

L'ostéotomie Mandibulaire de DALPONT - OBWEGESER

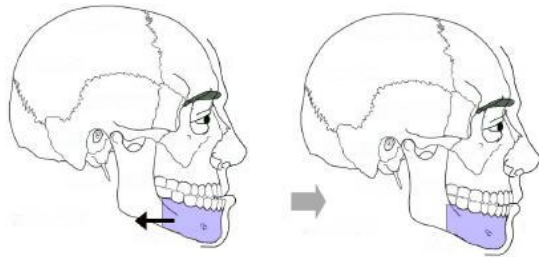
QU'EST CE QUE L'OSTÉOTOMIE MANDIBULAIRE?

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.

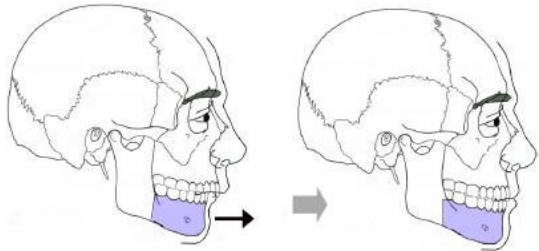
Cette intervention permettra donc de corriger les anomalies du squelette de la face liées à la mâchoire inférieure.

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

Elle est souvent précédée d'un traitement orthodontique.



Exemple 1 : Ostéotomie mandibulaire de recul pour corriger un menton trop en avant (promandibulie ou prognathisme mandibulaire).



Exemple 2 : Ostéotomie mandibulaire d'avancée pour corriger un menton trop en arrière (rétromandibulie ou rétrognathisme mandibulaire).

POURQUOI OPÉRER?

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, prévenant ainsi les risques de problème dentaire à long terme (déchaussement des dents par exemple) ou d'articulation de la mâchoire.

- la restitution de rapports 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 telles que:

- 1- une lèvre inférieure et un menton trop en avant,
- 2- une lèvre inférieure et un menton trop en arrière.

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.

L'incision se situe dans la bouche. Elle concerne la gencive en dehors des molaires inférieures des deux côtés. Elle est donc invisible ; il n'y a pas d'incision de la peau.

Puis on procède aux deux ostéotomies proprement dites (une par côté) qui permettent de séparer complètement l'arcade dentaire inférieure du reste de la mâchoire.

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 radiologique pré-opératoire* (téléradiographie du crâne de profil),

2- la *relation des deux arcades dentaires entre elles* qui doit être la plus harmonieuse possible (c'est un des objectifs principaux de l'intervention, l'autre étant l'amélioration de l'esthétique du visage). C'est la raison pour laquelle, on met très souvent 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, le premier temps de l'intervention consistera à mettre en place un système d'arcs fixés sur les arcades dentaires supérieures et inférieures qui permettra de réaliser ce blocage.

Ce blocage est conservé en post-opératoire pour un période variable en fonction des cas, allant de quelques jours à plusieurs semaines.

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 généralement mis en place au niveau des plaies opératoires endobuccales. Ils sont laissés en place quelques jours, le temps de l'hospitalisation.

La durée de l'intervention varie en fonction des difficultés techniques. Elle est en moyenne de 90 minutes 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.
- Parfois des antibiotiques.
- L'application de glace sur les joues pendant les 24 premières heures (la glace a un bon effet anti-inflammatoire et anti-oedémateux).
- 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.
- Le brossage des dents, même s'il est rendu difficile par le blocage bimaxillaire doit rester le plus soigneux et le plus rigoureux 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.
- Il vaut mieux arrêter de fumer pendant la période post-opératoire. La poursuite du tabac favorise les complications liées à une mauvaise cicatrisation de la gencive.

Les *suites opératoires* comportent :

- De petits saignements qui peuvent survenir au niveau des zones opérées pendant les 24 premières heures.
- La douleur au niveau des zones opérées cède avec les antalgiques et anti-inflammatoires prescrits et disparaît en

général en quelques jours.

- L'œdème 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 douloureuse de l'ouverture buccale est fréquente et s'estompe petit à petit.

- Dans les rares cas où le blocage des mâchoires s'effectue grâce à des fils d'acier (et non grâce à des élastiques), des pinces coupantes vous seront prescrites. Il faut alors toujours les conserver sur soi afin de pouvoir couper les fils qui unissent les deux mâchoires en cas d'urgence (vomissements).

La durée d'hospitalisation varie entre 3 à 5 jours.

Parfois, la poursuite du traitement orthodontique est nécessaire afin de corriger de petites imperfections de l'articulé dentaire.

Votre chirurgien maxillo-facial peut être amené à vous proposer dans certains cas et à distance de l'intervention une chirurgie du nez et/ou du menton quand l'ostéotomie seule n'apporte pas une amélioration esthétique suffisante.

Enfin, la présence des plaques et des vis peut parfois devenir gênante avec le temps. Leur ablation alors devient nécessaire au cours d'une deuxième intervention qui ne s'effectuera jamais avant le septième 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.

Cette notion est particulièrement importante pour certains actes de chirurgie maxillo-faciale qui sont des interventions chirurgicales de confort (chirurgie plastique de la face, implantologie, etc...). L'énumération « bibliographique » des diverses complications possibles a pour but de vous faire participer pleinement aux décisions qui concernent votre santé ou votre bien-être et de vous rendre responsable.

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).

(claquements, douleurs). Ils sont en général temporaires et cèdent grâce à des traitements simples dans la plupart des cas.

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 manifesterait 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 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 après l'opération (c'est une récurrence). En cas de signes d'une modification de l'occlusion, il faut consulter votre chirurgien. Un traitement orthodontique et/ou chirurgical peut devenir nécessaire.

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

