Information aux patients

Fentes labiales et palatines / Autres mesures

La prise en charge de la fente labio-maxillo-palatine peut être complétée par toute une série d'autres traitements et mesures qui contribuent à une bonne cicatrisation et un développement adéquat.

- Accessoires facilitant l'alimentation et mesures éventuelles après l'opération
- Soins
- Traitements

Autres mesures

Accessoires facilitant l'alimentation et mesures éventuelles après l'opération

Les nouveau-nés qui présentent une fente palatine ont des difficultés à s'alimenter, la brèche rendant la succion inefficace. La division des muscles labiaux gêne en outre les mouvements de la lèvre. Selon le cas, une supplémentation peut se révéler nécessaire pour favoriser la prise de poids. Le mode d'alimentation le mieux adapté est déterminé de manière personnalisée. On a fréquemment recours aux accessoires suivants à la naissance: biberon spécial (avec tétine de Haberman), gobelet, cuillère ou seringue.

Plaque de tétée

Dans les deux jours qui suivent la naissance, on prend une empreinte de la mâchoire supérieure (maxillaire) du bébé dans le but de confectionner une «plaque de tétée». Le premier essai de tétée avec l'accessoire en bouche a lieu sous l'œil avisé d'une consultante en lactation. Si la plaque est mise en place dès le début, le nouveau-né s'y accoutume vite et ne la perçoit pas comme un corps étranger.

Ce dispositif règle plusieurs problèmes fonctionnels évitant ainsi que le lait ressorte par le nez (jetage nasal). Il empêche en outre l'insertion de la langue dans la fente palatine et par là même le développement de mouvements anormaux. La plaque rapproche progressivement les berges du palais osseux ce qui rendra l'opération moins invasive.

La plaque de tétée se fixe avec une crème adhésive pour prothèse au goût neutre et doit être nettoyée une fois par jour: d'abord essuyée à sec, puis lavée avec une brosse et du dentifrice. Le nettoyage doit être suivi d'une désinfection pendant 3 min avec une solution antiseptique pour les muqueuses dans le but de prévenir la prolifération de levures (champignons). La stérilisation à l'eau bouillante est à proscrire car la plaque ne résiste pas à la chaleur.

Bandelettes adhésives

L'utilisation de bandelettes adhésives élastiques spéciales permet de rapprocher progressivement, par traction continue, les berges des fentes larges au niveau de la lèvre en même temps que les segments maxillaires.

On peut aussi réduire ainsi de manière substantielle les fentes maxillaires larges jusqu'à l'âge de 3 mois, avant le traitement chirurgical.

© Crédits iconographiques: zmk Bern

Adhésion labiale
En cas de fente complète bilatérale avec protrusion importante du prémaxillaire, il est parfois judicieux d'opter pour une «adhésion labiale». La simple suture de la peau au niveau de la lèvre dans un premier temps induit, pour quelques semaines, une traction élastique qui ramène le prémaxillaire dans sa position anatomique. Lors de la fermeture définitive de la lèvre avec suture musculaire, on est ainsi confronté à une tension moins importante et a l'avantage de trouver, sous la lèvre, une forme de mâchoire déjà plus naturelle.

Biberon de Haberman
La tétine du biberon de Haberman est munie d'une valve spéciale qui permet l'écoulement du lait sous l'effet de mouvements de tirage même si l'enfant ne peut pas créer le vide dans sa bouche. Le nourrisson atteint d'une fente palatine peut ainsi satisfaire son besoin naturel de téter bien que sa succion soit trop faible pour boire au sein ou au biberon normal. En outre, la valve interdit la pénétration d'air dans le biberon. Le bébé avale donc nettement moins d'air et a moins de problèmes de ballonnements et de vomissements. L'alimentation avec le biberon de Haberman s'apprend dès la naissance, au service de maternité, sous la direction de la consultante en lactation.

Mode d'emploi: le biberon doit être rempli environ aux trois quarts de lait afin que le bébé n'ait pas à déployer trop d'efforts pour boire. Introduire le biberon dans la bouche du côté opposé de la fente, légèrement de biais, de manière à ce qu'il n'appuie pas trop dans la fente. Il peut arriver que du lait ressorte par le nez, ce qui est sans gravité. Il convient simplement de nettoyer ensuite le nez à l'eau propre. Le biberon doit être stérilisé à l'eau bouillante une fois par jour.

Soins

Prévention dentaire
A l'éruption de la première dent de lait, on débute le brossage à l'aide d'une brosse pour bébé et de dentifrice infantile contenant du fluor.
Pour apprendre comment prévenir au mieux les caries et assurer une bonne hygiène bucco-dentaire, nous recommandons trois rendez-vous de routine (consultations de prévention), en accord avec la Schulzahnklinik de Bâle:

- avant l'opération, à env. 4 mois,
- après l'opération, à env. 12 mois,
- à env. 18 mois: contrôle pour l'évaluation du risque de caries.

Dès que la première dentition est complète, il convient, d'un point de vue orthophonique et orthodontique, de ne plus donner de sucette ni de biberon la nuit à l'enfant. Les tétines induisent une mauvaise position des dents et de la mâchoire qui ne se corrige que très rarement de manière naturelle chez l'enfant plus âgé et exige donc le port d'un appareil orthodontique. La malposition des dents et de la mâchoire entraîne des défauts de prononciation et le développement de mouvements inadéquats de la langue.

© Crédits iconographiques: zmk Bern

Soins des cicatrices
Après l'opération, il faut éviter les contraintes excessives (sport, batifolage...) les dix premiers jours. En règle générale, nous ne prescrivons pas de crèmes cicatrisantes pour un nourrisson après la fermeture d'une fente labiale puisque la plupart contiennent des additifs potentiellement irritants pour la peau. Nous montrons aux parents comment masser la cicatrice pour la rendre souple et lisse. Il est recommandé de commencer deux semaines après l'opération, si la plaie s'est refermée sans problème. Le recours aux pansements siliconés reste exceptionnel, lorsque la cicatrice est hypertrophiée. A noter que les rayons UV provoquent des colorations dysharmonieuses – souvent définitives – de la peau; raison pour laquelle, les 6 mois qui suivent l'intervention, la cicatrice encore fraîche ne doit pas être exposée au soleil et protégée avec de l'écran solaire quand il fait beau.

Traitements

Orthophonie, stimulations
La prise en charge orthophonique précoce peut contribuer au bon développement des fonctions primaires (avaler, sucer, mordre, mâcher, respirer). Comme l'articulation de la parole reposera sur ces fonctions, suivre quelques séances de rééducation est judicieux dans certains cas. On montre aux parents comment intégrer de manière ludique des stimulations aux soins du petit enfant. Ces exercices permettent d'activer et de renforcer les fonctions musculaires. En agissant sur l'orientation de la langue par des stimulations, on peut notamment faciliter l'alimentation du nouveau-né. Après l'opération, le traitement par stimulation favorise la motricité fine de la lèvre au niveau de la cicatrice. Plus tard, lorsque l'enfant commence à parler, on vérifie si la prononciation des sons (articulation) est correcte et si la sonorité produite avec le voile du palais est normale (nasalité). Les anomalies éventuelles pourront faire l'objet d'un traitement logopédique. La nature de la thérapie est très différente selon qu'il s'agit de problèmes d'articulation ou de nasalité. Pour la fonction du voile du palais, on recourt notamment à des exercices d'amélioration de la posture et de la tension corporelle, p. ex. à une thérapie myofonctionnelle ou une physiothérapie (voir «Diagnostic et traitement – Assurance»).
Ces exercices sont importants car les muscles vélaires forment une unité fonctionnelle avec les muscles de soutien de la tête et du tronc. Il faut veiller à ne traiter qu'un certain temps et à ne pas fatiguer l'enfant avec une accumulation de thérapies. Si la prise en charge orthophonique n'aboutit pas à une phonation normale, on peut, à titre exceptionnel, envisager une seconde opération du palais pour améliorer encore les sons vocaux et l'élocution.

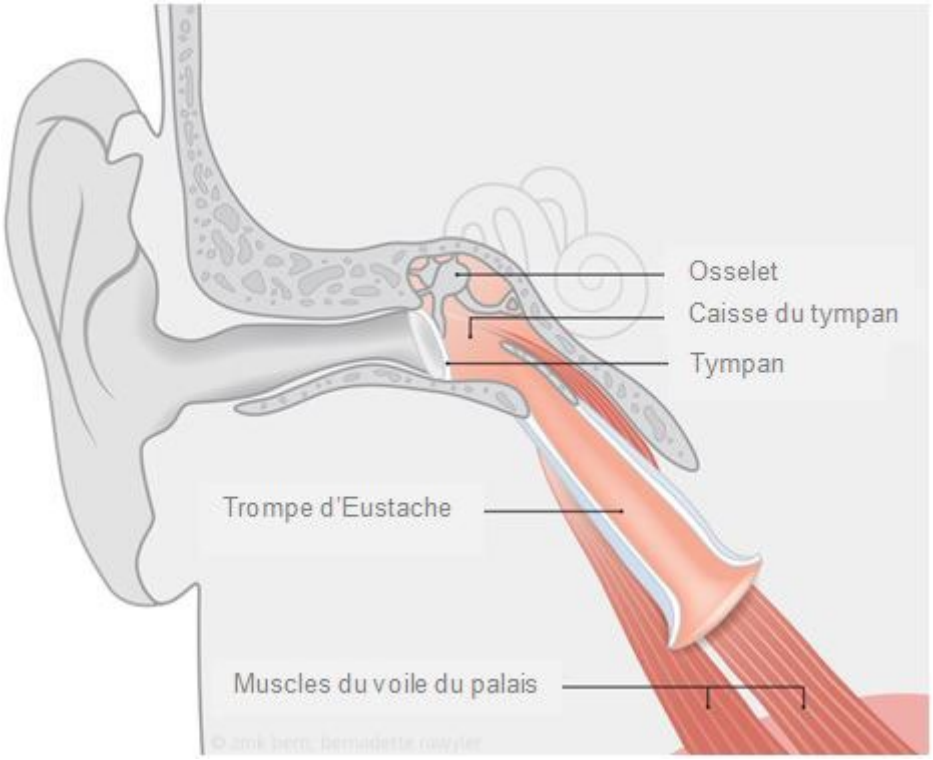
Orthodontie
La plaque de tétée, les bandelettes adhésives et l'adhésion labiale sont considérées comme les outils initiaux de l'Orthodontie parce qu'elles permettent le mieux d'influer sur la position des segments maxillaires. Il n'en reste pas moins qu'après l'éruption des dents de lait, un traitement orthodontique s'impose dans bien des cas. Pour la première dentition, on utilise un appareillage orthodontique amovible, et pour la dentition définitive, à partir de 12-15 ans, un appareillage fixe.
Selon l'âge auquel il est mis en place et sa conception, l'appareil aura des fonctions différentes. Certains appareils amovibles ont essentiellement des effets sur l'action conjuguée et l'équilibre musculaires entre lèvre, langue et voile (orthodontie fonctionnelle). Leur but est de pallier les troubles moteurs tout en contribuant au traitement des troubles de l'élocution. D'autres, amovibles ou fixes, servent à élargir le maxillaire (appareils d'expansion). Les appareils constitués d'un arc métallique fixé aux dents (appareils multi-attaches) assurent leur l'alignement. Ils ne s'emploient que sur les dents permanentes. L'appareillage orthodontique permet souvent de remettre toutes les dents en bonne place. Dans des cas isolés, une intervention chirurgicale est toutefois nécessaire en complément pour

© Crédits iconographiques: zmk Bern

corriger la malposition de la mâchoire. Elle sera réalisée en fin de croissance (18-20 ans) afin que le résultat final ne soit pas contrarié par le développement ultérieur du maxillaire.

Traitement auriculaire

La bonne aération de l'oreille moyenne par le biais de la trompe d'Eustache est primordiale pour l'oscillation libre du tympan. Si elle est insuffisante, du liquide s'accumule dans l'oreille moyenne (otite séreuse) et atténue la transmission des sons, d'où une baisse auditive pour l'enfant. La fonction musculaire du voile du palais contribue à l'ouverture de la trompe d'Eustache lors de la déglutition et ainsi à l'aération de l'oreille moyenne. Après la fermeture chirurgicale de la fissure dans le palais, cette fonction devrait peu à peu se normaliser. Il existe une méthode pour «traiter soi-même» («Otovent») consistant à maintenir l'embout d'un ballonnet spécial à l'entrée du nez et à le gonfler en soufflant par une narine. Du fait de la pression générée, l'air parvient ainsi jusqu'à l'oreille moyenne. Ce traitement se révèle utile en cas de gêne passagère de l'aération, p. ex. lors d'un refroidissement. Le gonflement des muqueuses rétrécit effectivement le conduit d'aération. En cas d'épanchement séreux durable dans l'oreille moyenne, la mise en place d'un petit drain dans le tympan devient indispensable pour assurer la ventilation (drainage transtympanique). L'intervention a certes lieu sous anesthésie générale, mais l'enfant peut rentrer chez lui le soir même. L'aération de l'oreille moyenne s'améliore d'habitude spontanément avec l'âge, au fil de la croissance, si bien que les drains transtympaniques ne sont plus nécessaires.



Section de l'oreille: les muscles du voile du palais provoquent l'ouverture de la trompe d'Eustache et ainsi l'aération de la caisse du tympan, dans l'oreille moyenne.