

LES FENTES LABIO-PALATINES

La fente labio-palatine ou FLP, autrefois appelée « bec de lièvre », est une malformation congénitale qui apparaît dans le courant de la 6^{ème} à la 8^{ème} semaine de grossesse.

Sa cause dépend à la fois de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux. L'incidence est de 1/800 à 1/1000 naissances. On observe deux fois plus de garçons atteints et deux fois plus du côté gauche.

On considère que 70% des fentes labiales ou labio-palatines sont des anomalies isolées, dites « non syndromiques », car ne faisant pas partie d'un ensemble d'autres symptômes. Les 30% restants font partie de syndromes malformatifs dans lesquels, le plus souvent, la fente est une anomalie observée parmi d'autres. Il est donc toujours important de rechercher des malformations associées lors de l'examen clinique.

Dans certains pays d'adoption, la fente labio-palatine a une tonalité culturelle particulière de "punition divine" ou "marque du diable", surtout lorsqu'elle touche l'enfant d'une jeune femme célibataire, connotation parfois à l'origine de la décision de le confier en vue d'adoption.

I. PHYSIOPATHOLOGIE

Normalement, le visage se constitue grâce à l'accolement de plusieurs bourgeons faciaux. Un défaut d'accolement laisse en place une fente dont la longueur et la forme peuvent varier d'un enfant à l'autre.

Peuvent être concernés par la fente : la lèvre supérieure, la base des narines, la future arcade dentaire et le palais.

II. FORMES CLINIQUES

Plusieurs formes de fentes sont observées, suivant la région anatomique concernée :

1) La fente labiale

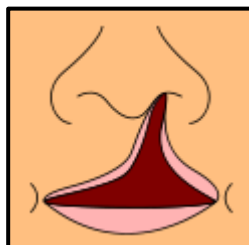
Elle se caractérise par une encoche touchant la lèvre supérieure, épargnant le palais. Elle peut affecter l'arcade dentaire ou la laisser intacte.

L'atteinte labiale est parfois bilatérale.

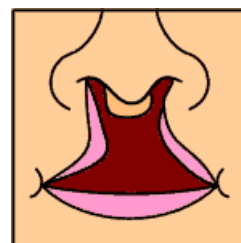
L'encoche peut remonter plus ou moins haut vers la narine :



Fente labiale
partielle



Fente labiale
totale



Fente labiale
totale bilatérale



Fente labiale partielle droite

La fermeture de cette fente se fait précocement, dans les premiers mois de la vie.

2) La fente labio-palatine

La fente concerne la lèvre mais se prolonge aussi vers l'arrière en divisant l'arcade dentaire et le palais.



Fente labio-palatine unilatérale gauche

Généralement, la fermeture de la lèvre est réalisée précocement ; parfois la partie postérieure du palais est fermée dans le même temps. Six mois après, le reste du palais est fermé, facilitant ainsi l'alimentation.

La forme bilatérale peut exister.

3) La fente palatine simple



Fente palatine simple

La fente palatine est fermée vers six mois.

III. PRISE EN CHARGE ULTERIEURE

1) Enfant en cours de croissance

Les enfants porteurs d'une fente font l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire. Les prises en charge peuvent être, selon l'âge et la forme clinique :

- **orthophonique** : lorsque la cicatrice du palais gêne l'élocution, des séances d'orthophonie sont parfois utiles. Si, malgré cette prise en charge, les difficultés persistent, un geste chirurgical d'allongement du voile du palais peut être proposé. Les suites opératoires sont, en termes de douleur, à peu près équivalentes à une ablation des amygdales.
- **orthodontique** : lorsque la fente sépare l'arcade dentaire en deux, la dent située à l'endroit de la division est absente. Un traitement doit alors être mis en route afin de recréer un espace permettant, ultérieurement, de placer une dent prothétique.
- **chirurgicale** : parfois, dans la forme la plus complète, il est nécessaire de réaliser une petite greffe osseuse au niveau de l'arcade dentaire. Ce geste est effectué vers l'âge de 10 ans.
- **psychologique** : l'enfant peut avoir besoin d'un accompagnement afin de l'aider à gérer au mieux l'image qu'il a de lui-même.
- **ORL** : la pose de drains transtympaniques est souvent nécessaire à une audition correcte, en raison d'un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache.

2) A la fin de la croissance

A la fin de la croissance pubertaire, peuvent être proposées :

- une **rhinoplastie** : dans les séquelles de fentes labio-palatine, la pointe du nez est souvent asymétrique, l'aile narinaire du côté opéré étant moins projetée que du côté sain.
- Une chirurgie du maxillaire (**ostéotomie**) afin d'avancer le maxillaire supérieur, ce dernier pouvant être retenu en arrière durant la croissance du fait des cicatrices endo-buccales.

Quoiqu'il en soit, même si les prises en charge semblent importantes par leur nombre, il faut garder en tête que les enfants porteurs de fentes ne posent généralement pas plus de problèmes que les enfants indemnes de cette malformation. Souvent considérés par le passé comme retardés, ils sont en réalité parfaitement normaux et se développent **d'autant mieux que la famille considère cette anomalie comme mineure et n'impactant pas la vie en général.**