

# OSTEOTOMIE MAXILLAIRE et/ou MANDIBULAIRE

*Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.*

## • **DEFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES**

En cas de trouble de l'occlusion dentaire, l'ostéotomie des maxillaires (mâchoire supérieure) et/ou de la mandibule (mâchoire inférieure) a pour objectif de repositionner les arcades dentaires en bonne position. On parle de "**chirurgie orthognatique**".

Les causes des malpositions des bases osseuses peuvent être génétiques (congénitales) ou fonctionnelles (retentissement d'une mauvaise respiration, d'un trouble postural, d'une anomalie de position de la langue, des lèvres...).

Les anomalies de l'occlusion dentaire peuvent avoir des conséquences à court, moyen et long terme qu'il faut connaître car elles justifient l'intervention chirurgicale. En effet, cela peut entraîner :

- des risques importants de déchaussement des dents,
- une pathologie des articulations des mâchoires (temporo-mandibulaires) avec des douleurs, des craquements, des claquements, des contractures musculaires,
- une gêne à l'alimentation ou à l'élocution,
- des troubles respiratoires nocturnes (ronflements, apnées du sommeil),
- une difficulté voire une impossibilité de mise en place de prothèse dentaire (dentier),
- un retentissement esthétique, en cas d'importante anomalie de position.

La chirurgie orthognatique est donc une intervention à but fonctionnel et à retentissement esthétique.

Une intervention sur le menton, appelée "**gènioplastie**", peut être associée à l'intervention.

L'indication d'opérer le menton peut, elle aussi, être fonctionnelle (permettre au patient d'avoir les lèvres en contact sans forcer) ou esthétique (corriger un menton trop saillant ou pas assez visible).

## • **AVANT L'INTERVENTION**

Généralement, l'ostéotomie (couper l'os) est associée à un traitement orthodontique réalisé avant et poursuivi après l'intervention (en général 3 à 6 mois) en accord avec l'orthodontiste.

Le but de la préparation orthodontique est de rendre les arcades dentaires congruentes entre elles.

En effet, le parfait "emboîtement" des arcades dentaires en fin d'intervention est indispensable pour obtenir un résultat stable dans le temps.

Les motivations et les demandes du patient auront été analysées. Une étude attentive des rapports des arcades dentaires entre elles et de leurs rapports avec le crâne et la face aura été effectuée.

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

L'arrêt du tabac est vivement recommandé avant l'intervention.

Il est recommandé d'éviter toute application de maquillage le jour de l'intervention.

Il est fondamental de rester à jeun (ne rien manger ni boire ni fumer) 6 heures avant l'intervention.

## • **TYPE D'ANESTHESIE ET MODALITES D'HOSPITALISATION**

**Type d'anesthésie** : Habituellement l'intervention se pratique sous anesthésie générale.

**Modalités d'hospitalisation** : L'hospitalisation dure entre 2 et 5 jours. L'entrée s'effectue le matin de l'intervention (ou parfois la veille dans l'après-midi).

## **• L'INTERVENTION**

Dans la plupart des cas, le maxillaire et la mandibule sont abordés par des incisions de la muqueuse buccale (pas de cicatrice extérieure). Le chirurgien découpe l'os ce qui permet de le déplacer dans la direction prévue avant l'intervention. Les fragments osseux sont alors fixés par des mini-plaques en titane (ostéosynthèse). Des points de suture sont mis en place dans la bouche. Ils disparaissent en 2 à 4 semaines. Sous le menton sortent les drains destinés à éviter les hématomes à la mandibule (il sont retirés dès le 1<sup>er</sup> jour).

La durée de l'intervention varie entre 1 et 4 heures en fonction des gestes réalisés et de leur complexité.

## **• APRES L'INTERVENTION : LES SUITES OPERATOIRES**

Un blocage de la mâchoire du haut avec celle du bas est souvent réalisé avec des élastiques. Les modalités et la durée du blocage seront précisées par le chirurgien.

La consolidation osseuse est obtenue au bout d'environ un mois et demi.

Suivant les cas, le matériel d'ostéosynthèse peut être retiré quelques mois après l'intervention.

Au cours de ces premiers jours, l'opéré(e) ne doit ni s'étonner ni s'inquiéter :

- des **saignements** minimes par le nez ou la bouche, fréquents juste après l'intervention, sont le plus souvent sans gravité,
- du **gonflement** des joues et des lèvres (oedème) est très fréquent et parfois important,
- de la douleur qui est modérée, cède avec des antalgiques et disparaît en quelques jours. Des vessies de glace enrobées dans un linge (pas directement sur la peau) diminuent le gonflement et la douleur.
- si les mâchoires sont bloquées au réveil. Une alimentation liquide est à prévoir pour la durée du blocage. En l'absence de blocage, une limitation de l'ouverture buccale est fréquente pendant quelques jours. Une alimentation molle sera poursuivie durant environ 1 mois. On constate classiquement une perte poids après l'intervention ce qui peut entraîner de la fatigue,
- de la modification morphologique et donc esthétique du visage en rapport avec le déplacement des maxillaires, de la mandibule ou du menton,
- des **troubles de sensibilité de la lèvre inférieure** liés à l'ostéotomie de la mandibule, du fait du trajet de nerfs sensitifs dans la mandibule (sensation d'engourdissement au niveau de la lèvre inférieure, du menton, et des dents mandibulaires). Cette insensibilité peut durer de quelques semaines à quelques mois (parfois jusqu'à 1 an) et récupère généralement sans traitement particulier.
- des troubles de la mobilité et la sensibilité de la lèvre supérieure après ostéotomie des maxillaires. Le nez peut rester bouché quelques temps. Ces troubles vont progressivement s'estomper mais la récupération peut être longue.

### **Précautions à respecter :**

- une excellente hygiène buccale est essentielle. Des bains de bouche vous seront prescrits. Après chaque repas, les dents et les gencives devront être nettoyées avec une brosse ultra-souple. Un jet hydropulseur peut également être utilisé.
- le tabac doit être arrêté au moins 8 jours avant l'intervention et ne pas être repris avant la fin de la cicatrisation de la plaie.
- sports : pas avant 3 semaines pour les activités sans aucun risque traumatique (vélo d'appartement par exemple), pas avant 2 mois pour les activités habituelles et pas avant 3 mois pour les sports à risques.

Prévoir une interruption scolaire ou de travail de 15 jours à un mois.

## **• LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES**

Tout acte médical, même bien conduit, recèle un risque de complications. Il ne faut pas hésiter à prendre contact avec l'équipe chirurgicale qui vous a pris en charge (Contactez le 15 en cas d'urgence grave).

Il faut distinguer les complications liées à l'anesthésie de celles liées au geste chirurgical.

- En ce qui concerne l'anesthésie, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même le patient des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles, et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un Anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical fait que les risques encourus sont devenus statistiquement presque négligeables.

- En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un Chirurgien Maxillo-facial qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

En pratique, la grande majorité des interventions se passe sans aucun problème et les patient(e)s sont satisfait(e)s de leur résultats.

Pour autant, et malgré leur rareté, vous devez quand même connaître les complications possibles :

- des saignements abondants sont rares au cours de l'intervention et peuvent exceptionnellement nécessiter une transfusion de sang, voire un geste chirurgical complémentaire;
- dans 5 % des cas d'ostéotomie du maxillaire inférieur, il peut persister des troubles de la sensibilité de la lèvre inférieure, du menton, de la gencive et des dents. Au-delà de la 3ème année, le déficit séquellaire peut être considéré comme définitif;
- une infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'opération et nécessiter un traitement adapté;
- des traits de fracture imprévus lors de la section osseuse peuvent entraîner une durée prolongée de blocage des mâchoires;
- un retard ou une absence de consolidation osseuse, souvent favorisés par des facteurs extérieurs (traumatisme...) est très rare et nécessite de réaliser à nouveau un blocage des mâchoires et parfois une greffe osseuse;
- des anomalies de positionnement des dents peuvent être constatées plus ou moins tardivement. Si elles sont minimes, elles sont corrigées par le traitement orthodontique post-opératoire qu'il faut alors prolonger. Dans les cas exceptionnels où elles sont importantes, elles peuvent justifier une réintervention;
- des troubles des articulations des mâchoires peuvent se manifester (ou s'aggraver s'ils sont préexistants) après ce type de chirurgie. Ils sont généralement bénins et s'améliorent le plus souvent spontanément en quelques mois.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

*Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir " à tête reposée ".*

*Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires.*

*Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.*