

Chirurgie de la fente labio-alvéolo-palatine en Inde

Compte rendu sur 10 ans

J. Thomas Lambrecht¹, Th. Kreuzsch², G. von la Rosée³

¹ Chef de clinique, Clinique de chirurgie et radiologie dentaire, de stomatologie, Centre de médecine dentaire de l'Université de Bâle, Hebelstrasse 3, 4056 Bâle

² Chef de service chirurgie-stomatologie, Clinique de Nord-Heidberg, Tangstedter Landstr. 400, D-22417 Hambourg

³ Médecin-chef, Clinique d'anesthésiologie et de médecine intensive, Clinique catholique de Ruhrhalbinsel, St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh, Heidbergweg 22-24, D-45257 Essen

Mots clés:

fente labio-alvéolo-palatine, Inde, pays en développement

Correspondance:

Prof. Dr méd. dent. Dr méd. J. Thomas Lambrecht
Klinik für zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde

Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel
Hebelstrasse 3, 4056 Bâle

Tél. 061/267 26 06, fax 061/267 26 07

E-mail: J-Thomas.Lambrecht@unibas.ch

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 1255)

Introduction

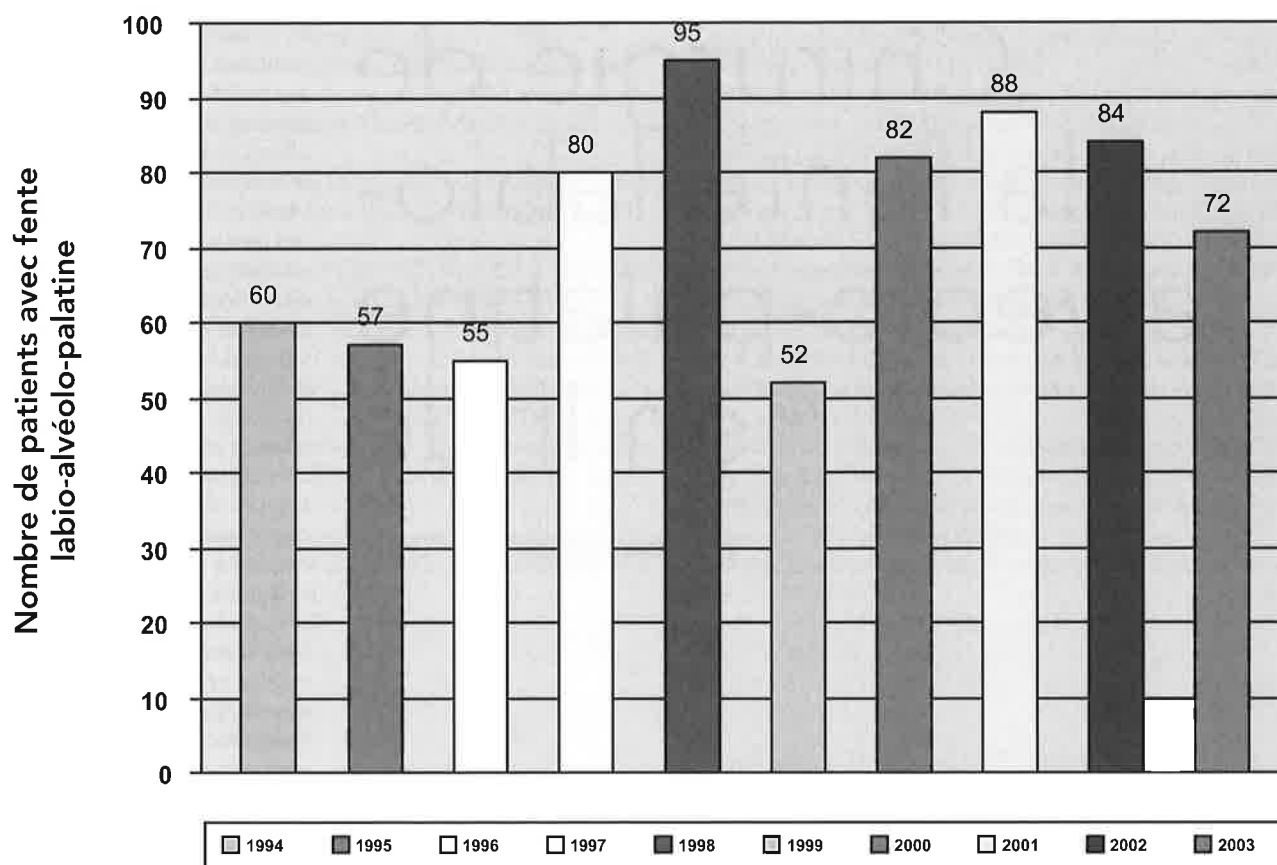
Pendant 10 séjours en Inde centrale, de 1994 à 2003, pour interventions chirurgicales, plusieurs équipes de chirurgiens et d'anesthésistes, ainsi que plusieurs personnes engagées, venant de Suisse, d'Allemagne et d'autres pays, ont effectué des opérations chirurgicales sur 725 patients (tab. I) atteints d'une fente labio-alvéolo-palatine. Les missions se sont en général déroulées

Cet article décrit les soins apportés au cours de 10 missions d'une à deux semaines pendant les vacances d'automne, échelonnées dans le temps, effectuées dans un hôpital chrétien de l'Inde centrale (Padhar Hospital). Pendant ces périodes, 725 patients au total ont été traités d'une fente labio-alvéolo-palatine. Les fermetures labiales, les fermetures palatines, les opérations chirurgicales secondaires ainsi que d'autres interventions sont discutées dans cet article. Les différences de concepts thérapeutiques par rapport à ceux des pays développés y sont présentés. Les expériences qu'ont vécues d'autres équipes chirurgicales dans les pays en développement sont également discutées et comparées aux nôtres.

pendant les vacances d'automne et ont été organisées par les membres des équipes. Elles ont été en grande partie financées par le Rotary Club de Basel-Riehen. Nous avons opéré 10 à 20 patients en moyenne par jour, pendant une journée de 8 à 10 heures dans un hôpital chrétien, bien équipé.

Deux des rédacteurs, tous deux chirurgiens, qui ont assuré la continuité du personnel dans toutes les missions, avaient déjà une expérience de ce genre de travail à Sumatra, Indonésie

Tab.1 Patients avec fente labio-alvéolo-palatine à l'hôpital de Padhar, Inde, de 1994 à 2003



(1991-1992), mais aucun d'eux n'avait été confronté à un aussi grand nombre d'enfants, de jeunes et d'adultes présentant une fente labio-alvéolo-palatine non opérée. Très peu de collègues ou d'infirmières de cet hôpital, en Inde, avaient une expérience dans les soins opératoires et post-opératoires de patients présentant une fente labio-alvéolo-palatine. Quelques adaptations dans la technique/pratique chirurgicale, anesthésique et soignante ont donc été nécessaires afin d'assurer la qualité des traitements. Les standards de sécurité devraient être aussi élevés que dans tout autre pays avec de meilleures ressources. Toutefois, insister sur les principes de nos propres spécifications (LAMBRECHT et al. 1984, KREUSCH 1998) sur la santé européenne aurait pu non seulement nuire au succès du traitement souhaité, mais aussi offenser les responsables locaux et altérer leur bienveillance pour des missions futures (DUPUIS 2004).

Procédure préopératoire

Les patients ont été invités par l'annonce des projets dans un rayon de 500 km de l'hôpital. Les dates d'intervention «cleft palate camps» ont été publiées dans les hôpitaux (publics et chrétiens), les cliniques et les organisations sanitaires publiques.

Les patients ont été directement pris en charge pour un traitement stationnaire après une première évaluation effectuée par les collègues locaux. Ils ont été hébergés dans des services libérés pour ces projets (ophtalmologie et ORL) (également couloirs et vérandas) afin de permettre une capacité illimitée. Le nombre des opérations possibles n'a donc pas été limité par le nombre de lits disponibles. L'hygiène orale était insuffisante, nous avons

essayé de diminuer les risques de bactériémie ou de septicémie par des nettoyages préopératoires des dents et des rinçages à la chlorhexidine. Nos anesthésistes, qui ont examiné les patients le soir avant l'opération, étaient responsables de l'anesthésie. Les indications opératoires de chaque enfant ont été établies par les chirurgiens. L'anamnèse a été effectuée par une investigation sur l'environnement élargi, personnel et social, parfois aussi par l'intermédiaire d'un interprète (KREUSCH et al. 2000, SHAH-KREUSCH et al. 2000). La documentation a été réalisée à partir de photographies prises avant et après l'opération, et lors des contrôles annuels. Les patients présentant de hauts risques opératoires ont été invités à revenir l'année suivante. Nous avons expliqué à ces patients les raisons pour lesquelles une telle intervention élective devait être reportée ou était déconseillée. Dans la mesure du possible, l'opération a été reprogrammée et effectuée à une date ultérieure.

Matériel

Il était nécessaire de strictement gérer le matériel, les instruments, le personnel et le temps. Dès le début, l'objectif était «Aider pour l'autonomie», c'est-à-dire que l'hôpital devait un jour se suffire à lui-même dans tous les cas de traitement de patients présentant une fente labio-alvéolo-palatine. Deux tamis par table avec des instruments polyvalents ont été stérilisés avec soin. La limitation à uniquement 4 épaisseurs de fil (4,0 et 5,0 Vicryl pour les sutures sous-cutanées et intraorales, 5,0 et 6,0 Ethicon pour les sutures de la peau) a permis de réduire la charge de travail des infirmières. La clé du succès quant à l'efficacité était le changement rapide entre les opérations, qui duraient en général 10 à 15 minutes.

Anesthésie

Tous les patients qui allaient être opérés ont été soumis la veille au soir à différents examens, entre autres: auscultation du cœur et des poumons, examen ORL, autres malformations et prémédication. Nous avons le cas échéant demandé un électrocardiogramme ou une radio du thorax. Dans de rares cas, nous avons fait réaliser des radiographies panoramiques, des radiographies latérales du crâne et des moules de plâtre.

Dans le cas d'infections existantes, les patients ont été au préalable traités par antibiotiques. Les enfants présentant une forte anémie (Hb inférieur à 8 g/dl) ont en général été transfusés avant l'opération avec du sang donné par les membres de leur famille. Il leur a été administré la prémédication i. m., atosil et atropine, généralement utilisée à l'hôpital, en fonction du poids.

L'anesthésie par thiopental a été en général pratiquée par intraveineuse. Le relâchement musculaire, obtenu avec la succinylcholine, rendait une intubation rapide possible dans l'éventualité où le patient ne serait pas à jeun. Les enfants ont été intubés avec des tubes endotrachéaux préformés, non groupés en polyvinyle, les adultes également avec des tubes préformés avec ballonnet (cuff). Dans tous les cas, une obturation trachéale a été assurée avec de la gaze par les chirurgiens.

L'anesthésie a été maintenue par inhalation par un mélange de gaz hilarant-oxygène et d'halothane. Tous les patients ont été sous assistance respiratoire manuelle. En raison de l'anesthésie locale effectuée par les chirurgiens, une anesthésie légère à l'halothane était suffisante.

Grâce à cette technique d'anesthésie, la respiration spontanée et les réflexes reprenaient très rapidement. Le risque de complications post-opératoires a été évité et le temps entre la sortie et la prochaine admission était de 10 minutes au maximum.

Comme analgésiques postopératoires, tous les patients ont reçu, encore dans le bloc opératoire, des suppositoires de paracétamol. Pendant et après l'opération, tous les patients ont reçu une solution ionique isotonique. Ils ont été ensuite transférés après accord du médecin au service normal, à côté du bloc opératoire. Il y ont été pris en charge par le personnel soignant et les membres de la famille. Chaque lit était équipé d'un branchement

d'oxygène, d'une unité d'aspiration, et pour un éventuel monitoring par spirométrie O₂.

Les anesthésies se sont passées sans problème chez les enfants et les adultes avec cette procédure, également habituelle pour l'équipe locale; dans de rares cas, la respiration spontanée post-opératoire après la fermeture palatine a été retardée par une tuméfaction de la base de la langue en raison du blocage pratiqué, mais maîtrisable après administration de cortisone. Aucun cas vital ne s'est présenté. Chaque poste d'anesthésie était équipé d'un appareil à circuit et capteur de CO₂, diffuseur d'halothane et spirométrie O₂. Une grande importance a été portée sur l'administration de l'anesthésie en collaboration avec le personnel anesthésiste local (changement de direction de l'anesthésie et de l'assistance).

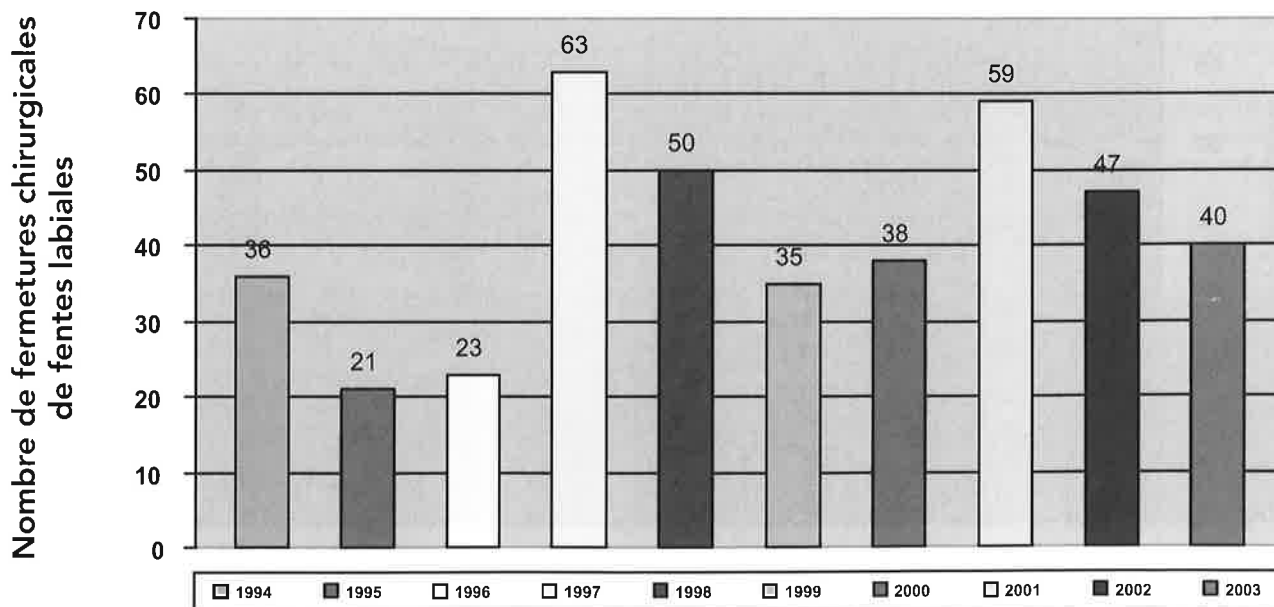
Tous les médicaments et l'ensemble des consommables provenaient de dons et étaient introduits dans l'hôpital.

Fentes labiales

Les fentes unilatérales (fig. 1, tab. II) ont été fermées soit par la méthode de rotation (MILLARD 1957) soit par la technique triangulaire (RANDALL 1959), avec ou sans fermeture du palais antérieur avec un lambeau vomer - mucopérioste, en fonction du cas du patient et de la décision du chirurgien. La déformation nasale a été tout d'abord améliorée par une indication correspondante, en ce que le cartilage disloqué a été ramené à sa position naturelle. Quand du temps était disponible, la lèvre, le palais dur et le palais mou des patients présentant une fente unilatérale complète ont été fermés en une seule séance. Ceci nécessite toutefois beaucoup de travail et de temps et engendre une importante perte de sang. Compte tenu du grand nombre de patients, nous avons tout d'abord fermé les fentes labiales et dans une deuxième intervention, une année plus tard, les fentes labio-alvéolo-palatines. Nous pouvions ainsi parfois voir également les résultats des opérations labiales.

Les fentes labiales bilatérales (fig. 2) ont été opérées selon VEAU (1938) - AXHAUSEN (1952). Les fentes de la crête alvéolaire n'ont pas été fermées. Dans certains cas, la collumelle a été dans un premier ou dans un second temps prolongée.

Tab. II Fermeture chirurgicale de fentes labiales de 1994 à 2003



Les chirurgiens intervenants ont eu l'impression qu'ils trouvaient les points de repère anatomiques plus facilement chez les enfants plus âgés ou chez les adultes. Le cartilage du nez était facile à préparer, déplacer et repositionner. Le tissu mou était suffisant aussi bien pour les fentes palatines unilatérales que bilatérales, pour que la peau et la muqueuse soient faciles à adapter. Les dents mal positionnées, qui auraient pu perturber la cicatrisation, ont été extraites. Dans certains cas de fente bilatérale complète, une fermeture sûre était possible en conservant le pré-maxillaire existant. Chez certains patients avec des fentes labio-alvéolo-palatines bilatérales, nous avons remis en place le pré-maxillaire par ostéotomie («set back») et en même temps refermé la lèvre.

Fermeture des fentes palatines (tab. III)

L'expérience sur des projets comparables (ORTIZ-MONASTERIO et al. 1974) a montré que la fermeture palatine chez les adultes amenait rarement à une élocution normale. Il a été tout de même décidé de se conformer à l'idée conventionnelle et de fermer les fentes palatines, quel que soit l'âge des patients (fig. 4). Ceci avait également pour but d'améliorer l'alimentation (la déglutition), de prévenir les infections des oreilles et chez certains patients, d'obtenir une légère amélioration de l'élocution (FLEINER et al. 1991). Ces considérations des facteurs anatomiques, morphologiques, fonctionnels et sociologiques impliquaient que dans l'ensemble, le nombre de patients bénéficiant d'une fermeture palatine serait plus important que celui de patients n'en bénéficiant pas.

Les fentes palatines ont été fermées selon les méthodes indiquées par WIDMAIER (1959) et KRIENS (1971), sans pharyngoplastie (LAMBRECHT et al. 1991). Les problèmes se sont présentés surtout chez les enfants plus âgés et chez les adultes. En effet, ceux-ci présentaient de larges fentes ou des segments de palais plus verticaux en raison d'une interposition prolongée de la langue (ORTIZ-MONASTERIO et al. 1974), ce qui n'est pas constaté chez les enfants de 1 à 2 ans. La présence fréquente de fibroses mucopériostales rendaient encore plus difficile la préparation des

lambeaux oraux et nasaux et augmentait les saignements. La préparation du muscle tenseur du voile du palais fut parfois difficile en raison de la présence de fibrose et de raccourcissement à des degrés plus ou moins importants.

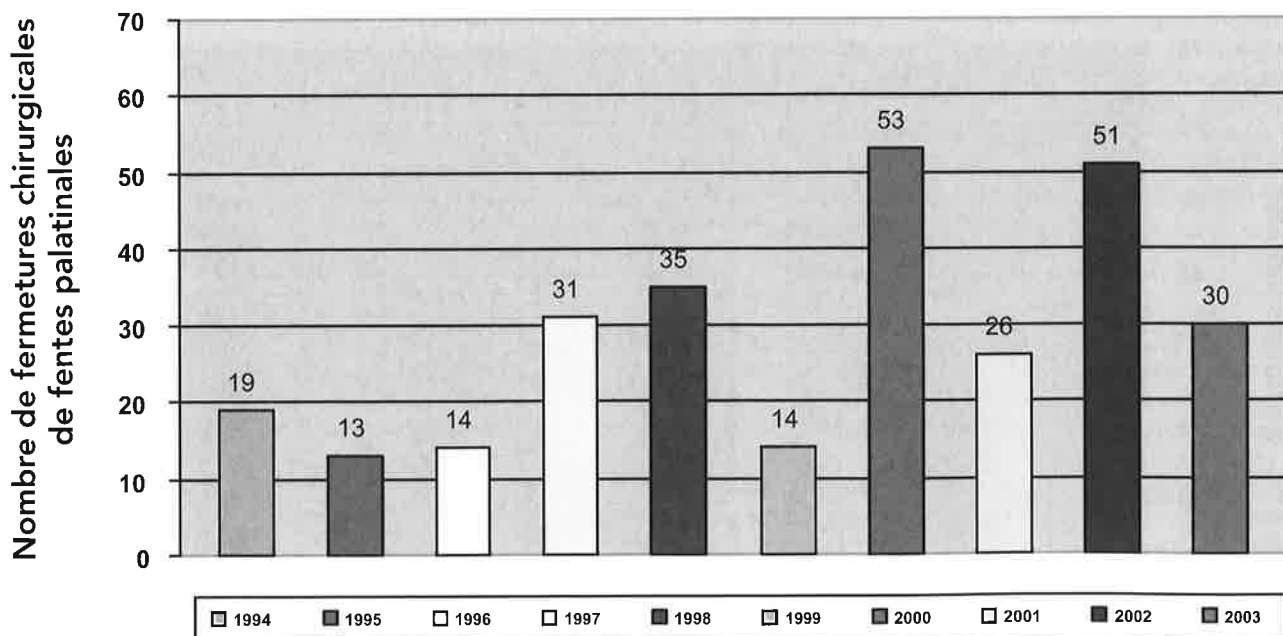
Opérations indépendantes des fentes labio-alvéolo-palatines

Dans 63 cas, des opérations indépendantes de la fente labio-alvéolo-palatine ont été effectuées. Les collègues opérant à l'hôpital de Padhar ont reporté leur programme en raison de notre présence (aucune intervention élective). Les opérations d'urgence (essentiellement césariennes) ont été effectuées dans un petit bloc opératoire installé d'urgence. D'autres interventions, qui ne pouvaient pas être reculées (p.ex. excision d'abcès et blessures par accident), ont été entreprises dans un programme de nuit. Il arriva ici que nous coopérions aux interventions pour blessures crâniennes ou autres urgences. En outre, nous avons également réalisé ensemble des transplantations ou des opérations de tumeurs dans la zone maxillo-faciale dès que les capacités le permettaient.

Soins postopératoires et complications

Les infirmières autochtones dans les salles spécifiques et aux postes ont été formées aux protocoles opératoire et postopératoire et familiarisées aux complications possibles. La participation des membres accompagnants de la famille du patient dans les soins directs postopératoires étaient pour nous nouvelle et représentait un avantage économique énorme, que nous ne connaissons pas dans les pays occidentaux. L'alimentation normale en Inde est constituée essentiellement de thé et de mets mous (p.ex. lentilles, riz cuit), c'est donc une alimentation idéale pour la protection des plaies intraorales et pour un apport postopératoire en calories suffisant. Pendant l'hospitalisation, on a procédé après chaque repas à un nettoyage des dents et à un ringage de bouche, les sutures labiales ont été désinfectées une fois par jour et traitées si nécessaire avec une pommade topique. Les

Tab. III Fermeture chirurgicale de fentes palatines de 1994 à 2003



chirurgiens opérant ont fait une visite quotidienne jusqu'à ce que l'état de la plaie permette de laisser sortir le patient avec fermeture labiale, après le retrait des points. Les patients restaient en général 6 à 7 jours, la majorité des patients avec une fente palatine restaient de 7 à 9 jours.

Nous avons vu des déhiscences labiales trois fois en 10 ans, deux fois incomplètes, une fois complète, toutes par des infections postopératoires.

Les complications les plus courantes étaient des fistules palatines. Des fistules dans la région du foramen incisif étaient parfois inévitables. Des ischémies partielles se sont également produites à la suite de mobilisations difficiles des couches nasales et orales fibrosées du palais, qui ont dû être adaptées sous tension. Nous avons eu un cas de nécrose d'un prémaxillaire après la fermeture labiale, rarement des déhiscences palatines complètes. Il n'est pas possible d'établir une liste quantitative fiable des complications à long terme car les patients ne sont pas tous revenus. Le nombre d'opérations secondaires et d'opérations en liaison avec les fentes labio-palatines sont récapitulées dans le tableau IV. Il s'agissait entre autres de corrections labiales, de rhynoplastie, de vélopharyngoplastie, rétrécissement de la fente buccale (fig. 5) et de «set backs» du prémaxillaire.

Le but était que tous les patients puissent partir sûrement (fig. 6) sans que les médecins autochtones se trouvent devant des problèmes insolubles.

Discussion

Ce n'était pas la première fois qu'une équipe de médecins occidentaux voyage dans une région sous-développée du point de vue médical, pour opérer des patients présentant des fentes labio-alvéolo-palatines et autres malformations congénitales ou acquises. Les organisations caritatives dans toutes les parties du monde ont financé de nombreuses «expéditions» de ce type et ont parlé de leurs expériences soit sous forme anecdotique, soit sous forme d'un synopsis sur un grand nombre de patients (BOO-CHAI 1971, ORTIZ-MONASTERIO et al. 1974, WARD & JAMES 1990). Cependant, le «safari chirurgical» occasionnel est parfois d'une valeur limitée et peut irriter les pays qui nous reçoivent; en effet, on est conscient que le standard médical y est insuffisant et on essaie d'améliorer soi-même la situation sur place. Il est compréhensible qu'on aimerait ne pas avoir à expliquer les limitations imposées par les médecins occidentaux bien intentionnés. Les équipes engagées ne devraient également pas poser dans ces pays des standards trop hauts, qui ne pourront ensuite pas être maintenus pour des raisons de coûts. Il faudrait enseigner des techniques simples, fiables et sûres aux chirurgiens autochtones.

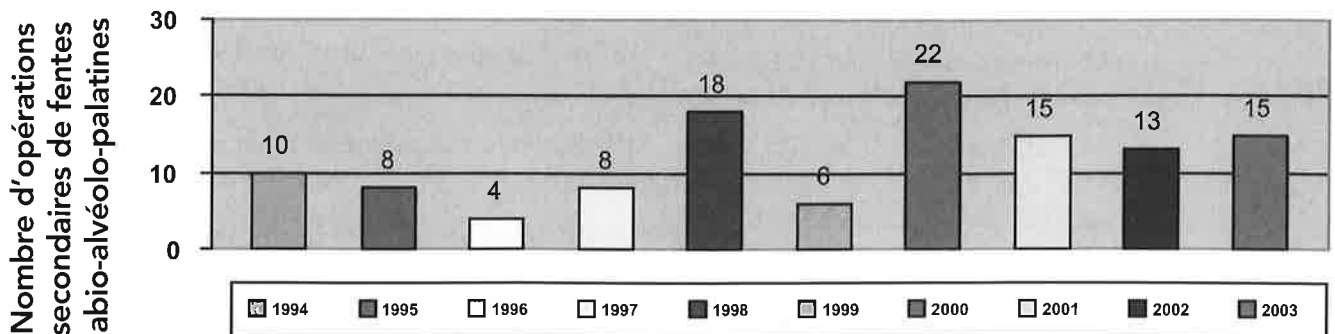
Déjà en 1985 et en 1986, une équipe anglaise a vécu de telles expériences au Sri Lanka (MARS et al. 1990, MARS & HOUSTON 1990, WARD & JAMES 1990). Pendant ces deux années, 410 opérations ont été effectuées sur 346 patients en 52 jours d'opérations. Des points de vue logistique et organisationnel, une prestation qui trouva une considération correspondante dans la littérature. Les auteurs ont remarqué, surtout lors de la deuxième mission (1986), que les chirurgiens autochtones de l'hôpital occupaient les blocs opératoires comme d'habitude, la journée, et que les moyens opératoires n'étaient mis à la disposition des chirurgiens anglais pour les soins de patients avec des fentes labio-palatines que la nuit, ce qui représentait une lourde charge pour les hommes qui proposaient leur aide bénévolement dans un environnement inhabituel.

Dans le cas de notre projet sur les fentes labio-palatines, en Inde, aucun chirurgien responsable avait au début moins de 6 ans d'expérience intensive dans le domaine des opérations de fentes et dans les soins interdisciplinaires complets qui y étaient liés; nous étions donc bien armés pour la mission elle-même et pour la formation des chirurgiens autochtones. Une autre différence importante par rapport aux autres projets est l'étroite collaboration, souhaitée des deux côtés, qui régnait: après 10 ans au même endroit, on peut se fier à l'autre, les deux côtés savaient ce qu'il fallait attendre.

Les contrôles ultérieurs ont permis d'évaluer l'efficacité du traitement et en conséquence de comprendre les indications des différents types d'opérations. Dans les grands pays comme l'Inde, où les habitants sont fortement dispersés, où la communication n'est que limitée et où les réseaux routier et ferré sont modestes par rapport au nombre d'habitants, il est compréhensible que les patients ne se présentent pas pour le contrôle ultérieur, comme l'a montré l'étude effectuée au Mexique (ORTIZ-MONASTERIO et al. 1974): au Mexique, où les patients avec des fentes labio-palatines complètes ne voulaient pas venir pour une deuxième intervention, les chirurgiens fermaient tout d'abord la fente palatine afin qu'il y ait de plus grandes chances qu'ils reviennent pour la fermeture labiale. Tous les patients, loin s'en faut, ne sont pas venus chez nous pour la deuxième opération proposée (palais après lèvre). L'esthétique extérieure a été estimée nettement plus importante que la fonction interne. De longues discussions nocturnes pour fermer d'abord le palais mou et proposer ensuite aux patients l'opération labiale n'ont abouti à aucun résultat correspondant, car les membres de la famille des jeunes patients n'ont montré aucune compréhension envers une procédure de ce type et il fallait s'attendre à un effet contre-productif.

Naturellement, les aspects esthétiques étaient vus autrement par les profanes que par les spécialistes qui prenaient toujours également en considération la fonction. Ce qui était nouveau pour

Tab. IV Opérations secondaires de fentes labio-alvéolo-palatines de 1994 à 2003



nous dans ce contexte était que la position, la forme et la dimension du maxillaire supérieur chez les patients avec des fentes labio-alvéolo-palatines non opérées présentaient plutôt un développement normal. Ceci a été étudié dans le cadre d'une thèse (LAMBRECHT et al. 2000).

8 personnes sur 10 n'ont dans le monde aucun accès aux soins chirurgicaux électifs (MAHLER 1981). L'Inde a actuellement plus de chance que d'autres pays en développement. Outre des stages médicaux (famulatur) (WINKES 1999), une assistance mondiale par les fondations «International Cleft Lip» et «Palate Foundation» est présente dans ce pays, dans plusieurs centres (ICLPF) (SAILER 2004).

Les fonds pour nos missions ont été récoltés par le Rotary Club Basel-Riehen et en partie par «matching grant» par le Rotary International. D'autres dons nous ont été versés par les «Friends of Padhar Hospital Germany e.V.» (www.friends-of-padhar.de). Le Rotary International a soutenu également des missions dans d'autres pays par l'intermédiaire de «Rotoplast» ou de la fondation ROSAS (MACHTENS & GELLRICH 1995). «Interplast», une autre organisation internationale avec les mêmes objectifs, soutient depuis 1980 des missions dans le monde entier (VOY et al. 1998, MERTENS 1999). PAPE (2002) essaya de dresser une vue d'ensemble actuelle sur l'engagement dans le cas des opérations de fentes palatines dans les pays en développement.

Il est important de remarquer que, par la continuité de notre projet, de plus en plus de patients, qui avaient déjà été opérés dans les années précédentes, revenaient, de sorte que nous avons pu dresser un tableau des premiers résultats à long terme. Le projet s'est montré très efficace et ce pour les raisons suivantes, que nous ne connaissions pas auparavant: comme tout le monde

le sait, Bill Gates investit des sommes extraordinaires par l'intermédiaire de Microsoft dans «Charity», parle d'aide aux pauvres et aux affamés de ce monde.

Un projet connu dans les groupes spécialisés sous le nom de «Smile Train», s'occupe d'enfants avec des fentes labio-palatines dans les pays en développement. Le projet est organisé par des spécialistes de façon très ciblée, ceux-ci examinèrent notre projet qui était devenu très connu en Inde dans les cercles spécialisés. Il se firent une image de notre projet à l'hôpital, pendant l'année, en notre absence, à partir des documents que nous avons laissés sur les patients que nous avons opérés et des dires des collègues locaux, et avant toutes choses, à partir des multiples articles régionaux et interrégionaux,

«Smile Train» déclara alors l'hôpital de Padhar centre de traitement des fentes labio-alvéolo-palatines en Inde centrale et soutint chaque enfant opéré là-bas par une somme de 120 US\$ versée à l'hôpital. Cet argent permit, et c'était la condition de «Smile Train», d'embaucher un anesthésiste attaché à l'hôpital. L'hôpital est actuellement, grâce à la prise en charge dans le programme «Smile Train», totalement autonome, en ce qui concerne le traitement des enfants avec fente labio-alvéolo-palatine. Le travail que nous avons fourni a ainsi porté ces fruits.

Le travail et la formation dans un tel environnement sont devenus une partie des expériences des chirurgiens qualifiés de pays développés, non seulement pour des motifs altruistes, mais aussi pour ouvrir une autre perspective à leur propre vie. A l'ère de la globalisation, une possibilité d'ouverture intelligente avec de nouveaux horizons peut être ainsi apportée à leur formation et à leur expérience professionnelle.