

La disgrâce chez l'enfant

Marie-Paule VAZQUEZ

Résumé

La disgrâce chez l'enfant peut être d'origine malformative congénitale et le plus souvent diagnostiquée pendant la grossesse. Elle peut être acquise soit d'origine traumatique telle que morsures de chien, brûlures, plaies délabrantes et fractures, soit d'origine tumorale bénigne ou maligne, soit infectieuse. Le vécu des parents et celui de l'enfant diffèrent selon ces étiologies. Les conséquences peuvent être vitales, fonctionnelles, esthétiques et psychologiques. Une place est réservée à la maltraitance, avec des traumatismes fréquemment infligés à la face, maltraitance qui peut être cachée.

La croissance, réelle 4ème dimension, peut améliorer, modifier ou aggraver la disgrâce comme les résultats. L'enfant est en permanente maturation ; les explications et les décisions chirurgicales doivent s'adapter à son âge. L'enfant, acteur de son traitement, est au sein d'une triangulation Enfant- Parents- Soignants.

Actuellement la prise en charge chirurgicale est dite interceptive ; elle est continue et se discute au fur et à mesure de la croissance, des réévaluations, des besoins ou demandes de l'enfant, également en fonction des nouvelles techniques à venir. Les thérapeutiques non chirurgicales sont des compléments ou des alternatives pour tendre vers la meilleure réhabilitation possible.

Quelque soient les techniques et les innovations utilisées les principes pédiatriques demeurent dans cette chirurgie reconstructrice progressive : ne pas nuire, ne jamais être irréversible, tenir compte de la croissance et des techniques à venir. La prise en charge est multidisciplinaire en raison de l'atteinte des différentes fonctions mais le chirurgien maxillo-facial reste le coordonnateur

* Professeur Emérite, UFR de Médecine, Université de Paris,

* service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique pédiatrique (Pr Arnaud Picard), Hôpital Necker, APHP