étaient constituées de suppuration de la plaie opératoire et de lâchage des fils de sutures dans 6,54 % des cas.

3.3. Distribution des patients en fonction de la technique opératoire utilisée et des complications.

Dans notre étude, il est constaté que la technique opératoire de Skoog pur, présentait relativement le plus de complications post opératoires. Le tableau IX nous illustre cette distribution en fonction des complications et de la technique opératoire.

Tableau IX : Distribution de patients en fonction de la technique opératoire utilisée et des complications.

Technique op	complications		Total
	Non	oui	
MILLARD PUR	97,22% (36)	2,78% (1)	100% (37)
MILLARD MODIFIE	90,48% (38)	9,52% (4)	100% (42)
SKOOG PUR	87,50% (7)	12,50% (1)	100% (8)
SKOOG MODIFIE	94,44% (17)	5,56% (1)	100% (18)
LANGERBERK	100,00% (5)	0,00% (0)	100% (5)
	93,46	6,54	100% (107)

*Entre parenthèses : les résultats absolus

Khi deux : 2,148, ddl : 4, p: 0,68

Les complications ne sont pas statistiquement liées au type de technique opératoire.

3.3.Répartition des patients en fonction des suites post opératoires immédiates.

Après la chirurgie, nous avons effectué un examen clinique immédiat. Cet examen portait sur l'examen de la hauteur de la lèvre, de la ligne cutanéomuqueuse, du philtrum et enfin de la forme du nez.

Quatre vingt quatorze pourcent de nos patients avaient un examen clinique immédiat satisfaisant contre 6,54% avec un examen clinique non satisfaisant.

Tableau X : Répartition des patients en fonction des suites post opératoires immédiates

Résultats post op immédiats	Satisfaisant	Non satisfaisant	total
Hauteur de la lèvre	100 (93,46%)	7 (6,54%)	107
Ligne cutanéomuqueuse	100 (93,46%)	7 (6,54%)	107
Philtrum	100 (93,46%)	7 (6,54%)	107
Forme du nez	100 (93,46%)	7 (6,54%)	107

3.4. Résultats fonctionnels

Dans notre étude nous avons effectué un examen de nos patients après trois mois pour évaluer nos résultats fonctionnels. **74,77 %** de nos patients avaient des résultats satisfaisants, **14,02 %** avaient des résultats fonctionnels passables et chez **11,21 %** des patients les résultats fonctionnels étaient mauvais (figure 14).

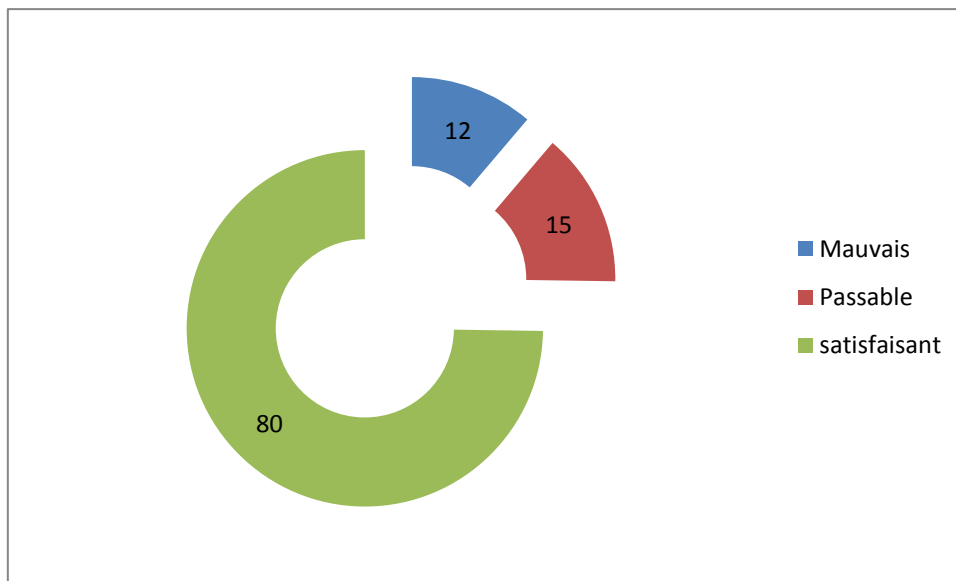


Figure 14 : Répartition des patients selon les résultats fonctionnels

3.5. Résultats cliniques

Nos patients ont été examinés et appréciés sur leur aspect clinique notamment la hauteur de la lèvre, le philtrum, et enfin la ligne cutanéomuqueuse.

La plupart de nos patients avaient des résultats cliniques satisfaisants avec 91,56 % pour la hauteur de la lèvre, 92,52 % pour les résultats cliniques de la ligne cutanéomuqueuse de même que pour la forme du nez (tableau XI).

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des résultats cliniques

Résultats cliniques	Mauvais	Passable	Satisfaisant	Total
Hauteur de la lèvre	7	2	98	107
Ligne cutanéomuqueuse	7	1	99	107
Forme du nez	7	1	99	107

DISCUSSION

IV.COMMENTAIRES

Limites de l'étude

Les limites sont d'ordre méthodologique et liées au caractère rétrospectif de notre étude. En effet tous les items n'ont pas été retrouvés (l'âge, le groupe socio professionnel, le lieu de résidence, l'ethnie, le mode de consultation, et le traitement secondaire.) dans tous les dossiers. Les comptes rendu opératoires étaient illisibles non détaillés ou incomplets dans certains dossiers. Ces manquements ont posé le problème récurrent d'inexploitations des dossiers. Cela rend l'interprétation des résultats difficile.

Aspects sociodémographiques

Fréquence

Les patients porteurs de fentes faciales représentaient au cours de notre étude un quart des consultations. En effet, le centre d'accueil à vocation humanitaire organise également des missions orthopédiques et participe à la réparation des séquelles de Noma. Ainsi les missions organisées au foyer d'accueil sont multiples et variées. Ce foyer qui a pour mission de recruter, de sensibiliser et de prendre en charge les pathologies diverses voit ses consultations augmenter au fil des années.

Bien que les résultats de certaines études semblent similaires à ceux obtenus dans notre étude, force est de constater que la fréquence des fentes faciales est en nette augmentation depuis quelques années. En effet, KOUAKOU en 2007 en Cote d'Ivoire [24] retrouvait 265 patients porteurs de fentes faciales opérés au cours des années 1973 à 2004. Son accessibilité financière favoriserait également cette grande fréquentation pour la prise en charge des fentes alvéolo palatines.

Dans notre étude, la période d'hospitalisations la plus fréquente était l'année 2009 où près de 40,2% de patients porteurs de fentes faciales avaient été opérés. Ceci se justifierait en partie par le fait que la population n'avait pas d'information sur la prise en charge des fentes faciales au centre d'accueil. De plus c'est une pathologie bien que connue par nos populations l'offre de soins reste couteuse et inaccessible. Par ailleurs les différents reportages et campagnes de dépistage dans les villages apportant l'information de la gratuité de la prise en charge motiveraient de plus en plus les patients à se faire prendre en charge.

Sexe

Dans notre étude, le sexe masculin prédominait avec 52,3% contre 47,7% de sexe féminin. Bien que la raison de la répartition des fentes faciales par rapport au sexe reste inconnue une prédominance masculine semble être notée par plusieurs auteurs. En effet, KOUAKOU [24] en Cote d'Ivoire constatait dans son étude sur la prise en charge des fentes labio alvéolo palatines dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale du CHU de Cocody qu'une plus grande vulnérabilité s'observait chez les sujets de sexe masculin avec près de 60% des cas. AQRABAWI [1] en Méditerranée en 2008, dans son étude sur les fentes faciales et les pathologies associées, retrouvait une prédominance masculine avec 3 garçons pour une fille. De même OUOBA [34] et DIOP [18] à Dakar rapportaient respectivement 57,5% et 52% de prédominance du sexe masculin.

Toutefois dans certaines études la prédominance du sexe était féminine. Ainsi en 1997 au Mali, DIOMBANA [17] dans son étude à propos de 39 cas rapportait une prédominance du sexe féminin dans 53,8% des cas et KONE au Burkina Faso [23] en 2002 avait retrouvé 52% de sujets de sexe féminin.

Age des patients au moment de la consultation

La fente labio palatine est une malformation congénitale qui intéresse la lèvre supérieure et/ou l'arcade dentaire et/ou le palais et/ou le voile [28]. Elle résulte d'un défaut d'accolement avec ou sans hypoplasie d'un ou de plusieurs bourgeons faciaux. Elle apparaît en général au cours de la 5^{ème} ou 6^{ème} semaine intra-utérine, ce qui permet un diagnostic anténatal dans les pays du Nord. Dans notre cas, la découverte est faite à la naissance. Dans les pays développés la réparation des fentes labiopalatines est précoce et psychologique nécessitant ainsi une équipe pluridisciplinaire dont un orthodontiste, un orthophoniste... Ceci n'est pas le cas dans le contexte des pays en voie de développement et en Afrique Subsaharienne à l'instar du Burkina Faso faute de personnel qualifié et où le plus souvent les parents sont préoccupés par le coté esthétique.

Dans notre série la moyenne d'âge des patients était de 8,15 ans avec des extrêmes de 5 mois et de 32 ans et la classe d'âge de 0 à 5 ans prédominait avec 46,67% des patients.

Dans la série de DIOMBANA [17] au Mali, 87,2% de patients étaient âgés de 1 à 9 ans. OUOBA [34] à Dakar en 1991 rapportait 55% de nourrissons dans son étude sur les fentes labiales. KOUAKOU en Cote d'Ivoire [24] en 2007 retrouvait une moyenne d'âge de 2,5 ans. CHAUDRE et al [10] à Paris en France rapporte que la prise en charge s'oriente vers une réduction du nombre de procédures chirurgicales. Et cette attitude chirurgicale comporte deux principaux temps opératoires. La précocité du temps esthétique cheilorhinoplastie vers l'âge de 3 mois, est déterminée par une meilleure rançon cicatricielle et l'absence initiale de déformation morphologique. Le second temps palatin est réalisé à distance vers l'âge de 9 et de 12 mois en cas de fente palatine étendue ou de pertuis palatin.

Néanmoins dans notre contexte les parents amènent les enfants en consultation quand même tard. La moyenne d'âge étant de 8,15 ans et 7,29% de patients âgés de 20 à 35ans. DIOMBANA [17] au Mali rapportait 12,8% de patients âgés de 12 à 34 ans.

Groupe socio professionnel et revenu mensuel du chef de famille

Dans notre étude 59,22% de nos patients avaient des parents cultivateurs¹ et 78,50% d'entre eux avaient un revenu mensuel faible. Bien que C. ZERBO en Cote d'Ivoire [12] dans son étude en 1997 sur l'épidémiologie des malformations congénitales retrouvait un pourcentage de malformations plus élevé dans les couches sociales défavorisées mais avec une différence non significative, la littérature nous rapporte que l'incidence des fentes faciales n'est pas liée aux conditions socio économiques. Ceci est d'autant plus vrai que dans les pays du Nord où la couverture sociale et sanitaire sont bien étoffées, les fentes faciales représentent néanmoins 1/700 naissances en France [43] et 7/1000 naissances dans le Hainaut et dans la Province du Namur en Belgique en 2004 [21].

Traditionnellement, l'agriculture constitue l'essentiel de l'activité économique du Burkina Faso. Elle est pratiquée par trois quart de la population. En dépit des importants progrès économiques, la population burkinabé est demeurée extrêmement pauvre. Les missions humanitaires organisées par les foyers d'accueil seraient à un cout accessible pour la population pauvre dont les principales activités professionnelles restent l'agriculture et l'élevage. Ce qui justifie en effet que les couches sociales avec un revenu mensuel faible étaient les plus représentées. Ainsi nous n'avons pas retrouvé de patients au revenu mensuel élevé parce qu'en général la prise en charge se fait le plus rapidement possible et dans des structures sanitaires souvent de renommée.

¹ Pour l'unique patient de 32 ans nous avons considéré son groupe socio professionnel en lieu et place de celles de ses parents sous l'hypothèse que c'est lui qui a pris la décision de recourir aux soins

Ces conditions socio économiques pourraient expliquer le retard à la consultation avec cette moyenne d'âge de 8,15 ans.

Origine

Dans notre étude 68,32% de nos patients étaient d'origine Mossi suivis de l'ethnie peulh avec 12,87% de patients. Au Burkina Faso, il existe près de 63 groupes ethniques. Les Mossi représentent la plus grande communauté. Ils occupent également le plus grand espace du pays. La région centrale du Burkina est appelée d'ailleurs le plateau Mossi. Ils constituent aujourd'hui 40% de la population du Burkina Faso soit environ 6 millions d'habitants. Le CHU.YO, le CHU. CDG, le centre d'accueil sont placés au centre du plateau Mossi. On comprend aisément que la majorité de nos patients étaient originaires de l'ethnie Mossi. DOMBIANA [17] au Mali en 1997 retrouvait dans sa série 20,50% de patients originaires de l'ethnie peulh.

Mode de consultation

Dans notre série, 84,30% de nos patients nous ont été adressés secondairement par rapport à 16,70% de patients qui ont consultés d'eux même. En 2004 en Cote d'Ivoire ZERBO [12] constatait que 69% de ses patients avaient consulté d'eux mêmes et ils ont été ensuite référés à une structure de santé adaptée. En général, les patients ne peuvent pas s'offrir les soins de santé du fait de manque de moyens financiers et par conséquent préfèrent ne pas consulter dans les structures de santé de référence. C'est donc par le biais d'un agent de santé ou d'une connaissance que les patients sont informés de la gratuité des soins au niveau des foyers d'accueil.

Aspects cliniques

Répartition selon le type anatomo clinique

Dans notre étude les fentes du palais primaire étaient les plus représentées dans 70,1% des cas, suivies des fentes labiopalatines totales avec 25,23% des cas. Le palais secondaire quant à lui était concerné dans 4,67% des cas.

Plusieurs études retrouvaient une majorité des fentes du palais primaire. En effet, ZERBO [12] en Cote d'Ivoire en 2004 dans son étude constatait que les fentes du palais primaire étaient les plus fréquentes dans 50% des cas. DIOMBANA [17] au Mali en 1997, retrouvait également une prédominance de palais primaire dans 61,60% des cas. Selon une étude faite au Canada en 2002 [40] sur les anomalies congénitales, les fentes labiales associées ou non aux fentes palatines étaient les plus fréquentes dans 50% des cas. Les fentes palatines isolées quant à elles représentaient 30% des cas. Une étude faite en Suisse en 2004 [41] sur les malformations congénitales remarquait que la combinaison des deux malformations était plus fréquente que pour les fentes palatines ou les fentes labiales seules.

AQRABAWI en 2008 [1] notait dans sa série que les fentes labiopalatines étaient les plus fréquentes (42%), suivies des fentes labiales (33%) et des fentes du palais secondaire (25%).

Distribution des patients en fonction du sexe et du type anatomoclinique

Dans notre étude, il apparait que le type anatomo clinique est lié au sexe. En effet 76,47% des fentes du palais primaire étaient retrouvées chez les femmes, la

prévalence des fentes du palais secondaire était plus élevée chez les hommes (7,14%), et 28,57% des patients porteurs de fentes labiopalatines totales étaient des hommes.

Le test de Khi Deux réalisé permet de confirmer ou pas l'existence d'un type anatomoclinique selon le sexe. En effet, le Khi Deux obtenu, d'une valeur de 3,06 à deux degrés de liberté avec un p de 0,83 (supérieur à 5%) permet alors de conclure qu'il n'y a pas de lien entre le sexe et le type anatomoclinique de la lésion.

Toutefois, BANKOLE [2] en Cote d'Ivoire en 1987, retrouvait que la prévalence des fentes du palais primaire et celle des fentes totales est légèrement plus élevée chez les hommes (55%), tandis que les fentes du palais secondaire prédominaient chez les femmes (70%). En France [20] la prédominance masculine est encore plus nette (63%) en ce qui concerne les fentes du palais primaire et totale alors que les fentes du palais secondaire prédominent chez les femmes.

De toutes les malformations humaines, les fentes labiomaxillaires uni ou bilatérales et les fentes vélopalatines demeurent les plus fréquentes [14]. La malformation résultant en général d'une incapacité des bourgeons à fusionner survient à la dernière période de l'organogenèse n'ayant aucun rapport avec la détermination du sexe déjà faite dès la rencontre de l'ovule avec le spermatozoïde.

Répartition selon le siège

Les fentes labio alvéolo palatines peuvent être soit unilatérales gauche soit droite ou encore bilatérales. Dans notre étude, 78,50% des fentes étaient

unilatérales dont 53,27% étaient situées à gauche et 25,23% étaient situées à droite. Les fentes bilatérales représentaient quant à elles 21,50% des cas.

Plusieurs travaux portant sur le siège des fentes ont mis en exergue la prédominance des fentes à gauche. En effet AQRABAWI [1] en Méditerranée avait retrouvé une nette prédominance des fentes situées à gauche dans 75% des cas sur les 33% de nouveaux nés porteurs d'une fente faciale isolée. KOUAKOU en 2005 [24] en Cote d'Ivoire, retrouvait 95% de fentes unilatérales dans sa série. BAYET en Belgique [4] en 2009 retrouvait dans son étude que 2/3 des patients étaient porteurs de fentes labiopalatines unilatérales et 1/3 de fentes bilatérales.

Distribution des patients selon le sexe et le siège

Notre étude note que les fentes unilatérales droites étaient observées aussi bien chez les hommes que chez les femmes (53,57% pour les hommes et 52,94% chez les femmes). La prévalence des fentes unilatérales gauches était de 27,45% chez les femmes et les fentes bilatérales se retrouvaient plus chez les hommes avec 23,21%.

Nous avons obtenu un Khi deux d'une valeur de 0,353 à deux degrés de liberté et une significativité de 83,8% (supérieur à 5%) alors on pourrait conclure qu'il n'y a pas de lien entre le sexe et le siège de la lésion.

Nos résultats sont similaires à certaines études à l'instar de celle de KONE [23] en 2002 au Burkina Faso. L'auteur retrouvait 57,14% de femmes pour les fentes gauches et 53,33% pour les fentes droites.

Association poly malformative

Dans notre étude, l'association à une malformation quelconque n'a été retrouvée que chez un seul patient. En effet KOUAKOU [24] retrouvait dans sa série 8% de patients porteurs d'une pathologie poly malformative.

Certaines études par contre notent une plus grande incidence d'une pathologie malformative associée. En effet BAYET [4] en 2009 retrouvait près de 33,50% de nouveaux nés porteurs d'une pathologie associée. De même AQRABAWI [1] en Méditerranée retrouvait près de 47% de poly malformation. Une malformation associée était retrouvée dans 21% des cas chez BEN. AMOR en 2010 en Tunisie [6]. Pour Fischer [20] en 1999 dans son étude sur la prise en charge des fentes et ou palatines diagnostiquées in utéro, les anomalies morphologiques échographiques associées ont été retrouvées dans 43% des cas. Sur les 2/3 des patientes ayant bénéficié d'une analyse numérique du caryotype fœtal, une anomalie a été retrouvée dans 20% des cas.

La pathologie poly malformative pouvant être la manifestation d'une aberration chromosomique ou d'une pathologie se transmettant selon l'hérédité mendélienne nécessite un bilan clinique et para clinique souvent inaccessibles et coûteux dans notre contexte. Un grand nombre de nos patients n'ont pas pu bénéficier de ce type d'examen complémentaires.

Aspects thérapeutiques

La technique opératoire

Les divisions labiomaxillaires constituent une dysmorphose congénitale commune dont la prise en charge thérapeutique, qui s'étend de la naissance à la fin de l'adolescence, est multidisciplinaire [31].

Pour la prise en charge chirurgicale, plusieurs techniques opératoires ont été utilisées dont celle de Millard qui est une technique aux principes séduisants. Dans notre étude elle a été la technique la plus utilisée dans 74,10% des cas.

En effet selon la littérature la technique de Millard est la plus utilisée et elle repose sur le principe d'un lambeau de rotation-avancement de chaque héli

lèvre [10]. Plusieurs études constataient également que la technique de Millard avait été la plus utilisée [24] [34] [23] [18].

Par contre chez BEN. AMOR en Tunisie en 2010 [6], le traitement chirurgical des fentes faciales s'est fait surtout selon la technique de Malek et Psaume.

Les complications

Dans notre étude 6,54% de nos patients avaient eu des suites marquées par des complications. Des complications qui pouvaient être des lâchages des sutures ou des suppurations.

Distribution des patients en fonction de la technique opératoire utilisée et les complications

Notre étude permet d'observer que la technique de Skoog pur utilisée avait plus de complications. Cette dernière retrouvait 12,50% de complications contre à peine 3% (2,8%) des patients qui avaient bénéficié de la technique de Millard pur et 0% pour celle de Langenbeck. Ceci laisse penser que les complications obtenues sont fonction de la technique opératoire utilisée. Toutefois le test de Khi deux réalisé permet de rejeter cette hypothèse. En effet, le khi deux obtenu est de 2,148 à 4 degrés de liberté avec une significativité de 68,5% (supérieur à 5%). La complication post opératoire et la technique opératoire utilisée sont indépendants. La complication ne dépend donc pas de la technique utilisée. L'état clinique de certains de nos patients avant et au cours de l'intervention pourrait favoriser l'apparition de ces complications.

Résultats fonctionnels post opératoires immédiats

Dans notre étude, 74,77% avaient des résultats fonctionnels satisfaisants et près de 90% de nos patients avaient des résultats cliniques satisfaisants.

Ces résultats sont similaires à ceux de KOUAKOU [24] en Cote d'Ivoire en 2004, qui retrouvait 80% de suites satisfaisants pour la cheiloplastie et 100% des cas pour l'uranostaphyloraphie. BEN. AMOR [6] trouvait en 2010 que les résultats esthétique et fonctionnel étaient satisfaisants dans 89% des cas dans sa série.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les fentes faciales ou divisions faciales résultent d'un défaut d'accolement des bourgeons faciaux. C'est une pathologie congénitale qui déjà diagnostiquée en anténatal dans les pays du Nord reste encore découverte à la naissance dans nos contrées voire à l'adolescence. La paupérisation de la population a favorisé l'organisation de missions humanitaires s'intéressant à la réparation de cette affection.

A cet effet nous avons mené de 2007 à 2011 une étude visant à étudier les fentes faciales prises en charge au cours des missions humanitaires.

L'âge moyen des patients était de 8, 15 ans. Cinquante deux pourcent de nos patients étaient de sexe masculin et 47,7% de sexe féminin. La plupart de nos patients étaient issus d'un foyer à revenu mensuel faible. Le groupe ethnique Mossi était majoritaire parmi nos patients (68,32%).

Sur le plan clinique, les fentes du palais primaire dominaient chez 70,1% des patients et 53,27% de fentes faciales étaient unilatérales gauches. Une seule association polymalformative a été retrouvée dans notre étude.

Sur le plan thérapeutique, la technique de Millard a été la plus réalisée. Les suites post opératoires ont été marquées par 74,77% de résultats fonctionnels satisfaisants et 91,56% de résultats cliniques satisfaisants.

La prise en charge des fentes labio alvéolo vélo palatines étant multidisciplinaire, la collaboration avec les autres disciplines dans notre contexte et la sensibilisation de la population permettraient d'améliorer la prise en charge de cette affection.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, quelques suggestions sont à faire :

A l'endroit du Ministère de la Santé :

- Favoriser la formation des chirurgiens plasticiens et stomatologues.
- Subventionner la prise en charge des patients porteurs de fentes faciales.
- L'organisation de missions humanitaires effectuées par les chirurgiens de notre pays afin de permettre une réparation d'un plus grand nombre de patients.
- Evaluer l'incidence annuelle des fentes faciales au plan national.
- Favoriser la prise en charge des fentes faciales au CHUYO.
- Organiser des campagnes radiodiffusées pour la prise en charge des fentes faciales.

Au personnel médical :

- Proposer un calendrier de prise en charge des fentes faciales.
- Référer le patient porteur d'une division labiomaxillaire au personnel adéquat
- Sensibiliser la population sur la possibilité de la prise en charge de l'affection.
- Favoriser la prise en charge multidisciplinaires (plasticiens, otorhinolaryngologiste, dentiste, pédiatre, psychologue...)

A l'endroit de la communauté :

- Consulter dans les centres de santé pour la prise en charge de la pathologie.

Aux étudiants en médecine :

- S'informer sur les pathologies congénitales et sur les fentes faciales en particulier pour améliorer leur prise en charge.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Aquabawi H.E.** Facial cleft and associated anomalies: Incidence among infants at Jordanian medical center. *Revue de la santé de la méditerranée orientale*. 2008 ; 14 :357-359.
2. **Bankole R., Dicki R., Mobiot L. et Cornet L.** Bilan de 210 fentes labiomaxillo opérées au CHU d'Abidjan. *Revue médicale de Cote d'Ivoire*. 1987 ; 21: 81.
3. **Bardot J., Casanova D., Cannoni P., Pech C., Magali G.** Prise en charge des fentes labiomaxillo palatines au CHU de Marseille. Management of cleft lip and palate by Doctor Magalm's team in Marseille. *Annales de chirurgie plastique esthétique*. 2002 ; 47 :159-165.
4. **Bayet et les membres du centre labiopalatin.** Les malformations congénitales associées aux fentes labiopalatines et palatines. In :cliniques universitaires Saint Luc 1200 Bruxelles. Belgique. [en ligne]. Site disponible sur : [http://aflapa.org/documents_disponibles/les % 20 malformations congénitales associées aux fentes_labio_palatines.ppt](http://aflapa.org/documents_disponibles/les_%20malformations_cong%C3%A9nitales_associ%C3%A9es_aux_fentes_labio_palatines.ppt). (page consultée le 25/09/2011).
5. **Beytout J. et al.** MALINTROP. Paris. Aux éditions John Eurotext. 2002.2.
6. **Ben Amor M., Mbarek C.H., Messaoud I., Hariga I., Bou Zaiani A., Ben Gamba O., Zribi S., EL. Khedim A.** Prise en charge des fentes labiovelopalatines. *Journal tunisien d'ORL et de chirurgie cervico faciale*. 2010 ; 24 :45-48.

7. **Briard M., Bonaiti C., Frezal J.** Facteurs épidémiologiques et génétiques des fentes labiales et palatines. Chirurgie pédiatrique. 1983 ; 24 : 228-230.

8. **Calonge W.M., Sinna R., Dobreanu C.N., Yokoyama T., Tosa Y., Kadomatsu K., Hosaka.** Prise en charge des fentes labiopalatines par l'équipe du Pr HOSAIGA à L'Université de Shava, TOKYO (JAPON). Octobre 2010.

9. **Chancholle A. R., Saboye J., Tournier J.J.** Le traitement des fentes labiopalatines. Revue stomatologie et de Chirurgie maxillo faciale. 2001 ; 102 : 211.

10. **Chaudre F., Garabedian E.N.** Chirurgie des fentes labiovélo palatines palatines. Rev Encyclopedie medico chirurgicale. 2003 ; 46-220 : 312.

11. **Cheik J.N.M., Levard G., Bondory J.M.** Réparation chirurgicale précoce des fentes labiales. Annales de chirurgie plastique esthétique. 2002 ; 47: 204-209.

12. **Coulibaly-Zerbo F., Amorissani Folquet M., Kacoukakou A., Sylla M., Noua F., Kramo E., Yapou G.** Etude épidémiologique des malformations congénitales. Médecine d'Afrique Noire. 1997 ; 44(7) : 412-417.

13. **Couly G.** Développement embryonnaire de la face. In Encycl.Med.Chir. Stomatologie de Paris.1990 ; 22-001-A-20 : 32.

14. **Couly G., Kverneland B., Michel B., Gitton Y., Binouaiche Y.** Fentes labiomaxillaires et velopalatines. Diagnostic anténatal, modalités alimentaires, chirurgie réparatrice et surveillance pédiatrique. Rev. Prat. 1991 ; 41(1) : 29-32.
15. **Coleman J.R., Sykes J.M.** The embryology classification, epidemiology and genetics of facial clefting. Facial plastic surgery clinics of North America. 2001; 9(1):1-13.
16. **De Mey A., Malevez C., Lmansbach A. and Genji M.** Prise en charge des fentes labiomaxillopalatines à l'hôpital des enfants Reine Fabiola de Bruxelles. Annales de chirurgie plastique esthétique. 2001; 47: 134-137.
17. **Diombana M.L., Kussner H., Soumare S., Doumbo O., Penneau M.** Fentes labiales et labiopalatines au service de stomatologie de KATI – 39 cas. Médecine d'Afrique noire. 1997 ; 44 (12) : 411-414.
18. **Diop R., Niang P., Toure S., Ndiaye M. :** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des fentes unilatérales du palais primaire, présentation de 98 observations. 2011.
19. **Direction de la Maison de Fati.** Rapport d'activités de la Maison de Fati de 2007 à février 2011. Ouagadougou. Burkina faso.
20. **Fischer N., Perrotin F., Tranquart F., Robert M., Lansac J., Body G.** Prise en charge des fentes labiales et /ou palatines diagnostiquées in utéro. Journal de Gyneco Obstetrique Biologie de la Reproduction. 1999 ; 28 (5) 446.

21. **Gillerot Y., Mols M. et coll.** Quinze années de surveillance des malformations congénitales dans le Hainaut et dans la Province du Namur : Enseignements et recommandations. ISBN. 2009 ; n° 978-2-8056-0008-1.
22. **Institut national de la statistique et de la Démographie (INSD).** Recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH) : Résultats définitifs. Burkina Faso 2006.
23. **Kone D. :** La prise en charge des fentes labiales congénitales dans le service d'Otorhinolaryngologie du Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo. UFR/SDS. Thèse de médecine. Numéro 36. Ouagadougou 2002.
24. **Kouakou K.R., Aka G.K., Ouattara B., Harding-Kaba B.M., Koffi M., Angoh Y.J.J., Gadegbeku S.A.** Prise en charge des fentes labioalveolo palatines dans le service de stomatologie et Chirurgie maxillo faciale du CHU de COCODY. Revue de Stomatologie et de Chirurgie maxillofaciale. 2005 ; 106, n° SUP4 : 58.
25. **Lezy J.P., Princ G.** Pathologie maxillo faciale et stomatologie. Rev de Stomatologie et de Chirurgie maxillo faciale. 2003 ; 104: 3-127.
26. **Mansouri Hattab M., Latimeti S., Bouaichi A., Hiroual A., EL Bouchi M., Fikry T.** Les fentes labiopalatines médianes : un diagnostic qui en cache un autre. Archives de pédiatrie. 2011 ; 18: 149-152.
27. **Martinot- Duquennoy V., Capm N.** Synthèse de la prise en charge des fentes labiales et palatines par onze équipes francophones en 2001. Service de chirurgie plastique reconstructive, hôpital R. Salenzo, CHRU

de Lille. Annales de chirurgie plastique et esthétique. 2002 ; 106: 166-171.

28. **Mercier J.** La gingivographie des fentes labiomaxillaires. Revue de Stomatologie Chirurgie Maxillofaciale. 2001 ; 102 : 206-210.
29. **Ministère de l'économie et des finances du Burkina Faso.** Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. 1999. [En ligne]. Site disponible sur [http:// burkina.faso.unfpa.org/docs/Burkina_cslp.pdf](http://burkina.faso.unfpa.org/docs/Burkina_cslp.pdf) (page consultée le 27/10/2011)
30. **Netter F.** Atlas of human anatomy. 2nd Edition. New Jersey: Icon learning systems; 1997.
31. **Noirrit-Esclassan E., Possar P., Esclassan R., Terni B., Galinier P., Woisard V.** Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire. Encyclopédie Medico Chirurgicale 22-066-B-55.
32. **Oger P., Malek R., Martinez H. and Trichet C.:** Prise en charge des fentes labiopalatines par l'équipe de l'hôpital Robert Debre à PARIS. Annales de chirurgie plastique esthétique. 2002 ; 47 :138-142.
33. **Ouattara A., Some L.** Rapport d'analyse de données du Recensement General de la Population et de l'Habitat de 2006. In : La croissance urbaine au Burkina Faso. Ministère de l'économie et des finances. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.scd.unilim.fr/theses/bibliographie.pdf>. (page consultée le 26/09/2011).

34. **Ouoba K., Diop E. M., Diouf R., Ndiaye I., Tending G.** Les fentes labiales: A propos de 80 cas. *Dakar médical.* 1991 ; 36 (1) : 66-79.
35. **Pellin P., Matinot V., Capm-Degardin N., Mahumed S., Arnoldi M., Lepune S. and Ribrene J.** Prise en charge des fentes labiomaxillopalatines au sein du service de chirurgie plastique du CHU de Lille. Cleft cares in Phitype Pellerin's team in Lille. *Annales de chirurgie lastique esthétique.* 2002 ; 47: 106-115.
36. **Raphael B., Morand B., Bettega G., Lisne V., Lesne C., Lebeau J.** La fente labio maxillo palatine bilatérale: Mise au point thérapeutique. *Rev de stomatologie et de chirurgie maxillo faciale.* 2011 ; 102 :182.
37. **Redon H. et Al.** Nouveau traité de technique chirurgicale. Paris. EDITIONS Masson. Tome I. Tête et cou. 2^{ème} Edition. 1979. 268-269.
38. **Redon H, Mayer M., Duhamel B. et al.** Nouveau traité de technique chirurgicale : tête et cou. Paris. Edition Masson, 2^{ème} édition, tome 1. 1979. 537 p.
39. **Rouviere H., Delmas A.** Anatomie humaine : Descriptive, topographique et fonctionnelle. In edition Masson, 13^{ème} édition, tome 1, 1991 : 608 p.
40. **Sante Canada.** Les anomalies congénitales au Canada. Rapport sur la sante périnatale. Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux, Canada, 2002. Ottawa. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/rhs-ssg/index>.
41. **Stat Suisse.** Les nouveaux nés dans les hôpitaux de Suisse en 2004 : La prise en charge hospitalière des bébés nés à terme et des prématurés.

Confédération Suisse. Département fédéral de l'intérieur DFI. Office fédéral de la Statistique OFS.

42. **Soboye J., Chandolle A.R.** Séquelles des fentes labioalveolopalatines velaires en missions humanitaires. Analyse et prise en charge. Aout 2007.

43. **Université médicale virtuelle francophone.** Collège de chirurgie de stomatologie et chirurgie maxillo faciale. [en ligne]. In :Université de Nantes. France. Site disponible sur <http://umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/poly-chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie.pdf>. (page consultée le 25 Septembre 2011).

ANNEXES

Fiche de collecte

Année :

Nom de l'ONG :

N°

1. Identité :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : F|...| M|...|

Groupe socio-professionnel

Revenu mensuel :

Faible |...|

Moyen |...|

Elevé |...|

Lieu de résidence :

Ville |...|

Village |...|

Ethnie (origine) :

2. Anamnèse :

Année de dépistage de la maladie

Age de la mère :

Age du père :

Nombre de frères et sœurs :

Position dans la fratrie :

Type de mariage :

Consanguin : oui|...| non|...|

Age au moment du mariage

3. Clinique :

Mode de Consultation :

Initiative personnelle |....|

Adressé secondairement|....|

Fente du palais primaire ou labiomaxillaire|....|

Fente du palais secondaire ou palatine|....|

Fente labiomaxillo palatine totale|....|

Fente unilatérale |....|

Fentes bilatérales |....|

Association polymalformative|....|

4. Thérapeutique :

Technique opératoire de MILLARD|....|

MILLARD pur |....|

MILLARD modifié|....|

Technique de LE MESURIER|....|

Technique de TENNISON|....|

Technique de VEAU|....|

Technique de SKOOG |....|

SKOOG pur |....|

SKOOG modifié |....|

Technique de Langerbeck |....|

5. Suites post opératoires :

Immédiates : complications oui|....| non|....|

Si oui quel type.....

Examen clinique :

Hauteur de la lèvre : satisfaisant|....| non satisfaisant|....|

La ligne cutanéomuqueuse : satisfaisant|....| non satisfaisant|....|

Le philtrum satisfaisant|....| non satisfaisant|....|

La forme du nez satisfaisant|....| non satisfaisant|....|

6. Résultats :

Fonctionnel : satisfaisant|....| passable|....| mauvais|....|

Anatomique :

Hauteur de la lèvre : satisfaisant|....| passable|....| mauvais|....|

Ligne cutanéomuqueuse : satisfaisant|....| passable|....| mauvais|....|

Forme du nez : satisfaisant|....| passable|....| mauvais|....|

ICONOGRAPHIES

ICONOGRAPHIES

Haut
↑
→ Droite



Figure 15 : Fente labio alvéolaire droite



Figure 16 : Fente labio alvéolaire droite

Haut
↑
→ Droite



Figure 17 : Fente labio alvéolaire droite après réparation par la technique de Skoog modifiée



Figure 18: Fente labio alvéolaire droite après réparation par la technique de Skoog modifiée

Haut
↑
→ Gauche



Figure 19 : Fente totale unilatérale gauche



Figure 20: Fente totale unilatérale gauche

Haut
↑
→ Gauche



Figure 21 : Fente totale unilatérale gauche après réparation par la technique de Skoog modifié

Haut
↑
Droite →



Figure 22 : fente unilatérale droite avec tracé de Millard



Figure 23 : fente unilatérale droite après réparation par la technique de Millard modifiée

RESUME

Titre : Les fentes faciales patients au cours des missions humanitaires : le cas du Centre d'accueil de la Maison de Fati. A propos de 107 cas colligés.

RESUME :

Nous avons voulu étudier la prise en charge des patients porteurs de fentes faciales au foyer d'accueil de la Maison de Fati de 2007 à 2011. Dans ce cadre, nous avons mené une étude rétrospective des dossiers médicaux des malades entre 2007 et 2011. Les résultats suivants ont été retrouvés :

Les patients ont représenté 15,07% des hospitalisations au cours de cette période. Le sex ratio était de 0,91. L'âge moyen était de 8,15 ans avec des extrêmes de 5 mois et de 32 ans. La tranche d'âge de 0 à 5ans était la plus représentée avec 46,67% des patients. La profession cultivateur représentait 59,22% des patients. Le revenu mensuel faible était retrouvé chez 78,50% de nos patients. Sur les 107 cas recensés, 51 étaient de sexe féminin et 56 de sexe masculin.

Le type anatomoclinique constaté était les fentes du palais primaire avec 70,10%. Les fentes totales représentaient 25,23% et les fentes secondaires 4,67%. Les Mossi du plateau Central constituaient 68,32% suivis de 12,87% de peuhl. 51,40% de nos patients résidaient en zone rurale.

Les fentes faciales ont nécessité d'une prise en charge chirurgicale. La technique de Millard avait été la plus réalisée. 6,54% de nos patients avaient eu des complications. Ces complications observées comprenaient les suppurations de la plaie opératoire et lâchage des fils de suture. L'évolution a été satisfaisante pour 91,56% de nos patients au plan clinique et 74,77% avaient eu des résultats fonctionnels satisfaisants.

Une meilleure collaboration entre les praticiens de la santé et la population ainsi que l'élaboration d'un calendrier de prise en charge des fentes faciales permettront un meilleur traitement des patients porteurs de fentes faciales.

Mots clés : Fentes faciales, Missions humanitaires, Maison de Fati, Ouagadougou.

Auteur : DJAPNI MAKOUGANG Gaëlle Tatiana. **Email**: tdjapni@yahoo.fr

Title: Management of facial clefts during humanitarian missions: Case of Fati's House Center. About 107 cases collected.

Summary:

We studied the management of patients having facial clefts at Fati's House Center from 2007 to 2011. It is a retrospective study of medical records of patients during that period. The following results have been found:

Patients represented 15.07% of admissions during that period. The sex ratio was 0.91. The average age was 8.15 years old, where the minimum age was 5 months and the maximum was 32 years old. 46.67% of patients were aged between 0 and 5 years. Farmers represented 59.22% of patients. 78.50% of patients have low monthly income. 51 patients were female and 56 were male.

The favorite Anatomico-clinical type was clefts in the primary palate with 70.10%. Total clefts accounted for 25.23%, and secondary clefts corresponded 4.67%. The Mossi central plateau constituted 68.32%, followed by 12.87% of Fulani. 51.40% of patients lived in villages.

Facial clefts needed surgeries. The Millard technic was the most realised. 6.54% of our patients had complications. Those complications included suppuration of the wound and the release of the suture. The outcome was satisfactory for 91.56% of our patients on the clinical point of view, and 74.77% had satisfactory functional results.

A better collaboration between health practitioners and the population, as well as the development of a schedule for the support of facial clefts will lead to a better treatment of patients with facial clefts.

Keywords: Facial clefts, Humanitarian missions, Fati's House, Ouagadougou

Author: Djapni Makougang Gaelle Tatiana

Email:tdjapni@yahoo.fr

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque».

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

BURKINA FASO
Unité Progrès Justice

.....
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
.....

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
EN SCIENCES DE LA SANTE (UFR/SDS)
.....

SECTION MEDECINE

ATTESTATION DE CORRECTION

Je soussigné **Dr Dieudonné OUEDRAOGO**, co-directeur de thèse, certifie que le Docteur **DJAPNI MAKOUGANG Gaëlle Tatiana** a apporté les corrections à la thèse intitulée :

«**Les fentes faciales au cours des missions humanitaires : Le cas du centre d'accueil de la maison de Fati. A propos de 107 cas colligés.**» conformément aux recommandations des membres du jury.

Vu et permis d'impression

Le Co-directeur de thèse :

Le Président du jury :




Dr Dieudonné OUEDRAOGO




Pr Théodore OUEDRAOGO