

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

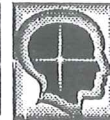
N° d'inscription au conseil de l'ordre 31 10 99 790

Praticien couvert par une assurance responsabilité civile

professionnelle pour les actes de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

FICHE D'INFORMATION PATIENT

OSTÉOTOMIE MAXILLAIRE



Nom

Prénom

Date de naissance

Principe et buts de l'intervention

Souvent appelée « Le Fort I », cette intervention est destinée à modifier la position du maxillaire (machoire supérieure) par rapport au reste du squelette facial et à la mandibule (machoire inférieure). 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 moyen de la face notamment pour ce qui concerne le nez (ailes nasaires, pointe du nez) et la lèvre supérieure. 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 des maxillaires une *ostéotomie*, c'est à dire une interruption de la continuité osseuse qui s'apparente à une fracture. Le trait d'ostéotomie est globalement horizontal, passant au-dessus des apex dentaires à travers la partie basse des fosses nasales et des sinus maxillaires. Il est alors possible de mobiliser légèrement le plateau palatin (qui porte les dents du haut) dans la direction voulue, vers l'avant ou l'arrière, vers le haut ou vers le bas. Bien sûr, les déplacements ne sont jamais très importants avec cette technique (maximum 6 à 8 millimètres) notamment parce que les tissus mous ont un pouvoir d'élongation limité. Dans les cas d'abaissement, il faut interposer des greffes osseuses pour assurer 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 (*multibagues*) si il y en a, 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 (2 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.

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 un blocage maxillo-mandibulaire est souvent remis en place, à l'aide de petits élastiques, pour une durée totale de 5 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. Du sang peut couler par le nez ou dans la gorge. Le nez est bouché. La mobilité et la sensibilité des lèvres supérieures sont parfois 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 et la récupération de la perméabilité nasale peut prendre plus d'une semaine. Une première consultation de contrôle est prévue 5 à 10 jours après l'intervention : elle autorise généralement la levée du blocage. Dans quelques cas, il est nécessaire de rebloquer les mâchoires toutes les nuits. On explique au patient comment mettre et enlever lui-même les élastiques. L'alimentation peut alors 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 qui autorise la reprise d'une alimentation 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 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 retard de consolidation peuvent être constatés, souvent favorisés par des facteurs extérieurs (mauvais état général, intoxication tabagique, chocs traumatiques, etc...). L'absence de consolidation est rare (*pseudarthrose*). Elle nécessite une réintervention.
- Des troubles de la sensibilité de la lèvre supérieure, de la gencive, des dents ou du palais peuvent quelquefois persister plusieurs semaines.
- 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. Néanmoins, quelques cas d'intolérance (douleurs, petits foyers infectieux) ont pu être constatés plusieurs années plus tard. Pour les enlever (*ablation de matériel d'ostéosynthèse*), 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 »)