

Docteur Laurent FABIE

Lauréat de la Faculté

Ancien Interne, Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

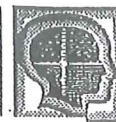
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Toulouse

Praticien Hospitalier

Membre de l'association Française de Chirurgie Maxillo-faciale

N° d'inscription au conseil de l'ordre 31 10 99 790

Praticien couvert par une assurance responsabilité civile professionnelle pour les actes de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.



Nom

Prénom

Date de naissance

Principe et buts de l'intervention

Cette intervention est destinée à modifier la position de la mandibule par rapport au reste du squelette facial. Cette modification de position a pour but essentiel d'assurer une bonne occlusion dentaire, c'est à dire une parfaite congruence entre les dents du maxillaire et celles de la mandibule. Bien sûr, le déplacement d'une telle structure osseuse s'accompagne également d'une modification morphologique et donc esthétique de l'étage inférieur de la face. Dans l'immense majorité des cas, cette modification va dans le sens de l'amélioration, même si cet aspect est évidemment subjectif.

Réalisation pratique

L'intervention, qui est toujours menée par voie endo-buccale (c'est à dire sans cicatrice extérieure) consiste à effectuer au niveau de chaque angle de la mâchoire une *ostéotomie*, c'est à dire une interruption de la continuité osseuse qui s'apparente à une fracture. La partie antérieure de la mandibule (celle qui porte les dents) peut alors être déplacée dans le sens voulu, vers l'arrière ou vers l'avant, quelquefois vers le haut ou vers le bas. Bien sûr, les déplacements ne sont jamais très importants avec cette technique (maximum 10 millimètres) car il faut conserver des contacts osseux pour la consolidation. Pendant l'intervention, il est nécessaire de solidariser le maxillaire supérieur et la mandibule entre eux dans leur nouvelle position : on appelle cela le *blocage maxillo-mandibulaire*. Il est réalisé soit à l'aide des arcs orthodontiques (*multibagües*) dont dispose le patient, soit avec des arcs métalliques fixés pendant l'intervention à chacune des arcades dentaires. Les fragments osseux sont ensuite fixés au moyen de miniplaques vissées en Titane (une de chaque côté) mesurant 1 millimètre d'épaisseur et 2 à 3 cm de long. On libère alors le blocage pour vérifier la position obtenue et des points de suture sont mis en place dans la bouche, après avoir placé un petit tuyau (*drain*) d'un millimètre de diamètre qui passe à travers la joue et est relié à un flacon aspiratif pour éviter les hématomes.

Suites opératoires normales

La durée totale d'hospitalisation est de 3 à 4 jours. L'ouverture buccale est laissée libre pendant les 24 à 48 premières heures, puis le blocage maxillo-mandibulaire est remis en place à l'aide de petits élastiques, pour une durée totale de 7 à 10 jours. Pendant cette période, l'alimentation doit se faire sous forme strictement liquide. Des menus adaptés sont proposés par la diététicienne du service avant la sortie. Une radio de contrôle est réalisée avant la sortie du service.

Après l'intervention, on constate habituellement un gonflement des joues et des lèvres (*oedème*) qui déforme plus ou moins le visage. La mobilité et la sensibilité des lèvres inférieures sont souvent altérées. L'élocution est assez difficile. Les douleurs sont rares et toujours peu importantes, d'autant qu'un traitement antalgique est systématiquement administré. Tous ces signes s'améliorent progressivement à partir du 3^{ème} jour. Néanmoins, un certain gonflement peut persister 10 à 15 jours.

Une première consultation de contrôle est prévue 7 à 10 jours après l'intervention : elle permet généralement la levée du blocage. On explique alors au patient comment mettre et enlever lui-même les élastiques de blocage de façon à libérer les mâchoires dans la journée et les rebloquer toutes les nuits. Ces manœuvres doivent être réalisées pendant 4 à 5 semaines supplémentaires pendant lesquelles l'alimentation peut se faire sous forme mixée (et non plus strictement liquide). La consolidation est définitivement obtenue au bout d'environ 1 mois et demi. Elle est contrôlée lors d'une nouvelle consultation. A partir de là, l'alimentation peut enfin être reprise sous forme normale.

Risques, incidents et complications les plus fréquents

- Les hématomes, gonflements excessifs ou éventuels foyers infectieux localisés prolongent la convalescence et ralentissent la consolidation mais ne modifient habituellement pas le résultat final.
- Des anomalies de positionnement peuvent être constatées : si elles sont minimes, elles peuvent être 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 retard de consolidation peuvent être constatés, souvent favorisés par des facteurs extérieurs (mauvais état général, intoxication tabagique, chocs traumatiques, etc...). L'absence de consolidation (*pseudarthrose*) est exceptionnelle mais nécessite une réintervention.
- Les troubles de la sensibilité labio-mentonnaire récupèrent toujours lentement. Ils peuvent nécessiter plusieurs mois voire plusieurs années pour disparaître. Dans 5 à 10 % des cas, ils restent au delà de la 3^{ème} année un déficit séquellaire qui peut être considéré comme définitif.
- Des troubles dysfonctionnels articulaires temporo-mandibulaires peuvent se manifester (ou s'aggraver si pré-existants) après ce type de chirurgie. Il s'agit par exemple de claquements, de ressauts ou de douleurs à la mastication. Ils sont généralement bénins et s'améliorent le plus souvent spontanément en quelques mois. Si pré-existants, ils peuvent par contre s'améliorer voire disparaître.

Questions fréquentes

Points de suture : faut-il les enlever ? C'est inutile car il s'agit de fils de suture résorbables. Ils disparaissent en 2 à 4 semaines.

Plaques vissées : faut-il les enlever ? Normalement non : il n'y a aucun risque à les garder sauf bien sûr si il y a des signes d'intolérance (gêne, douleurs, etc...). Dans ces cas, il faut prévoir une Anesthésie Générale et une courte hospitalisation (ambulatoire par exemple).

Bagues : doit-on les conserver ? Oui pour l'intervention et au moins les 3 premiers mois post-opératoires. Ensuite, cela dépend de la situation occlusale – C'est l'orthodontiste qui décide le moment où l'on peut retirer les bagues.

Sports : à quel moment le reprendre ? 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 de combat.

Date et Signature

(à faire précéder de la mention « lu et approuvée »)