

NB : cette fiche est un complément aux fiches spécifiques « OSTEOTOMIE MAXILLAIRE » et « OSTEOTOMIE MANDIBULAIRE » dont on doit préalablement prendre connaissance

Principe et buts de l'intervention

L'ostéotomie combinée (souvent appelée « *bimaxillaire* ») associe dans le même temps opératoire :

- une ostéotomie maxillaire supérieure,
- une ostéotomie mandibulaire.

Cette intervention est destinée à modifier conjointement la position des maxillaires et de la mandibule par rapport au reste du squelette cranio-facial lorsque le décalage ne peut pas être corrigé par une intervention plus simple. 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. Mais elle induit parallèlement des modifications morphologiques et esthétiques qui peuvent être importantes. Même si ces modifications sont souvent demandées et souhaitées par le patient et même si elles vont bien sûr dans le sens d'une amélioration, celle-ci reste évidemment subjective. Des explications détaillées peuvent être fournies par le chirurgien mais il est impossible en l'état actuel des techniques et des connaissances de pouvoir obtenir une simulation réaliste du résultat morphologique prévu, y compris sur informatique. Des entretiens avec une psychologue spécialisée peuvent éventuellement être programmés pour aider certains patients à mieux gérer les modifications du visage et les conséquences vis à vis de l'entourage.

Réalisation pratique

L'intervention, qui est toujours menée par voie endo-buccale, débute par l'ostéotomie maxillaire. Pour assurer un positionnement correct du plateau palatin dans les trois dimensions de l'espace, il est le plus souvent nécessaire d'utiliser une gouttière en résine permettant de le stabiliser temporairement par rapport à la mandibule qui n'est pas encore opérée et est donc dans une position incorrecte. Cette gouttière est élaborée dans le laboratoire de prothèse du service à partir des moulages réalisés lors de la dernière consultation. Une fois la position correcte ainsi déterminée et stabilisée par un blocage temporaire, on met en place les 4 miniplaques vissées qui stabilisent les fragments. Le blocage et la gouttière sont alors enlevés et l'ostéotomie mandibulaire peut être effectuée selon le protocole habituel.

La durée totale de l'intervention est d'environ 3 heures, mais ce chiffre est évidemment variable selon les cas. Pour le réveil, on évite de laisser en place le blocage, comme d'ailleurs pour tout type d'ostéotomie des mâchoires.

Suites opératoires normales

La durée totale d'hospitalisation est de 4 à 5 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. Dans le cas d'une ostéotomie combinée, la durée de maintien du blocage est allongée, en général de 2 à 3 semaines.

Par rapport à une intervention touchant une seule des deux mâchoires, le gonflement des joues et des lèvres est plus important et met plus de temps à disparaître. Néanmoins, les douleurs restent rares et peu importantes, toujours calmées par un traitement antalgique systématique. Un certain degré de gonflement peut persister au delà du 15^{ème} jour.

Une première consultation de contrôle est prévue environ 15 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 3 à 4 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

Globalement, les complications éventuelles sont bien évidemment l'addition celles que l'on peut constater en cas d'ostéotomie maxillaire ou mandibulaire isolée. Néanmoins le taux global de complication n'est pas supérieur.

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 ? Dans le cas d'une ostéotomie combinée, on met en place au total 6 miniplaques vissées (4 en haut et 2 en bas). On conseille généralement de faire enlever ces plaques dans un délai de 8 à 24 mois après l'intervention initiale. Mais elles peuvent très bien être laissées en place définitivement si elles sont bien tolérées, ce qui est habituel.

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.

Interventions associées éventuelles ? Lorsque c'est justifié sur un plan esthétique et parfois aussi fonctionnel (pour l'occlusion labiale), on peut opérer au niveau du menton (*gènioplastie*). Par contre, les interventions au niveau du nez (*rhinoplastie*) doivent systématiquement être différées de plusieurs mois et jamais réalisées avant l'ostéotomie.