

Cabinet de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et d'Orthodontie

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com

Clinique Claude Bernard ALBI

Fiche de consentement et d'informations



LES FRACTURES DE LA MANDIBULE

Une fracture de la mandibule correspond à une fracture de l'os de la mâchoire inférieure. C'est une fracture faciale fréquente.

Pour des raisons biomécaniques (la mandibule a une forme d'arc de cercle), une fracture de la mandibule sera parfois unifocale, souvent bifocale voire trifocale (il existe 1,2 ou 3 fractures concomitantes sur l'arc mandibulaire).



Il existe de nombreux types de fractures de la mandibule qui sont souvent associés l'un à l'autre. La prise en charge thérapeutique est différente selon le type de fracture.

Quelles sont les conséquences d'une fracture de la mandibule?

Les fractures de la mandibule ont essentiellement des conséquences fonctionnelles :

- La grande majorité des fractures de la mandibule (en dehors des fractures peu fréquentes et isolées du coroné) compromettent l'articulé dentaire (la façon dont s'articule entre-elles les dents du haut avec celles du bas). Ceci met en jeu, immédiatement comme à terme, les fonctions de mastication, de déglutition ou d'élocution de tout l'appareil manducateur (les dents, les mâchoires, l'articulation temporo-mandibulaire, les muscles masticateurs).

- La mandibule étant un os mobile et qui possède, contrairement aux autres os de la face, des puissantes insertions musculaires, ses fractures sont douloureuses et invalidantes (alors que les autres fractures faciales sont nettement moins douloureuses). Pour ces raisons, la prise en charge thérapeutique des fractures de la mandibule intervient généralement au cours des premières 24 heures suivant le traumatisme.

- Les fractures de la mâchoire sont souvent associées à des fractures ou luxations dentaires.

- Les fractures parasymphysaires, les fractures de l'angle et leurs variantes peuvent entraîner des lésions du nerf alvéolaire inférieur qui circule dans un canal osseux situé dans les secteurs latéraux de la mandibule. Ces lésions se manifestent par une perte de la sensibilité (anesthésie) de la moitié de la lèvre inférieure du côté atteint.

- Chez l'enfant, certaines fractures mandibulaires compromettent l'éruption des dents définitives, d'autres la croissance mandibulaire.

Quand faut-il opérer?

L'indication chirurgicale des fractures de la mandibule est relativement complexe.

Il existe schématiquement deux grands types de fractures :

- 1) les fractures en secteur denté (qui passent par les dents) qui concernent l'arc mandibulaire denté.
- 2) les fractures en secteur non denté qui concernent l'articulation temporo-mandibulaire.

Les fractures en secteur denté seront opérées quand elles sont complètes (quand elles interrompent complètement la continuité osseuse) qu'elles soient déplacées (avec trouble de l'articulé dentaire) ou non déplacées (sans trouble de l'articulé dentaire, ce qui est plutôt rare). En effet, une fracture non déplacée a toutes les chances de se déplacer secondairement étant donné la présence des puissants muscles qui s'insèrent sur la mâchoire. De plus, l'intervention redonnera une solidité relative mais immédiate à la mandibule ; ceci permet de diminuer les douleurs liées à la fracture et permet donc une récupération plus rapide des fonctions.

Seules les fractures incomplètes, qui n'interrompent pas complètement la continuité osseuse (donc suffisamment stables) bénéficieront d'une simple surveillance. Ce type de fractures incomplètes et stables en secteur denté sont plus fréquentes chez l'enfant (fractures en bois vert).

Les fractures en secteur non denté, généralement plus stables, seront opérées seulement si elles sont déplacées et qu'elles provoquent un trouble de l'articulé dentaire.

Chez l'enfant, l'importance d'un trouble de l'articulé dentaire est relatif tant qu'il n'est pas en denture définitive (qu'il a encore beaucoup de dents de lait). Le traitement sera autant que possible non chirurgical.

Les différents types de fractures étant souvent associés (fractures multifocales), l'indication chirurgicale est en fait, souvent affaire de cas particuliers.

Comment se déroule l'intervention?

L'intervention nécessite une anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie d'urgence ainsi qu'une hospitalisation sont donc indispensables. L'hospitalisation durera en moyenne de 1 à 5 jours.

Il existe deux grands types de traitement chirurgical des fractures mandibulaires:

- l'ostéosynthèse qui consiste à réduire la fracture et à la fixer dans la position adéquate grâce à des vis et des miniplaques en titane.
- le blocage bimaxillaire qui consiste à mettre en place sur chacune de deux mâchoires, un système d'arcs ou de vis métalliques qui permettront de maintenir un articulé dentaire normalisé grâce à des élastiques ou des fils d'acier.

Chacune de ces deux techniques peut être utilisée séparément ou conjointement.

En cas d'ostéosynthèse, le geste chirurgical comportera un abord chirurgical endobuccal (sans cicatrices visibles, pour les fractures en secteur denté) ou cutané (pour certaines fractures en secteur non denté).

En cas de blocage bimaxillaire, il n'y a pas d'abord chirurgical.

Pour les fractures en secteur denté, l'attitude des chirurgiens maxillo-faciaux est consensuelle. Le traitement de choix est l'ostéosynthèse, associé ou non à un blocage bimaxillaire.

Pour certaines fractures en secteur non denté, le choix thérapeutique est moins consensuel. Les deux méthodes (ostéosynthèse ou blocage) sont possibles. Si l'ostéosynthèse comporte des risques inhérents à la voie d'abord chirurgicale et des cicatrices post-opératoires (alors que le blocage bimaxillaire n'en présente quasiment pas), la récupération fonctionnelle est bien plus rapide et semble être meilleure.

Quelles sont les suites opératoires?

Les soins post-opératoires comportent:

- Des bains de bouche, à débiter seulement 24 à 48 heures après l'intervention.
- Des médicaments contre la douleur (des antalgiques).
- Souvent des anti-inflammatoires.
- Parfois des antibiotiques (en fonction du type de fracture).
- Une alimentation liquide puis molle pendant 3 à 4 semaines.
- Le brossage des dents doit rester le plus soigneux possible pendant la période post-opératoire.
- S'il a été mis en place un blocage bimaxillaire, celui-ci sera maintenue pendant une durée variable allant de 10 jours à 4 semaines en fonction du type de fracture et des traitements associés.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques de complication. Aujourd'hui, tout chirurgien se doit d'informer son patient

sur les risques et les complications éventuelles de l'intervention dont il va bénéficier. Cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle a pour but de permettre à chaque patient de mettre en balance les risques qu'il encourt par rapport aux bénéfices qu'il retirera de l'intervention chirurgicale afin qu'il puisse prendre la décision, en son âme et conscience, de se faire opérer ou non.

Les séquelles possibles liées à une fracture de la mandibule sont:

- un trouble de l'articulé dentaire qui peut faire l'objet secondairement d'un traitement orthodontique ou orthognathique,
- un déficit de la sensibilité de la moitié de la lèvre inférieure (pour certaines fractures),
- une limitation de l'ouverture buccale qui peut faire l'objet d'une kinésithérapie maxillo-faciale post-opératoire,
- parfois une véritable ankylose temporo-mandibulaire avec limitation gênante de l'ouverture buccale (fractures articulaires du condyle, condyliennes capitales),
- un dysfonctionnement temporo-mandibulaire, parfois une arthrose précoce temporo-mandibulaire (fractures articulaires du condyle, condyliennes capitales),
- des problèmes de réhabilitation dentaire liés aux lésions dentaires associées,
- les problèmes de cicatrisation osseuse (pseudarthrose) sont exceptionnels au niveau de la mandibule,
- chez l'enfant, les séquelles possibles sont des problèmes de croissance mandibulaire et des anomalies d'éruption des dents définitives qui justifient une surveillance orthopédique et orthodontique.
- une infection des plaies opératoires (abcés) qui peut nécessiter rarement une nouvelle intervention, voire l'ablation des miniplaques et vis d'ostéosynthèse.
- un "débricolage" du matériel d'ostéosynthèse est rare au niveau de la mandibule.