

DISJONCTION MAXILLAIRE CHIRURGICALE

Pourquoi opérer ?

- L'ostéotomie de disjonction du maxillaire (mâchoire supérieure) a pour objectif d'élargir le maxillaire donc élargir l'arcade dentaire supérieure et le palais en cas de trouble de l'occlusion dentaire.
- Les anomalies de l'occlusion dentaire ont des conséquences à court, moyen et long terme qui justifient l'intervention chirurgicale :
 - Risques importants de déchaussement et d'usure prématurée des dents entraînant leur perte précoce
 - Gêne à l'alimentation ou à l'élocution
 - Trouble respiratoire avec une respiration buccale (bouche ouverte) et non nasale
 - Difficulté voire une impossibilité d'appareillage en cas de perte de dents
 - Retentissement esthétique en cas d'anomalie importante de position du maxillaire
 - Pathologie des articulations des mâchoires (temporo-mandibulaires) avec des douleurs, des craquements, des claquements, des contractures musculaires.
- Généralement, l'ostéotomie est associée à un traitement orthodontique réalisé avant et après l'intervention pour consolider le bénéfice de l'intervention chirurgicale. Il consiste en la réalisation et la pose d'un disjoncteur au palais qui sera conservé 3 à 6 mois (1 mois d'activation et 3 mois de consolidation). Dans certains cas, une ostéotomie maxillaire et/ou mandibulaire peuvent être associées ultérieurement.

2. Comment se déroule 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.
- L'opération est pratiquée sous anesthésie générale après consultation anesthésique préopératoire.
- Le maxillaire est abordé par des incisions de la muqueuse buccale (pas de cicatrice extérieure).
- Le chirurgien coupe le maxillaire au dessus des dents et le sépare en son centre.
- Un disjoncteur maintient les fragments osseux et permet de les écarter à chaque activation.
- Le plus souvent, en fin d'intervention les mâchoires ne sont pas bloquées.

- La consolidation osseuse est obtenue au bout d'environ un mois et demi. Suivant les cas, le matériel d'ostéosynthèse peut être gardé ou retiré 12 mois après l'intervention:
 - J1 : pose du disjoncteur au cabinet
 - J1 + 1 semaine : intervention : disjonction inter maxillaire
 - J1 + 2 semaines : activation du disjoncteur : 1 tour par jour (4 quart de tours par jour)
 - J1 + 4 semaines : fin de l'activation, l'appareil est bloqué le temps de la cicatrisation
 - J1 + 3 à 6 mois : dépose de l'appareil

3. Les suites opératoires

- Saignements par le nez ou la bouche, fréquents et sans gravité juste après l'intervention.
- Gonflement des joues et des lèvres (oedème et hématome) très fréquent et parfois important.
- Douleur modérée qui cède avec des antalgiques simples et disparaît en quelques jours. Des vessies de glace enrobées dans un linge (pas directement sur la peau) diminuent le gonflement et la douleur. Des séances de drainage lymphatique de la face peuvent vous être prescrites pour accélérer le dégonflement.
- Alimentation liquide à prévoir dès le lendemain et les premières semaines, progressivement l'alimentation sera molle puis mixé pour une reprise alimentaire normale à un mois et demi. Une limitation de l'ouverture buccale est fréquente pendant quelques jours. On perd souvent du poids après l'intervention ce qui peut entraîner de la fatigue.
- 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 absolument arrêter le tabac, l'alcool au moins 8 jours avant l'intervention et ce jusqu'à la fin de la cicatrisation de la plaie.
- 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.

Les points sur votre gencive sont résorbables (disparition en 3-4 semaines).

4. Les risques

Tout acte médical, même bien conduit, recèle un risque de complications :

- Saignement: Des saignements abondants sont rares au cours de l'intervention et peuvent exceptionnellement nécessiter une transfusion de sang ou de derives

sanguins avec leurs risques inhérents. En cas de saignements post-opératoire très importants un geste chirurgical complémentaire peut être nécessaire.

- Diminution ou perte de la sensibilité de la lèvre supérieure ou des dents: Le nerf maxillaire chemine juste au dessus de la section de l'os. Il peut être étiré entraînant une diminution transitoire de la sensibilité qui disparaît généralement complètement après quelques semaines ou mois.
- Infection des tissus mous de la joue (cellulite): Elle peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'opération. Elle cède sous traitement antibiotique mais peut nécessiter de réintervenir.
- Consolidation osseuse des mâchoires en mauvaise position: 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 des 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.
- Modification morphologique et esthétique du visage après déplacement des maxillaires
- Troubles des articulations des mâchoires: Ils peuvent se manifester (ou s'aggraver s'ils sont préexistants) après ce type de chirurgie. Ils sont généralement bénins et s'améliorent le plus souvent spontanément en quelques mois.
- Blessure accidentelle de la muqueuse ou d'autres organes par les instruments chirurgicaux
- Retard ou absence de consolidation osseuse: Très rare, elle nécessite de réaliser un blocage des mâchoires et parfois une nouvelle intervention avec une greffe osseuse.
- Paralysie des muscles de la face: Elle est exceptionnelle et habituellement régressive.
- Récidive: Très rarement, une dégradation progressive de l'occlusion dentaire peut s'observer après l'opération. Un traitement orthodontique et/ou chirurgical peut devenir nécessaire.
- Troubles circulatoires: Extrêmement rare, ils entraînent une rétraction de la gencive, une perte d'os et des dents dans les cas extrêmes.
- D'autres complications encore plus rares ont été décrites.

5. Ce que vous devez prévoir

- Vous rendre à la consultation d'anesthésie.
- Ne pas prendre d'aspirine dans les 10 jours qui précèdent l'intervention. En cas de doute apporter votre ordonnance à votre chirurgien.
- Apporter les radiographies en votre possession.

- Durée prévisible d'hospitalisation : de 0 à 2 jours.
 - Poches de glace à appliquer surtout les 2 premiers jours afin de limiter l'œdème et les douleurs
 - Interruption scolaire ou de travail de 15 jours minimum et sportive de 2 mois.
- Consultation postopératoire vers le 7ème jour et un suivi médical de plusieurs mois.