

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



L'OSTEOTOMIE MANDIBULAIRE

L'ostéotomie mandibulaire de DALPONT-OBWEGESER est l'intervention qui permet de mobiliser une partie de la mâchoire inférieure (toute l'arcade dentaire inférieure et le menton) afin de corriger une anomalie de positionnement de celle-ci.

Cette intervention permettra donc de corriger les anomalies du squelette de la face liées à la mâchoire inférieure.

Cette intervention est parfois associée à une ostéotomie maxillaire de LEFORT I . On parle alors d'ostéotomie bimaxillaire.

Elle est souvent précédée d'un traitement orthodontique.

Les bénéfices attendus de l'ostéotomie mandibulaire de DALPONT-OBWEGESER sont:

- la restitution de rapports normaux entre les dents et d'une fonction masticatoire normale et stable
- la restitution d'espaces normaux entre les deux mâchoires quand il existe un décalage tel qu'il est impossible ou difficile de proposer une réhabilitation prothétique dentaire.
- l'amélioration de l'harmonie et de l'esthétique globale du visage de face comme de profil.

Cette intervention peut donc corriger des anomalies de position de la mâchoire telles que:

- 1- une lèvre inférieure et un menton trop en avant,
- 2- une lèvre inférieure et un menton trop en arrière,
- 3- une asymétrie faciale, un menton dévié.

Comment se déroule l'intervention?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire ainsi qu'une hospitalisation sont donc indispensables.

Toutes les incisions se situent dans la bouche. Elles concernent la gencive en dehors des molaires inférieures des deux côtés et sont donc invisibles. Il n'y a pas d'incision de la peau ni de cicatrices visibles.

Les deux ostéotomies proprement dites (une par côté) sont pratiquées et permettent de séparer l'arcade dentaire inférieure du reste de la mâchoire en prenant soin de minimiser la mobilisation et les traumatismes du nerf qui passe dans la mâchoire et qui donne la sensibilité de la lèvre.

La partie qui vient d'être séparée peut alors être mobilisée afin de la repositionner dans sa position idéale.

Cette position idéale est déterminée par différents éléments:

- 1- le bilan clinique et radiologique pré-opératoire,
- 2- la relation des deux arcades dentaires entre elles qui doit être la plus harmonieuse possible.

On met alors en place un blocage bimaxillaire dynamique. Ce blocage s'effectue grâce à des élastiques.

Si vous avez bénéficié d'un traitement orthodontique (appareil multibagues) en pré-opératoire, des crochets seront disposés sur les bagues et permettront de réaliser ce blocage. Si aucun traitement orthodontique n'a été nécessaire, d'autres systèmes de blocage

seront mis en place pendant l'intervention.

Ce blocage est conservé en post-opératoire pour un période variable en fonction des cas, allant de quelques jours à plusieurs semaines. Ce blocage est souvent fort les premiers jours après l'intervention n'autorisant qu'une alimentation liquide. Il est rapidement assoupli et allégé dans les suites.

La suite de l'intervention consiste à refixer l'arcade dentaire inférieure au reste de la mâchoire dans sa nouvelle position. C'est l'ostéosynthèse qui s'effectue grâce à des miniplaques et des vis en titane.

L'intervention se termine par la fermeture des incisions buccales par du fil résorbable. Deux drains sont parfois mis en place au niveau des plaies opératoires endobuccales. Ils sont laissés en place 24 à 48 heures, le temps de l'hospitalisation.

La durée de l'intervention varie en fonction des difficultés techniques. Elle est en moyenne d'une heure et demie à deux heures quand l'ostéotomie mandibulaire n'est pas associée à une ostéotomie du maxillaire.

Quelles sont les suites opératoires?

Les soins post-opératoires comportent:

- Des bains de bouche,
- Des médicaments contre la douleur (des antalgiques),
- Souvent des anti-inflammatoires,
- Des antibiotiques.
- L'application de glace sur les joues pendant les 48 premières heures (la glace a un bon effet anti-inflammatoire et anti-œdémateux).
- Une alimentation liquide pendant les premiers jours post-opératoires, puis mixée ou moulinée le temps du blocage bimaxillaire. La durée du blocage varie de quelques jours à plusieurs semaines selon les cas. Il est généralement allégé rapidement, après quelques jours.
- L'hygiène buccale, même si elle est rendue difficile par le blocage bimaxillaire doit rester la plus soignée et la plus rigoureuse possible pendant la période post-opératoire. Il est conseillé de se munir d'une brosse à dent de type chirurgicale (extra-souple), voire d'un jet hydropulseur qui facilitent l'hygiène buccale.
- L'arrêt du tabac est indispensable. La poursuite du tabac favorise les complications.

Les suites opératoires normales comportent :

- De petits saignements qui peuvent survenir au niveau des zones opérées pendant les 24 premières heures,
- Des douleurs au niveau des zones opérées qui cèdent avec les antalgiques et anti-inflammatoires prescrits et disparaissent en général en quelques jours,
- De l'œdème qui est fréquent et souvent marqué. Il est imprévisible et varie d'une personne à l'autre. Il prédomine dans le cas d'une ostéotomie mandibulaire, au niveau de l'étage inférieur de la face et des lèvres inférieures.
- Après le déblocage, une limitation de l'ouverture buccale est fréquente et s'estompe petit à petit.

La durée d'hospitalisation varie entre 24 à 48 heures.

Parfois, la poursuite du traitement orthodontique dans les mois qui suivent est nécessaire afin de corriger de petites imperfections de l'articulé dentaire.

La présence des plaques et des vis n'est en général pas gênante sur le long terme. Le matériel d'ostéosynthèse est la plupart du temps laissé en place. Il peut rarement devenir gênant avec le temps. Son ablation devient alors nécessaire au cours d'une deuxième intervention qui ne s'effectuera jamais avant le sixième mois après la première intervention.

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 complications hémorragiques:

Une hémorragie est rare au cours de l'intervention mais peut rendre exceptionnellement nécessaire une transfusion de sang ou de dérivés sanguins.

Les complications infectieuses sont rares. Elles peuvent se manifester sous la forme d'un abcès de la joue qui pourra nécessiter parfois nécessiter un drainage chirurgical. Dans des cas très exceptionnels, l'infection peut nécessiter l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (vis et plaques).

Les complications nerveuses:

Une perte partielle (hypoesthésie) ou totale (anesthésie) de la sensibilité de la lèvre inférieure et des incisives inférieures avec sensation d'engourdissement est fréquente. Cette complication est liée à la présence du nerf alvéolaire inférieure (responsable de la sensibilité de la lèvre inférieure et des incisives inférieures) qui circule dans la mâchoire inférieure. La situation anatomique de ce nerf rend délicate l'ostéotomie mandibulaire qui doit prendre un trajet particulier pour éviter de le léser. Ces troubles disparaissent généralement en quelques semaines à quelques mois. Un déficit définitif de la sensibilité est rare.

Rarement, un traumatisme du nerf lingual est possible. Ce nerf qui circule à la face interne de la mâchoire inférieure est responsable de la sensibilité de la moitié de la langue du même côté. Une lésion de ce nerf se manifestera donc par une perte de la sensibilité de la moitié de la langue. Ces troubles disparaissent généralement en quelques semaines à quelques mois.

De façon très exceptionnelle, des cas de paralysie de la moitié du visage ont été décrits au cours des ostéotomies de la mandibule.

Les complications osseuses:

Un retard de cicatrisation et de consolidation osseuse (pseudarthrose) est rare mais possible au niveau de la mâchoire inférieure. Si cela survient, un nouveau blocage bimaxillaire est effectué jusqu'à obtenir une consolidation osseuse satisfaisante. Une nouvelle intervention avec greffe osseuse peut être nécessaire.

De façon très exceptionnelle, une nécrose (mort) d'une partie de l'os qui a été coupé et déplacé peut survenir. Ceci peut entraîner une rétraction de la gencive, la formation de poches dans l'os et finalement la perte de l'os et des dents.

Après l'intervention, la relation entre les dents du haut et celles du bas peut être légèrement différente de celle prévue. Diverses solutions simples sont alors proposées pour rattraper ce petit décalage: le prolongement dans le temps du blocage bimaxillaire avec tractions élastiques, un complément de traitement orthodontique ou des meulages sélectifs des dents permettent de rattraper le décalage.

Dans certains cas, une dégradation progressive de l'occlusion dentaire revenant en position de départ peut s'observer dans les mois ou années qui suivent l'opération (c'est une récurrence). Certaines conditions musculaires et habitudes de déglutition majorent ce risque. Votre chirurgien ne manquera pas de vous en informer si tel est le cas.

Les complications dentaires:

Les racines dentaires peuvent être lésées au cours de l'intervention et nécessiter un traitement (résection apicale, dévitalisation).

Les complications articulaires:

L'apparition ou l'aggravation d'un dysfonctionnement pré-existant de l'articulation de la mâchoire peut survenir (claquements, douleurs). Ils sont en général temporaires et cèdent grâce à des traitements simples dans la plupart des cas.