

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. Vous ne devez 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.

Information médicale avant une ostéotomie mandibulaire

POURQUOI OPERER ?

L'ostéotomie de la mandibule a pour objectif de **repositionner la mandibule (mâchoire inférieure)** et son **arcade 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** (bagues sur les dents) 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** (génioplastie).

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

La durée prévisible d'hospitalisation est de 3 à 5 jours. Il faut vous brosser les dents puis rester strictement à jeun à partir de minuit (ni aliments, ni boissons, ni tabac) jusqu'à 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) mais parfois 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, des fils d'acier ou des mini-plaques en titane (ostéosynthèse) parfois avec une incision de la peau de 2 mm. Exceptionnellement, 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 bloquées, on ne peut pas ouvrir la bouche). Les arcs sont ôtés en consultation au bout de 4 à 6 semaines. Le matériel d'ostéosynthèse ne nécessite pas généralement d'être enlevé, sauf en cas d'infection ou douleur.

LES SUITES OPERATOIRES

- 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 ;
- 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.
- 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 et nécessite une alimentation molle. On perd souvent du poids après l'intervention, ce qui peut entraîner de la fatigue.
- Les antibiotiques ne sont pas systématiquement prescrits.

PRECAUTIONS A RESPECTER

- Le tabac doit être arrêté 8 jours avant puis jusqu'à cicatrisation, 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. Après chaque repas, les dents et les gencives doivent être nettoyées avec une brosse ultra-souple. Un jet hydropulseur peut également être utilisé.
- Lorsque les mâchoires sont bloquées, il faudra toujours avoir sur soi une paire de **ciseaux**, 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.

LES RISQUES

Tout acte médical, même bien conduit, recèle un risque de complications :

- **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. 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, rarement définitive ;
- **Diminution ou perte de la sensibilité de la langue** car le nerf lingual est situé à proximité de la partie interne de la mandibule, atteinte rare et le plus souvent temporaire ;
- **Paralysie des muscles** de la face de survenue exceptionnelle et habituellement régressive ;
- **Infection** des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'intervention. 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 un meulage ciblé des dents. Si les déplacements sont importants, une autre opération peut être nécessaire ;

- **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 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 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 PREVOIR

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.

Apporter les radiographies en votre possession.

Prévoir une interruption de travail de 10 jours minimum.