

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

OSTÉOTOMIE DE LEFORT 1 OU OSTÉOTOMIE MAXILLAIRE SUPÉRIEURE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

POURQUOI CETTE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Cette intervention chirurgicale permet de repositionner le maxillaire supérieur par rapport au maxillaire inférieur (la mandibule).

Lorsque le rapport entre les deux arcades dentaires est anormal. L'alignement orthodontique et la stabilité du traitement n'est pas possible.

Les rapports anormaux entre les arcades dentaires peuvent donner des risques de déchaussement dentaire, des douleurs, des craquements et des blocages au niveau de l'articulation temporo mandibulaire, une gêne à l'élocution, une impossibilité de mettre en place une prothèse dentaire et une gêne esthétique.

Le syndrome d'apnée du sommeil peut nécessiter une avancée du maxillaire.

La plupart du temps avant l'intervention, il est nécessaire de bénéficier d'une préparation d'orthodontie pour aligner les dents par rapports aux bases osseuses.

Cette préparation orthodontique est de durée variable, aux alentours de 18 mois le plus souvent.

Cette ostéotomie maxillaire de Lefort est souvent associée à une ostéotomie mandibulaire, elle porte le nom d'ostéotomie bimaxillaire.

AVANT L'INTERVENTION

La motivation et les demandes du ou de la patiente auront été analysées. L'intervention chirurgicale est décidée selon la balance bénéfice/risque. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives si elles existent. En

fonction des découvertes per opératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien pourrait le cas échéant procéder à une autre technique qu'il jugerait plus profitable à votre cas spécifique.

IL FAUT PRÉVOIR :

- D'être en bonne forme physique et psychique avec un poids suffisant. Si vous suivez un régime notamment végétarien ou végétalien, vous devez en informer votre chirurgien, un risque hémorragique est possible malgré des examens biologiques rassurants.
- Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédents l'intervention.
- L'hygiène dentaire doit être parfaite avant l'intervention (il faut d'ailleurs bien emporter votre brosse à dent souple avec vous).
- Un bilan radiologique et biologique (prise de sang) est réalisé conformément aux prescriptions.
- Parfois la technique chirurgicale nécessite la confection de gouttière qui oblige à prendre de nouvelles empreintes avant l'intervention.
- Le médecin anesthésiste sera vu au moins 48h avant l'intervention.
- Il est obligatoire d'être à jeun 6 heures avant l'intervention.
- Il est formellement déconseillé de fumer (ou vapoter avec de la nicotine) quinze jours avant l'intervention et trois semaines après. **Le tabagisme retarde la cicatrisation, la consolidation osseuse, la vascularisation et favorise l'infection).**

LA TECHNIQUE CHIRURGICALE :

Comment se déroule l'intervention ?

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale par voie endobuccale (à l'intérieur de la bouche). La section des fragments osseux pour mobiliser le plateau maxillaire se fait dans la partie inférieure des fosses nasales et au travers des sinus.

Cette section se fait à la fraise, à la scie oscillante, ou au piezotome (scie aux ultrasons).

Lorsque le maxillaire est bien positionné par rapport à la mandibule, la fixation des fragments est effectuée par des plaques en titane, des vis ou des fils métalliques. (Le titane est un matériau utilisé de façon régulière notamment pour les implants dentaires depuis 1968 sans problème de tolérance depuis).

Une greffe osseuse autogène ou de matériau artificiel peut-être associée.

Un drain dans l'incision peut être mis en place et sera retiré dans les jours qui suivent.

LES SUITES OPÉRATOIRES HABITUELLES ET LES SOINS POST OPÉRATOIRES

Les suites opératoires habituelles et les soins post opératoires sont les suivants :

- Un gonflement est présent au niveau du maxillaire et de toute la face, il est souvent plus important le lendemain de l'intervention.
- Des saignements de la bouche et du nez sont présents et minimes.
- La douleur est peu présente pour ce type d'ostéotomie.
- L'alimentation doit se faire sans effort de mastication pendant une dizaine de jours et il faut éviter les aliments qui accrochent les muqueuses (salade, crudités, tomate, fromage...).
- Un blocage permanent ou intermittent entre les deux mâchoires peut-être nécessaire.

- L'hygiène buccale doit être parfaite avec des bains de bouche trois fois par jour, surtout un brossage dentaire avec une brosse à dent souple.
- Le dégonflement se fait en 6 semaines environ. Il est amélioré par des vessies de glace ou des plaques de gel réfrigérant.
- Il faut éviter de se moucher pendant trois semaines du fait de la section des sinus qui pourrait donner un passage aérien au niveau des joues et un gonflement spectaculaire.
- Pas de sport pendant trois semaines pour les activités sans risque de choc sur le visage, pas avant deux mois pour les activités et sport à risque. Les sports aquatiques qui nécessitent une compensation (apnée, plongée-bouteille...) sont déconseillés pendant environ 6 mois le temps que le maxillaire s'ossifie.
- La durée prévisible d'hospitalisation est de 1 à 4 jours.
- La reprise du travail se fait habituellement à trois semaines, un mois.

LES RISQUES

Tout acte médical, même bien conduit, recèle un risque de complications. Il ne faut pas hésiter à prendre contact avec l'équipe chirurgicale qui vous a pris en charge (contactez le 15 en cas d'urgence grave).

- L'infection peut survenir dans les semaines qui suivent, elle est souvent traitée par antibiothérapie en quelques jours, parfois elle peut nécessiter des lavages par solution antiseptique ou drainage ou même l'ablation du matériel d'ostéosynthèse peut-être nécessaire.
- Le saignement est souvent minime. Exceptionnellement, un saignement à huit jours qui se révèle souvent par un saignement de nez rouge abondant peut traduire une chute d'escarre au niveau de la vascularisation postérieure du maxillaire, il est important de prévenir le centre de soin ou le chirurgien dans ce cas.
- Une ecchymose (c'est-à-dire un bleu au niveau du visage) qui s'atténue au bout de quinze jours.
- La perte de la sensibilité de la partie moyenne du visage, des gencives et des dents est fréquente après l'intervention. La plupart du temps, la récupération est rapide d'autant plus que le patient est jeune. Au bout de 18 mois à trois ans, l'insensibilité est définitive. Cette perte de sensibilité est très rare au niveau du maxillaire, beaucoup plus fréquente au niveau mandibulaire.
- Une bride cicatricielle de l'incision endobuccale.
- Une dévitalisation dentaire ou une nouvelle coloration peut apparaître, elle peut-être temporaire du fait d'un hématome intra dentaire ou définitive.
- La modification morphologique peut avoir un retentissement psychologique.
- Le geste chirurgical peut présenter des traits de fracture adverses, ceci oblige à l'utilisation de plaques et de vis complémentaires et même un blocage entre les deux mâchoires.
- Il peut y avoir un retard ou une absence de consolidation qui peut nécessiter une reprise chirurgicale avec ostéosynthèse et/ou même greffe osseuse.
- Le résultat occlusal peut nécessiter une reprise de l'ostéosynthèse.
- La survenue de la perte de la vision d'un œil a été décrite.

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.