

Rhinoplastie des fentes unilatérales labio-maxillo-palatines

RÉSUMÉ : La prise en charge des fentes labio-maxillo-palatines unilatérales ne cesse de s'améliorer depuis plus d'un siècle. Néanmoins, toute réparation primaire, même dans les meilleures mains, est soumise aux aléas de la croissance faciale.

La séquelle est donc obligatoire du fait de l'existence de la malformation initiale et de la nocivité intrinsèque de la chirurgie primaire.

La rhinoplastie secondaire dans les séquelles de fentes unilatérales est un geste complexe, représenté par une grande hétérogénéité de procédures. Nous présentons le protocole chirurgical du service de chirurgie maxillo-faciale et plastique du CHU de Nancy.



→ T. COLSON
CHU, Nancy

Toute réparation primaire d'une fente unilatérale labio-maxillo-palatine est soumise aux aléas de la croissance faciale.

Ainsi, aussi perfectionnée soit la réparation, la croissance des téguments faciaux et de l'architecture squelettique mettra à rude épreuve le travail initial du chirurgien.

La séquelle est donc obligatoire, même dans les meilleures mains :

- l'existence d'une malformation primaire persiste même si elle est dissimulée ;
- la chirurgie initiale apporte une nocivité intrinsèque et sa trace est représentée par la cicatrice.

L'analyse de la séquelle est donc indispensable pour permettre une réparation optimum.

Les échecs provenant de la première tentative doivent être réparés secondairement.

Les causes sont souvent intriquées et associent à des degrés divers : la récurrence partielle de la déformation originelle, les cicatrices aussi disgracieuses soient-elles, les troubles squelettiques secondaires à la croissance pathologique.

Analyse de la séquelle nasale

1. Analyse statique

La pyramide nasale doit être observée sous tous les angles. Les vues de face, de profil et inférieure sont indispensables afin de faire le point sur la déformation séquellaire. Des photos sont les bienvenues pour pouvoir comparer secondairement les résultats obtenus après chirurgie, à la déformation initiale.

En 1990, Bardach et Cutting [1] résument les différentes séquelles nasales observées chez les porteurs de séquelles de fentes orales unilatérales (*fig. 1*). Elles associent à des degrés divers les difformités suivantes :

- la columelle est plus courte du côté fendu ;
- la base de la columelle est déviée du côté sain ;
- la crus latérale du cartilage alaire est plus longue du côté fendu, avec une aile narinaire aplatie donnant une orientation horizontale à l'aile du côté fendu ;
- la pointe nasale est asymétrique, déplacée dans le plan frontal et horizontal ;
- l'aile narinaire est déplacée en arrière secondairement à l'hypoplasie de l'orifice piriforme sous-jacent, comme sa base ;



FIG 1 : Séquelle typique d'une fente labio-maxillo-palatine unilatérale.

- le seuil narinaire et/ou le plancher nasal sont abaissés du côté fendu ;
- une fistule nasolabiale peut être retrouvée ;
- le septum caudal et l'épine nasale antérieure sont déviés du côté du vestibule sain ;
- le cornet inférieur du côté fendu est hypertrophique ;
- le maxillaire est hypoplasique du côté pathologique, et présente des rapports anormaux avec le prémaxillaire.

À cette classification des déformations, on peut y associer une autre séquelle, la bride vestibulaire (enclavement). Elle est oblique, en bas et en dehors et se dirige vers la tête du cornet inférieur, signant ainsi la rétraction périchondro-périostée [2]

2. Analyse dynamique et fonctionnelle

L'analyse dynamique doit permettre d'évaluer la mobilité de la pyramide nasale.

On doit s'attacher à étudier les mimiques du patient afin de noter la présence ou non d'une pointe dépendante par hyperaction du muscle *depressor septi nasi*, lors du sourire par exemple.

L'étude physique de la respiration nasale doit rechercher l'existence ou non d'un collapsus vestibulaire unilatéral du côté fendu.

La fonction respiratoire nasale est souvent affectée par la fente orale unilatérale. Toute obstruction nasale entraînera des conséquences sur la sphère ORL, marquées par des infections et inflammations à répétitions (rhinite et sinusite chroniques) [3] et par le développement progressif d'une respiration buccale. Une évaluation par un ORL semble indispensable avant tout geste chirurgical.

Généralités sur les rhinoplasties secondaires dans les fentes unilatérales

L'objectif premier de la rhinoplastie de fentes unilatérales est double et vise à la fois :

- l'esthétique : harmoniser la pyramide nasale ;
- le fonctionnel : obtenir une bonne perméabilité nasale.

La nécessité d'un geste de rhinoplastie pour séquelles de fentes répond en partie aux mêmes critères que lors d'une rhinoplastie de révision dite "classique".

Ainsi, on peut diviser le nez en zones d'intérêt nécessitant un geste chirurgical au cas par cas. Ces zones d'intérêts sont :

- soit impaires et médianes (de haut en bas) :
 - le dorsum nasal,
 - la pointe nasale,
 - la columelle ;
- soit paires et latérales, représentées par (de haut en bas) :
 - les murs nasaux latéraux du côté sain et fendu,
 - les ailes narinaires du côté sain et fendu,
 - les vestibules narinaires du côté sain et fendu,
 - les seuils narinaires du côté sain et fendu.

Dès lors, un geste chirurgical de séquelle de fente unilatérale comprend une séquence proche des rhinoplasties classiques pour certaines zones, notamment le dorsum nasal, alors que certaines zones spécifiques – le plus souvent latérales – nécessitent un geste approprié à la séquelle nasale (pointe nasale, aile narinaire, vestibule, seuil narinaire du côté pathologique). De plus, d'autres gestes peuvent être associés à la rhinoplastie de fente, notamment en cas d'hypoplasie maxillaire et/ou piriforme. Enfin, dans certains cas, l'harmonisation nasale ne peut se faire sans rééquilibrer l'architecture labiale par un geste adéquat, nommé chéilo-rhinoplastie secondaire [4]

Rhinoplastie secondaire

Après la réhabilitation morpho-fonctionnelle primaire, couvrant une période allant de la naissance à la puberté, vient le temps de la réhabilitation secondaire si les circonstances cliniques l'exigent.

Cette réhabilitation est réalisée à la fin de la croissance afin d'établir le traitement définitif des séquelles de fentes. Elle comprend une réhabilitation dentaire, orthognatique et esthétique [5-7]. La rhinoplastie secondaire correspond à l'étape ultime de réhabilitation morpho-fonctionnelle. Elle est souvent associée à un geste labial, appelé chéiloplastie dont l'objectif est mixte :

- améliorer la compétence bilabiale ;
- harmoniser la jonction nasolabiale, comprenant des éléments médians (columelle et philtrum) et latéraux (aile narinaire et seuil narinaire).

Nous réalisons régulièrement un geste de chéiloplastie intralabiale à triple lambeau musculaire [6]. Elle est indispensable dans les déformations sévères et justifiera des gestes spécifiques des fentes (sur la pointe, l'aile du nez pathologique et la columelle) et non spécifiques (sur le dorsum nasal notamment).

FACE

1. La voie d'abord externe

Elle est indispensable à la visualisation de l'architecture cartilagineuse nasale. Elle permet de corriger les différentes asymétries et de constater immédiatement les résultats de la reconstruction.

Nous utilisons une incision columellaire inférieure en marche d'escalier associée à deux incisions marginales vestibulaires.

Les incisions sont réalisées après infiltration à la xylocaïne adrénalinée à 1 % afin de réaliser une hémostase rigoureuse et une dissection aqueuse entre les plans cutanés, muqueux et chondraux.

La dissection se fait de bas en haut de médial en latéral en remontant le long des crus mésiales, des dômes cartilagineux (**fig. 2**) puis des bords caudaux des crus latérales alaires.

Une fois la pointe nasale libérée, la progression de la dissection se fait vers

le haut de manière sous-périchondrale (au niveau de l'auvent cartilagineux) et sous-périostée (au niveau de l'auvent osseux).

Cette libération de toute la face superficielle du nez est suivie par un geste de septoplastie.

2. La septoplastie (**fig. 3**)

Elle est réalisée de manière systématique afin de corriger trois déformations séquellaires des fentes unilatérales :

- la déflexion du septum caudal du côté sain ;
- la désaxation du septum basal en dehors du rail vomérien ;
- la déviation de l'épine nasale antérieure du maxillaire.

Elle a deux objectifs principaux :

- permettre d'améliorer la ventilation nasale ;
- permettre d'apporter du tissu cartilagineux autologue pour la reconstruction de la pointe.

• La déflexion du septum caudal

Elle est quasi constante secondaire à la brièveté septo-ligamentaire du côté de la fente et à la désaxation de l'épine nasale antérieure.

Le septum caudal est abordé en sectionnant le tissu conjonctif intermésial. Une incision est réalisée au niveau du bord antérieur du septum caudal et la dissection sous-périchondrale est faite à l'aide d'une rugine de Howard. Cette libération du septum est réalisée, de haut en bas, de la valve interne jusqu'au rail vomérien en libérant le tissu fibreux dense de l'épine nasale antérieure. Le septum caudal est ainsi libéré et transposé du côté de la fente.

• La désaxation du septum basal

Le septum basal est ensuite libéré le long du rail vomérien. Il est parfois latéralisé du côté de la fente et nécessite une réaxation dans le rail. Lorsque le rail est de mauvaise qualité, il peut être ostéotomisé.



FIG 2 : Exposition des dômes cartilagineux et du dorsum.



FIG 3 : Septoplastie.

• La déviation de l'épine nasale antérieure du maxillaire

Elle peut être remodelée à la fraise, ostéotomisée et basculée dans un mouvement de varisation. En cas de varisation, un socle stable doit être incorporé afin d'éviter tout mouvement secondaire de bascule.

3. Les gestes de pointe

L'asymétrie des dômes cartilagineux est fréquente.

Nous utilisons principalement cinq techniques afin de symétriser la pointe :

- les sutures transdomales ou de création de dômes permettent de reprojetter et de symétriser la pointe nasale ;
- les sutures interdomales permettent de symétriser les deux dômes ;
- l'étau columellaire, provenant du septum cartilagineux, permet de reprojetter l'ensemble de la pointe nasale et de rigidifier une pointe tombante. De plus, il permet d'allonger la columelle. On réalise généralement une ostéotomie verticale séparant l'épine nasale antérieure en deux afin d'y insérer l'étau columellaire, celui-ci étant par ailleurs fixé aux crus médiaux par une suture intermédiaire ;
- les greffons de pointe, prélevés à partir du septum cartilagineux, sont fréquemment utilisés. Ils permettent de symétriser les deux dômes, de projeter la pointe et de corriger les imperfections ;
- la résection d'une frange céphalique de cartilage septal permet de créer une rotation céphalique de la pointe.

4. Les gestes de l'aile du nez pathologique

Lorsque l'aile nasale pathologique présente un défaut d'enroulement majeur, nous réalisons une chéiloplastie et utilisons régulièrement un lambeau musculaire orbiculaire sous-nasal afin de symétriser les seuils nasaux et les ailes (**fig. 4 et 5**).

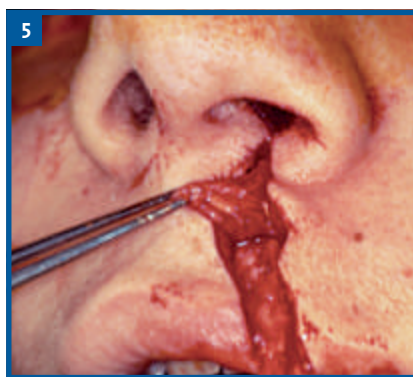
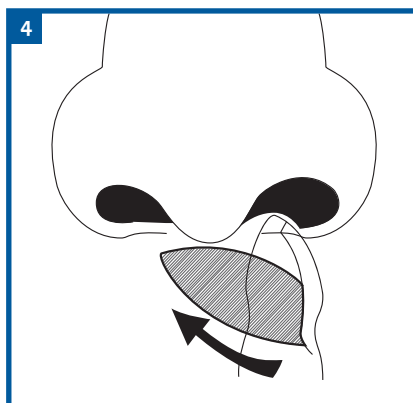


FIG 4 ET 5 : Chéiloplastie intralabiale avec lambeau orbiculaire sous-nasal.



FIG 6 : Symétrisation de pointe par sutures de création de dômes, sutures interdomales et mise en place d'un étau columellaire.

La déformation de la crus latérale persiste néanmoins. Elle est surtout marquée par un aplatissement et étalement de la crus. Cette déformation nécessite plusieurs gestes :

- une libération de la queue de la crus latérale du complexe des sésamoïdes (ou ligament piriforme) ;

- une suture de définition de la crus latérale, décrite précédemment, permet de redéfinir la courbure du cartilage et de l'aile nasale (**fig. 6**) ;
- une résection du bord céphalique de la crus latérale permet de mieux définir le sillon susalaire ;
- une scarification de la crus latérale permet d'optimiser la suture de définition de la crus latérale ;
- dans les cas difficiles, l'utilisation d'un greffon cartilagineux de conque peut être utile afin de recréer la crus latérale alaire (*onlay graft* des Anglo-Saxons).

5. Les gestes sur le dorsum

Comme dans les cas de rhinoplastie traditionnelle, le dorsum peut nécessiter une réduction (dans les cas de bosse ostéo-cartilagineuse) ou une augmentation (dans les cas d'hypoplasie dorsale).

• Les bosses ostéo-cartilagineuses

Elles sont traitées par réduction cartilagineuse et osseuse. La réduction cartilagineuse se fait par libération des bords internes des cartilages triangulaires du septum céphalique et section d'une bande céphalique de cartilage septal. La réduction osseuse se fait en complément à l'aide de deux ostéotomies paramédianes et une ostéotomie de résection de bosse.

Une fois l'auvent ostéo-cartilagineux ouvert, une régularisation des berges de l'ostéotomie est réalisée à l'aide d'une râpe. Le triple rail est ensuite fermé à l'aide de deux ostéotomies latérales de varisation. En complément de cette technique, des *spreader-grafts* sont placés du côté de la fente afin d'harmoniser le dorsum nasal. Parfois il est utile de placer un greffon cartilagineux au-dessus du dorsum afin de régulariser le dorsum et de lutter contre toutes les aspérités secondaires à l'ostéotomie de bosse.

FACE

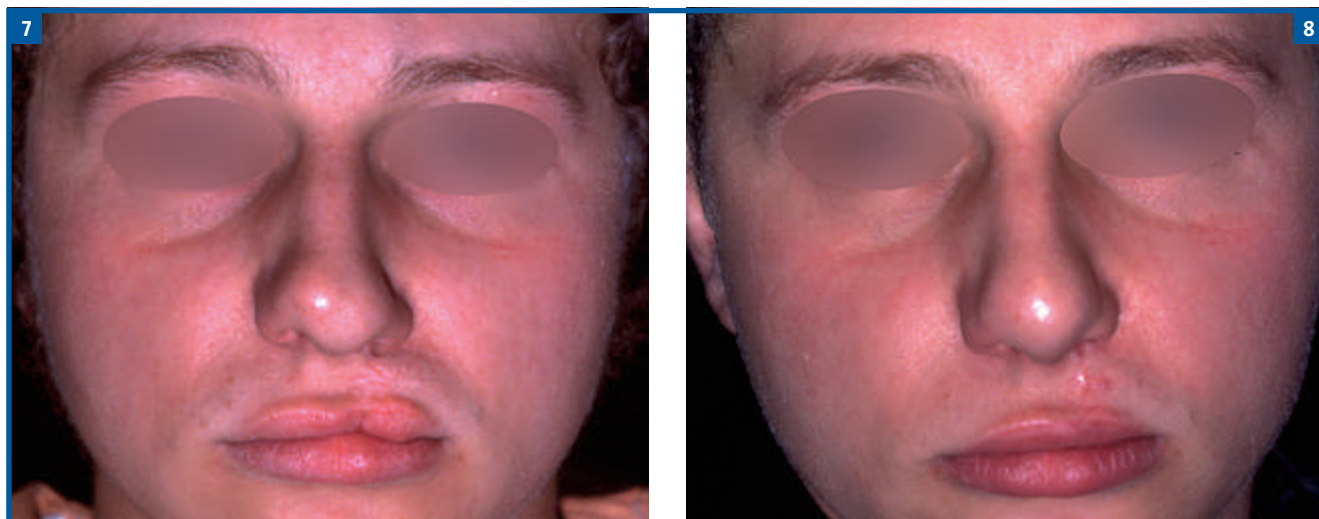


FIG. 7 ET 8 : Exemple de rhinoplastie secondaire dans un contexte de séquelle de fente labio-maxillo-palatine unilatérale.

• Les hypoplasies dorsales

Elles sont le plus souvent augmentées en utilisant un greffon osseux iliaque dont la résorption est moindre. Il est sécurisé au dorsum nasal.

6. Les gestes sur la columelle

On ne réalise en général pas de geste sur la columelle en dehors de la mise en place d'un étai columellaire, capable d'allonger ostensiblement la columelle. L'utilisation d'une voie ouverte engendre déjà une cicatrice parfois inesthétique. L'utilisation d'un lambeau d'avancement columellaire en V-Y [8] nous apparaît inopportun, voire dangereux, avec un risque vasculaire pour la pointe non négligeable (fig. 7 et 8).

Conclusion

Les rhinoplasties secondaires dans les fentes labio-maxillo-palatines unilatérales posent un problème de reconstruction complexe, du fait de la malformation initiale et des gestes réalisés lors de la prise en charge primaire. L'attitude thérapeutique n'est

POINTS FORTS

- ➞ Séquelle systématique du fait malformatif initial et du geste primaire.
- ➞ Rhinoplastie dite "classique" pour le dorsum et le septum nasal.
- ➞ Rhinoplastie de pointe "complexe" associant des sutures et greffes cartilagineuses, ainsi qu'une chéiloplastie musculaire sous-nasale.
- ➞ Réhabilitation morpho-fonctionnelle secondaire comprenant chirurgie dentaire, orthognatique et esthétique à la fin de la croissance pubertaire.

pas uniforme dans la littérature. Elle nécessite une expertise aussi bien dans l'analyse nasale que labiale afin d'améliorer la part fonctionnelle (ventilatoire) et esthétique (symétrie faciale).

Bibliographie

1. BARDACH J, CUTTING C. Anatomy of unilateral and bi-lateral cleft lip and nose. In J. Bardach and H.L. Morris (Eds.), *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia: Saunders, 1990. pp. 154-158.
2. GUBISCH W. Functional and aesthetic nasal reconstruction in unilateral CLP-deformity. *Facial Plast Surg*, 1995;11:159-168.
3. DELAIRE J. Secondary functional cheilorhinoplasty. *Chir Pediatr*, 1983;24:328-336.
4. TALMANT JC, TALMANT JC, LUMINEAU JP. Nasal sequels of unilateral clefts: analysis and management. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2007;108:275-288.
5. MOLÉ C, SIMON E, BILLIOTTE C *et al* Prosthetic and surgical options in the rehabilitation of the after-effects of alveolar clefts. *Orthod Fr*, 2010;81:113-126.
6. SIMON E, DUROURE F, COING C *et al* Principles of treatment of total unilateral cleft lip and palate. Suggested protocol. *Orthod Fr*, 2004;75:229-241.
7. STRICKER M, COING C, CHASSAGNE JF *et al* Orthopedic treatment of labio-maxillo-palatal clefts: our approach. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2001;102:190-200.
8. CHO BC, BAIK BS. Correction of cleft lip nasal deformity in Orientals using a refined reverse-U incision and V-Y plasty. *Br J Plast Surg*, 2001;54:588-596.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.