



Article Original

Les Fentes Labio-Palatines au Niger: Aspects Épidémiologiques, Cliniques, Thérapeutiques et Évolutifs à Propos de 285 Cas

Labio-Palatal Clefts: Epidemiological, Clinical, Therapeutic and Progressive Profiles: about 285 cases in Niger.

Moussa M^{1*}, Abba Kaka HY², Roufai L², Eboungabeka Trigo ER³, Bancole Pognon SA⁴, Negrini JP⁵

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des fentes labio-palatines au Niger. **Patients et méthodes.** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur les fentes labio-palatines, réalisée du 1er Janvier 2011 au 31 Janvier 2013 dans le service d'odontostomatologie de l'Hôpital National de Niamey et au pavillon pédiatrique de l'hôpital Cure des enfants de Niamey. Le sexe, l'âge, l'âge maternel, la consanguinité, le rang de naissance, la présentation clinique, la prise en charge et l'évolution étaient les paramètres étudiés. **Résultats.** Parmi les 2333 patients consultés durant la période de l'étude, 285 (0,12%) étaient porteurs des fentes labio-palatines dont 160 hommes (56,10%) et 125 femmes (43,85%). Leur âge moyen était de 8,13 ans (extrêmes 6 ans et 47 ans). La tranche d'âge de 6 à 10 ans (136 patients) était la plus représentée (47,70%) Sur le plan clinique, les formes complètes concernaient 166 patients (58,24%). Les FLP caractérisées par des troubles de succion et de phonation étaient le principal motif de consultation. La chirurgie a été la seule solution thérapeutique curative utilisée (chéiloplastie et palatoplastie). La technique chirurgicale la plus utilisée était celle de Millard (112 patients; 41,20%). Les suites opératoires immédiates et tardives ont été simples. **Conclusion.** Les FLP affectent plus les garçons que les filles. L'âge moyen à la consultation est de 8,13 ans. Les troubles de succion et de phonation associés à la fente sont les principaux motifs de consultation. Malgré l'âge tardif de la correction, les résultats sont globalement bons.

ABSTRACT

Aim. To describe the clinical presentation, surgical management and outcome of labio-palatal clefts (LBF) in Niger. **Patients and methods.** This was a cross sectional descriptive retrospective study that was carried out from January 1, 2011 to January 31, 2013. Patients were recruited in the odonto-stomatology department of the Niamey National Hospital and in the pediatric ward of the Niamey Children's Cure Hospital. Our study parameters were as follows: gender, age, clinical features, management and outcome. **Results.** Out of 2333 patients who consulted during the study period, 285 (0.12%) with cleft lip and palate were recruited. There were 160 male (56.10%) and 125 female (43.85%). Their mean age was 8.13 years (range: 6 - 47 years). The age group of 6 to 10 years was the most represented with 136 patients (47.70%). There were complete forms 166 patients (58.24%). Sucking and phonation disorders were the main complaints associated with the malformation. Surgery was the sole treatment option, using cheiloplasty and palatoplasty. For 112 patients (41.20%), we used the surgical technique of Millard. The immediate and late aftermath of surgery was simple. **Conclusion.** labio-palatal clefts are more common in boys than in girls. The mean age at consultation is 8 years. Sucking and phonation disorders are the main complaints associated with the malformation. Despite the late definitive management, the aftermath of surgery is simple and the overall prognosis is good.

¹Service d'odonto-Stomatologie
Hôpital National de Niamey/
Niger

²Service d'ophtalmologie de
l'Hôpital National de Niamey/
Niger

³Service de stomatologie et
chirurgie maxillo-faciale du CHU
de Brazzaville/ Congo

⁴Service d'odonto-Stomatologie
CHNU HKM, Cotonou/ Bénin

⁵Hôpital Cure des enfants
Niamey/ Niger

Auteur correspondant :

Moussa Mahamane

Mail : mahamanerhissa@yahoo.fr

Bp 238 Niamey

Niger.

Mots clés : fente labiale , fente
palatine , chéiloplastie,
palatoplastie, Niamey Niger.

Key Words: cleft lip, cleft
palate, cheiloplasty, palatoplasty,
Niamey Niger.

INTRODUCTION

Les fentes labio-palatines sont des malformations apparaissant dès la période fœtale à partir du troisième mois de la grossesse [1]. Elles sont souvent associées à des malformations sévères, parfois dans un contexte d'anomalies chromosomiques qui posent le douloureux problème d'interruption médicale de grossesse. Elles sont qualifiées très souvent d'un terme zoologique « Bec de lièvre » ou « gueule de loup » [1,2].

Les fentes labio-palatines sont la conséquence d'un défaut de soudure unilatérale ou bilatérale des bourgeons constitutifs du massif facial [2]. L'étiologie des fentes labio-palatines est multifactorielle c'est-à-dire liée à une combinaison des facteurs environnementaux et génétiques [1,3]. Le traitement des fentes labio-palatines est une prise en charge longue et difficile allant de la consultation prénatale au traitement des séquelles

éventuelles après la fin de la croissance [1]. Au Niger, comme dans d'autres pays africains une grande partie des enfants porteurs de fente labiale ou fente labio-palatine est issue de familles pauvres, ce qui pose un problème de traitement par défaut de moyen financier, amenant les parents à garder les enfants à la maison. Toutes ces visions néfastes de la maladie engendrent chez les parents des enfants malades un état de résignation. [4]. L'objectif de ce travail est de ressortir les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des fentes labio-palatines au Niger.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur 2 ans (1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2013) portant sur les fentes labio-palatines traitées dans le service l'odonto de stomatologie de l'Hôpital National et à l'Hôpital Cure des enfants de Niamey. Etaient inclus dans l'étude toute personne de tout âge porteuse de fentes labio-palatines ayant consulté et opérée au service de stomatologie de l'Hôpital National et/ou à l'hôpital Cure des enfants de Niamey. N'ont pas été inclus, toute autre malformation congénitale, les dossiers inexploitable, les patients perdus de vue ou décédés avant la date de l'intervention chirurgicale.

Ont servi de support d'étude : les dossiers des patients, le registre d'hospitalisation des entrées et sorties, le registre des comptes rendus opératoires, le registre d'anesthésie réanimation, le registre des soins infirmiers. Nos données ont été analysées sur épi info 2000 version 3.5.1.

RESULTATS

Sur 2 333 patients consultés en deux ans, 285 cas de fentes labio-palatines ont été enregistrés soit une fréquence de 0,12%. L'âge moyen des patients était de 8,13 ans (extrêmes 6 ans et 47 ans). La tranche d'âge de 6 à 10 ans était la plus représentée avec 136 patients (47,70%) Il y avait 160 hommes (56,10%) contre 125 femmes soit un sex ratio de 1,28.

Le principal motif de consultation était les fentes labio-palatines. Les signes cliniques étaient dominés par des troubles de la succion, de la phonation et l'anémie sur le plan biologique. Les fentes labiales unilatérales représentaient les formes anatomocliniques les plus rencontrées 122 cas (39,29%). L'ensemble des fentes était dominé par les formes complètes. L'examen ophtalmologique réalisé à la recherche d'un EEC (ectodactylie- ectodermal dysplasia- clefting) était sans particularité. Chez tous les patients examinés, il n'y avait pas de sténose des voies lacrymales ni de kératopathie. (Tableau I)

Tableau I: Répartition des patientes selon les lésions

Étendue	Siège des lésions		
	Fente Labiale	Fente Labio-Palatine	Fente Palatine isolée
Complète	115	43	8
Incomplète	109	5	5
Total	224	48	13

Les lésions complètes étaient majoritaires sur l'ensemble des formes anatomiques (166 sur 285cas) soit un ratio de 1, 39.

La chirurgie était le seul moyen thérapeutique curatif, et basée essentiellement sur les chéiloplasties (71,6%). La technique chirurgicale la plus choisie était celle de Millard (41,20% des cas) suivie de celle de Fisher (38,60%).

Tableau II : Répartition des patients selon le type d'intervention chirurgicale réalisée

Type d'intervention chirurgicale	Effectif	Proportion (%)
Chéiloplastie	204	71,6
Chéiloplastie+Lip Adhésion	3	1,1
Chéiloplastie+Palatoplastie	46	16,1
Chéiloplastie+Rhinoplastie	8	2,8
Palatoplastie	13	4,5
Reprise de chéiloplastie	11	3,9
Total	285	100,0

Chéiloplastie: fermeture chirurgicale de la lèvre
 Palatoplastie: fermeture chirurgicale du palais
 Lip-adhésion: adhésion chirurgicale de la lèvre
 Rhinoplastie: fermeture chirurgicale du nez

La chéiloplastie prédominait de façon globale soit 204 patients (71.6%). Du point de vue de la technique chirurgicale, la technique de Millard était la plus utilisée avec 117 patients (41.20%) suivie de la technique de Fisher Nordhoof avec 110 patients (38.60%).

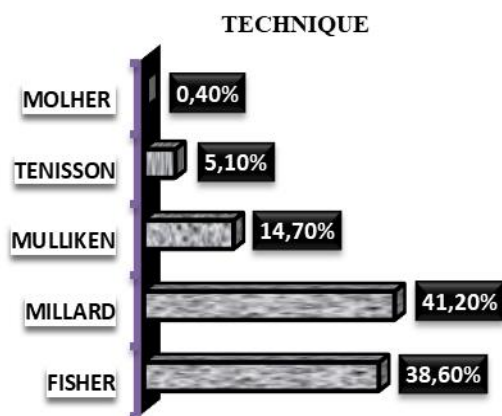


Figure 1 : Répartition des patients selon la technique d'intervention chirurgicale pour les fentes labiales associées ou non aux fentes palatines.

Les suites opératoires immédiates étaient simples chez 271 patients (95,40%). Les suites opératoires tardives n'ont pas été clairement déterminées car les visites retours n'étaient pas honorées chez 245 patients (86,30%). Les complications à type de lachage de fil, de suppuration et des fistules ont été observées chez 13 patients (4,6%).



Figure 1 : fente labio-palatine bilatérale complète. Résultat 2 ans après l'opération (images Hôpital Cure des enfants de Niamey).

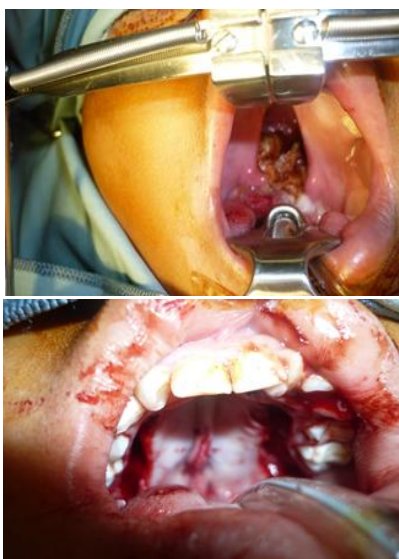


Figure 2 : fente palatine. Suture du plan nasal et buccal (images Hôpital Cure de Niamey). Images avant et après l'intervention.

Tableau III : Répartition des patients selon l'âge de la mère

Age de la mère en année	Effectif	Pourcentage (%)
[11– 20]	18	6,3
[21 - 30]	85	29,8
[31– 40]	68	23,9
[41 et plus[3	1,0
Indéterminé	111	39
Total	285	100,0

La tranche d'âge 21-30 était prédominante chez les mères 85 patientes (29,8%). La moyenne d'âge des mères était de 18 ans [14ans et 50 ans]. Une notion de consanguinité parentale a été retrouvée chez 110 patients (38.60%). 75 patients sur 285 (26,3%) étaient au 3ème rang dans leur fratrie.

DISCUSSION

Les fentes labio-palatines sont des malformations congénitales fréquentes au Niger avec une fréquence de 0,12 durant la période de notre étude. L'âge moyen des patients était de 8,13ans (extremes 6ans et 47ans). La tranche d'âge de 6-10ans était la plus représentée. Par contre Cheick Oumar au Mali a enregistré une prédominance de la tranche d'âge d'intervention 29jours-2ans avec un âge moyen de 2ans et 7mois[5]. Ceci pourrait s'expliquer par la situation socio-

économique précaire et l'éloignement des patients qui se trouvent dans les zones rurales retardant ainsi la prise en charge précoce. Les fentes labiales associées ou non aux fentes palatines étaient plus fréquentes chez le sexe masculin dans notre série avec 160 patients (56,10%). La plupart des auteurs s'accordent sur ces données [6-8]. Au Soudan et à Madagascar, des auteurs ont rapporté une prédominance féminine sur l'ensemble des fentes buccales sans cause évidente retrouvée [9, 10]. Dans notre série il a été révélé un âge maternel relativement jeune (18 ans) à comparer à celui retrouvé au Mali et en Suisse qui étaient respectivement de 27ans et 31ans. [5,8]. Roo et coll. aux Etats-Unis ont parlé du risque d'avoir un bébé malformé deux fois plus élevé chez les mamans de moins de 20 ans ainsi que chez celles de plus de 25 ans[11]. Néanmoins une étude récente réalisée au Sud de la Thaïlande a parlé d'une absence de corrélation entre l'âge de la mère et ce risque. [12]. Les résultats de Roo et coll aux Etats-Unis sont comparables à ceux de notre série où l'âge de la maman était de moins de 30 ans. Ceci s'expliquerait par le mariage et la maternité précoces rencontrés au Niger. La consanguinité qui présente un lien significatif avec les fentes labio-palatines selon Stoll et coll. en France [13] était observée dans notre série à 38,60%. Ce résultat est supérieur à celui retrouvé par Richard Aurelien à Madagascar(4,7%) [10]. La pratique de l'échographie anténatale au Niger comme dans beaucoup des pays en voie de développement à la recherche de malformations congénitales n'est pas systématique. Aucun enfant de notre série n'a été diagnostiqué en prénatal. Celine Rey en Suisse par contre a retrouvé un diagnostic anténatal des fentes labio-palatines prédominant (65,52%) [14]. Le rang de naissance semble influencer considérablement la survenue d'une Fente labiale en général. Selon une étude effectuée par Longombé et coll. en 2012 en République Démocratique du Congo, il ressort qu'un pic des fentes labio-palatines était observé dans 19.1% des cas lors de la deuxième grossesse. [15]. Nous avons enregistré dans notre série une prédominance de la troisième place dans la fratrie (26,3%). Une prédominance des fentes labiales (78,59%) a été constatée au terme de notre étude sur l'ensemble des fentes buccales. Richard Aurelien à Madagascar et Yoshikazu N.au Japon ont rapporté une prédominance des fentes labio-palatines respectivement à 40,82% et 49,31% cas[10,16]. Notre étude nous a permis de constater que dans les formes uni-latérales et bilatérales des fentes labiales associées ou non aux fentes palatines; les fentes unilatérales étaient plus fréquentes avec un ratio de 4.27. Richard Aurelien à Madagascar et Garcia-Godoy à Saint Domingue ont retrouvé respectivement un ratio de 1,9 et 5,4 [10,17]. Dans notre série le côté gauche était prédominant, ce résultat est partagé par des nombreux auteurs [10, 15, 17]. Selon Hirayama au Japon l'incidence majeure du côté gauche est due au fait que le débit de l'artère faciale y est ralenti; cette hypothèse n'a pas été confirmée à ce jour[18]. Dans notre série la durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours(extremes 4 à16jours). Par contre Mommaerts MY en Belgique avait retrouvé 4jours[19]. Le traitement

chirurgical initial doit essentiellement reconstituer l'anatomie normale de la lèvre et du palais. Il impose la remise en place des structures musculaires afin d'établir l'équilibre fonctionnel et esthétique[20]. Les techniques chirurgicales utilisées dans notre série étaient: Nordhoof Fisher pour les fentes unilatérales 105 patients (38,6%), Mulliken pour les fentes bilatérales 40 patients (56%), Millard 112 patients 41,20% cure labiale uni ou bilatérale. La technique de Millard était la plus utilisée dans notre série. L'utilisation prédominante de cette technique a été rapportée par plusieurs auteurs [20,21]. Notre étude révèle un taux de morbidité de 4,60%. Ce taux était inférieur à celui rapporté par Cedrick Milindi et al (2,9%). Des facteurs comme la technique chirurgicale, l'expérience du chirurgien, l'ampleur de la lésion buccale peuvent concourir à la survenue des complications lors de la chirurgie des fentes labiales [22]. Un suivi post-opératoire était réalisé dans notre série par une prescription systématique d'antalgiques et d'anti-inflammatoires pendant 48 heures afin d'atténuer l'œdème, la douleur et favoriser la reprise alimentaire. L'alimentation est liquide les 3 premiers jours, puis semi-liquide du 4^e au 21^e jour et dès le 21^e jour l'alimentation solides est introduite. Une couverture antibiotique était préconisée en vue de prévenir les infections et des soins locaux étaient administrés quotidiennement à base d'éosine aqueuse, de NaCl, de néomycine en fonction de l'évolution de la plaie opératoire. L'ablation des fils était faite au 7^eme jour. Le premier rendez-vous était donné après six semaines afin d'expliquer au malade comment débiter le massage et s'assurer de la bonne évolution post-opératoire. Ces massages favorisent une bonne rétraction et une bonne cicatrisation. Pour les patients se trouvant dans des zones reculées, le déroulement du massage leur était expliqué avant leur sortie de l'hôpital.

CONCLUSION

Les fentes labio-palatines longtemps considérées dans notre contexte comme des malformations mystiques sont en réalité des malformations congénitales apparaissant dès le 3^eme mois de la vie intra-utérine. La connaissance de l'étiologie des FLP permettrait de limiter leur apparition. Cependant cette étiologie demeure encore mal connue ; des facteurs génétiques, environnementaux et surtout raciaux sont incriminés. Le concept global de notre prise en charge n'a pour but que de rétablir un aspect esthétique, psychosocial et fonctionnel tout en respectant les acquis de l'anatomie. Rendre heureux les patients au quotidien, leur redonner l'espoir et le sourire dont ils ont besoin pour leur réinsertion sociale et scolaire et surtout de minimiser la stigmatisation dont sont victimes les patients porteurs de cette tare au Niger.

CONFLIT D'INTERET

Aucun

REFERENCES

1. Mercier J. ET Rineau G. Traitement des fentes congénitales labio-alvéolo-palatines et velopalatines. EMC (Elsevier Paris) stomatologie 1997; 22-066-B10: 40p.

2. Svrtson A W A J. Skjaeven R ET ALS. Familial risk of oral clefts by morphological type and severity: populationbased cohort study of first-degree relatives 2008; BMJ: 432-4.
3. Francannet C. Fentes faciales et facteurs nutritionnels. Colloque de l'Institut Européen des Génomutation Fondation Groupama . Lyon le 19 octobre 2002.
4. Cohen MM, Gorlin RJ, Fraser FC. Craniofacial Disorders. Dans : Rimoin DL, Connor JM, PyeritzRE (éds.). Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics, 3^e édition. New York: Churchill Livingstone 1997; 3: 1121-47.
5. Cheik Oumar Diakité. Les fentes labio-palatines. Faculté de médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie de Bamako, 2005. p105.
6. Onyango JF, Noah S. Pattern of clefts the lip and palate managed over a three year period at a Nairobi hospital in Kenya. East Afr Med J. 2005 Dec; 82(12):649-51.
7. Grollemund B, Galliani E, Soupre V, Vazquez MP, Guedeney A, Danion A. L'impact des fentes labiopalatines sur les relations parents-enfants. Archives de Pédiatrie 17 (2010) 1380- 1385.
8. Lahlaïdi A. Anatomie topographique. Vol IV- Edition Ibn Sina -1986 Bacon W, Tscill P, Groullmund B et ALS L'origine génétique des fentes labio-palatines non syndromiques Twist. Gène candidat? Protocole de recherche. L'orthodontie française 2007; 249-55.
9. Suleiman A. M S. T. Hamzah, M. A. Abusalab & K. T. Samaan. Prevalence of cleft lip and palate in a hospital-based population in the Sudan. International Journal of Pediatric Dentistry 2005; 15: 185-189.
10. Richard Aurélien Rakotoarison. Les fentes labio-palatines à Madagascar étude épidémiologique et impact sur les dents. Thèse de spécialité chirurgie buccale, Strasbourg. Médecine buccale Chirurgie buccale 17(1) 2011:7-14.
11. De Roo LA, Gaudino JA, Edmonds LD. Orofacial cleft malformations: associations with maternal and infant characteristics in Washington State. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2003 Sep; 67(9):637-42.
12. Jururatanasirikul S, Chichareon V, Pattanapreechawong N, Sangsupavanich P. Cleft lip and/or palate: 10 years of experience at a pediatric center in Southern of Thailand. Cleft palate Craniofac J. 2008 Nov; 45(6):597-602.
13. Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. Epidemiological and genetic study in 207 cases of oral clefts in Alsace, north-eastern France. J Med Genet. 1991 May; 28(5):325-9.
14. Rey-Bellet C, Hohlfeld J. Prenatal diagnosis of facial clefts: evaluation of a specialized counseling. Swiss Med Wkly 2004; 134:640- 4.
15. Longombé A.O., Tshimbila Kabangu JMV. Les fentes labio-palatines à l'Est de la République Démocratique du Congo. Aspects épidémiologiques. Annales de chirurgie plastique esthétique 20Février 2012: 1-7.
16. Yoshikazu Nagase, Nagato Natsume, Tomoki Kato ,Toko Hayakawa Epidemiological Analysis of Cleft Lip and/or Palate by CleftPattern. J. Maxillofac. Oral Surg. (Sept-Dec 2010) 9(4):389-395.
17. Garcia-Godoy F. Cleft lip and cleft palate in Santo Domingo. Community Dent Oral Epidemiology 1980 Apr; 8(2):89-91.
18. Hirayama K. Anatomical studies on the development of the facial artery and its distribution in the cleft lip of the human fetus: Part 1 Development of the facial artery in the human fetus on the latter stage of pregnancy. Med J Kagoshima Univ 1:295-316, (1971)
19. Mommaerts M.Y, F.A.M.M. Combes and Drake The furrow Z-plasty in two-stage palatal repair modifications and complication Craniomaxillofac Surg 2005; 33(5):318-25.

20.Diah E, Lo LJ, Yun C, Wang Ret al. Cleft oronasal fistula:A review of treatment results and a surgical management algorithm proposal, *Cang Gung Med J*.2007;30:529-37.

21.Pavy B, Vacher C, VendrouxJ et Smarrito S.Fentes labiales et palatines. *EncyclMédChir*(Elsevier Paris). Techniques

chirurgicales- Chirurgie Plastique reconstructrice et esthétique, 45-580, 1998 , 21p.

22.Cedrik Milindi S, Olivier Ukuku et al. Fentes labiopalatines dans la province du Katanga RDCongo : aspects épidémiologiques , anatomcliniques et thérapeutiques. *Pan African Medical Journal* .2014 ;17 :319.