

INFORMATION MÉDICALE AVANT UNE MENTOPLASTIE (OSTÉOTOMIE DU MENTON)

Pourquoi opérer ?

L'ostéotomie du menton a pour objectif de **repositionner le menton** lorsqu'il est trop en avant, trop en arrière, trop ou pas assez haut et/ou asymétrique. Les **anomalies de position du menton** ont des conséquences qu'il faut connaître car elles justifient l'intervention chirurgicale. En effet, cela peut entraîner :

- Des risques de déchaussement des dents entraînant leur perte précoce
- Une absence de fermeture des lèvres au repos
- Un retentissement esthétique en cas d'anomalie importante de position
- Un ronflement par position trop en arrière de la langue.

L'ostéotomie du menton est parfois associée à une chirurgie des mâchoires (ostéotomie maxillaire et/ou mandibulaire) ou à une rhinoplastie dans le cadre d'une profiloplastie.

Avant l'intervention :

La consultation avec le chirurgien permettra de faire le point entre demande esthétique ou fonctionnelle et décidera de la prise en charge par l'assurance maladie. Une analyse du visage dans sa totalité est nécessaire ainsi que la respiration, la fonction de la langue et la position des dents. Un bilan complémentaire peut être demandé.

Comment se déroule l'intervention ?

La durée prévisible d'hospitalisation est de 1 à 2 jours. Il faut vous brosser les dents puis rester strictement à jeun à partir de minuit selon les consignes de l'anesthésiste (ni aliments, ni boissons, ni tabac) à partir de minuit jusqu'à l'intervention.

L'opération est pratiquée sous anesthésie générale.

Dans la plupart des cas, **le menton est abordé par des incisions de la muqueuse buccale** (pas de cicatrice extérieure) et rarement par des incisions dans les plis de la peau. Le chirurgien coupe le menton et le déplace dans le sens prévu avant l'intervention. **Les fragments osseux sont alors fixés** par des vis, des fils d'acier ou des mini-plaques en titane (ostéosynthèse). Ce matériel d'ostéosynthèse est dans certains cas retiré secondairement après la première opération mais ce n'est pas systématique.

Un pansement collant est appliqué pendant quelques jours et un système de drainage à travers la peau peut être nécessaire.

Les suites et les soins post-opératoires.

- Des saignements dans la bouche sont fréquents juste après l'intervention, ils sont habituellement sans gravité.
- L'œdème (gonflement des joues et des lèvres) est très fréquent et rarement important avec parfois des hématomes. Ils régressent en quelques jours.
- La douleur est modérée, cède avec des antalgiques et disparaît en quelques jours. Des glaçons enrobés dans un linge (pas directement sur la peau) diminuent le gonflement et la douleur.
- La mastication avec les incisives de la mâchoire inférieure peut être douloureuse pendant quelques jours et une alimentation molle est conseillée dans les suites de l'intervention
- Les fils se résorbent tout seuls en 8 à 20 jours. Il ne faut pas trop tirer sur la lèvre du bas pour ne pas compromettre la cicatrisation.
- Si un pansement est appliqué, il sera retiré par le patient ou le chirurgien en général après 1 semaine.

Précautions à respecter :

- Le tabac doit être arrêté au moins 8 jours avant et 3 semaines après l'intervention de même que l'alcool et tous les irritants (aliments épicés, acides...) jusqu'à la fin de la cicatrisation de la plaie.
- Malgré les œdèmes et les douleurs, une bonne hygiène buccale est indispensable pour une bonne cicatrisation. Des bains de bouche sont prescrits, et après chaque repas les dents et les gencives devront être nettoyées avec une brosse ultra-souple. Un jet hydropulseur peut également être utilisé.

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)

- Saignements. Des saignements abondants sont rares au cours de l'intervention et peuvent exceptionnellement nécessiter une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avec leurs risques inhérents (contaminations infectieuses virales de l'hépatite ou du VIH exceptionnelles)
- En cas de saignements post-opératoires très importants, il peut être nécessaire de réintervenir. Un hématome important pourrait comprimer la langue et entraîner à terme une asphyxie.
- Diminution ou perte de la sensibilité de la lèvre inférieure car le nerf alvéolaire inférieur se termine au niveau du menton. Il peut être étiré entraînant une diminution transitoire de la sensibilité de la lèvre inférieure et du menton. Cette atteinte est exceptionnellement définitive si ce nerf est sectionné.
- Paralysie des muscles de la face est de survenue exceptionnelle et habituellement régressive.
- Infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'opération. Elle cède sous traitement antibiotique mais peut nécessiter de réintervenir.
- Retard ou absence de consolidation osseuse, très rare et nécessite de réaliser une nouvelle opération et parfois une greffe osseuse.
- Consolidation en mauvaise position. Si les déplacements sont importants, une autre opération 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). Il arrive que certaines dents soient temporairement un peu sensibles.
- Troubles vasculaires. Extrêmement rares, ils entraînent une rétraction de la gencive et une perte de l'os et de dents dans les cas extrêmes.
- Blessure accidentelle de la muqueuse ou d'autres organes par les instruments chirurgicaux.