

Cette fiche d'information est un document remis aux patients avant une intervention chirurgicale par votre chirurgien pour vous 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 maxillaire

Pourquoi opérer ?

L'ostéotomie du maxillaire a pour objectif de **repositionner le maxillaire (mâchoire supérieure)** et son **arcade dentaire** en cas de trouble de l'occlusion dentaire lorsque le maxillaire 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 du maxillaire est associée à un traitement **orthodontique** réalisée avant et après l'intervention pour consolider le bénéfice de l'intervention chirurgicale. Parfois, une **ostéotomie de la mandibule** est associée (ostéotomie bimaxillaire) ainsi qu'une intervention sur le **menton** (mentoplastie).

Comment se déroule 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, **le maxillaire est abordé par des incisions de la muqueuse buccale** (pas de cicatrice extérieure). Le chirurgien coupe le maxillaire au dessus des dents ce qui permet de le 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). Le plus souvent, 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 (les plaques et les vis) peut être retirés secondairement après la première opération.

Les suites et les soins post-opératoires.

- saignements, fréquents juste après l'intervention, ils sont habituellement sans gravité.
- 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.

Précautions à respecter :

- le tabac doit être arrêté 8 jours avant et après l'intervention 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 devront 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 (contaminations infectieuses virales de l'hépatite ou du VIH exceptionnelles)
En cas de saignements post-opératoires très importants, il peut être nécessaire de réintervenir.
- diminution ou perte de la sensibilité de la lèvre supérieure et des dents supérieures car le nerf maxillaire chemine juste au dessus de la section de l'os. Il peut être étiré entraînant une diminution transitoire de la sensibilité.
- paralysie des muscles de la face est de survenue exceptionnelle et habituellement régressive.
- infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'opération. 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 le meulage ciblé des dents. Si les déplacements sont importants, une autre opération peut être nécessaire.
- lésion de 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 vasculaires. Extrêmement rares, ils entraînent une rétraction de la gencive et une perte de l'os et de dents dans les cas extrêmes.
- récurrence. 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.

Ce que vous devez prévoir

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 toutes vos radios si elles sont en votre possession.

Prévoir une interruption de travail de 10 jours minimum

Je certifie avoir été informé de l'intervention chirurgicale qui m'a été proposée par

Date

Nom prénom et signature du patient