

OSTEOTOMIE DE LA MANDIBULE

Information délivrée le :

Au bénéfice de **M**

Cette fiche d'information est un document remis aux patients avant une intervention chirurgicale. Les chirurgiens sont aujourd'hui tenus à fournir une information objective et compréhensible sur les risques à se faire opérer. Nous mettons donc cette fiche à votre disposition dans un but évident d'information. Vous ne devez toutefois pas être effrayé des risques décrits qui sont pour la plupart très exceptionnels. Il est cependant indispensable qu'un patient bien informé accepte de courir ces risques si l'intervention n'est pas indispensable à son état de santé.

Pourquoi opérer ?

Cette intervention apporte presque toujours une très grande satisfaction aux patients. Son résultat est souvent spectaculaire et améliore considérablement l'harmonie du visage.

L'ostéotomie de la mandibule a pour objectif de repositionner le maxillaire inférieur (appelé aussi la mandibule ou la mâchoire) et son arcade dentaire en cas de trouble de l'occlusion dentaire. L'intervention chirurgicale permet d'obtenir une normalisation des rapports des maxillaires, de l'occlusion dentaire et du profil du visage. Auparavant, une étude clinique, radiographique et des moulages des arcades dentaires sont toujours réalisés.

Le trouble de l'occlusion dentaire est lié au fait que la mandibule est :

- trop en avant : on dit que la personne est prognathe
- trop en arrière : on dit que la personne est rétrognathe
- asymétrique

Les anomalies de l'occlusion dentaires ont 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 entraînant leur perte précoce,
- des anomalies des articulations des mâchoires (articulations temporo-mandibulaires) avec des douleurs, des craquements, des claquements, des contractures musculaires
- une gêne à l'alimentation ou à l'élocution
- un retentissement esthétique en cas d'anomalie importante de position du maxillaire inférieur
- une difficulté voire une impossibilité d'appareillage en cas de perte de toutes les dents.

Généralement, l'ostéotomie de la mandibule est associée à une préparation orthodontique réalisée par un orthodontiste. Une finition post opératoire peut être nécessaire de manière à consolider le bénéfice de l'intervention chirurgicale. Dans

certain cas, une ostéotomie du maxillaire supérieur doit être associée (ostéotomie bi maxillaire) ainsi qu'une intervention sur le menton (mentoplastie).

Comment se déroule l'intervention ?

La durée prévisible d'hospitalisation est de 3 à 5 jours.

Vous serez hospitalisé la veille de l'intervention et vous reverrez votre chirurgien. N'hésitez pas à lui poser des questions sur l'intervention. Il vous sera demandé de vous doucher et de vous brosser les dents puis de rester strictement à jeun à partir de minuit (ni aliments, ni boisson, ni tabac) jusqu'à l'intervention.

Le lendemain, une prémédication vous sera donnée. Restez couché car vous risqueriez de chuter du fait de la somnolence induite par la prémédication.

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale et vous serez donc totalement endormi.

Il existe différentes techniques opératoires. Dans la plupart des cas, la mandibule est abordée par des incisions de la muqueuse buccale donc dans la bouche (pas de cicatrice). Beaucoup plus rarement, les incisions se font sur la peau, dissimulées dans les plis de la face ou du cou. Le chirurgien coupe la mandibule des deux cotés au niveau des molaires ce qui permet de la déplacer dans la direction prévue avant l'intervention.

Les fragments osseux sont alors fixés au moyen de vis, de fils d'acier ou de plaques (ostéosynthèse) qui sont mis en place par la bouche et parfois à travers la peau par une incision invisible d'un ou deux mm.

Pour placer la mandibule dans la position idéale pendant l'opération, des arcs en métal ou en plastique sont ou auront été fixés aux arcades dentaires supérieure et inférieure. Ces arcs permettent de réunir les deux maxillaires par des fils métalliques ou des élastiques. Si vous portez déjà un appareillage (arcs orthodontique, multi bague), il pourra être utilisé.

Le plus souvent, en fin d'intervention, le maxillaire supérieur et la mâchoire restent fixés entre eux avec des fils d'acier ou des élastiques pour une durée qui sera précisée par le chirurgien (on dit que la mâchoire est bloquée, le patient ne peut pas ouvrir la bouche). Les arcs sont retirés sous anesthésie locale au bout de 4 à 6 semaines. Le matériel d'ostéosynthèse (les plaques et les vis) peut être retiré au cours d'une intervention, 6 mois au moins après la première.

Les suites opératoires

Généralement, la mâchoire est bloquée au moins quelques jours à but antalgique. Il faudra donc prévoir une alimentation strictement liquide pendant cette période.

On observe après l'intervention des oedèmes des joues et des lèvres et, dans certains cas, des hématomes, qui disparaîtront en quelques jours.

Si vous avez des douleurs, elles pourront être traitées par des antalgiques.

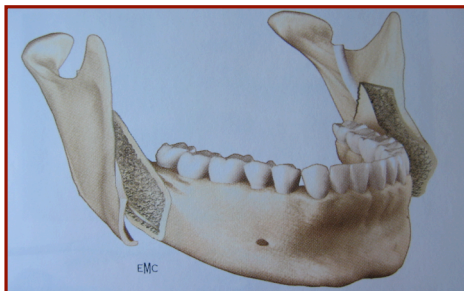
Après le déblocage, l'ouverture de la bouche pourra être restreinte dans un premier temps et se normalisera petit à petit.

Les premiers jours, des saignements modérés peuvent survenir au niveau de la plaie chirurgicale. Lorsque la plaie a été recousue à l'aide de fils non résorbables, ceux-ci devront être retirés une fois la cicatrisation terminée.

Dans certains cas, des antibiotiques sont prescrits.

Pour obtenir une cicatrisation dans de bonnes conditions après l'opération, certaines précautions doivent être respectées.

- L'alimentation doit être liquide ou semi liquide, tiède ou froide. Il faut éviter une nourriture trop chaude, trop épicée ou trop acide comme les jus d'orange.



- Malgré les oedèmes et les douleurs, une bonne **hygiène buccale** est indispensable pour que la cicatrisation se fasse sans complication. Après chaque repas, les dents et les gencives devront être nettoyées par brossage. Des bains de bouche sont prescrits en complément du brossage. Le jet hydropulseur peut également être utilisé.

- Si la bouche est maintenue en position fermée (par des fils d'aciers ou des élastiques), il faudra toujours avoir sur soi une paire de ciseaux, pour pouvoir couper les fils qui unissent les deux mâchoires en cas d'urgence.

- Si vous êtes pris de vomissements, gardez votre calme et penchez-vous en avant pour que les liquides puissent s'évacuer entre les dents.

- Il faut arrêter absolument le tabac, l'alcool et tous les irritants jusqu'à la fin de la cicatrisation de la plaie.

Le déplacement de la mandibule entraîne une modification plus ou moins importante du visage.

En fonction du déplacement de la mandibule, le menton peut par exemple être plus en avant ou en retrait. En règle générale, l'opération permet de façon fiable d'obtenir une meilleure harmonie faciale de face et de profil. Il est cependant nécessaire de surveiller le résultat de l'opération par des examens de contrôle réguliers afin de repérer à temps un très rare changement de position de la mandibule avec les troubles de l'articulé qui en résulteraient. Un traitement orthodontique peut à nouveau être nécessaire. Dans de rares cas, il faudra procéder à une autre opération.

Les risques

Toute intervention chirurgicale comporte des risques parfois effrayants, heureusement exceptionnels mais dont nous sommes tenus de vous informer. Il n'est bien sûr pas possible d'aborder ici de façon exhaustive tous les risques liés à une intervention sous anesthésie générale. Toutefois, nous abordons ici les principales complications et restons à votre disposition pour toute information ou explication complémentaire.

- **saignement.** Des saignements abondants sont rares au cours de l'intervention, mais peuvent rendre exceptionnellement une transfusion de sang ou de dérivés sanguins nécessaire. Celle-ci peut être cause dans des cas extrêmement rares de transmission d'infections dues par exemple aux virus de l'hépatite ou du SIDA. Des prélèvements sanguins pour autotransfusion permettent de se prémunir de ce risque mais ne sont pas toujours réalisables. En cas de saignements secondaires très importants, il peut être nécessaire de rouvrir la plaie, de réaliser un méchage ou une hémostase chirurgicale.

- **Inflammation / Infection** de manière très rare, il peut se former malgré l'administration d'antibiotiques une inflammation ou une infection qui nécessitent un traitement spécifique : par exemple un abcès (collection purulente) devra être incisé. Dans des cas exceptionnels, le matériel étranger (pièces métalliques) implanté doit être retiré en raison d'une mauvaise tolérance.

- **Anesthésie de la lèvre inférieure.** Du fait du trajet des nerfs alvéolaires inférieurs, dans la mandibule, une perte de la sensibilité ou une sensation d'engourdissement peut survenir au niveau de la lèvre inférieure, du menton, de la face interne des joues, et des dents mandibulaires. Rarement, plutôt qu'une perte de la sensibilité, ce sont des douleurs lancinantes parfois très gênantes qui peuvent apparaître.

- **Anesthésie de la langue.** Il est extrêmement rare mais possible de blesser le nerf qui donne la sensibilité de la moitié de la langue. Cette lésion peut entraîner une sensation d'engourdissement, des douleurs, un trouble du goût ou des morsures de la moitié antérieure de la langue du côté correspondant.

- **Paralysie faciale.** De très rares cas de paralysie de la moitié du visage ont été décrits au cours des ostéotomies de la mandibule, habituellement temporaire heureusement. Ceci est vraiment très exceptionnel. Tout comme, en cas d'incision de la peau, ça n'est qu'une petite branche du nerf facial qui peut être blessée et entraîner une asymétrie localisée de la mobilité du visage (le sourire par exemple).

- **Retard ou absence de cicatrisation osseuse.** Il peut y avoir un retard ou une absence de consolidation osseuse. Dans ce cas, les dents devront être à nouveau solidarisées pour quelques temps. Une autre opération avec parfois une greffe osseuse sera éventuellement nécessaire.

- **Malposition et cicatrisation en mauvaise position.** Après l'opération, l'occlusion dentaire peut différer de la position prévue. De petites divergences peuvent être tolérées. Lorsqu'il s'agit de petits décalages, le traitement peut simplement consister à replacer la mandibule dans une bonne position au moyen de tractions élastiques, geste qui sera éventuellement renforcé par le meulage ciblé des dents. Si les déplacements sont importants, une autre opération peut être également nécessaire.

- **Lésion de dents.** Dans de très rares cas, des racines dentaires peuvent être lésées et nécessiter un traitement (résection apicale, dévitalisation, implant en cas de perte de dent...etc.). Il arrive que certaines dents soient temporairement un peu sensibles après le meulage.

- **Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire.** Des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire déjà présents peuvent persister ou apparaître après l'intervention. Il est rare qu'il se poursuive après le traitement orthodontique. Les cas échéant, d'autres gestes thérapeutiques seront nécessaires.

- **Troubles circulatoires ;** de manière extrêmement rare, des troubles circulatoires affectant le mandibule peuvent survenir. Cela peut entraîner une rétraction de la gencive et la formation de poches parodontales. Une nécrose partielle, ou dans des cas extrêmement rares, complète de la gencive, de l'os et de dents avec perte de dents peut survenir

- **Récidive.** Dans de très rares cas, une dégradation progressive de l'occlusion dentaire revenant en position de départ peut s'observer après l'opération (récidive). En cas de signes d'une modification de l'occlusion, il faut consulter votre chirurgien ou votre orthodontiste. Un traitement orthodontique et/ou chirurgical peut devenir nécessaire.

LE TABAC :

« Le tabagisme aggrave le risque de complication opératoire de toute intervention chirurgicale. Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention supprime ce surrisque.

Si vous fumée, parlez à votre médecin, votre chirurgien et anesthésiste ou téléphonez à Tabac-Info-Service (3989) pour vous faire aider à réduire le risque et mettre toutes les chances de votre côté ».

Ce que vous devez prévoir

Dans tous les cas il est nécessaire de suivre les recommandations de votre chirurgien

- L'arrêt de travail recommandé par votre chirurgien.

Ne pas prendre d'aspirine dans les dix jours qui précèdent l'intervention (augmentation du risque d'hématome)

- Vous rendre à la consultation d'anesthésie sur rendez-vous.

- Prévoir des affaires de toilette, un pyjama ou une robe de chambre.

- Apporter vos médicaments si vous suivez un traitement médical

- Acheter en pharmacie et amener une paire de ciseaux forts (pour permettre un éventuel déblocage des mâchoires en urgence).

- Prévoir qu'une consultation post opératoire sera nécessaire vers le 7^{ème} jour habituellement pour l'ablation éventuelle des fils, et un suivi médical de plusieurs mois.

- Autant que possible se procurer au préalable les médicaments et produits nécessaires aux soins post opératoires (antalgiques, bains de bouche,...)

- Arrêter de fumer au moins dans la période péri opératoire.