



Reçu le :
4 mars 2014
Accepté le :
7 juillet 2014
Disponible en ligne
28 juillet 2014



Récidives et dégradations de résultats en chirurgie orthognathique

Relapse and alteration of results in orthognathic surgery

J. Ferri^{a,*,b,c}

^a Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, hôpital R.-Salengro, CHRU de Lille, boulevard Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^b Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, 3, rue du Professeur-Laguesse, BP 86, 59006 Lille cedex, France

^c AIMOM, 7 bis, rue de la Créativité, 59650 V.-D'Ascq, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Orthognathic surgery is a surgical technique that provides normalization of the face and occlusion. Some malocclusions are particularly unstable, such as maxillary transversal deficits, and anterior open bite. Many factors are implicated in the stability of surgical results. Indeed, facial balance largely depends on functions that could be the cause of unstable results, despite a good anatomical correction. Breathing, swallowing, chewing disorders and more largely alteration of the functional matrix may be sources of instability. These dysfunctions are the first cause of relapse. Others constitutional factors can also be involved in relapse. Understanding oro-facial functions and rules determining cranial and maxillo-facial balance is mandatory for the surgeon to ensure a long-term stability of procedures.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Orthognathic surgery, Dysfunctions, Relapse, Orthodontics

Résumé

La chirurgie orthognathique est une technique permettant la normalisation des rapports occlusaux et squelettiques des maxillaires. Certaines dysmorphoses sont particulièrement instables, telles les insuffisances transversales maxillaires ou les hyperdivergences faciales. Plusieurs facteurs interviennent dans la pérennité des résultats obtenus par chirurgie. En effet, l'équilibre facial est largement dépendant de facteurs fonctionnels qui peuvent, malgré une correction anatomique satisfaisante, être à l'origine d'instabilité. Ainsi, les troubles de la déglutition, de la respiration, de la mastication ou plus largement les altérations des matrices fonctionnelles, peuvent être sources d'instabilité. En fréquence, ils sont la première cause de dégradation de résultats. Certains facteurs constitutionnels peuvent également expliquer les récurrences. La connaissance des fonctions oro-faciales, des règles qui établissent l'équilibre cranio-maxillo-facial sont indispensables au chirurgien pour assurer la pérennité des actes qu'il réalise.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Chirurgie orthognathique, Dysfunctions, Récidives, Orthodontie

Introduction

Les dégradations de résultats et les récurrences après chirurgie orthognathique sont des sujets rarement abordés. Plusieurs raisons expliquent le peu d'intérêt porté à ce thème :

- les dégradations de résultats, a fortiori les récurrences, sont des échecs. Il est toujours déplaisant de se pencher sur ses échecs ;
- le suivi par les chirurgiens n'est pas toujours planifié à long terme or beaucoup de ces échecs surviennent tardivement. Ce sont donc souvent les orthodontistes qui voient ces évolutions défavorables et les gèrent au mieux ;
- enfin, le caractère souvent dysfonctionnel de ces problèmes en fait un sujet qui intéresse assez peu les praticiens

* Correspondance.e-mail : ferri.joel@gmail.com.

chirurgicaux, ces échecs étant souvent considérés comme inévitables et en tout état de cause hors de leurs compétences.

Pourtant, un regard critique sur nos chirurgies ainsi qu'une compréhension des facteurs de stabilité occlusale et donc de succès sont indispensables à une bonne prise en charge. Nous essaierons dans cet article de rapporter et de comprendre les éléments intervenants dans la stabilité des prises en charge orthodontico-chirurgicales.

Une définition est indispensable

Les récidives et les dégradations de résultat s'entendent par un retour complet à l'état initial (récidive) ou partiel (dégradation de résultat) après une procédure orthodontico-chirurgicale, la consolidation des foyers d'ostéotomies ayant été acquise. La définition exclue donc les problèmes liés à des retards de consolidations ou des pseudarthroses qui entrent plus dans le cadre de problèmes opératoires quel qu'en soit la cause. De même, un résultat imparfait s'il ne présente pas de caractère récidivant est exclu. Ainsi, par exemple, l'apparition d'une latérogнатhie qui n'existait pas au départ n'entre pas dans le cadre de nos propos. Enfin, l'appréciation de la stabilité des résultats doit se faire à distance de la procédure orthodontico-chirurgicale. En effet, un délai long est souvent indispensable avant que n'apparaisse une dégradation de résultat. L'évaluation doit donc être faite à distance de l'ablation de l'appareillage orthodontique et idéalement sans contention, si l'on admet que celle-ci peut masquer au moins temporairement ces dégradations. Il est parfois difficile d'apprécier les choses devant la tendance actuelle aux contentions prolongées.

Facteurs intervenants dans la stabilité occlusale et squelettique

La dysmorphose installée constitue une situation de « déséquilibre stable ». En effet si les rapports maxillo-faciaux et occlusaux sont pathologiques, l'équilibre fonctionnel global est stable. Sauf anomalie intercurrente (parodontale, prothétique, etc.), la situation installée est peu changeante. La chirurgie orthognathique va modifier brutalement les choses de manière à corriger une situation anatomique pathologique. Les nouveaux rapports maxillo-faciaux n'auront de stabilité que si de nouvelles fonctions permettent d'en assurer la pérennité.

L'équilibre squelettique et occlusal fait intervenir de nombreux facteurs.

La typologie basicrânienne, la posture, les fonctions musculaires, respiratoires et manducatrices et plus largement l'ensemble des fonctions (linguales en particulier) interviennent dans l'instauration d'une situation stable de l'occlusion et des structures maxillo-faciales [1].

On peut préciser certains de ces éléments essentiels.

La charnière cervico-cranio-faciale est largement organisée par des facteurs constitutionnels mais également posturaux. Sa typologie favorise un certain type d'équilibre facial [2]. Ainsi, observe-t-on plusieurs équilibres cranio-faciaux différents, parmi l'espèce humaine [3] (fig. 1).

Les facteurs musculaires jouent un rôle considérable sur la morphogenèse de la face et particulièrement sur la structure du viscérocrâne [4]. Les typologies histomorphométriques des muscles faciaux, leurs anomalies ou leur disposition particulière expliquent certains équilibres [5]. Les risques

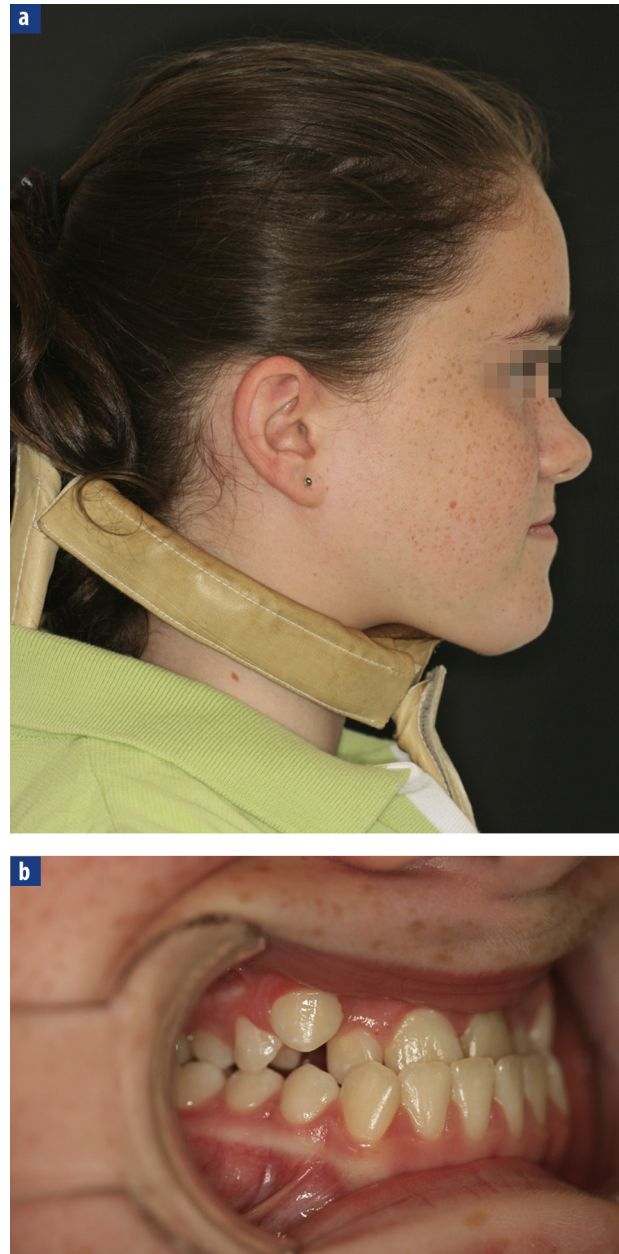


Figure 1. Classe III liée à la contrainte exercée sur le rachis et sur la posture cervico-céphalique dans le cadre d'un traitement par corset de Milwaukee pour scoliose rachidienne : **a** : vue de profil ; **b** : occlusion de profil.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3175112>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3175112>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)