

Patients porteurs de fentes et Classe III. Comment « surclasser » nos traitements pour un meilleur résultat.

Aurélié MAJOURAU-BOURIEZ^{1,2,3,4}, Mai-Khanh LE-DACHEUX^{1,3,4}, Marc MITROFANOFF¹, Bernard PAVY², Benoît PHILIPPE⁵, Eva GALLIANI¹, Cecilia NEIVA-VAZ¹, Benoît MICHEL¹, Véronique SOUPRE¹, Natacha KADLUB¹, Frédéric ZAZURKA¹, Catherine TOMAT¹, Brigitte VI-FANE¹, Pascale GAVELLE¹, Amélie REIBEL-DOMERGUE¹, Ioana PAVLOV¹, Bothild KVERNELAND¹, Roman Hossein KHONSARI¹, Soufia DHAB¹, Cécile CHAPUIS-VANDENBOGAERDE¹, Valérie CHARPILLET¹, Marie-Paule VAZQUEZ¹, Arnaud PICARD¹



Institutions/affiliations :

- ¹ Hôpital Necker-Enfants Malades, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique, Centre de Référence Fentes et Malformations Faciales (MAFACE), 149 rue de Sèvres, 75015 Paris, FRANCE
- ² Institut de l'Enfant, Clinique Marcel Sembat, Centre de Compétences maladies rares pour les Malformations Crânio-Faciales, 105 avenue Victor Hugo, 92100 Boulogne, FRANCE
- ³ Institut de l'Enfant, Clinique Marcel Sembat, Pôle de prise en charge pluridisciplinaire du ronflement et des apnées obstructives du sommeil (SAOS) de l'enfant, 105 avenue Victor Hugo, 92100 Boulogne, FRANCE
- ⁴ Pratique Privée, Boulogne-Billancourt, FRANCE
- ⁵ Pratique Privée Paris, FRANCE

Nos patients porteurs de fente labio-palatine présentent une classe III squelettique dans 10 à 20% des cas selon les équipes.

Quelle est l'origine de la classe III chez ces patients, quand et comment la corriger pour obtenir un résultat optimal sur le plan fonctionnel et esthétique ?

La réparation primaire peut induire des effets délétères sur la croissance maxillaire si elle ne respecte pas les éléments anatomiques présents, entraînant alors une perte de chance pour l'enfant. Pour d'autres cas, la classe III peut être causée/aggravée par une composante héréditaire qui devra être intégrée dans le plan de traitement.

Un traitement pluridisciplinaire adapté et efficace devra être mis en œuvre, fondé sur l'évidence scientifique, en tenant compte des paramètres anatomiques et de la direction de croissance maxillo-faciale de l'enfant. Les traitements orthodontiques de camouflage qui entraîneraient des effets iatrogènes sur ces patients déjà éprouvés par leur parcours de soin devront être évités.

L'enfant doit être considéré comme un acteur clef de l'équipe qui devra prendre en compte ses demandes. L'impact psychologique de la dysmorphose dans le cas d'une

classe III sévère devra être mesuré. Si l'enfant est en souffrance, l'équipe devra réévaluer avec le patient et sa famille l'indication d'une chirurgie précoce/intermédiaire en en expliquant bien les bénéfices et les risques.

Notre communication fondée sur une expérience clinique et de recherche de plus de 25 ans sur les FLP, sera illustrée par des cas cliniques depuis la naissance jusqu'à la fin de la croissance en se référant à la littérature scientifique.