



L'ostéotomie mandibulaire : ostéotomie sagittale de branche montante d'Obwegeser-Dalpont

L'ostéotomie mandibulaire d'Obwegeser-Dalpont permet de corriger les anomalies de position de la mâchoire inférieure (mandibule) et de son arcade dentaire (souvent mâchoire inférieure en arrière). Ces anomalies se manifestent par une disgrâce et des troubles de l'occlusion dentaire.

L'intervention propose de répondre à un double objectif :

- esthétique en améliorant l'harmonie globale du visage
- fonctionnel en préservant l'avenir des articulations et des dents et en améliorant la respiration et la mastication

L'intervention peut être associée à un autre type d'intervention de chirurgie orthognatique (Cf. fiches correspondantes).

✓ Consultation

Le praticien va s'enquérir de vos motivations et espérances, examiner votre visage et analyser votre dysmorphose dento-maxillaire. Le praticien pourra, à l'issue de cette analyse globale, vous donner toute l'information utile sur les conséquences de la dysmorphose et sa prise en charge afin de vous guider dans votre prise de décision.

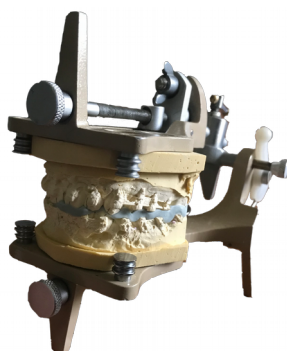
La dysmorphose dento-maxillaire a des conséquences à court, moyen et long terme :

- esthétique : lèvre en arrière, visage court et lèvres pincées, sourire "chevalin" (ou gingival), aspect vieilli prématuré du visage
- gêne à l'élocution, à la mastication et/ou respiratoire
- dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire : craquements et claquements, douleurs, contractures musculaires
- déchaussements dentaires précoces, impossibilité de réhabilitation prothétique

Le praticien vous donnera également quelques recommandations : acquisition d'un jet dentaire, la prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoires est déconseillée dans les 10 jours précédents l'intervention. Le tabagisme est également fortement déconseillé.

✓ L'intervention

Elle est préalablement simulée sur des modèles en plâtre (réalisés à partir de vos empreintes dentaires). Un guide (plan de morsure) est fabriqué et permettra un contrôle pendant l'intervention réelle.



Elle se déroule sous anesthésie générale, le plus souvent lors d'une hospitalisation de 2 à 4 jours.

Les incisions sont dissimulées dans les gencives. Il n'y a aucune incision sur la peau. L'os est découpé précisément (par microscie ou par ultrasons) afin de replacer la mandibule dans la position idéale calculée préalablement. L'os est fixé par des mini-plaques et vis en Titane (ostéosynthèse). Elles pourront être retirées 1 an après. Les sutures sont réalisées avec des fils résorbables (disparaissant en 3 semaines).

Il n'y a pas de blocage des mâchoires en fin d'intervention.

L'intervention dure 1 heure. Le soir après l'intervention, le patient peut manger liquide ou très mou.

La mâchoire retrouve généralement une solidité normale en 6 semaines.



✓ Suites opératoires

Les manifestations les plus fréquentes en post-opératoire sont :

- un œdème (gonflement) des joues quasi systématique et important la première semaine
- des petits saignements pendant les 24 à 48 premières heures
- des douleurs modérées, contrôlées par les antalgiques prescrits et disparaissant en général en quelques jours
- une limitation douloureuse de l'ouverture buccale qui s'estompe en quelques jours

Les soins post-opératoires comportent :

- une hygiène bucco-dentaire irréprochable : bains de bouche, jet dentaire
- des médicaments contre la douleur (antalgiques)
- la mise en place d'un guidage élastique entre les 2 mâchoires le lendemain de l'intervention (ne gêne pas pour parler, retiré pour les repas et séances d'auto-rééducation)
- une vessie de glace (effets antalgique, anti-inflammatoire et anti-œdémateux)
- des antibiotiques
- apprentissage de l'auto-rééducation de l'ouverture buccale
- une alimentation molle pendant 1 mois
- un arrêt du tabac pendant la période postopératoire
- reprise des soins d'orthodontie après 1 mois pour réaliser les "finitions" pendant un semestre en principe

✓ Complications

Bien que tous les efforts soient mis en œuvre dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science pour réaliser une ostéotomie mandibulaire, le risque de complication n'est pas nul.

En choisissant un chirurgien qualifié, formé spécifiquement à ce type de techniques, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement. Les complications significatives restent exceptionnelles. Il faut mettre en balance les risques encourus par rapport aux bénéfices de l'intervention.

Pour autant, et malgré leur rareté, vous devez quand même connaître les complications possibles :

- Complications hémorragiques :
Bien que rares, elles peuvent nécessiter une transfusion sanguine, voire une ré intervention chirurgicale.
- Complications nerveuses :
En post-opératoire immédiat, une perte de la sensibilité totale (anesthésie) ou partielle (hypoesthésie) labio-mentonnaire inférieure est classique. Elle est liée à la présence du nerf alvéolaire inférieur à droite et à gauche dans la zone opératoire. Ces troubles de la sensibilité sont temporaires et récupèrent en quelques mois dans la grande majorité des cas. La persistance exceptionnelle de ces troubles est une séquelle.
- Complications infectieuses :
Elles se manifestent par un abcès de joue. La mise en route d'un traitement antibiotique est nécessaire, avec parfois un drainage chirurgical complémentaire.
- Complications dentaires :
Parfois, les racines dentaires peuvent souffrir. Des soins dentaires seront indiqués.
- Complications osseuses :
 1. fracture mandibulaire atypique (bad-split) pendant l'intervention. Elle est réparée immédiatement.
 2. l'absence de consolidation osseuse (pseudarthrose) est très exceptionnelle au niveau de la mandibule. Elle nécessite une intervention avec greffes osseuses et une nouvelle ostéosynthèse.
- Autres complications :
 1. récurrence d'un trouble de l'occlusion dentaire
 2. décompensation d'un dysfonctionnement de l'articulation des mâchoires préexistant