



avec le groupe hospitalier
mutualiste grenoble

FRACTURE DE LA MANDIBULE

INFORMATION MÉDICALE
AVANT INTERVENTION

Dr David **DEL PIN**



124 rue d'Alembert,
38000 Grenoble



04 76 28 50 50

Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, les risques à connaître (même s'ils sont exceptionnels) et les principales consignes post-opératoires. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après lecture de cette fiche.

Pourquoi **OPÉRER ?**

Une fracture de la mandibule correspond à une **interruption et une mobilité anormale de la mâchoire du bas**.



Elle est le plus souvent secondaire à un traumatisme sportif, une rixe, une chute ou un accident de la voie publique.

Le principe de l'intervention consiste à **remettre en bonne position l'os** fracturé (réduire), puis à **le stabiliser** à l'aide de matériel métallique (ostéosynthèse).

Votre chirurgien vous a proposé une intervention, car cette fracture a des **conséquences directes** sur la fonction de votre mâchoire (mastication) et sur la manière dont se touchent vos dents (occlusion).

Par ailleurs, ces fractures peuvent être **source d'infection** si elles ne sont pas stabilisées.

Classiquement, cette intervention vous est proposée rapidement après le diagnostic, **entre 24h et 7 jours** après le traumatisme.

Comment se déroule **L'OPÉRATION ?**

L'intervention est pratiquée sous **anesthésie générale** après la réalisation d'une consultation pré-anesthésique.

Dans **la plupart des cas**, la fracture est abordée par des incisions de la muqueuse buccale (**pas de cicatrice extérieure**).

Dans les cas de **fracture concernant la partie verticale** de la mandibule (condyle ou ramus), les cicatrices seront au niveau de la peau, soit dans un **pli du cou**, soit **en avant de l'oreille**, en partie cachée dans la patte des cheveux.

Le chirurgien nettoie les différents fragments osseux puis réalise un **blocage de la mâchoire** du haut avec la mâchoire du bas (mise en occlusion) et des abords, au moyen de différents dispositifs :

- ligature de fils d'acier entre les dents,
- vis IMF (4 petites vis mises en place à travers la gencive

entre les dents et reliées entre elles par des fils d'acier),

- arc métallique (bandes de métal fixées au collet des dents à chaque mâchoire par des fils d'acier, puis liées entre elles).

Une fois l'occlusion retrouvée, les différents **fragments osseux sont fixés** par une ou plusieurs mini-plaques et vis en titane. Des **points de suture** sont mis en place sur les incisives. Ils disparaissent en 2 à 4 semaines ou sont ôtés par votre chirurgien en consultation.

Le blocage des mâchoires est en général **levé avant votre réveil**. Cependant, dans certains cas, il **peut être maintenu de 2 à 6 semaines** pour favoriser la consolidation osseuse. La **consolidation osseuse** est obtenue au bout d'environ **6 semaines**.

En théorie, ce matériel **s'intègre très bien à l'os** et peut rester **en place toute votre vie**. Il ne contre-indique en aucun cas la réalisation d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il ne sonne pas aux portiques d'aéroport. Cependant, si le matériel venait à vous déranger, votre chirurgien pourra vous proposer son **ablation après au moins 6 mois de consolidation osseuse**.

Les suites opératoires habituelles et les soins **POST-OPÉRATOIRES**



Des saignements de faible abondance au niveau des gencives, habituellement sans gravité, sont fréquents.

Un **gonflement** des joues et des lèvres (œdème) est très fréquent.

Une **baisse de la sensibilité** au niveau de la lèvre inférieure est fréquente du côté de la fracture. Elle est le plus souvent déjà présente avant la chirurgie et est directement liée à la fracture.

En cas d'abord cutané, une **diminution de la mobilité** de la moitié de la lèvre ou du sourcil peut être présente en post opératoire. Celle-ci est temporaire, mais peut perdurer jusqu'à 3 mois.

La **mise en place de drains** au niveau de la cicatrice peut être nécessaire, notamment pour les abords cutanés. Ceux-ci sont **retirés le plus souvent le lendemain** de l'intervention.

La **douleur** est **très modérée** et cède habituellement avec des **antalgiques simples**.

En cas de cicatrices dans la bouche, une **excellente hygiène buccale** est essentielle. Des **bains de bouche** vous seront prescrits après les premières 24h. Après chaque repas, les dents et les gencives devront être nettoyées avec une **brosse à dents ultra-souple** (dite chirurgicale).

Une **poche de glace** dans un linge appliqué sur la joue pourra limiter l'œdème tout comme une position demi-assise lors du sommeil les premiers jours post-opératoires.

Précautions à **RESPECTER**

En cas de cicatrice au niveau de la bouche, l'**alimentation** devra être adaptée. À savoir **liquide froid** pendant les premières 48h, puis **mixé tiède** pendant 10 jours.



Le **tabac** doit être arrêté au moins **48h** avant l'intervention et jusqu'à la fin de la cicatrisation.

Le **sport**, pas avant 3 semaines pour les activités sans aucun risque traumatique (ex : vélo d'appartement), pas avant 6 semaines pour les activités habituelles et pas avant 3 mois pour les sports de contact.

Les **RISQUES**

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

Des **saignements abondants** sont rares au cours de l'intervention et peuvent exceptionnellement nécessiter une transfusion de sang, voire un geste chirurgical complémentaire.

Une **infection des tissus mous** de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'intervention et nécessiter un traitement adapté.

Une **diminution de la sensibilité** de la lèvre, du menton, de la langue et des dents inférieures est très fréquente. Celle-ci est dans la majorité des cas présente avant l'intervention et est secondaire à la fracture. Ce trouble de la sensibilité est le plus **souvent temporaire** (quelques jours à quelques semaines), mais **dans certains cas la récupération peut être plus longue** (1 à 2 ans). Au-delà de la 3ème année, le déficit séquellaire peut-être considéré comme définitif.

Une **persistance d'un trouble** de l'occlusion dentaire est possible. En cas de gêne, une correction secondaire orthodontique est toujours possible.

Un **défaut de cicatrisation** de l'os au niveau de la fracture (pseudarthrose) est possible, mais **exceptionnel**. Il peut nécessiter une **seconde intervention** pour changer les plaques et les vis. Dans certains cas, il est nécessaire d'y adjoindre une **greffe d'os**, prélevée le plus souvent au niveau de la hanche ou du crâne.

Une **rétraction de la gencive** peut survenir, notamment au niveau des dents proches de la fracture. Une **correction secondaire par chirurgie** parodontale peut être nécessaire.

Ce que vous devez **PRÉVOIR**

La durée prévisible de l'**hospitalisation** est de 1 à 2 nuits. Prévoir une **interruption de travail** de 15 jours minimum.

