

INFORMATION MÉDICALE AVANT UNE OSTÉOTOMIE MANDIBULAIRE

Pourquoi opérer ?

L'ostéotomie de la mandibule a pour objectif de **repositionner la mandibule (mâchoire inférieure)** et son **arcade dentaire** en cas de trouble de l'occlusion dentaire lorsque la mandibule est trop en avant (la personne est prognathe), trop en arrière (rétrognathe) et/ou asymétrique

Les anomalies de l'occlusion dentaire 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 (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
- Une difficulté voire une impossibilité d'appareillage en cas de perte de toutes les dents.

Généralement, l'ostéotomie de la mandibule est associée à un traitement **orthodontique** réalisée avant et après l'intervention pour consolider le bénéfice de l'intervention chirurgicale. Parfois, une **ostéotomie du maxillaire supérieur** est associée (ostéotomie bimaxillaire) ainsi qu'une intervention sur le **menton** (mentoplastie ou génioplastie).

Avant l'intervention : Un ou plusieurs RDV avec le chirurgien sont nécessaires. Il sera en relation avec l'orthodontiste qui s'occupe de la préparation des mâchoires. Ce dernier doit aligner les dents pour qu'elles soit prêtes à être emboîtées correctement par la chirurgien. L'orthodontiste et le chirurgien décident ensemble du type d'intervention à envisager et de la période pour opérer. Un bilan est souvent nécessaire pour évaluer la respiration, la langue et la position des dents de sagesse qui doivent parfois être enlevées au moins 6 mois avant l'intervention pour optimiser le résultat.

Dans les jours qui précèdent la chirurgie, l'orthodontiste pose le plus souvent un arc et des crochets visant à maintenir la mâchoire dans la nouvelle position.

Comment se déroule l'intervention ?

La durée prévisible d'hospitalisation est de 1 à 3 jours. Il faut vous brosser les dents puis rester strictement à jeun à partir de minuit selon les consignes de l'anesthésiste (ni aliments, ni boissons, ni tabac) habituellement de minuit jusqu'au moment de l'intervention.

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale.

Dans la plupart des cas, la **mandibule est abordée par des incisions de la muqueuse buccale** (pas de cicatrice extérieure) et rarement par des incisions dans les plis de la peau. Le chirurgien coupe la mandibule des deux côtés ce qui permet de la déplacer dans la direction prévue avant l'intervention. Les **fragments osseux sont alors fixés** par des vis et des mini-plaques en titane (ostéosynthèse) parfois avec une incision de la peau de 2 mm. Le plus souvent, en fin d'intervention, le maxillaire et la mandibule sont fixés entre eux avec des fils d'acier ou des élastiques sur des arcs dentaires pour une durée qui sera précisée par le chirurgien (**les mâchoires sont ainsi guidées dans leur nouvelle position**, on ne peut pas ouvrir la bouche en grand). Si des arcs ont été posés par l'orthodontiste juste avant l'intervention, ils peuvent être retirés en consultation au bout de 4 à 6 semaines. Le matériel d'ostéosynthèse (les plaques et les vis) peut être retiré à partir de 6 mois après l'opération, mais ce n'est pas obligatoire.

Les suites et les soins post-opératoires.

- Saignements, fréquents juste après l'intervention, ils sont habituellement sans gravité.
- L'œdème (gonflement des joues et des lèvres) est très fréquent et parfois important. Il disparaît progressivement dans les 3 premières semaines postopératoires
- Des bains de bouche vous seront prescrits.
- La douleur est modérée, cède avec des antalgiques et disparaît en quelques jours. Des glaçons enrobés dans un linge (pas directement sur la peau) diminuent le gonflement et la douleur.
- L'ouverture buccale est limitée les premiers jours donc une alimentation liquide est à prévoir la durée du blocage. En l'absence de blocage, une limitation de l'ouverture buccale est fréquente pendant quelques jours et nécessite une alimentation molle. On perd souvent du poids après l'intervention ce qui peut entraîner de la fatigue.
- Des vomissements sont possibles. Gardez votre calme et penchez-vous en avant pour que les liquides puissent s'évacuer entre les dents, même si les mâchoires sont bloquées par des élastiques.
- Les antibiotiques ne sont pas systématiquement prescrits.
- Une sensation de nez bouché est très fréquente, elle diminue de jours en quelques jours et il est recommandé de faire des lavages de nez mais sans mouchage intempestif.

Précautions à respecter :

- Le tabac doit être arrêté au moins 8 jours avant et 3 semaines après l'intervention de même que l'alcool et tous les irritants (aliments épicés, acides...) jusqu'à la fin de la cicatrisation de la plaie.
- Malgré les œdèmes et les douleurs, **une bonne hygiène buccale est indispensable** pour une bonne cicatrisation. Des bains de bouche vous seront prescrits et après chaque repas, les dents et les gencives devront être nettoyées avec une brosse ultra-souple. Un jet hydropulseur peut également être utilisé.
- Lorsque les mâchoires sont bloquées par des élastiques (cas habituel) ou des fils métalliques (c'est extrêmement rare), il faudra toujours avoir sur soi une paire de **ciseaux ou un coupe ongle**, pour pouvoir couper les fils entre les deux mâchoires en cas d'urgence. En cas de **vomissements**, gardez votre calme et penchez-vous en avant pour que les liquides puissent s'évacuer entre les dents.

INFORMATION MÉDICALE AVANT UNE OSTÉOTOMIE MANDIBULAIRE

Les risques

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)

- Saignements. Des saignements abondants sont rares au cours de l'intervention et peuvent exceptionnellement nécessiter une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avec leurs risques inhérents (contaminations infectieuses virales de l'hépatite ou du VIH exceptionnelles)
- En cas de saignements post-opératoires très importants, il peut être nécessaire de réintervenir.
- Diminution ou perte de la sensibilité de la lèvre inférieure car le nerf alvéolaire inférieur chemine à l'intérieur de la mandibule et il est étiré entraînant une diminution transitoire mais fréquente de la sensibilité de la lèvre inférieure. Cette atteinte est habituellement temporaire et se rétablit en 1 mois à 2 ans. Il peut persister de façon définitive une anesthésie dans la région de la lèvre inférieure et du menton sur un ou les deux côtés du visage.
- Diminution ou perte de la sensibilité de la langue car le nerf lingual est situé au à proximité de la partie interne de la mandibule, atteinte rare et le plus souvent temporaire.
- Paralyse des muscles de la face est de survenue exceptionnelle et habituellement régressive.
- Infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'opération. Elle cède sous traitement antibiotique mais peut nécessiter de réintervenir.
- Retard ou absence de consolidation osseuse, très rare et nécessite de réaliser à nouveau un blocage des mâchoires et parfois une greffe osseuse.
- Consolidation en mauvaise position. 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 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). Il arrive que certaines dents soient temporairement un peu sensibles après le meulage.
- Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. Déjà présents ils peuvent persister ou apparaître après l'intervention. Ils sont rarement liés à une atteinte de l'os (nécrose).
- Troubles vasculaires. Extrêmement rares, ils entraînent une rétraction de la gencive et une perte de l'os et de dents dans les cas extrêmes.
- Récidive. Très rarement, une dégradation progressive de l'occlusion entaire peut s'observer après l'opération. Un traitement orthodontique et/ou chirurgical peut devenir nécessaire.
- Blessure accidentelle de la muqueuse ou d'autres organes par les instruments chirurgicaux.

Le résultat

La nouvelle occlusion dentaire nécessite le plus souvent une phase de finitions orthodontiques (en moyenne 6 mois) de façon à ce que les dents s'engrènent le plus parfaitement possible. Il peut y avoir des imperfections de résultat du fait de l'état dentaire initial qui ne permet pas une préparation optimale ou du fait d'une articulation temporomandibulaire endommagée, rendant difficile le calage parfait des dents entre elles. Les imperfections d'occlusion doivent être acceptables par le patient et l'orthodontiste. Dans de rare cas elles peuvent nécessiter une reprise chirurgicale.

Le déplacement de la mandibule entraîne une modification du visage plus ou moins importante qu'il faut avoir anticipé surtout quand

on opère à l'âge adulte. En général la bonne position de la mandibule entraîne toujours une harmonisation du visage qui est satisfaisante sur le plan esthétique. La discussion avec le chirurgien en amont est primordiale.

En cas d'avancée de la mandibule, il peut apparaître après disparition de l'œdème une impression de « dépression » sur l'ovale de la mandibule de chaque côté de l'intervention. Ces dépressions sont en général masquées par le volume de la joue mais sont palpables et parfois visibles sur le visage fin. Elles correspondent à l'endroit où la mandibule a été allongée et où l'os est plus fin. Elles s'atténuent avec le temps mais peuvent faire l'objet de traitement complémentaire si besoin (injection de graisse, comblement osseux etc.).

Ce que vous devez prévoir : Ne pas prendre d'aspirine dans les 10 jours qui précèdent l'intervention. En cas de doute concernant votre traitement, il faut apporter votre ordonnance à votre chirurgien. Le jour de l'intervention ne pas oublier d'apporter toutes vos radios et vos moulages remis par l'orthodontiste si ils sont en votre possession. Prévoir une interruption de travail de 15 jours à 1 mois. A la maison prévoyez tout votre traitement à l'avance, de la glace et éventuellement des compléments alimentaires

Je certifie avoir été informé de l'intervention chirurgicale qui m'a été proposée par :

Date :

Prénom Nom :

Signature du patient :