

CABINET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET DE STOMATOLOGIE DU Dr S. PERSAC

Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, les risques à connaître (même s'ils sont exceptionnels) et les principales consignes post-opératoires. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après la lecture de cette fiche.

Information médicale avant une ostéotomie des maxillaires

Pourquoi opérer ?

L'ostéotomie du maxillaire supérieur et/ou inférieur (mandibule) a pour objectif de **repositionner les arcades dentaires** en cas de trouble de l'occlusion dentaire.

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.
- 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
- Un retentissement esthétique en cas d'anomalie importante de position.
- Une difficulté voire une impossibilité de mise en place de prothèse (dentier).

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

Comment se déroule l'intervention ?

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale après consultation anesthésique préopératoire.

Dans la plupart des cas, le **maxillaire est abordé 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 ou sont ôtés en consultation. Un **blocage** de la mâchoire du haut avec celle du bas est souvent réalisé. 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.

Les suites opératoires habituelles et les soins post-opératoires

- La sonde naso-gastrique mise en place durant l'intervention sera retirée le lendemain de l'intervention. Elle permet d'aspirer le contenu de l'estomac et d'éviter les vomissements. Des drains peuvent être également mis en place à la fin de

l'intervention et seront retirés à 24/48H post-opératoires.

- Des **hématomes** au niveau des joues peuvent apparaître et descendre dans le cou
- Des **saignements** minimes par le nez ou la bouche, fréquents juste après l'intervention, sont habituellement sans gravité.
- Le **gonflement** des joues et des lèvres (œdème) est très fréquent et parfois important.
- 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.
- La **douleur** 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**, 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. Une **alimentation molle** sera poursuivie durant environ 1 mois. On perd souvent du poids après l'intervention ce qui peut entraîner de la fatigue.
- Le déplacement des maxillaires peut s'accompagner d'une modification morphologique et donc esthétique du visage.
- **L'ostéotomie du maxillaire inférieur entraîne des troubles de sensibilité de la lèvre inférieure**, du fait du trajet des nerfs dentaires 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 un an) et récupère spontanément sans traitement particulier.
- Après une ostéotomie du maxillaire supérieur, la mobilité et la sensibilité de la lèvre supérieure sont parfois diminuées, et le nez peut rester bouché pendant une semaine. Ces troubles vont progressivement s'estomper mais la récupération peut être longue

Précautions à respecter :

- 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.
- Lorsque les mâchoires sont bloquées, il faudra toujours avoir sur soi une paire de **ciseaux**, pour

CABINET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET DE STOMATOLOGIE DU Dr S. PERSAC

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.

- 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.

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. (Contacter le 15 en cas d'urgence grave)

- 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 de la mandibule de façon uni ou bilatérale, il peut persister des troubles de la sensibilité de la langue, de la lèvre inférieure, du menton, de la gencive et des dents. Des troubles du goût peuvent également survenir.
Au delà de la 3ème année, le déficit séquellaire peut être considéré comme définitif.
- Dans de rares cas d'ostéotomie du maxillaire, des complications nerveuses sensibles peuvent survenir de façon uni ou bilatérale : perte totale (anesthésie) ou partielle (hypoesthésie) de la sensibilité de la lèvre supérieure, de l'aile du nez, des dents et de la gencive de la muqueuse du palais du côté du nerf traumatisé. Ces troubles sensitifs récupèrent spontanément dans la très grande majorité des cas en quelques jours, semaines ou mois. Les lésions irréversibles étant très rares.
- D'exceptionnelles complications ophtalmologiques ont été rapportées en cas d'ostéotomie du maxillaire (cécité, paralysie oculo-motrice).
- Une paralysie des muscles de la face peut se produire exceptionnellement et est habituellement régressive
- Une infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'opération et nécessiter un traitement adapté.
- Les infections osseuses (ostéites) et les nécroses osseuses (perte d'un fragment osseux et des dents) sont exceptionnelles.

- 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 ré intervention.
- 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.
- Lésion des 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 sensible après le meulage.
- Troubles vasculaires extrêmement rares, ils entraînent une rétraction de la gencive et une perte de l'os et de dents
- Récidive : très rarement, une dégradation progressive de l'occlusion dentaire 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.
- D'autres complications encore plus rares ont été décrites.

Ce que vous devez prévoir

La durée prévisible d'hospitalisation est de 2 à 3 jours.

Prévoir une interruption scolaire ou de travail de 15 jours minimum

Ne pas prendre d'aspirine dans les 10 jours qui précèdent l'intervention. En cas de doute concernant un traitement, il faut apporter votre ordonnance à votre chirurgien.

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance de cette feuille d'informations

Date/...../20..... à

Signature (des deux parents si mineur)