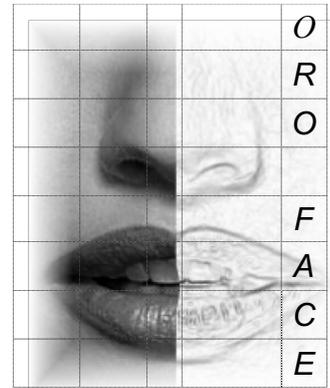
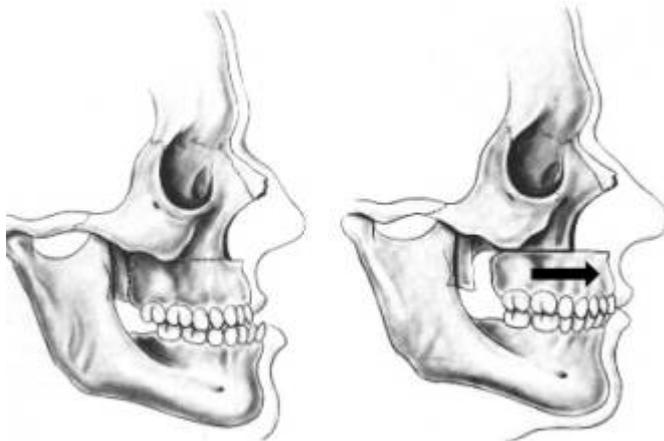


CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT

En vue d'une Chirurgie orthognatique



L'ostéotomie du maxillaire supérieur (Ostéotomie de Lefort I)



*Ci-contre :
un exemple d'ostéotomie
d'avancement du maxillaire supérieur
réalisée afin que l'arcade dentaire
supérieure soit placée en position
normale donc en avant de l'arcade
dentaire inférieure. L'esthétique des
lèvres et du menton est normalisée*

Pourquoi opérer ?

Cette intervention apporte presque toujours une très grande satisfaction aux patients. Son résultat est souvent spectaculaire et améliore souvent considérablement l'harmonie du visage.

L'ostéotomie du maxillaire supérieur (ostéotomie de Lefort I) a pour objectif de repositionner le maxillaire supérieur avec l'arcade dentaire supérieure et le palais en cas de trouble de l'occlusion dentaire, de visage trop court ou au contraire trop long. C'est ce type d'intervention qui permet par exemple de corriger le sourire gingival (apparition disgracieuse et excessive des dents et de la gencive lors du sourire). L'intervention chirurgicale permet d'obtenir une normalisation des rapports des maxillaires, de l'occlusion et du profil du visage. Auparavant, une étude, clinique, radiographique et des moulages des arcades dentaires, est toujours réalisée.

Le trouble de l'occlusion dentaire est lié au fait que le maxillaire supérieur est :

- trop en avant : on dit que la personne est prognathe
- trop en arrière : on dit que la personne est rétrognathe
- asymétrique

Les anomalies de l'occlusion dentaire ont des conséquences à court, moyen et long terme qu'il faut connaître car elles peuvent justifier 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 (articulations 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 du maxillaire supérieur
- une difficulté voire une impossibilité d'appareillage en cas de perte des dents

Généralement, l'ostéotomie du maxillaire supérieure est associée à une préparation orthodontique réalisée par un spécialiste en orthodontie. Une finition post opératoire peut être nécessaire de manière à consolider le bénéfice de l'intervention chirurgicale. Dans certains cas, 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. Vous serez hospitalisé la veille de l'intervention et vous reverrez votre chirurgien. N'hésitez pas à lui poser des questions sur l'intervention. Il vous sera demandé de vous doucher et de vous brosser les dents puis de rester strictement à jeun à partir de minuit (ni aliments, ni boissons, ni tabac) jusqu'à l'intervention. Le lendemain, une prémédication vous sera donnée. Restez couché car vous risqueriez de chuter du fait de la somnolence induite par la prémédication. L'opération est pratiquée sous anesthésie générale et vous serez donc totalement endormi.

Il existe différentes techniques opératoires. Dans tous les cas, le maxillaire est abordé par des incisions de la muqueuse buccale donc dans la bouche : pas de cicatrice. L'os est coupé des deux côtés au-dessus des racines dentaires. Le maxillaire est alors déplacé dans la direction prévue avant l'intervention. Parfois une greffe osseuse est nécessaire pour stabiliser la nouvelle position du maxillaire supérieur (cette greffe peut être prélevée sur le crâne ou au niveau du bassin). Le maxillaire est fixé dans sa nouvelle position au moyen de vis, de fils d'acier ou de plaques (ostéosynthèse). Pour le dans la position idéale, des arcs en métal ou en plastique sont ou auront été fixés aux arcades dentaires supérieure et inférieure. Ces arcs permettent de réunir le maxillaire supérieur et la mâchoire par des fils métalliques ou des élastiques. Si vous portez déjà un appareillage (arcs orthodontiques, multibague), il pourra être utilisé. Le plus souvent, en fin d'intervention, le maxillaire supérieur et la mâchoire restent fixés entre eux avec des fils d'acier ou des élastiques pour une durée qui sera précisée par le chirurgien (on dit que la mâchoire est bloquée, le patient ne peut pas ouvrir la bouche). Les arcs sont retirés sous anesthésie locale au bout de 4 à 6 semaines.

Le matériel d'ostéosynthèse (les plaques et les vis) peut être retiré au cours d'une autre intervention, 6 mois au moins après la première.

Les suites opératoires

Généralement, la mâchoire est bloquée au moins quelques jours. Il faudra donc prévoir une alimentation strictement liquide pendant cette période. On observe après l'intervention des œdèmes des joues et des lèvres et, dans certains cas, des hématomes, qui disparaîtront en quelques jours. Si vous avez des **douleurs**, elles pourront être traitées par des antalgiques. Après le déblocage, l'ouverture de la bouche pourra être restreinte dans un premier temps et se normalisera petit à petit.

Les premiers jours, des saignements modérés peuvent survenir au niveau de la plaie chirurgicale.

Lorsque la plaie a été recousue à l'aide de **fils** non résorbables, ceux-ci devront être retirés une fois la cicatrisation terminée.

Dans certains cas, des **antibiotiques** sont prescrits.

Pour obtenir une cicatrisation dans de bonnes conditions après l'opération, certaines précautions doivent être respectées :

- L'alimentation doit être liquide ou semi-liquide, tiède ou froide. Il faut éviter une nourriture trop chaude, trop épicée ou trop acide comme les jus d'orange,
- Malgré les œdèmes et les douleurs, une bonne **hygiène buccale** est indispensable pour que la cicatrisation se fasse sans complication. Après chaque repas, les dents et les gencives devront être nettoyées par brossage. Des bains de bouche sont prescrits en complément du brossage. Le jet hydropulseur peut également être utilisé,
- Si la bouche est maintenue en position fermée (par des fils d'aciers ou des élastiques), il faudra toujours avoir sur soi une paire de **ciseaux**, pour pouvoir couper les fils qui unissent les deux mâchoires en cas d'urgence, Si vous êtes pris de **vomissements**, gardez votre calme et penchez-vous en avant pour que les liquides puissent s'évacuer entre les dents,
- Il faut arrêter absolument le **tabac**, **l'alcool** et tous les irritants jusqu'à la fin de la cicatrisation de la plaie.

Le déplacement du maxillaire entraîne une modification plus ou moins importante du visage. En fonction du déplacement du maxillaire, le nez peut par exemple être plus large et/ou plus relevé. En règle générale, l'opération permet de façon fiable d'obtenir une meilleure harmonie faciale de face et de profil. Il est cependant nécessaire de surveiller le résultat de l'opération par des examens de contrôle réguliers afin de repérer à temps un très rare changement de position de la mandibule avec les troubles de l'articulé qui en résulteraient. Un traitement orthodontique peut à nouveau être nécessaire. Dans de rares cas, il faudra procéder à une autre opération.

Les risques

Toute intervention chirurgicale comporte des risques parfois effrayants, heureusement exceptionnels mais dont nous sommes tenus de vous informer. Il n'est bien sûr pas possible d'aborder ici de façon exhaustive tous les risques liés à une intervention sous anesthésie générale. Toutefois, nous abordons ici les principales complications et restons à votre disposition pour toute explication complémentaire.

- Saignements. Des saignements abondants sont rares au cours de l'intervention mais peuvent rendre exceptionnellement une transfusion de sang ou de dérivés sanguins nécessaire. Celle-ci peut être cause dans des cas extrêmement rares, de transmission d'infections dues par exemple aux virus de l'hépatite ou du SIDA. Des prélèvements sanguins pour autotransfusion permettent de se prémunir de ce risque mais ne sont pas toujours réalisables. En cas de saignements secondaires très importants, il peut être nécessaire de rouvrir la plaie, de réaliser un méchage ou une hémostase chirurgicale.
- Inflammation / infection. De manière très rare, il peut se former malgré l'administration d'antibiotiques une inflammation ou une infection qui nécessitent un traitement spécifique : par exemple un abcès (collection purulente) devra être incisé. Dans des cas exceptionnels, le matériel étranger (pièces métalliques) implanté doit être retiré en raison d'une mauvaise tolérance.
- Anesthésie de la lèvre supérieure ou des dents. Du fait du trajet des nerfs dans le maxillaire, des troubles de la sensibilité (sensation d'engourdissement, disparition complète de la sensibilité ou perceptions douloureuses...) peuvent survenir au niveau de la lèvre supérieure, des dents maxillaires, de la gencive et du palais. Ces troubles disparaissent généralement complètement après quelques semaines ou mois. Il est rare que des troubles de la sensibilité soient définitifs après une ostéotomie du maxillaire supérieur.
- Retard ou absence de cicatrisation osseuse. Il peut y avoir un retard ou une absence de consolidation osseuse. Dans ce cas, les dents devront être à nouveau solidarisées pour quelque temps. Une autre opération avec parfois une greffe osseuse sera éventuellement nécessaire.
- Malposition et cicatrisation en mauvaise position. Après l'opération, l'occlusion dentaire peut différer de la position prévue. De petites divergences peuvent être tolérées. Lorsqu'il s'agit de petits décalages, le traitement peut simplement consister à replacer le maxillaire 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 ré-intervention 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..., etc.). Il arrive que certaines dents soient temporairement un peu sensibles après le meulage.
- Sinusite maxillaire : La section du maxillaire passant par le sinus, des épisodes de sinusite peuvent survenir, ceci est rare.
- Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. Des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire déjà présents peuvent persister ou apparaître après l'intervention. Il est rare qu'ils se poursuivent après le traitement orthodontique. Le cas échéant, d'autres gestes thérapeutiques seront nécessaires.
- Troubles circulatoires. De manière extrêmement rare, des troubles circulatoires affectant le maxillaire supérieur peuvent survenir. Cela peut entraîner une rétraction de la gencive et la formation de poches dans l'os. Une nécrose partielle, ou dans des cas extrêmement rares, complète de la gencive, de l'os et de dents avec perte

de dents peut survenir. Cette complication redoutable, car correspondant à une disparition de l'os opéré, est vraiment très exceptionnelle.

- Récidive. Dans de très rares cas, une dégradation progressive de l'occlusion dentaire revenant en position de départ peut s'observer après l'opération (récidive). En cas de signes d'une modification de l'occlusion, il faut consulter votre chirurgien ou votre orthodontiste. Un traitement orthodontique et/ou chirurgical peut devenir nécessaire.

Ce que vous devez prévoir

- L'arrêt de travail recommandé par votre chirurgien.
- Ne pas prendre d'aspirine dans les 10 jours qui précèdent l'intervention (augmentation du risque d'hématome).
- Vous rendre à la consultation d'anesthésie sur rendez-vous.
- Prévoir des affaires de toilettes, un pyjama ou une robe de chambre.
- Apporter vos médicaments si vous suivez un traitement médical.
- Acheter en pharmacie et amener une paire de ciseaux forts si le chirurgien vous l'a prescrit (pour permettre un éventuel déblocage des mâchoires en urgence).
- Prévoir qu'une consultation postopératoire sera nécessaire vers le 7^{ème} jour habituellement pour l'ablation éventuelle des fils, et un suivi médical de plusieurs mois.
- Autant que possible se procurer au préalable les médicaments et produits nécessaires aux soins postopératoires (antalgiques, bains de bouche...).
- Arrêter de fumer au moins dans la période péri opératoire.

Je soussigné(e).....

Certifie avoir été informé(e) par le Docteur J. ELBAZ des éléments suivants concernant la chirurgie de la mâchoire :

Je reconnais avoir lu et compris le formulaire de consentement éclairé, et avoir été suffisamment informé au cours des consultations des aléas qui entourent la prise en charge chirurgicale.

Fait à , le.....

Dr J. ELBAZ

NOM :

Prénom :

Signature du patient

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)