

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2022]

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 28 novembre 2022

Par Théophile TACQUET

Né le 07 Janvier 1997 à Lille – France

**BICHECTOMIE EN CHIRURGIE ORALE, INTERÊTS ET IMPACTS
ESTHETIQUES SUR LE PATIENT**

JURY

Président :	Monsieur le Professeur AGOSSA Kevimy
Assesseurs :	Monsieur le Docteur NAWROCKI Laurent
	Madame le Docteur DE BROUCKER Amélie
	Madame le <u>Docteur GHEHIOUECHE Nejma</u>

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS :

T. BECAVIN	Fonction-dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
P. BOITELLE	Responsable du Département de Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
C. LEFEVRE	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Kevimy AGOSSA

Professeur des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille – mention Sciences de la vie et de la santé Habilitation
à Diriger des Recherches (Université de Lille)

Master II Santé publique *Évaluation médico-économique Recherche Clinique*

C.E.S de Parodontologie

Attestation d'Études Approfondies en Odontologie

Ancien Assistant des Hospices Civils de Lyon

Ancien Interne en Odontologie

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de l'Unité Fonctionnelle de Parodontologie au CHU de Lille

Chargé de mission Relations Internationales

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de
présider cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mes
sincères remerciements et de mon plus profond respect.*

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Maitrise en Biologie Humaine

Certificat d'Études Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Secrétaire du Collège National des Enseignants de Chirurgie Orale et Médecine Orale

Chef du Service d'Odontologie du CHU de LILLE

Coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

Responsable du Département de Chirurgie Orale

Vous avez accepté sans hésitation de siéger dans ce jury et avez su répondre à mes interrogations avec efficacité, je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux pour cela, ainsi que pour les nombreux enseignements dispensés, qu'ils soient théoriques ou cliniques.

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille2

Chargé de mission Vie de campus et relations étudiants

Je suis très honoré de vous compter parmi les membres de ce jury. Vous avez accepté avec gentillesse d'en faire partie et je vous en suis très reconnaissant. Je vous remercie également pour la qualité de vos enseignements. Veuillez trouver ici le témoignage de mes sentiments les plus respectueux.

Madame le Docteur Nejma GHEHIOUECHE

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Études Supérieures d'Odontologie Chirurgicale – mention Médecine

Buccale – Université de Lille

Certificat d'Études Supérieures d'Odontologie Chirurgicale – mention Odontologie

Chirurgicale – Université de Lille

*C'est avec intérêt que vous avez accepté de diriger ce travail de thèse,
c'est pour moi un immense honneur.*

*Je vous remercie pour votre disponibilité malgré un emploi du temps
particulièrement chargé, pour l'efficacité de vos remarques, votre enthousiasme
et votre bonne humeur durant l'élaboration de ce travail.*

*Vous m'avez initié à la chirurgie et donné envie d'approfondir cette pratique
dans mon exercice futur grâce à vos remarques et nos nombreux échanges
constructifs dans de nombreux domaines, quels qu'ils soient.*

Je vous en remercie infiniment.

*Merci pour la confiance que vous m'avez témoigné, que ce soit en clinique ou
lors de l'élaboration de cette thèse.*

*Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon profond respect et de ma
sincère reconnaissance.*

Table des matières

Introduction	12
1 La boule de Bichat.....	13
1.1 Définition / histoire	13
1.2 Anatomie.....	13
1.3 Vascularisation.....	16
1.4 Fonctions	16
2 Intérêt de la bichectomie	17
2.1 Indications.....	17
2.1.1 Tumeurs.....	18
2.1.2 Greffe intra buccale	18
2.1.3 Défauts palatins	18
2.1.4 Défauts de trigone rétromolaire	18
2.1.5 Fermeture de communications bucco-sinusiennes (CBS).....	19
2.2 Avantage.....	20
2.2.1 Favorise la cicatrisation du site.....	21
2.2.2 Potentiel source de cellules souches.....	21
2.3 Inconvénients.....	21
2.4 Complications	22
3 Protocole de la bichectomie.....	23
3.1 La bichectomie par approche faciale	23
3.2 La Bichectomie par approche intra-orale.....	24
3.2.1 Bichectomie avec incision intra-buccale au niveau du trait de morsure	24
3.2.2 Bichectomie avec incision intra-buccale au niveau du sillon bucco-gingival maxillaire	27
3.3 Avant l'opération	31
3.3.1 A qui s'adresse la bichectomie ?	31
3.3.2 Contre-indication médicale et recommandations particulières	32
3.3.3 Temps opératoire.....	32
3.3.4 Type d'anesthésie.....	32
3.3.5 Tarification de la bichectomie dans le nord de France/Belgique	33
3.4 Pendant l'opération	33
3.4.1 Plateau technique	33
3.5 Le suivi post-opératoire.....	34
4 Aspect médico-légal de la bichectomie	36
4.1 Selon le Chirurgien-dentiste conseil Isabelle DEVAUX du Service Médical HAUTS-DE-FANCE.....	39
4.2 Selon différents ONCD et autres sociétés françaises.....	39
4.3 Selon l'ARS.....	40
4.4 Selon les pays voisins.....	41
4.4.1 Selon le Royaume-Uni	42
4.5 Selon l'Italie.....	43
4.6 Exemple de devis concernant la bichectomie.....	45
5 Pertinence de cet acte dans l'amélioration ou la dégradation esthétique du visage	50
5.1 Étude préalable.....	50
5.1.1 Auteurs	50

5.1.2	Introduction	50
5.1.3	Matériels et méthodes	50
5.1.4	Résultats	51
5.1.5	Discussion	58
5.1.6	Conclusion	58
5.2	Article : Excision du corps adipeux de la joue pour l'affinement des joues 58	
5.2.1	Introduction	58
5.2.2	Résultats	59
5.2.3	Discussion	59
6	Conclusion	61
	Références bibliographiques.....	62
	Tables des illustrations	65
	Tables des tableaux.....	68

Introduction

Depuis l'avènement d'internet et des réseaux sociaux, l'esthétique corporelle n'a jamais été aussi mise en avant et omniprésente que maintenant.

En effet, nous sommes bien loin des canons de beauté précédents qui symbolisaient la beauté à travers des figures féminines aux visages arrondis et aux joues rosées et charnues.

Dans notre société de consommation actuelle l'image est un facteur social déterminant, et des célébrités telle qu'Angelina Jolie ou Céline Dion ont influencé les standards de beauté en ayant recours à de nombreuses opérations de chirurgie plastique et notamment à la bichectomie.

Par leur influence internationale, un intérêt majeur pour cette intervention chirurgicale s'est fait ressentir par le grand public et notamment dans la population féminine ces dernières années.

La tendance actuelle est au visage fin, à la mâchoire marquée et aux pommettes saillantes. (1) (2)

Afin d'obtenir ces objectifs le recours aux injections de toxine botulique ou d'acide hyaluronique s'est démocratisé. Ces injections peuvent être couplées à une intervention mini invasive telle que la bichectomie afin de marquer d'avantage les reliefs du massif facial. (3)

Cependant, cette intervention a-t-elle un impact majeur sur le volume facial ? Est-il pertinent de la réaliser et quel est le mode opératoire ?

La boule de Bichat étant une structure anatomique attenante à la cavité buccale, est-il possible pour un chirurgien-dentiste de pratiquer cette chirurgie dans un cadre purement esthétique ?

Est-ce que ce sujet intéresse notre profession ?

Quelles sont les conséquences et l'évolution de cette technique chirurgicale à court, moyen et long terme ?

Cette thèse a pour but de répondre à ces questions d'actualité du mieux possible et d'ouvrir la discussion sur cet acte esthétique encore peu connu dans notre profession.

1 La boule de Bichat

1.1 Définition / histoire

Au départ, les scientifiques croyaient que la boule de Bichat (appelée aussi corps adipeux de la joue) était de nature glandulaire et pensaient qu'elle n'avait pas de fonction physiologique. Elle a été décrite pour la première fois par le chirurgien allemand Lorenz Heister, en 1727. Heister appelait le corps adipeux de la joue (CAJ) la Glandula Molaris (tissu glandulaire). En 1801, l'anatomiste français Xavier Bichat, décrit le CAJ comme composé de tissu adipeux. Bichat a également décrit le CAJ comme une boule située entre le buccinateur, le masséter et la peau. Dans son livre, il note également que le CAJ est une structure grasseuse indépendante des tissus adipeux adjacents. C'est pourquoi le CAJ est souvent désigné dans la littérature sous le nom de boule de Bichat. (4) (5)

1.2 Anatomie

La boule de Bichat est souvent décrite comme ayant un corps principal et 4 extensions. Ces extensions sont nommées selon leur localisation : (Figure 1) (4)

- Extension buccale,
- Extension ptérygoïdienne,
- Extension ptérygopalatine,
- Extension temporale.

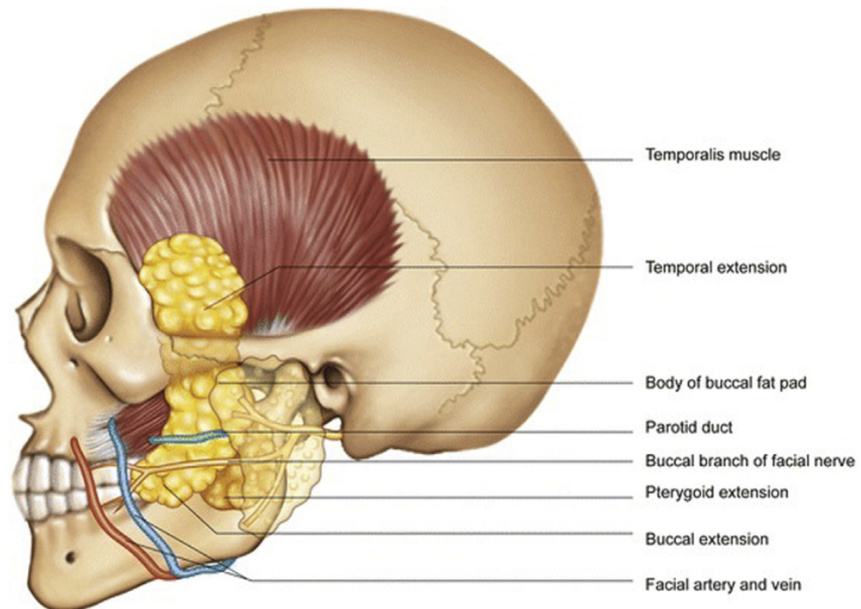


Figure 1 : Anatomie de la boule de Bichat d'après Kim M-K, Han W, Kim S-G. (6)

Le corps principal et l'extension buccale composent 50% à 70% de son poids total. (4) Le CAJ est également décrit comme ayant 3 lobes. Cette nomenclature est basée sur des études anatomiques car chaque lobe est entouré de sa capsule et possède son propre réseau vasculaire. Le CAJ est donc décrit comme ayant :

- un lobe antérieur,
- un lobe intermédiaire,
- un lobe postérieur.

Les extensions buccale, ptérygoïdienne, ptérygopalatine et temporale (superficielle et profonde) sont dérivées du lobe postérieur.(7)

L'extension ptérygopalatine s'étend dans la fosse ptérygopalatine.

L'extension ptérygoïdienne s'étend dans l'espace ptérygomandibulaire, en dedans de la branche rameuse, et entoure les muscles ptérygoïdiens.

L'extension temporale a une partie superficielle et profonde. La partie temporale superficielle est située au niveau du muscle temporal et de son tendon. Il tourne ensuite autour du muscle temporal en avant pour occuper l'espace profond de celui-ci, qui donne naissance à la partie profonde. Le corps s'étend le long du bord antérieur du muscle masséter, il repose sur le périoste du maxillaire postérieur et recouvre le muscle buccinateur.

Enfin, si L'extension buccale est excessive, les patients peuvent se plaindre d'un visage arrondi, de joues excessives ou de "visage de bébé". La

bichectomie est présentée par les plasticiens comme une technique pour sculpter les angles du visage et améliorer l'esthétique. L'extension buccale se situe superficiellement dans la joue (Fig. 1). Le corps et les extensions buccales sont superficiels au buccinateur et profonds au fascia parotide-massétérique. Le canal parotidien perce le muscle buccinateur au bord antérieur du corps du CAJ. Le CAJ est situé plus profondément que les compartiments graisseux prémassétériques et est suspendu aux structures environnantes par une série de ligaments. (4) (7)

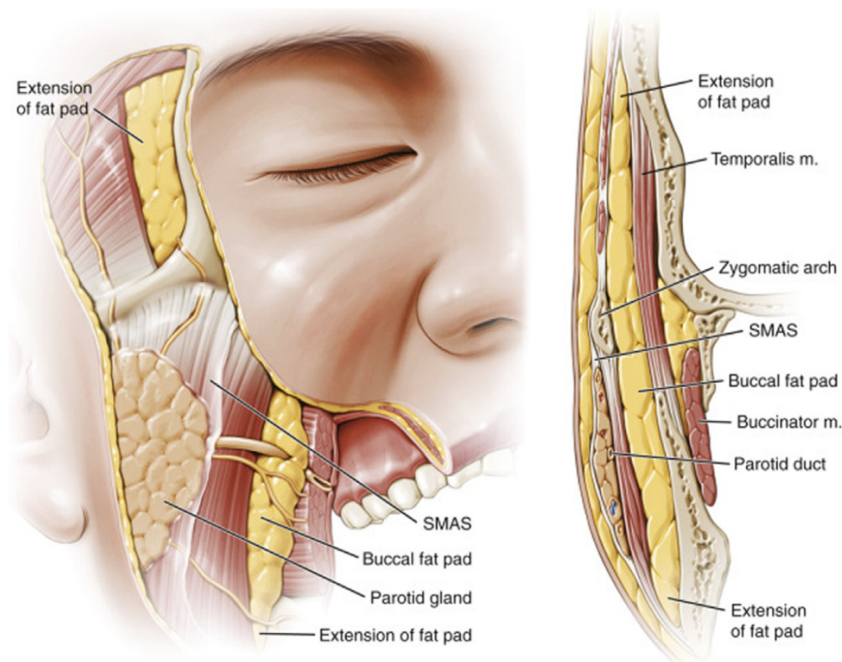


Figure 2 : Vue en coupe du CAJ et des structures adjacentes. (4)

La taille du CAJ n'est pas modifiée par le poids global du patient. Le CAJ a un volume moyen de 10 cm³, un poids d'environ 9,7 g, il peut couvrir une surface de 10 cm², et a une épaisseur moyenne de 6mm. (8)

Le CAJ peut être comparé dans son aspect et sa fonction à la graisse située sous les orbites, qui est différente de la graisse sous cutanée. En effet, elle résiste à l'adipolyse, même en cas de maigreur extrême. (5)

1.3 Vascularisation

La vascularisation du CAJ est riche d'un réseau capillaire abondant dérivé de 3 branches de l'artère maxillaire : l'artère temporale profonde, l'artère buccale, et les artères alvéolaires postérieures supérieures. En Supplément, l'approvisionnement en sang provient de l'artère faciale et de l'artère faciale transverse, qui elle est une branche de l'artère temporale superficielle. Le drainage veineux est assuré par la veine faciale. (9)

1.4 Fonctions

Le corps adipeux de la joue possède plusieurs fonctions, notamment :(8)(10)

- assurer une forme convexe au visage.
- Celui de glissement entre les muscles de la mastication pendant la fonction. C'est ce qu'on appelle une syssarcose.
- Jouer un rôle important chez les nourrissons lors de l'action de succion de l'alimentation.
- Aider à résister à la pression négative sur la joue, améliorant ainsi la fonction du muscle buccinateur et en évitant son effondrement pendant l'allaitement.
- L'extension buccale du CAJ est responsable pour le volume et le contour des joues.
- Il agit comme une enveloppe protectrice des faisceaux neurovasculaires dans l'espace masticatoire pendant la fonction.

2 Intérêt de la bichectomie

Au cours de la dernière décennie seulement, avec l'utilisation de l'IRM et de la tomodensitométrie, il y a eu de nombreux cas où le CAJ a été utilisé pour la reconstruction orale après une exérèse de tumeur, ou d'une autre pathologie orale. C'est pour cette raison que le corps adipeux de la joue attire l'attention en chirurgie esthétique du visage, notamment par la modification des contours du visage et l'éminence malaire. (11)

Le corps adipeux de la joue constitue une excellente option de greffe pour le remplacement des tissus mous dans la région faciale, en particulier dans les zones périorbitaire et nasale. La facilité d'abord, la proximité du site d'intervention et le peu de structures anatomiques nerveuses environnantes en font un bon choix comme source de remplacement de volume. Les complications peuvent être limitées par une connaissance précise de l'anatomie vasculaire autour du corps adipeux de la joue.(12)

Plusieurs études ont rapporté des améliorations de l'esthétique du visage grâce à cette technique. (13) (14)

2.1 Indications

Tableau 1 : Indications et contre-indications de la bichectomie (4)

Indications	Contre-indications
Reconstruction après une cavité bucco-sinusienne (CBS)	Boule de bichat déjà utilisée
Reconstruction lors de fente palatine	Défaut de tissu mou supérieur à 5cm
Reconstruction après chirurgie de petite étendue (4x4) (ex : ablation de lésion cancéreuse)	Patients irradiés
Recouvrir une greffe osseuse	Joues fines
Recouvrir un implant	Hypoplasie malaire
En tant que membrane en chirurgie lors d'un soulèvement de sinus	
Lors de chirurgie de récession gingivale	
Pour la vascularisation lors de traitement d'ostéonécrose	
Augmentation de la lèvre supérieure	
Amélioration du contour du visage	

2.1.1 Tumeurs

Dean et coll. (15) ont utilisé un corps adipeux de la joue pour reconstruire des malformations buccales causées par l'exérèse de différentes tumeurs chez 32 patients (16 étaient localisées au palais, 6 dans la muqueuse buccale, 7 dans le trigone rétromolaire et 3 dans la paroi latérale du pharynx). Chez tous les patients, les défauts ont été adéquatement réparés. (15)

2.1.2 Greffe intra buccale

Le corps adipeux de la joue a également été utilisé avec succès comme greffe pédiculée pour les défauts maxillaires, tels que les défauts dans la crête alvéolaire, le maxillaire, le palais dur et mou, la fente palatine, la région rétromolaire de la mandibule et le fond de vestibulaire. (16)

2.1.3 Défauts palatins

Le corps adipeux de la joue a été utilisé à de nombreuses occasions pour réparer les défauts palatins. La chirurgie qui implique le palais dur peut souvent laisser des défauts oro-antraux ou oronasaux entraînant des difficultés considérables d'élocution et de déglutition. (17)

2.1.4 Défauts de trigone rétromolaire

Il peut également être utilisé pour reconstruire des défauts alvéolaires maxillaires postérieurs de taille petite à moyenne. La taille du plus grand défaut maxillaire reconstruit avec succès était de 6 cm × 5 cm × 4 cm mais dans la plupart des cas le défaut était plus petit (18).

2.1.5 Fermeture de communications bucco-sinusiennes (CBS)

La graisse buccale a été largement utilisée comme lambeau pédiculé pour traiter les communications bucco-sinusiennes ainsi que les défauts chirurgicaux post-excisionnels autour de la cavité buccale. (19)

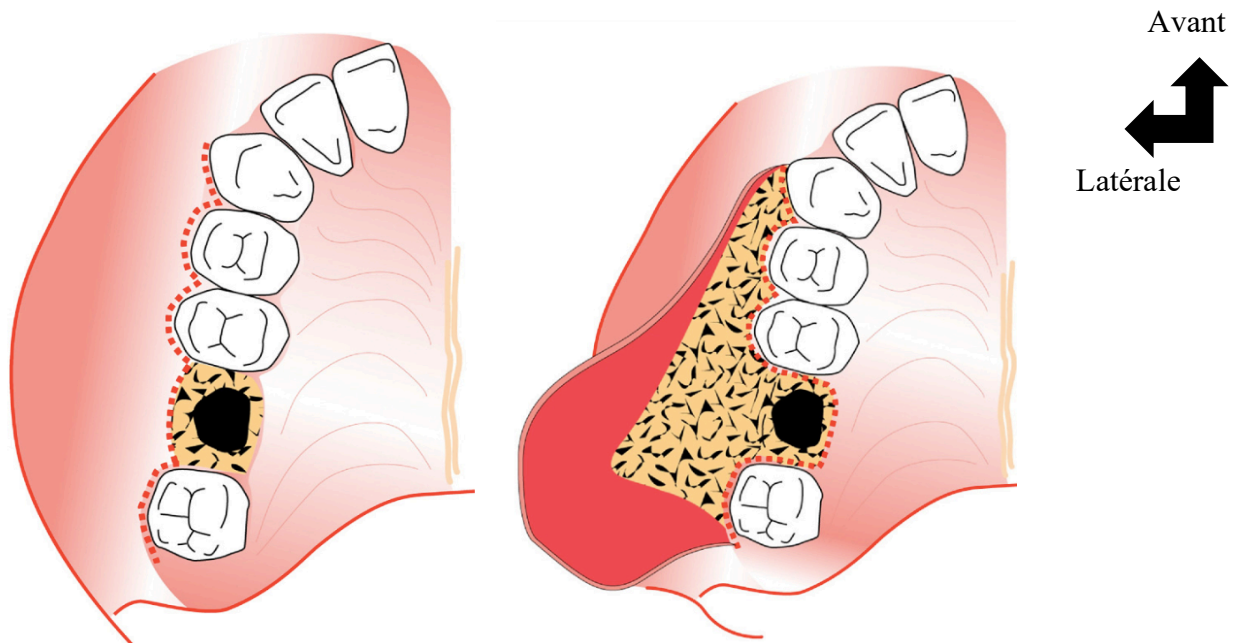


Figure 3 : CBS suite à une extraction de 1ère molaire maxillaire d'après Poeschl et al. (20)

Figure 4 : Résection du lambeau mucopériosté vestibulaire d'après Poeschl et al. (20)

Les étapes de la chirurgie sont les suivantes : (20)

- 1) Anesthésie locale dans la région concernée
- 2) Décollement de pleine épaisseur du lambeau après avoir incisé la muqueuse.
- 3) Résection du lambeau
- 4) Curetage de la CBS et du tissu de granulation
- 5) Libération du corps adipeux de la joue en poussant sur la joue, et en tractant avec une pince hémostatique, jusqu'à obtention d'un volume suffisant pour le recouvrement. Il faut faire attention de ne pas léser la

capsule du CAJ pour éviter toute complication post opératoire car elle contient des vaisseaux sanguins.

- 6) Mise en place du corps adipeux de la joue, suture sans tension des points matelassés verticaux au fil résorbable.
- 7) Remise en place du lambeau sur le CAJ dans sa position initiale et suture du lambeau avec des points simples

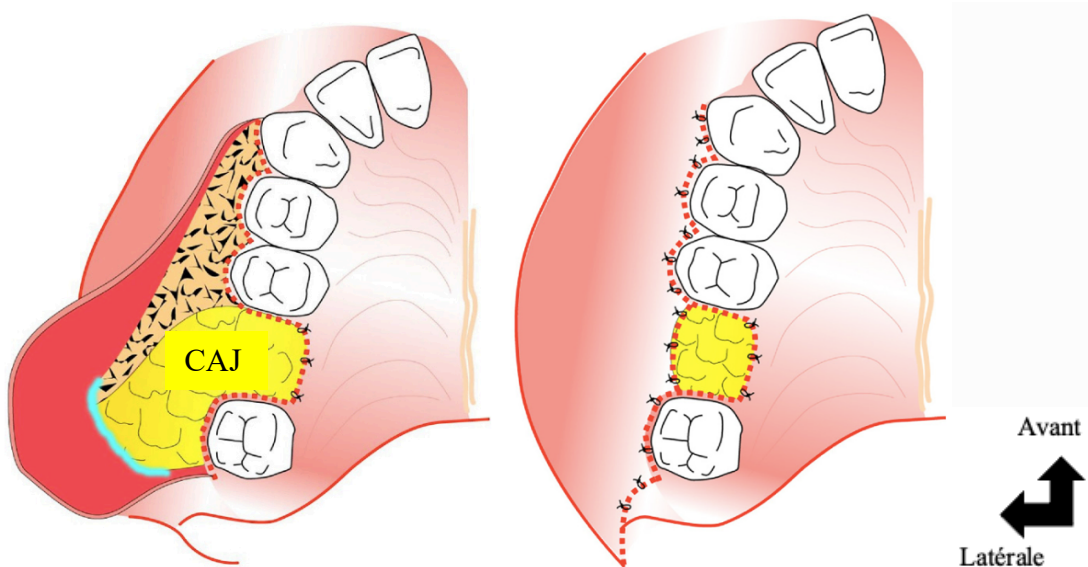


Figure 5 :
Déplacement du corps
adipeux de la joue et sutures
d'après Poeschl et al. (20)

Figure 6 :
Fermeture mucopériostée
par des points simples d'après
Poechl et al. (20)

2.2 Avantage

Les boules de Bichat remplissent plusieurs rôles que ce soit de manière fonctionnelle ou esthétique, elle présente plusieurs avantages en partie dû à leur localisation.

2.2.1 Favorise la cicatrisation du site

Le corps adipeux de la joue a un fort pouvoir anti-infectieux et les avantages de la reconstruction avec peu de nécrose ou résorption.

Le corps adipeux de la joue greffé fonctionne également comme un site pour granulation (limitant ainsi la contraction de la cicatrice), et peut fermer physiquement l'espace d'une zone défectueuse. (21)

2.2.2 Potentiel source de cellules souches

Les cellules souches d'origine adipeuses sont des cellules souches qui se trouvent dans les tissus adipeux.

Il a été démontré dans une étude in vitro (22) que les tissus adipeux sous-cutanés jouent un rôle important. Ainsi, selon plusieurs études les cellules souches d'origine adipeuse sont capables de se différencier en cartilage, os, ou muscle. Le CAJ possède des cellules qui partagent des caractéristiques similaires avec d'autres cellules souches d'origine adipeuse et capables de se différencier en chondroblastes, adipocytes et ostéoblastes. D'autres recherches sont nécessaires, mais le CAJ est une source prometteuse de cellules souches et représente un nouveau moyen intéressant pour la chirurgie orale de potentiel régénération des tissus maxillo-faciaux. (23)(22)(24)(25)

2.3 Inconvénients

Néanmoins, les inconvénients d'utilisation comprennent la possibilité de lésion du canal parotidien et de la branche buccale du nerf facial. Si le saignement n'est pas contrôlé, il peut en résulter un hématome et une ecchymose sur la joue. Le chirurgien devra utiliser une approche délicate couplée à une connaissance détaillée de l'anatomie du corps adipeux de la joue pour un prélèvement réussi de ce tissu délicat. (12)

Tableau 2 : Récapitulatif des avantages et inconvénients de la bichectomie

Avantage	Inconvénients
Site opératoire facile à refermer	Ne convient pas pour gros défaut
Peu de complication post opératoire	Ne peut être prélevé qu'une fois
Bien acceptée par le patient	Incompatible si patient irradié
Taille du CAJ constant	Hypoplasie malaire
CAJ très vascularisé	
Chirurgie sous AG ou local	
Pas de cicatrice visible	

2.4 Complications

Des complications peuvent cependant arriver suite à la chirurgie, telles que : (4)

- Un trismus persistant,
- Une cicatrisation et une contraction des tissus excessives,
- Une nécrose du lambeau partielle ou totale,
- Une infection,
- Un changement involontaire dans le contour des joues qui peut être associé à des défauts plus importants et à un prélèvement de la boule de Bichat excessivement important.
- Hémorragie/hématome

3 Protocole de la bichectomie

En ce qui concerne la technique chirurgicale, il existe deux approches du CAJ : par incision intra-orale ou par approche faciale.

Dans cette thèse nous développerons plus particulièrement la technique par approche intra-orale, qui concerne davantage le chirurgien-dentiste.

3.1 La bichectomie par approche faciale

La rhytidectomie (approche faciale) a été réalisée dans une seule étude (26), qui décrit l'élimination du CAJ associé à la procédure de lifting.

Les principales complications observées concernant cette technique chirurgicale, par ordre d'apparition, sont une asymétrie légère, causée par un hématome ou un gonflement persistant ; paresthésie buccale et branches zygomatiques qui se résolvent spontanément ; et un léger enfoncement de la joue causé par une résection excessive. Un des patients devait subir une correction avec une injection de graisse.



Figure 7 : Patiente présentant des signes cliniques de vieillissement.(26)

Nous pouvons constater la mauvaise projection malaire associée à un excès de volume au niveau de la joue (gauche, vues préopératoires). La patiente a bénéficié d'un lifting facial, avec traitement de la zone malaire par un lambeau SMAS (Superficial muscular aponeurotic system) inversé et ablation partielle de la boule de Bichat. Après un an post opératoire, une amélioration clinique des contours du visage est visible, entraînant ainsi un visage plus anguleux et plus « jeune ».

3.2 La Bichectomie par approche intra-orale

3.2.1 Bichectomie avec incision intra-buccale au niveau du trait de morsure

L'opération est réalisée avec le patient sous anesthésie locale. Une incision intrabuccale horizontale d'environ 1,5 cm dans la muqueuse buccale au niveau du plan d'occlusion a été faite en premier.



Figure 8 : Une incision intrabuccale horizontale est pratiquée 1,5 cm dans la muqueuse buccale au niveau de la morsure (27)

Lorsque le buccinateur a été soigneusement et délicatement séparé par l'incision, on aperçoit le corps adipeux de la joue.

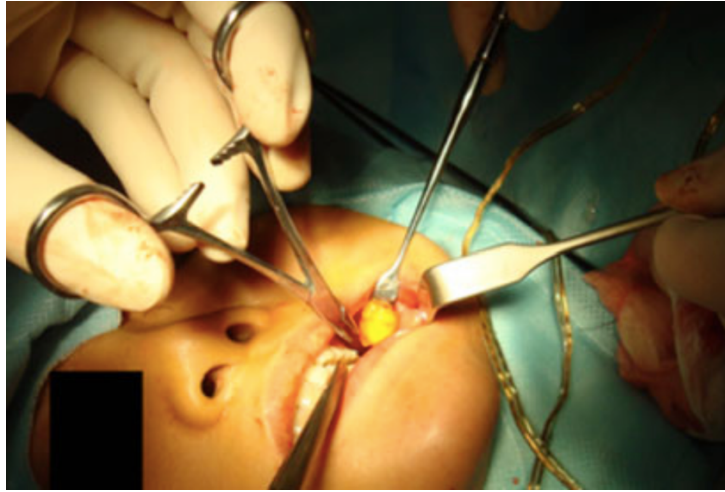


Figure 9 : Le corps adipeux de la joue se montre après avoir séparé le muscle buccinateur (27)

Le corps du corps adipeux de la joue était localisé et une lipectomie partielle de celui-ci a été réalisée.

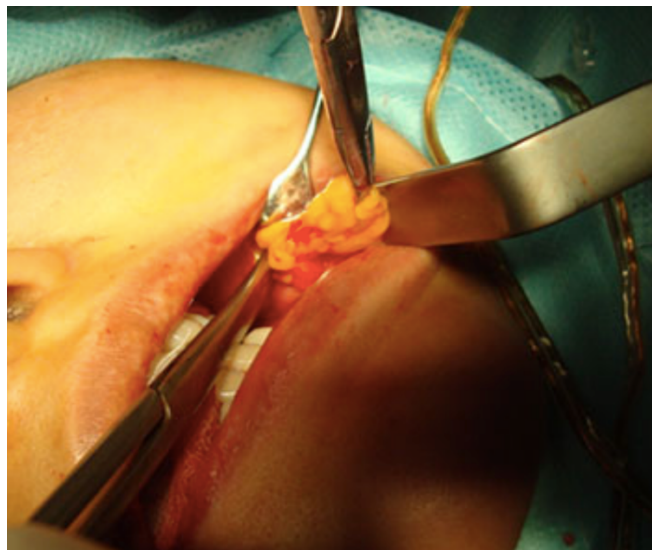


Figure 10 : Lipectomie partielle du corps adipeux de la joue (27)

L'incision a été fermée dans un seul plan avec un 5-0 suture résorbable en fin d'intervention. Un pansement compressif a été mis en place et une compression élastique pendant 3 jours.



Figure 11 : Un pansement compressif a été mis en place (27)



Figure 12 : Photo exo buccales de face et de profil pré et post bichectomie d'une femme de 24 ans. (27)

Cette patiente présente des hypertrophies bilatérales des muscles masséters et légère hypertrophie des corps adipeux de la joue. Vues postopératoires à 6 mois montrant des améliorations du bas du visage.

3.2.2 Bichectomie avec incision intra-buccale au niveau du sillon bucco-gingival maxillaire

L'accès à la boule de Bichat se fait par une petite incision (Figure 13), pas plus de 5 mm de longueur, au niveau des tissus mous situés dans la partie inférieure du contrefort zygomatique en prenant soin de visualiser l'orifice du canal de Sténon et une dissection franche est réalisée avec des ciseaux fins dans la poche graisseuse située sous l'arcade zygomatique s'étendant jusqu'à l'aspect le plus antérieur de la joue (Figure 14-15).



Figure 13 : Petite incision jugale en regard de la 27 maxillaire.(28)



Figure 14 : Pince hémostatique légèrement ouverte insérée à travers l'incision dans les côtés gauche et droit. (28)



Figure 15 : Pince hémostatique légèrement ouverte insérée à travers l'incision dans les côtés gauche et droit. (28)

Il est très important de préserver son enveloppe aponévrotique très fine. Avec une pince de verrouillage hémostatique longue et fine insérée profondément dans la zone, une partie de la graisse est pincée et retirée doucement (Figure 16).



Figure 16 : Traction du corps adipeux à l'aide des pinces hémostatiques (28)

Petit à petit, tout le corps adipeux est retiré (Figure 17) à l'aide de la pince hémostatique jusqu'à ce que le pédicule soit visualisé. À ce stade, le pédicule peut être coupé et le corps adipeux excisé (Figure 18).



Figure 17 : L'ensemble du corps adipeux est retiré et exposé à la cavité buccale. (28)

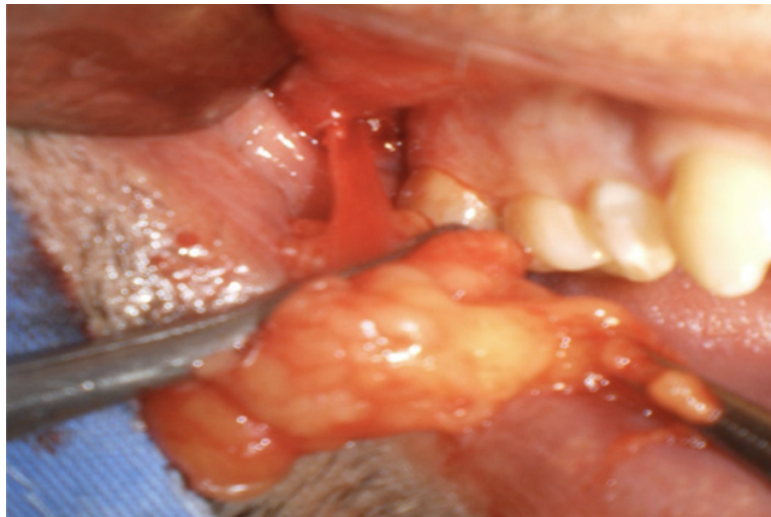


Figure 18 : Le pédicule du corps adipeux sous traction est sectionné. (28)

De plus, une petite pointe d'aspiration métallique peut être insérée dans la zone (poche) pour nettoyer toute partie de graisse laissée derrière. Lorsque le fascia du corps adipeux n'est pas rompu, il est possible de retirer toute la structure en un seul morceau, comme le montre la photo ci-dessous (Figure 19).



Figure 19 : Les corps adipeux droit et gauche exposés après avoir été entièrement retirés en une seule pièce. (28)

La plupart du temps, une simple et unique suture est effectuée pour fermer l'incision et la chirurgie est terminée (Figure 20).



Figure 20 : Un seul point de suture suffit normalement pour refermer l'incision. (28)

L'ensemble de la procédure prend environ quinze à vingt-cinq minutes de l'anesthésie locale jusqu'à la suture. Il n'y a pas d'indication formelle d'envoyer les échantillons pour examen anapathologique à moins qu'un aspect différent de la structure ne soit observé macroscopiquement en ce qui concerne la couleur et/ou le calibre des vaisseaux sanguins.

De très rares problèmes ou accidents au cours de l'intervention chirurgicale peuvent survenir et se résument à une lésion du canal de Sténon et de son ouverture, qui se manifestent par des sialocèles ou des fistules salivaires, et à une lésion de la branche buccale du nerf facial entraînant engourdissement temporaire du nerf buccal. Les résultats peuvent effectivement être observés après quatre à six mois lorsque l'œdème des tissus mous est définitivement résorbé (Figures 21).



Figure 21 : Photographie exobuccale de face d'une même patiente. La première photo montre une patiente avant la bichectomie. La deuxième photo montre un suivi de deux mois. La dernière photo est quatre mois après l'opération. (28)

3.3 Avant l'opération

Quand elle est trop développée, cette boule de graisse a tendance à déformer le visage. Son ablation va permettre de mieux définir les traits du visage, de faire ressortir la pommette et d'éviter l'aspect d'un visage rond qui ne correspond pas aux critères de beauté actuels.

3.3.1 A qui s'adresse la bichectomie ?

D'après le code de la santé publique de l'Article L1111-4 (29) est éligible à la bichectomie en France un patient âgé d'au moins dix-huit ans, en bonne

forme physique, non-fumeur (30), ayant reçu une information claire et loyale sur l'opération proposée, qui a donné et signé un consentement libre et éclairé, et ne souffrant pas de dysmorphophobie (qui ne se règle pas avec ce type d'opération).

3.3.2 Contre-indication médicale et recommandations particulières

La plupart des données scientifiques s'accordent sur le fait que la consommation de tabac est à proscrire dans les semaines avant et après l'opération. En effet, cela peut interférer sur la cicatrisation des muqueuses, provoquer un risque accru d'infection, voir dans certains cas mettre en péril le succès de l'opération. (30) Il est important de le signaler au chirurgien ainsi qu'au médecin anesthésiste dans le cas des interventions sous anesthésie générale.

Par ailleurs, il est à noter que comme tout acte invasif de la cavité buccale, il faudra évaluer les risques hémorragique, infectieux, pharmacologique et allergique et si besoin prendre contact avec le médecin traitant ou les médecins prescripteurs.(31)

3.3.3 Temps opératoire

Il s'agit d'une intervention de courte durée notamment si elle est réalisée sous anesthésie locale. On compte environ 15 minutes par côté pour la bichectomie.

3.3.4 Type d'anesthésie

La bichectomie est réalisée la plupart du temps sous anesthésie locale. Cependant, il est possible de réaliser une anesthésie générale de courte durée si l'acte est associé à une autre intervention comme un lifting par exemple (chez un chirurgien esthétique). Le type d'anesthésie dépend du profil du patient, et de la consultation qui en découle avec le chirurgien.

3.3.5 Tarification de la bichectomie dans le nord de France/Belgique

La bichectomie à elle seule est un acte purement esthétique, elle est donc considérée comme une intervention chirurgicale esthétique. Il n'y a pas de prise en charge par la sécurité sociale.

L'acte globale de la bichectomie est facturé entre 2000 et 4000 euros selon les cabinets entre Lille et Paris, Bruxelles.

A la différence, le cout moyen de cette opération en Turquie est 2 à 3 fois moins cher qu'en Europe (autour des 1000-1200 euros). (32)

Comme il s'agit d'un acte esthétique, il n'existe aucun code dans la CCAM et la Sécurité Sociale ne rembourse pas cette opération. (33)

3.4 Pendant l'opération

(4)

3.4.1 Plateau technique

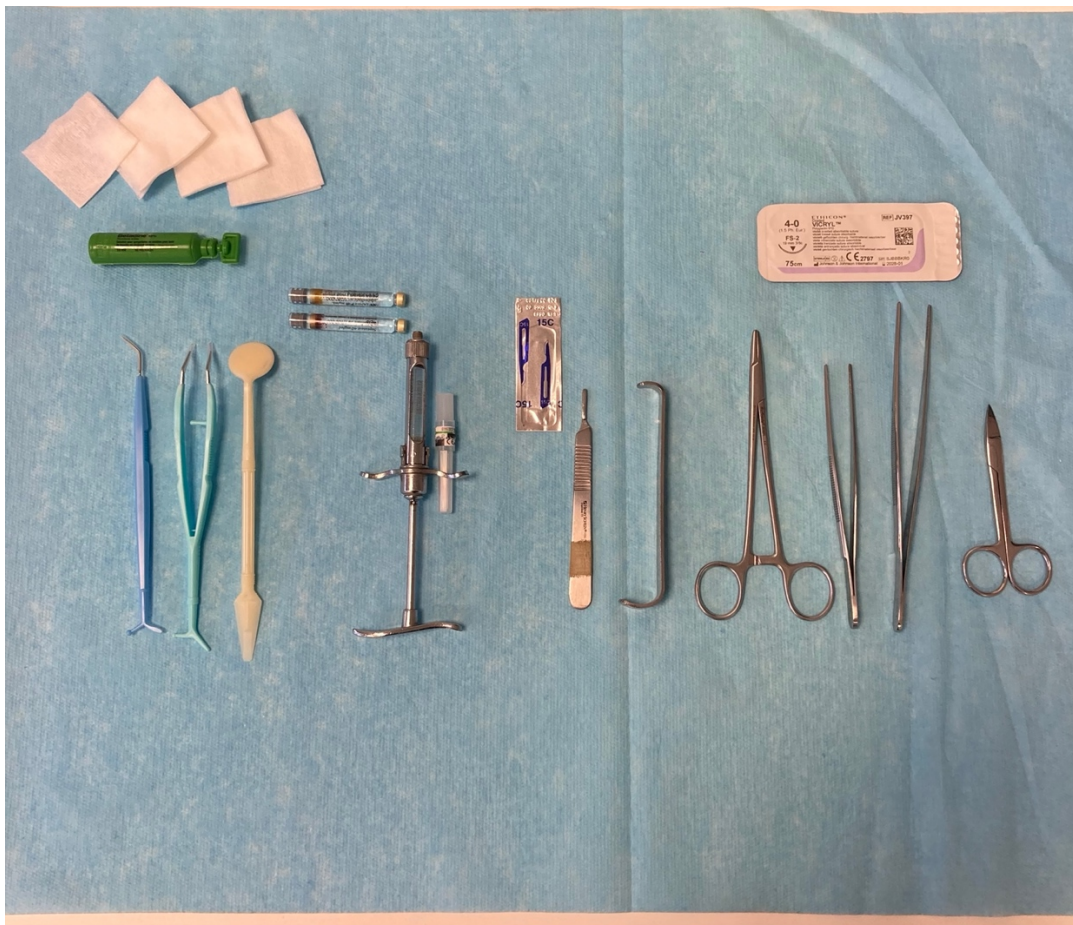


Figure 22 : Plateau technique pour une bichectomie

Voici la liste des éléments présents sur le champ opératoire lors de la bichectomie : (Figure 22)

- SMP (sonde, miroir, précelle)
- Compresse
- Bétadine
- Kit anesthésie (seringue, carpule d'articaine 1/200000, aiguille 16mm)
- Bistouri lame 15 / bistouri électrique
- Kit suture (ciseaux chirurgicaux, pincette chirurgicale)
- Écarteur faraboeuf
- Fil de suture résorbable 4/0

3.5 Le suivi post-opératoire

Les jours suivant l'opération, quelques réactions cutanées normales, apparaissent telles que des rougeurs, des hématomes ou encore un œdème. Il faut juste avertir le patient en amont et le rassurer.

L'intervention est généralement peu douloureuse et un traitement post-opératoire à base d'antalgiques de palier I et d'anti-inflammatoires suffit pour le confort du patient. Un œdème apparaît suite à la réaction inflammatoire du site.

Face aux désagréments, il est recommandé aux patients de suivre quelques conseils :

- La pose d'une poche de glace sur la joue, au contact de la zone opérée plusieurs heures par jour améliore le confort et limite le phénomène de gonflement.
- Pendant les premiers jours, il faut éviter de manger chaud et choisir de préférence une alimentation molle, tiède ou froide qui ne demandent aucun effort de mastication.

- Il est aussi recommandé de continuer à se brosser les dents après chaque repas et cela même le jour de l'intervention et d'utiliser une brosse à dent post chirurgicale très souple (6,5 /100^{ème} ou 7/100^{ème}). (34) (35)
- Un bain de bouche antiseptique à base de Chlorhexidine sera prescrit pendant une durée de 7 jours à commencer 48 heures après l'intervention. (36) (37)
- Une prescription d'antibiotique de sept jours est une bonne option lorsque le corps adipeux n'est pas retiré en un seul morceau. (38)
- Les fils utilisés dans le cadre d'une bichectomie sont totalement résorbables. Cette technique ne nécessite pas de deuxième intervention pour les retirer.
- La bichectomie par voie interne n'entraîne aucune cicatrice externe.
- Il n'y a pas de contre-indication particulière concernant la pratique du sport. Cependant, Une période de repos de deux jours peut être envisagée afin d'éviter tout risque hémorragique.
- Il n'y a pas d'arrêt de travail nécessaire après une bichectomie. L'intervention ne laissant aucune trace, le patient retrouve rapidement une vie sociale et professionnelle normale. Si une éventuelle éviction sociale a été rapportée par le patient, elle ne dépasse pas 24 à 72 heures à cause de l'œdème post opératoire.

4 Aspect médico-légal de la bichectomie

Afin de connaître d'avantage d'informations sur la pratique de la bichectomie chez le chirurgien-dentiste, je me suis intéressé à toutes organisations, sociétés ou Ordres pouvant représenter le chirurgien-dentiste.

D'après le Code de la santé publique (39) :

Article L4141-1 : La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1.

De manière à élargir mon champ de recherche, je me suis intéressé aux pays voisins de la France grâce notamment à la FEDCAR qui est la Fédération des Autorités Compétentes et Régulateurs Dentaires Européens.

La plupart des échanges ont eu lieu par mails afin de conserver une trace écrite.

Un premier mail a été envoyé aux diverses organisations francophones, le voici :

« *Bonjour,*

Je suis en 6ème année d'études à l'Université de Lille (en Faculté d'Odontologie).

Une partie de mes études comprend la rédaction d'une thèse sur le sujet de la bichectomie et son impact esthétique sur les patients.

Le but de cette lettre / e-mail est de rechercher des informations relatives à ma thèse et aux aspects juridiques d'une telle procédure dans le cadre de la pratique de la dentisterie.

Auriez-vous la gentillesse de m'informer, si vous le savez, de toute restriction / réglementation relative à un dentiste effectuant une telle procédure dans son cabinet ? Cette procédure est-elle régulièrement effectuée par des dentistes dans votre pays ?

Merci infiniment pour toute information que vous vous souciez de fournir.

Cordialement,

Théophile Tacquet »

La version anglophone du précédent message a été envoyé aux divers pays d'Europe :

*Greetings,
Let me introduce myself.*

*I am in the 6th year of my studies at Lille University (in the Faculty of Dentistry).
Part of my studies includes writing a thesis on the subject of Bichectomy and its
aesthetic impact on patients.*

*The purpose of this letter /email is to seek information relating to my Thesis,
and the Legal aspects of such procedure, in dentistry practice.*

*Would you kindly advise if you know, of any restrictions / regulations relating to
a Dentist performing such procedure in his/her surgery? Is such procedure
regularly performed by Dentists in your country?*

My gratitude for any information you care to provide.

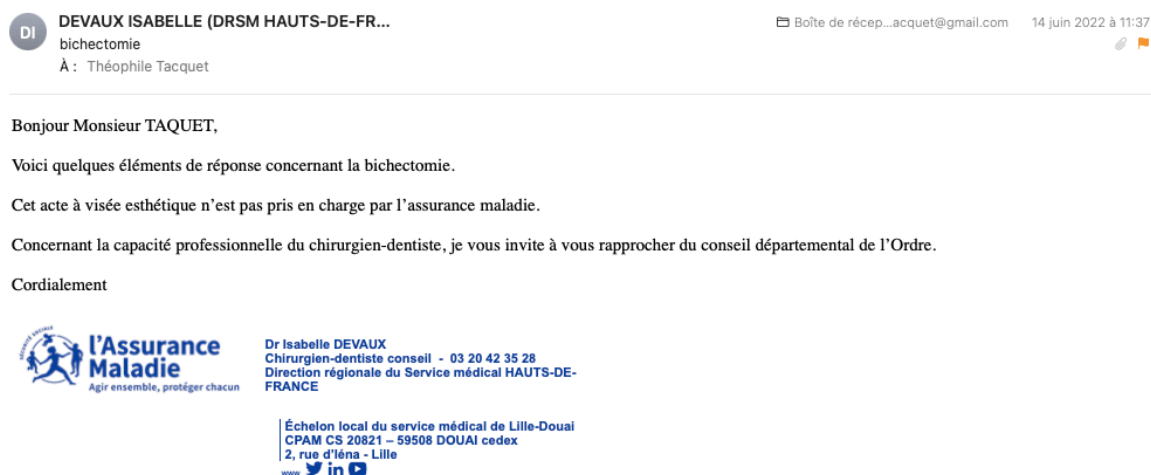
Faithfully yours,

Théophile Tacquet

4.1 Selon le Chirurgien-dentiste conseil Isabelle DEVAUX du Service Médical HAUTS-DE-FANCE

Cet acte à visée esthétique n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Concernant la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste, elle n'a pas pu se prononcer et demande de se renseigner auprès du conseil départemental de l'Ordre.



De : Tacquet [mailto:thtacquet@gmail.com] Envoyé : mardi 24 mai 2022 15:39 À : MEDECIN CONSEIL CHEF_ELSM LILLE-DOUAI-DRSM59SM Objet : Aspect médico-légal de la bichectomie

Bonjour,
Je suis étudiant en 6ème année de dentaire à Lille, je fais ma thèse sur la bichectomie, intérêt et impact esthétique sur le patient,
Je m'adresse à vous car je développe une partie de ma thèse sur l'aspect médico-légal de la bichectomie, je cherche des pistes de renseignement. J'aurais voulu savoir si il y avait des contraintes pour un dentiste de mettre ce type d'acte en place au cabinet, S'il existait une cotation spécifique pour la réalisation de l'acte.
D'avance merci pour vos renseignements
Cordialement,
Théophile Tacquet

Figure 23 : Mail envoyé au CD conseil des Hauts-De-France Dr DEVAUX

4.2 Selon différents ONCD et autres sociétés françaises

Un mail a été envoyé à chacun des ordres suivants :

- ONCD du Nord via nord@oncd.org
- ONCD du Pas-De-Calais via pas-de-calais@oncd.org
- ONCD de Paris via paris@oncd.org

- ONCD via courrier@oncd.org
- SFCO via contact@societechirorale.com
- Le courrier du dentiste via contact@lecourrierdudentiste.com

L'ensemble de ces organismes n'ont malheureusement pas données de suite malgré les relances.

4.3 Selon l'ARS

Via ARS-HDF-DOS-POLE-NORD@ars.sante.fr

Je cite : « *Après recherches par le service des autorisations, cet acte semble relever de la chirurgie esthétique et donc de ses aspects médico-légaux.* »

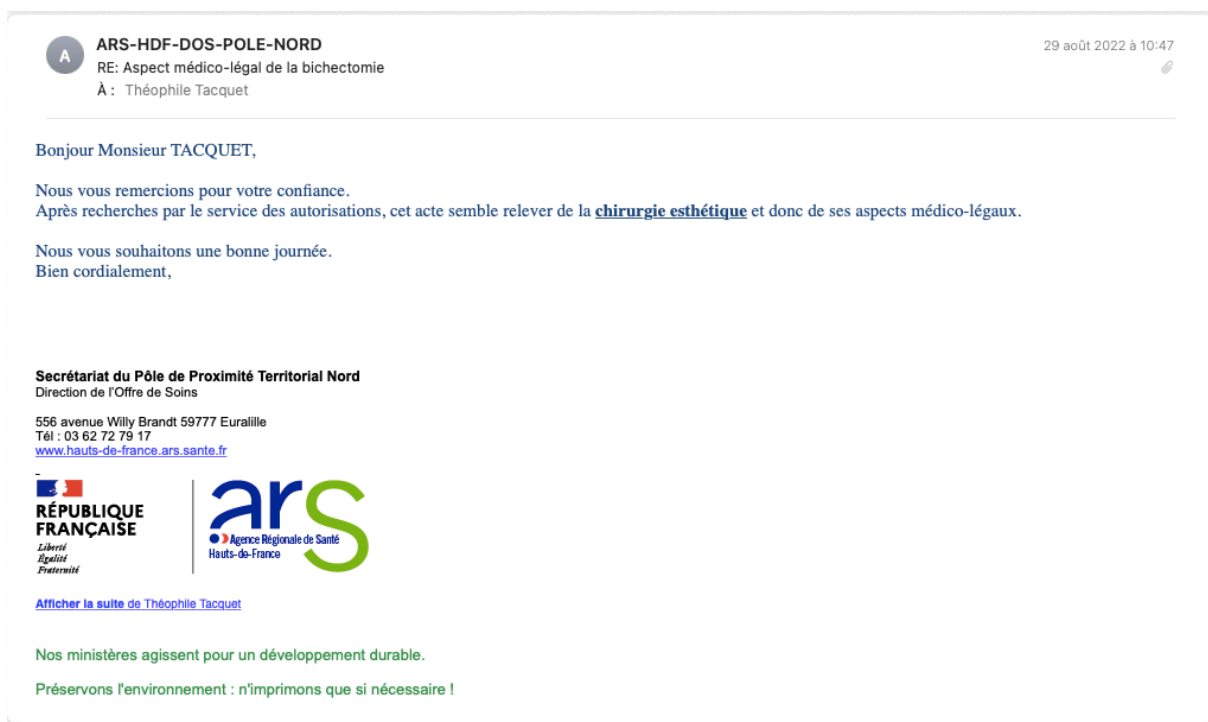


Figure 24 : Mail envoyé à l'ARS

« *Malheureusement nous n'avons pas d'informations à vous fournir à ce sujet.*

Peut-être trouverez-vous des réponses dans le code de la santé publique ou auprès de confrères qui pratiquent ce genre d'acte de chirurgie. »

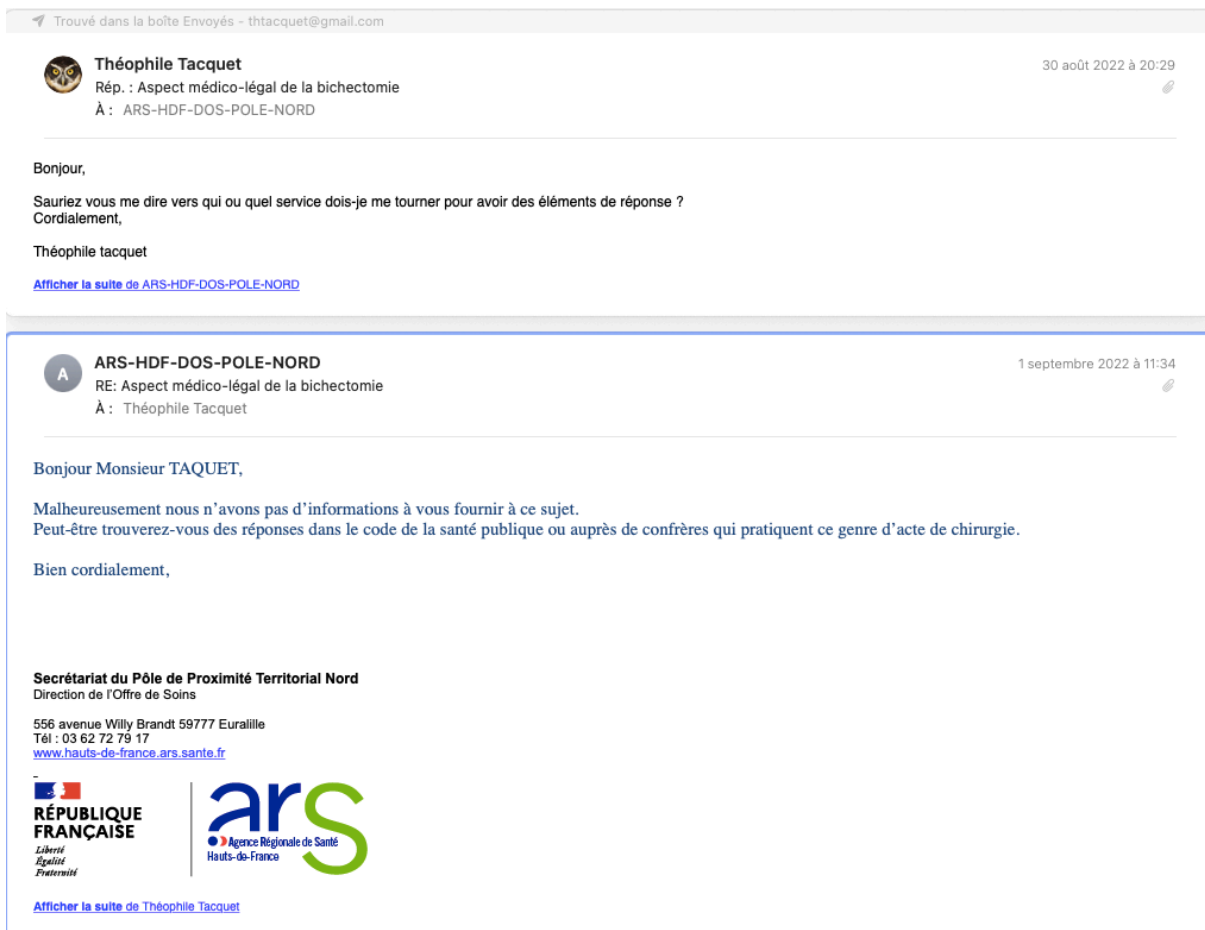


Figure 25 : Mail reçu de l'ARS

4.4 Selon les pays voisins

Un mail a été envoyé aux pays suivants :

- Irlande via doflynn@dentalcouncil.ie et info@dentalcouncil.ie
- Royaume-Uni via PKavanagh@gdc-uk.org, CAIT@gdc-uk.org puis advisor.enquiries@bda.org
- Belgique via info@dentiste.be et aurelie.somer@health.fgov.be
 (Président du Conseil de l'art dentaire et Expert Coordination stratégique des Professions de santé)
- Espagne via info@consejodentistas.es et consejo@infomed.es
- Portugal via BASTONARIO@OMD.PT et geral@omd.pt
- Luxembourg via tulvelin@pt.lu
- Italie via legislativo@fnomceo.it et ufficiodontoiatri@fnomceo.it
- Bosnie via stom.komora@lsinter.net
- Croatie via ivana.staresinic@hkdm.hr
- Danemark via meh@sst.dk et stps@stps.dk

- Suisse via sekretariat@sso.ch et amandine.morito@hcuge.ch,
Secrétariat du médecin-chef du service CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET BUCCALE du Pr Paolo Scolozzi

Ces différents pays n'ont malheureusement pas donné de suite malgré les relances.

4.4.1 Selon le Royaume-Uni

D'après la réponse de Monsieur KAVANAGH directeur général du conseil de l'ordre des dentistes traduite :

« Je crois comprendre que seuls les médecins agréés peuvent pratiquer la chirurgie esthétique au Royaume-Uni. »

Un lien est donné (<https://www.nhs.uk/conditions/cosmetic-procedures/choosing-who-will-do-your-procedure/>) mais semble servir plutôt de conseil pour les futurs patients qui souhaitent faire une chirurgie esthétique plutôt qu'à apporter des informations pour un professionnel de santé.

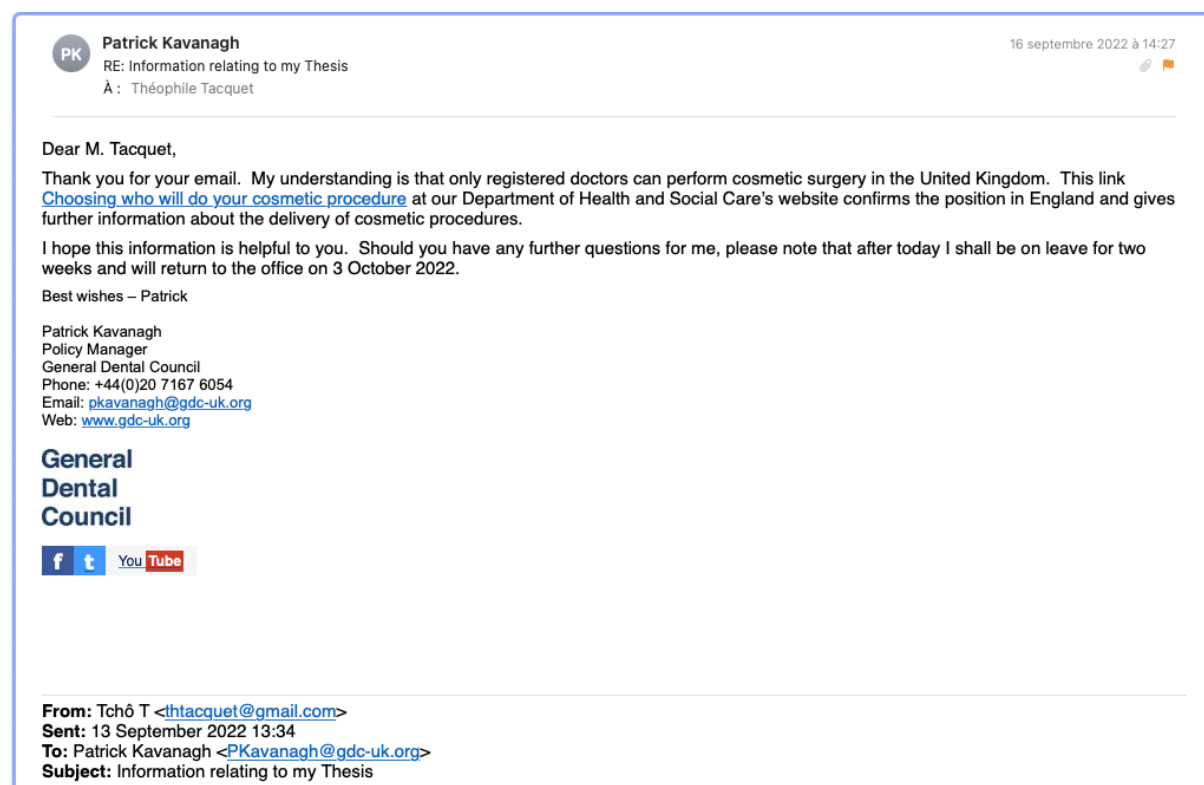


Figure 26 : Mail reçu de General Dental Council

4.5 Selon l'Italie

D'après la Fédération Nationale des Ordres des Médecins, Chirurgiens et Dentistes via segreteria@fnomceo.it

« Les dentistes italiens peuvent effectuer la bichectomie car il s'agit d'une activité réalisée dans la zone du visage située sous les pommettes. La pratique de la bichectomie, même si elle est légalement autorisée, n'est pas une intervention courante et est rarement pratiquée pour des raisons esthétiques. Cette technique est parfois adoptée en urgence pour la fermeture des communications bucco-sinusiennes. »

*Il Presidente
della Commissione per gli iscritti
all'Albo degli Odontoiatri*

**PREG.MO SIG.
THÉOPHILE TACQUET**
E-MAIL: thtacquet@gmail.com

OGGETTO: Bichectomia.

Pregiatissimo Sig. Tacquet,

in riferimento alla e-mail da Lei trasmessa in data 13 settembre u.s., Le segnalo che gli odontoiatri italiani possono eseguire l'intervento di bichectomia in quanto trattasi di attività svolta nella zona del volto posta al di sotto degli zigomi.

La pratica della bichectomia, anche se legalmente consentita, non è un intervento comune ed è raramente eseguita per esigenze estetiche. Tale pratica viene talvolta adottata in casi emergenziali per la chiusura delle fistole oro-antrali, tramite ribaltamento.

Nella speranza di aver fornito informazioni utili per la stesura delle Sua tesi di laurea, Le porgo cordiali saluti.

MF/PM

Raffaele Iandolo

Raffaele
Iandolo

20.09.2022

09:38:36

GMT+01:00



Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005

Figure 27 : Mail reçu de de la FNOMCeO

4.6 Exemple de devis concernant la bichectomie

Un devis type a été réalisé dans une clinique dentaire belge d'après le docteur AFSHIN YOUSEFPOUR dans la clinique THE BRUSSELS SMILE CLINIC

Dr. AFSHIN YOUSEFPOUR
avenue Louise 480
1050 Bruxelles
02/608.26.71
3/19307/17/001
info@brusselssmile.eu



Bruxelles, 14-10-22

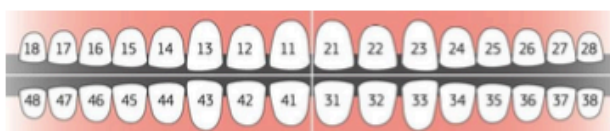
Plan de traitement

Concerne:
Domicilié(e) à:

Cher.....,

Suite à votre dernière visite, veuillez trouver ci-dessous le plan de traitement et les honoraires correspondant au projet esthétique envisagé

Traitements:



- **Bichectomie bilatérale**

Montant total: 3500€

Ce montant est à régler sur le compte bancaire : IBAN: BEXX XXXX XXXX XXXX-BIC:XXXXXXXX

Les radiographies et soins dentaires éventuels ne sont pas compris dans ce devis mais sont pris en charge en partie par votre mutualité.

Nous vous remercions pour votre confiance et fidélité.

Au plaisir de vous recevoir prochainement à la Brussels Smile Clinic

Sincèrement,

Praticien Dr. Afshin Yousefpour chirurgien maxillo-facial

Figure 28 : Devis pour bichectomie

Chirurgie buccale

Cher(e) ,

Une intervention de chirurgie buccale vient d'être réalisée.

Quand l'effet de l'anesthésique disparaît, il est normal de ressentir une légère douleur ou de voir apparaître un léger saignement, qui peuvent persister un ou deux jours.

N'oubliez pas d'enlever votre compresse environ 30min après l'extraction afin d'aider à la cicatrisation.

Un œdème de la joue (gonflement) ou un hématome (bleu), peuvent survenir. Dans ce cas, il est utile d'appliquer sur la joue, le plus tôt possible après l'opération, une poche de glace à la région opérée (ou un gant de toilette mouillé, placé auparavant dans le freezer, jusqu'à ce qu'il givre).

Attention! Un incendie est plus aisé à éteindre à son début que lorsqu'il est étendu. De même, une odeur installée est plus difficile à combattre. Commencez donc précocement la prise de tous les médicaments que nous vous conseillons.

Continuez la pratique de votre hygiène habituelle.

Si une hémorragie se déclare :
placer sur la zone qui saigne une compresse pliée en quatre, serrer pendant 15 à 20 minutes.

Il ne faut pas :

- commencer les bains de bouche le jour de l'intervention : attendre le lendemain afin que le caillot soit bien formé.
- avoir une alimentation trop dure
- boire ou manger chaud les deux premiers jours
- forcer l'ouverture buccale ou la traction des lèvres
- boire de l'alcool pendant toute la durée de la médication
- passer la langue sur la plaie ou aspirer

Si vous avez un motif d'inquiétude, n'hésitez pas à téléphoner à notre cabinet.

Tel.: 02/608.26.71

Figure 29 : Recommandation après chirurgie 1 /2

Conseils post-opératoires

A la suite de toute intervention chirurgicale, l'observation d'un certain nombre de précautions favorise une guérison rapide et diminue les risques de complications : voici les règles principales.

Après l'intervention :

- suivre les prescriptions de l'ordonnance pendant toute la durée indiquée.
- avant le réveil de l'anesthésie et s'il apparaît une douleur post-opératoire : éviter l'aspirine. Prendre un calmant à base de paracétamol : Doliprane, Efferalgan, Dafalgan, Oralgan, Paralyoc, Di-Antalvic, etc. à la dose de 2 comprimés. Renouveler si la douleur réapparaît.
- si la douleur n'est pas disparue après une heure, prendre un comprimé de KLIPAL toutes les quatre heures. (Quelques effets indésirables, type nausée, peuvent accompagner la prise de cet antalgique, ils sont de durée brève).
- si vous avez un estomac fragile, prendre CYTOTEC 200 en même temps que l'antalgique.
- Pendant la période d'action du sédatif, éviter les activités nécessitant la pleine possession des réflexes (conduite de véhicule).
- si vous avez habituellement tendance aux œdèmes : dès votre arrivée à votre domicile, placez un gant de toilette mouillé dans le freeze du réfrigérateur. Lorsqu'il est recouvert de givre, l'appliquer sur la peau en regard de la région opérée. Renouveler tous les 1/4 d'heure pendant une heure.
- le pansement chirurgical protège la plaie : respectez-le. Évitez de le toucher même avec la langue. Si un petit morceau se détache, c'est sans conséquence. Si le pansement se détache avant le 5ème jour, et s'il en résulte une douleur, téléphoner au cabinet.
- il est normal qu'un peu de coloration rougeâtre apparaisse dans la salive. Si un saignement survient de manière durable, appuyer fermement une compresse pliée en quatre sur la région concernée, pendant 15 minutes. Si le saignement persiste après ce délai, téléphoner au cabinet.
- vous pouvez poursuivre normalement vos activités courantes. Évitez cependant les exercices trop violents. Une légère fatigue durant 1 à 3 jours est normale.

Alimentation :

Ne pas laisser l'estomac vide. Le premier jour, préférer une alimentaire molle ou semi-liquide, froide de préférence.

- Éviter : pâtisserie, fruits secs, jus de fruits acides, épicés.
- proscrire les boissons alcoolisées.
- privilégier soupes, poisson, viande hachée, purée de légumes, bananes, flans, glaces, laitages, etc.

Ne pas mastiquer sur le pansement chirurgical.

Hygiène :

Après chaque repas : rincer le secteur opéré avec le bain de bouche, et pratiquer l'hygiène normale sur les secteurs non recouverts par le pansement chirurgical (brosse, brosse à dents, fil).

Pour retirer le pansement chirurgical :

Soulever le ciment avec un doigt en l'écartant des dents. Commencer aussitôt l'hygiène par un lavage au bain de bouche, puis un brossage doux. Une sensibilité au froid et un

léger saignement pendant les deux premières semaines sont habituels. Ensuite vous pouvez reprendre l'usage de votre brosse habituelle.

Soyez très attentif à éliminer parfaitement la plaque bactérienne.

Figure 30 : Recommandation après chirurgie 2/2

A l'attention de ...

Adresse

Cp ville

Par e-mail : ...

Consentement éclairé avant un traitement chirurgical

Par la présente, je _____

autorise le dentiste _____ à réaliser les traitements chirurgicaux suivants

- _____ ;
- _____.

J'ai été informé(e) de la nécessité de ces traitements. Les détails de la procédure et les honoraires m'ont été expliqués et je les comprends entièrement. J'ai été renseigné(e) à propos des traitements alternatifs avec leurs risques et leurs avantages. Je comprends que suivant le traitement chirurgical, il pourrait y avoir une période d'engourdissement de la mâchoire, de l'enflure, un saignement, un œdème, un hématome et un inconfort possible. J'ai été informé(e) que le succès de l'opération dépend de ma coopération en respectant mes rendez-vous prévus, en suivant les instructions à domicile incluant l'hygiène buccale et les instructions diététiques, en prenant la médication prescrite et en rapportant au cabinet dentaire tout changement dans mon état de santé. Je reconnais qu'aucune garantie de résultat ne m'a été donnée par le dentiste.

J'ai discuté de tout ceci avec le dentiste précité et toutes mes questions ont été considérées et ont trouvées une réponse satisfaisante.

Signature du patient : _____ (si mineur, signature du parent ou tuteur)

Signature du dentiste : _____

Bruxelles, le

Sincèrement,

Dr.....

Avenue Louise 480

1050 Bruxelles

info@brusselssmile.eu

Tél. 02 608 26 71

Figure 31 : Exemple de consentement éclairé donné à chaque patient avant une intervention chirurgicale

5 Pertinence de cet acte dans l'amélioration ou la dégradation esthétique du visage

5.1 Étude préalable

La bichectomie est un acte réalisé souvent à visée fonctionnelle par le dentiste ou le chirurgien oral (fermeture d'une communication bucco sinusienne principalement) et pratiquée généralement par nos confrères de manière asymétrique.

5.1.1 Auteurs

Théophile Tacquet et Dr. Nejma Ghehioueche

5.1.2 Introduction

La bichectomie dans notre profession est très rarement réalisée dans un cadre esthétique. C'est pourquoi, j'ai souhaité réaliser un sondage dans notre profession afin de connaître la quantité de dentistes intéressés par la pratique de cet acte dans un contexte purement esthétique.

5.1.3 Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, multicentrique menée auprès des chirurgiens-dentistes (CD) exerçant en France métropolitaine et d'outre-mer. Le sondage a été créé le 5 septembre 2022 et mis en ligne le 13 septembre 2022 jusqu'au 13 octobre 2022. La dernière personne à avoir participé au sondage fut le 18 septembre 2022.

Un questionnaire auto-administré, anonyme, reprenant les caractéristiques démographiques des praticiens, leur âge, leurs connaissances sur le sujet, leur intérêt porté au sujet et leur envie de s'intéresser à la bichectomie ou non.

5.1.4 Résultats

Sur le réseau social Facebook dont le groupe « Dentiste de France » qui représente environ 27 000 utilisateurs, très peu de personnes sont actives. L'étude a été publiée le 08 septembre 2022 et 66 CD ont participé à l'étude.

Parmi les praticiens il y avait 65,2% de femmes et 34,8% d'hommes.

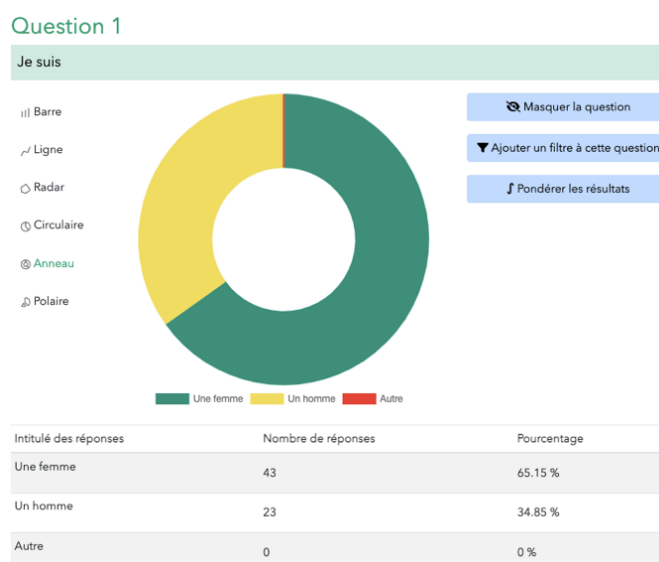


Figure 32 : Diagramme question 1 : Je suis ?

L'âge moyen des participants était de 35,8 ans, réparti sur 26 départements différents, avec une majorité dans le Nord (huit), Paris (cinq), et Haut de seine (cinq).

50,8% des CD avaient déjà entendu parler de la bichectomie.

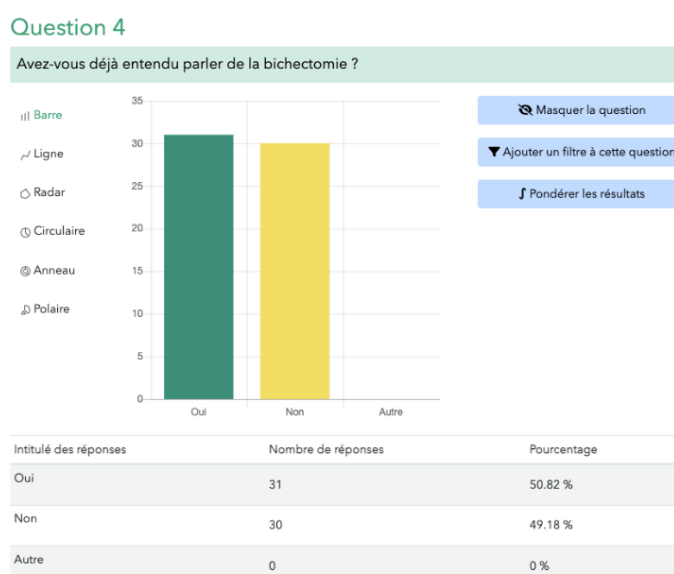


Figure 33 : Diagramme question 4 : Avez-vous entendu parler de la bichectomie ?

59% des CD savent ce qu'est la bichectomie.

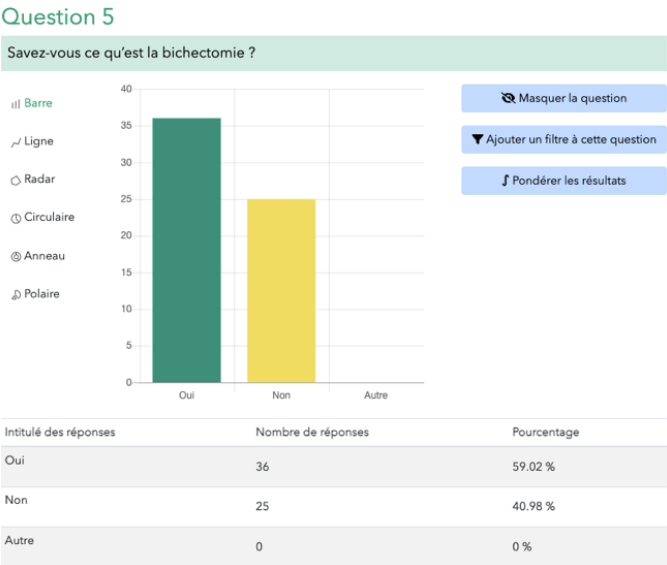


Figure 34 : Diagramme question 5 : Savez-vous ce qu'est la bichectomie ?

82% des CD ne s'étaient jamais renseignés sur cet acte.

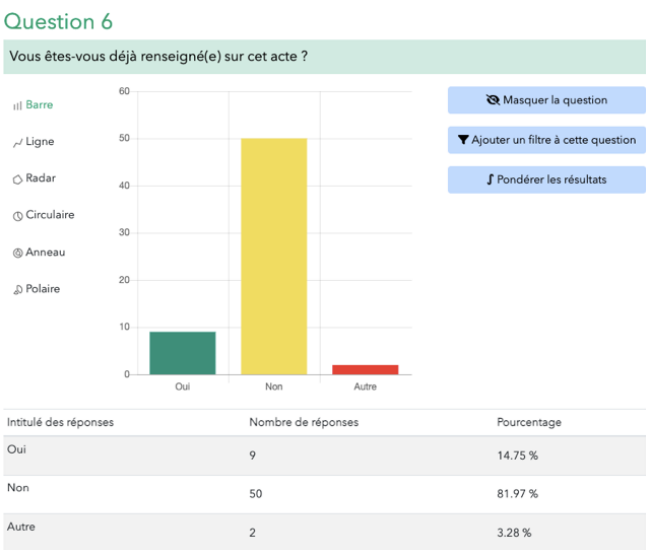


Figure 35 : Diagramme question 6 : Vous êtes-vous déjà renseigné(e) sur cet acte ?

Seul 10% des CD sont spécialisés dans la dentisterie esthétique.

Question 7

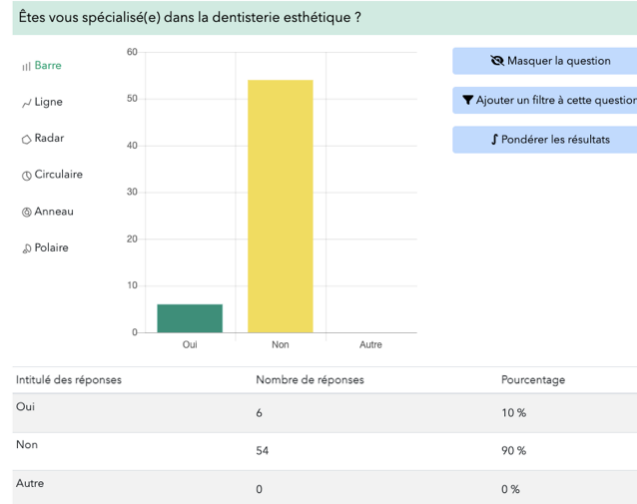


Figure 36 : Diagramme question 7 : Êtes-vous spécialisé(e) dans la dentisterie esthétique ?

3,3% pratiquent des actes esthétiques tels que les injections d'acide hyaluronique, et 4,9% s'y intéressent ou sont en formations pour les pratiquer.

Question 8

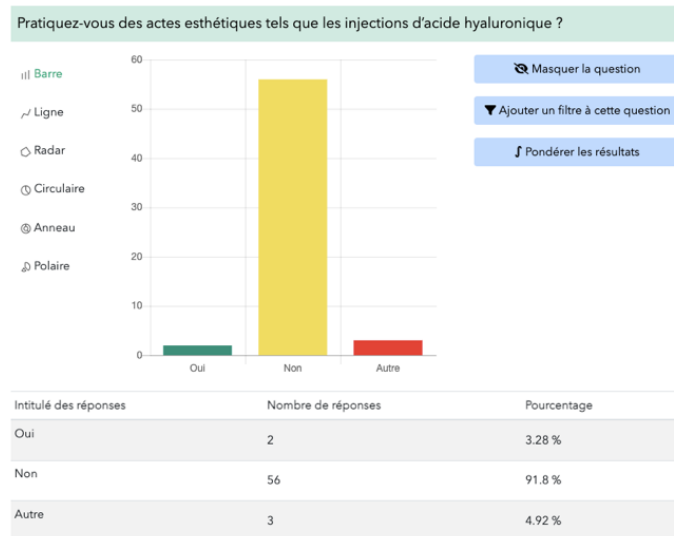


Figure 37 : Diagramme question 8 : Pratiquez-vous des actes esthétiques tels que les injections d'acide hyaluronique ?

6,6% des CD ont un ou plusieurs patients qui ont déjà eu recours à la bichectomie et 8,3% ne savent pas à propos de leurs patients.

Question 9

Avez-vous des patients qui ont déjà eu recours à la bichectomie ?

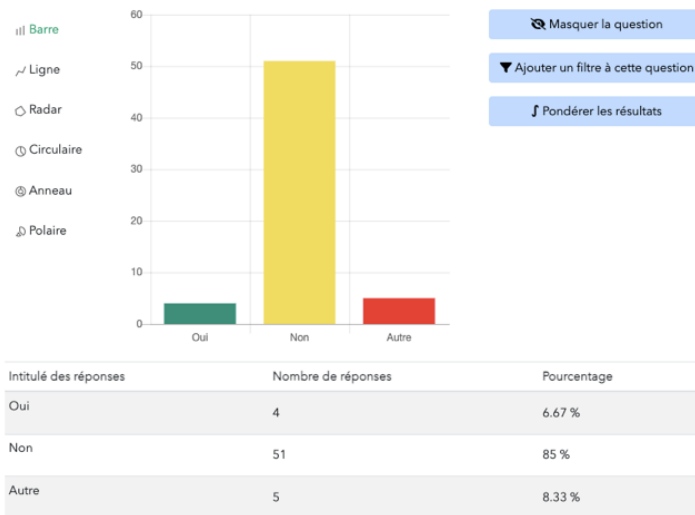


Figure 38 : Diagramme question 9 : Avez-vous des patients qui ont déjà eu recours à la bichectomie ?

3,3% des CD pratiquent ou connaissent un confrère qui pratique la bichectomie.

Question 10

Connaissez-vous des chirurgiens-dentistes qui pratiquent la bichectomie ou pratiquez-vous vous-même la bichectomie ?

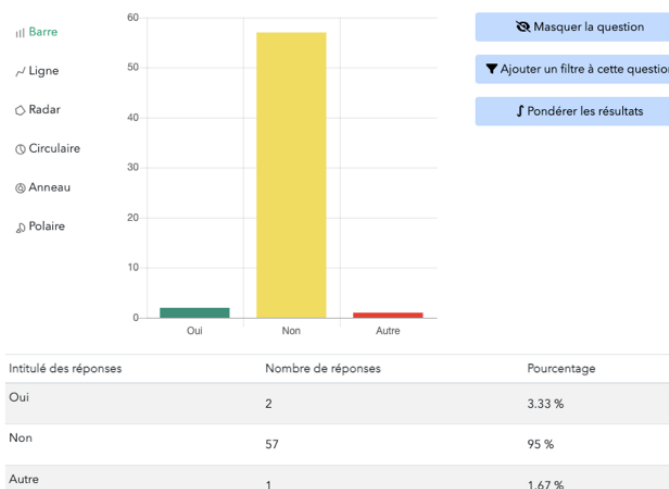


Figure 39 : Diagramme question 10 : Connaissez-vous des CD qui pratiquent la bichectomie ou pratiquez-vous vous-même la bichectomie ?

6,9% souhaiteraient ajouter cet acte dans leur arsenal thérapeutique.

Question 11

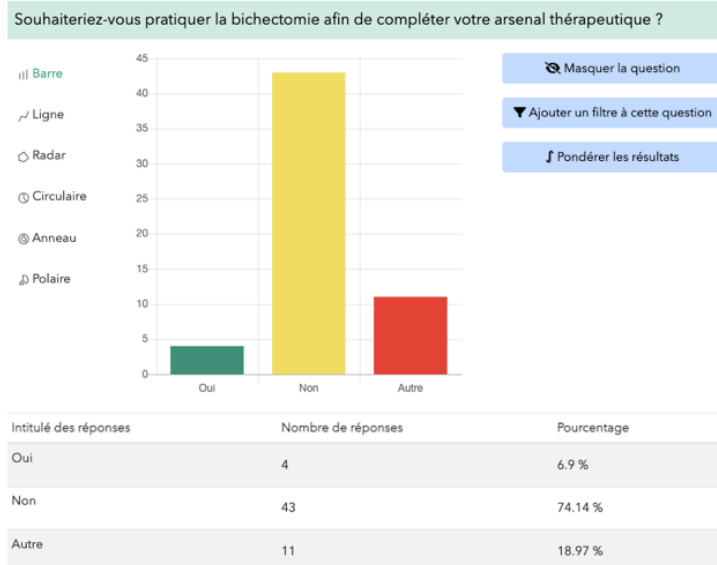


Figure 40 : Diagramme question 11 : Souhaitez-vous pratiquer la bichectomie afin de compléter votre arsenal thérapeutique ?

Détails du champ Autre

Afficher 10 éléments Rechercher :

Réponses	Date de la réponse
Ne sais pas ce que c'est	15/09/22
Nspp	14/09/22
Pourquoi pas	14/09/22
Peut être	14/09/22
Peut être	14/09/22
Si cela s'avère utile pourquoi pas	13/09/22
Je ne sais pas ce que c'est	13/09/22
Peut etret	13/09/22
Je ne sais pas	13/09/22
Ne sais pas car ne connaît pas	13/09/22

Affichage de l'élément 1 à 10 sur 11 éléments

Précédent 1 2 Suivant

Figure 41 : Diagramme question 11 détail

11,6% des CD sont en faveur de la pratique de la bichectomie à visée esthétique à intégrer dans un cabinet dentaire pour qui le souhaite, 55,7% ne se prononcent pas, et 32,7% sont contre cette pratique dans un cabinet dentaire.

Question 12

Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ?

Afficher 10 éléments

Rechercher :

Réponses	Date de la réponse
Ni pour ni contre, chacun	16/09/22
Contre	16/09/22
No.	16/09/22
Oui	16/09/22
Contre. Acte inutile très loin des préoccupations des chirurgiens dentistes et de la population. Peut être acte à réserver aux Tiktokeuses et autres qui devraient trouver des chirurgiens compétents à Dubai.	15/09/22
Ni pour ni contre. Demande à connaître avant de me prononcer	15/09/22
Contre la bichectomie tout court. Chirurgie irréversible et qui vieillit mal	14/09/22
Quand je saurai ce que c'est ?	14/09/22
À visée esthétique non, à visée thérapeutique oui	14/09/22
De	14/09/22

Affichage de l'élément 1 à 10 sur 52 éléments

Précédent 1 2 3 4 5 6 Suivant

Figure 42 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 1/6

Réponses	Date de la réponse
Convictions personnelles	14/09/22
Contre, aucune utilité de santé publique selon ma vision, et nous manquons de soignants avant de penser à faire de l'esthétique et non de la réparation	14/09/22
Je ne connais pas	14/09/22
Pourquoi pas mais cela sort un peu du cœur de métier.	14/09/22
Contre, c'est le travail des médecins	14/09/22
Pour Chirurgie dont l'emplacement est dans notre sphère de travail	14/09/22
Sans opinion, mais je ne le ferai pas	14/09/22
Aucun avis	14/09/22
Sans avis	14/09/22
Sans avis.	14/09/22

Affichage de l'élément 11 à 20 sur 52 éléments

Précédent 1 2 3 4 5 6 Suivant

Figure 43 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 2/6

Réponses	Date de la réponse
Je ne connais pas	14/09/22
...	14/09/22
Avec peu de connaissance sur le sujet, je ne pense pas que le retrait de tissu adipeux physiologique soit une option thérapeutique intéressante à moyen/long terme, surtout pour raison esthétique, en regard du futur vieillissement des tissus environnants qui n'est pas prédictible, et pourrait de fait, entraîner des conséquences disgracieuses au niveau facial.	14/09/22
Je suis contre la chirurgie Esthétique en général	14/09/22
Neutre	14/09/22
Ne me prononce pas	14/09/22
Ni pour ni contre... Cela dépend des compétences de chacun	13/09/22
Je n'ai pas d'avis sur la question.	13/09/22
Contre je pense que ça n'a peut d'impact sur nos traitements	13/09/22
Contre	13/09/22

Affichage de l'élément 21 à 30 sur 52 éléments

Précédent 1 2 3 4 5 6 Suivant

Figure 44 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 3/6

Réponses	↑↓ Date de la réponse ↓↑
Plutôt contre	13/09/22
Ne sachant pas quel est le principe je ne peux me prononcer	13/09/22
Ni pour ni contre	13/09/22
Contre focalisons nous sur notre travail	13/09/22
Je ne sais pas ce que c'est donc je ne peux pas répondre	13/09/22
En dehors de notre champ de compétences	13/09/22
Contre. Ça sort de notre domaine de compétences et nous avons déjà assez de travail avec les dents 😊	13/09/22
Ne connaît pas	13/09/22
Si la demande du patient est justifiée, je n'y vois pas d'inconvénient	13/09/22
Non, pas assez d'expérience dans les chirurgies de la face (sauf spécialisé chirurgie)	13/09/22

Affichage de l'élément 31 à 40 sur 52 éléments

Précédent 1 2 3 4 5 6 Suivant

Figure 45 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 4/6

Réponses	↑↓ Date de la réponse ↓↑
Il me semble que ça dépasse le domaine de la dentisterie qui légalement est défini comme le traitement des PATHOLOGIES des dents et des maxillaires ...	13/09/22
Sans opinion	13/09/22
Je ne sais pas	13/09/22
Neutre car ne connaît pas	13/09/22
Oui mais avec avis psy éventuel	13/09/22
Je ne vois pas l'intérêt	13/09/22
Pas d'avis	13/09/22
Pour avec une très bonne formation.	13/09/22
Je ne sais pas	13/09/22
Contre	13/09/22

Affichage de l'élément 41 à 50 sur 52 éléments

Précédent 1 2 3 4 5 6 Suivant

Figure 46 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 5/6

Réponses	↑↓ Date de la réponse ↓↑
Contre car notre rôle en tant que chirurgien dentiste n'est pas de modifier l'aspect esthétique d'un visage mais uniquement le sourire. Chacun doit garder son domaine, le chirurgien plastique ne s'occupe pas des dents et pourtant cela joue un rôle dans l'esthétique du sourire.	06/09/22
Pour si son indication est bien définie en amont.	05/09/22

Affichage de l'élément 51 à 52 sur 52 éléments

Précédent 1 2 3 4 5 6 Suivant

Figure 47 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 6/6

5.1.5 Discussion

Il s'agit-là d'une interrogation sur la connaissance de la bichectomie chez le chirurgien-dentiste, en effet, très peu de CD en France semble pratiquer cette chirurgie, ne sachant pas pratiquer l'acte, et n'ayant pas reçu suffisamment de demande de la part des patients pour s'interroger sur la pratique de la bichectomie.

5.1.6 Conclusion

Ce travail aura permis de mettre en exergue le ressenti de nos confrères chirurgiens-dentistes quant à l'approche de cette pratique au sein du cabinet dentaire, Mais aussi de mettre en avant la volonté de certains CD de pratiquer la bichectomie si le patient en fait la demande dans un cadre purement esthétique. Cette intervention étant principalement utilisée dans notre profession dans un but fonctionnel, de reconstruction lors de chirurgies telles que les communications bucco-sinusiennes ou la boule de Bichat n'est prélevée que partiellement.

5.2 Article : *Excision du corps adipeux de la joue pour l'affinement des joues*

(40)

5.2.1 Introduction

Le but de cet article de Traboulsi Garet et al. était d'analyser toutes les données pertinentes pour évaluer l'efficacité et la bénignité de la bichectomie pour améliorer l'esthétique inférieur du visage.(40)

5.2.2 Résultats

Sezgin et al. (41) ont évalué les changements volumétriques après ablation du CAJ au moyen d'une imagerie par ultrasons. Les auteurs ont trouvé une réduction de **3,10 mL** (IC à 95 % : 2,38 à 3,80 ; $P < 0,001$) et le volume moyen du tissu excisé était de **2,74 ± 0,69 mL** (intervalle : 1,8-4,9 mL) 6 mois après la chirurgie.

Dans une étude, 84,6 % ($n = 13$) des patients ont déclaré que leurs contours du visage s'étaient beaucoup améliorés et les 15,4 % restants ($n = 2$) ont remarqué que l'apparence de leurs joues après ablation du CAJ s'était affinée. (41)

Sept complications ont été signalées dans les procédures d'affinement des joues (taux moyen pondéré de complications postopératoires : 3,3 % ; IC à 95 % : 0 % à 10,5 %). Les complications les plus fréquentes étaient le trismus (2,24 % ; 3 cas), la paralysie transitoire de la branche buccale du nerf facial (1,49 % ; 2 cas), la fièvre (0,75 % ; un cas) et l'asymétrie faciale (0,75 % ; un cas) et les infections postopératoires (13,9 %). Aucune différence n'a été trouvée selon l'emplacement de l'incision. (14) (41) (42) (43)

5.2.3 Discussion

Cette étude a utilisé les méthodes recommandées pour les revues systématiques et les méta-analyses. Elle a permis d'analyser toutes les données pertinentes afin d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la bichectomie en tant que procédure esthétique pour améliorer l'esthétique inférieure du visage, suggérant que l'élimination des boules de Bichat avait une évolution initialement favorable sur l'esthétique faciale et un faible taux de complications postopératoires.

Cette procédure est récemment devenue très populaire afin d'affiner l'étage inférieur de la face en particulier dans la zone médiale des joues (2). Cependant, selon les résultats de l'article de Traboulsi Gare et al. (40) , les preuves scientifiques soutenant l'efficacité de ce traitement sont rares et de faible qualité. La procédure, qui est pratiquée couramment en Amérique latine,

manque de preuves scientifiques sur les répercussions esthétiques de cette technique chirurgicale.

Malgré la multitude d'utilisations cliniques et esthétiques, les indications chirurgicales appropriées pour le retrait du CAJ n'ont pas encore été complètement élucidées (44). En effet, comme le volume du CAJ évolue avec l'âge référence, son retrait peut accentuer le vieillissement facial. En effet, le CAJ est un support architectural majeur du visage. Par conséquent, des procédures supplémentaires telles que des greffes de graisse autologues et des injections peuvent être nécessaires pour rajeunir le visage quelques années après (45). Étant donné que les informations de suivi disponibles sont limitées, aucune des études incluses de l'article de Traboulsi Garet et al. (40) n'a évalué ces aspects futurs.

Des évaluations volumétriques ont montré que le CAJ commence à croître dans l'enfance et continue à l'âge adulte, passant de 4000 mm³ à 8000 mm³, et entre 20 et 50 ans chute progressivement jusqu' à 7000 mm³ (44). Étonnamment, dans une seule des études sélectionnées, le volume du CAJ préopératoire a été déterminé au moyen d'une imagerie par ultrasons (41). Dans cette étude, les auteurs ont retiré un volume moyen de 2,74 ml (intervalle : 1,8 à 4,9) (41).

6 Conclusion

L'exérèse des boules de Bichat est devenue en quelques années une intervention chirurgicale esthétique phare et prisée par les patients très soucieux de leur apparence physique et de l'esthétique de leur visage.

Notons que malgré cette tendance actuelle promue par de nombreuses célébrités, les preuves scientifiques et la différence significative dans l'esthétique du visage sont rares et souvent de faibles niveaux de preuves scientifiques.

Le retrait du corps adipeux de la joue est une technique efficace pour affiner la silhouette faciale qui doit être réservée aux patients ayant un volume de corps adipeux de la joue important pouvant être gênant (morsures répétées). L'élimination de la seule partie excessive du corps adipeux est importante car cette structure fournit un support important de l'étage inférieur du visage qui peut être difficile à restaurer une fois que le vieillissement affecte les tissus mous et osseux environnants.

Bien que le retrait du CAJ ait un résultat esthétique favorable et un faible taux de complications postopératoires, l'absence de données publiées sur les résultats de suivi à long terme suggèrent que l'exérèse du CAJ devrait être abordé avec prudence jusqu'à ce que ces données existent.

Cela ne sert qu'à corroborer davantage la controverse concernant l'ablation du corps adipeux buccal pour améliorer esthétiquement l'étage inférieur du visage.

Les recherches futures devraient systématiquement intégrer des examens d'image préopératoires pour la planification chirurgicale afin de déterminer l'extension et la symétrie du CAJ et d'établir un diagnostic différentiel dans les cas où il existe une incertitude concernant l'étiologie de la plénitude des joues (46). Par ailleurs il serait peut-être judicieux d'avoir à disposition un « face design » permettant de pré visualiser les résultats obtenus après la bichectomie comme les logiciels de planification d'esthétique dentaire (digitalsmiledesign ou smilecloud).

Références bibliographiques

1. Paul MD. The Anterior SMAS Approach for Facelifting and for Buccal Fat Pad Removal. *Aesthetic Plast Surg.* oct 2017;41(5):1100-5.
2. Jackson IT. Buccal fat pad removal. *Aesthet Surg J.* déc 2003;23(6):484-5.
3. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics. *Aesthet Surg J.* 1 mai 2017;37(suppl_2):1-29.
4. Chouikh F, Dierks EJ. The Buccal Fat Pad Flap. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* mai 2021;33(2):177-84.
5. Marzano UG. Lorenz Heister's Molar Gland. *Plast Reconstr Surg.* avr 2005;115(5):1389-93.
6. Kim MK, Han W, Kim SG. The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* déc 2017;39(1):5.
7. Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. Anatomical Structure of the Buccal Fat Pad and Its Clinical Adaptations: *Plast Reconstr Surg.* juin 2002;109(7):2509-18.
8. Tostevin PMJ, Ellis H. The buccal pad of fat: A review. *Clin Anat.* 1995;8(6):403-6.
9. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J Oral Maxillofac Surg.* juin 1986;44(6):435-40.
10. Dumont T, Simon E, Stricker M, Kahn JL, Chassagne JF. La graisse de la face : anatomie descriptive et fonctionnelle à partir d'une revue de la littérature et de dissections de dix hémifaces. *Ann Chir Plast Esthét.* févr 2007;52(1):51-61.
11. Yousuf S, Shane Tubbs R, Wartmann CT, Kapos T, Cohen-Gadol AA, Loukas M. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surg Radiol Anat.* juin 2010;32(5):427-36.
12. Kim JT, Sasidaran R. Buccal Fat Pad: An Effective Option for Facial Reconstruction and Aesthetic Augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* déc 2017;41(6):1362-74.
13. Pimentel T, Hadad H, Statkiewicz C, Alcantara-Júnior AG de, Vieira EH, Souza FÁ, et al. Management of Complications Related to Removal of the Buccal Fat Pad. *J Craniofac Surg.* 1 mai 2021;32(3):e238-40.
14. Matarasso A. Buccal Fat Pad Excision: Aesthetic Improvement of the Midface. *Ann Plast Surg.* mai 1991;26(5):413-8.
15. Dean A, Alamillos F, García-López A, Sánchez J, Peñalba M. The buccal fat pad flap in oral reconstruction. *Head Neck.* 2001;23(5):383-8.
16. Baumann A, Ewers R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* avr 2000;58(4):389-92; discussion 392-393.
17. Hai HK. Repair of palatal defects with unlined buccal fat pad grafts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* mai 1988;65(5):523-5.
18. Amin MA, Bailey BMW, Swinson B, Witherow H. Use of the buccal fat pad in the reconstruction and prosthetic rehabilitation of oncological maxillary defects. *Br J Oral Maxillofac Surg.* avr 2005;43(2):148-54.
19. Toshihiro Y, Nariai Y, Takamura Y, Yoshimura H, Tobita T, Yoshino A, et al. Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1 mai 2013;42(5):604-10.
20. Poeschl PW, Baumann A, Russmueller G, Poeschl E, Klug C, Ewers R. Closure of Oroantral Communications With Bichat's Buccal Fat Pad. *J Oral Maxillofac Surg.* juill 2009;67(7):1460-6.
21. Shibahara T, Watanabe Y, Yamaguchi S, Noma H, Yamane GY, Abe S, et al. Use

- of the buccal fat pad as a pedicle graft. *Bull Tokyo Dent Coll.* nov 1996;37(4):161-5.
22. Farré-Guasch E, Martí-Pagès C, Hernández-Alfaro F, Klein-Nulend J, Casals N. Buccal Fat Pad, an Oral Access Source of Human Adipose Stem Cells with Potential for Osteochondral Tissue Engineering: An In Vitro Study. *Tissue Eng Part C Methods.* oct 2010;16(5):1083-94.
 23. Locke M, Windsor J, Dunbar PR. Human adipose-derived stem cells: isolation, characterization and applications in surgery. *ANZ J Surg.* 2009;79(4):235-44.
 24. Broccaioli E, Niada S, Rasperini G, Ferreira LM, Arrigoni E, Yenagi V, et al. Mesenchymal Stem Cells from Bichat's Fat Pad: In Vitro Comparison with Adipose-Derived Stem Cells from Subcutaneous Tissue. *BioResearch Open Access.* avr 2013;2(2):107-17.
 25. Kishimoto N, Honda Y, Momota Y, Tran S. Dedifferentiated Fat (DFAT) cells: A cell source for oral and maxillofacial tissue engineering. *Oral Dis.* 2018;24(7):1161-7.
 26. Tapia A, Ruiz-de-Erenchun R, Rengifo M. Combined Approach for Facial Contour Restoration: Treatment of Malar and Cheek Areas during Rhytidectomy: *Plast Reconstr Surg.* août 2006;118(2):491-7.
 27. Xu J, Yu Y. A Modified Surgical Method of Lower-Face Recontouring. *Aesthetic Plast Surg.* avr 2013;37(2):216-21.
 28. Stevao E. Bichectomy or Bichatectomy - A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Adv Dent Oral Health.* 14 nov 2015;1.
 29. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
 30. Sørensen LT. Wound healing and infection in surgery: the pathophysiological impact of smoking, smoking cessation, and nicotine replacement therapy: a systematic review. *Ann Surg.* juin 2012;255(6):1069-79.
 31. Recommandations - SFCO [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.societechirorale.com/fr/sfco/recommandations-veille/recommandations>
 32. Gervais É. Bichectomie Turquie : Prix & Procédure - MeilleureClinique.fr [Internet]. MeilleureClinique. 2020 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.meilleureclinique.fr/blog/prix-bichectomie-turquie/>
 33. CCAM_V68_-_VF2.pdf [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V68_-_VF2.pdf
 34. Fiches patients [Internet]. UFSBD. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/fiches-patients/>
 35. Janc C. Le brossage bucco-dentaire en action : réalisation de vidéos pédagogiques [Internet]. Université de Lille; 2020 [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-32681>
 36. Jones CG. Chlorhexidine: is it still the gold standard? *Periodontol* 2000. oct 1997;15:55-62.
 37. Fiche-conseil-LES-EXTRACTIONS-DENTAIRES.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/06/Fiche-conseil-LES-EXTRACTIONS-DENTAIRES.pdf>
 38. reco-prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire-septembre2011.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/02/04/reco-prescription-des-antibiotiques-en-pratique-buccodentaire-septembre2011.pdf>
 39. Article L4141-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018899595?init=true&page=1&query=L4141-1&searchField=ALL&tab_selection=all
 40. Traboulsi-Garet B, Camps-Font O, Traboulsi-Garet M, Gay-Escoda C. Buccal fat pad excision for cheek refinement: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*

juill 2021;26(4):e474-81.

41. Sezgin B, Tatar S, Boge M, Ozmen S, Yavuzer R. The Excision of the Buccal Fat Pad for Cheek Refinement: Volumetric Considerations. *Aesthet Surg J*. 16 mai 2019;39(6):585-92.
42. Thomas MK, D'Silva JA, Borole AJ. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian J Plast Surg Off Publ Assoc Plast Surg India*. 2012;45(1):122-7.
43. Valencia LC, Pérez GF, Kaplan J, Fernández-Riera R. Buccal Fat Pad Excision: Hydrodissection Technique. *Aesthet Surg J*. 13 sept 2019;39(10):1037-45.
44. Jackson IT. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. *Plast Reconstr Surg*. juin 1999;103(7):2059-60; discussion 2061-2063.
45. Benjamin M, Reish RG. Buccal Fat Pad Excision: Proceed with Caution. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 16 oct 2018;6(10):e1970.
46. Moura LB, Spin JR, Spin-Neto R, Pereira-Filho VA. Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. juill 2018;23(4):e478-84.

Tables des illustrations

Figure 1 : Anatomie de la boule de Bichat d'après Kim M-K, Han W, Kim S-G. (6)

Figure 2 : Vue en coupe du CAJ et des structures adjacentes. (4)

Figure 3 : CBS suite à une extraction de 1^{ère} molaire maxillaire d'après Poeschl et al. (20)

Figure 4 : Résection du lambeau mucopériosté vestibulaire d'après Poeschl et al. (20)

Figure 5 : Déplacement du corps adipeux de la joue et sutures d'après Poeschl et al.(20)

Figure 6 : Fermeture mucopériostée par des points simples d'après Poechl et al (20)

Figure 7 : Patiente présentant des signes cliniques de vieillissement.(26)

Figure 8 : Une incision intrabuccale horizontale est pratiquée 1,5 cm dans la muqueuse buccale au niveau de la morsure (27)

Figure 9 : Le corps adipeux de la joue se montre après avoir séparé le muscle buccinateur (27)

Figure 10 : Lipectomie partielle du corps adipeux de la joue (27)

Figure 11 : Un pansement compressif a été mis en place (27)

Figure 12 : Photo exo buccales de face et de profil pré et post bichectomie d'une femme de 24 ans. (27)

Figure 13 : Petite incision jugale en regard de la 27 maxillaire.(28)

Figure 14 : Pince hémostatique légèrement ouverte insérée à travers l'incision dans les côtés gauche et droit. (28)

Figure 15 : Pince hémostatique légèrement ouverte insérée à travers l'incision dans les côtés gauche et droit. (28)

Figure 16 : Traction du corps adipeux à l'aide des pinces hémostatiques (28)

Figure 17 : L'ensemble du corps adipeux est retiré et exposé à la cavité buccale. (28)

Figure 18 : Le pédicule du corps adipeux sous traction est sectionné. (29)

Figure 19 : Les corps adipeux droit et gauche exposés après avoir été entièrement retirés en une seule pièce. (28)

Figure 20 : Un seul point de suture suffit normalement pour refermer l'incision. (28)

Figure 21 : Photographie exobuccale de face d'une même patiente. La première photo montre une patiente avant la bichectomie. La deuxième photo montre un suivi de deux mois. La dernière photo est quatre mois après l'opération. (28)

Figure 22 : Plateau technique pour une bichectomie

Figure 23 : Mail envoyé au CD conseil des Hauts-De-France Dr DEVAUX

Figure 24 : Mail envoyé à l'ARS

Figure 25 : Mail reçu de l'ARS

Figure 26 : Mail reçu de General Dental Council

Figure 27 : Mail reçu de de la FNOMCeO

Figure 28 : Devis pour bichectomie

Figure 29 : Recommandation après chirurgie 1/2

Figure 30 : Recommandation après chirurgie 2/2

Figure 31 : Exemple de consentement éclairé donné à chaque patient avant une intervention chirurgicale.

Figure 32 : Diagramme question 1 : Je suis ?

Figure 33 : Diagramme question 4 : Avez-vous entendu parler de la bichectomie ?

Figure 34 : Diagramme question 5 : Savez-vous ce qu'est la bichectomie ?

Figure 35 : Diagramme question 6 : Vous êtes-vous déjà renseigné(e) sur cet acte ?

Figure 36 : Diagramme question 7 : Êtes-vous spécialisé(e) dans la dentisterie esthétique ?

Figure 37 : Diagramme question 8 : Pratiquez-vous des actes esthétiques tels que les injections d'acide hyaluronique ?

Figure 38 : Diagramme question 9 : Avez-vous des patients qui ont déjà eu recours à la bichectomie ?

Figure 39 : Diagramme question 10 : Connaissez-vous des CD qui pratiquent la bichectomie ou pratiquez-vous vous-même la bichectomie ?

Figure 40 : Diagramme question 11 : Souhaiteriez-vous pratiquer la bichectomie afin de compléter votre arsenal thérapeutique ?

Figure 41 : Diagramme question 11 détail

Figure 42 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 1/6

Figure 43 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 2/6

Figure 44 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 3/6

Figure 45 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 4/6

Figure 46 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 5/6

Figure 47 : Question 12 : Êtes-vous pour ou contre la pratique de la bichectomie à visée esthétique dans un cabinet dentaire ? Pourquoi ? 6/6

Tables des tableaux

Tableau 1 : Indications et contre-indications de la bichectomie (4)

Tableau 2 : Récapitulatif des avantages et inconvénients de la bichectomie

Bichectomie en chirurgie orale, intérêts et impacts esthétiques sur le patient.
TACQUET Théophile. - p. (69) : ill. (47) ; réf. (46).

Domaines : Chirurgie orale

Mots clés libres : Boule de Bichat, corps adipeux de la joue, bichectomie, esthétique

Résumé de la thèse :

Bien que les canons de beautés évoluent sans cesse, ces dernières années avec l'avènement des réseaux sociaux, les critères d'esthétiques de la face ont été encore plus mis en avant et révolutionnés. En effet pendant longtemps les visages arrondis et aux joues pleines étaient un symbole de beauté et de bonne santé. De nos jours, la tendance est aux pommettes saillantes marquant un visage fin et creusé.

Grâce à internet, l'accès à l'information médicale a été facilité pour les patients et un engouement vers la chirurgie plastique s'est fait remarquer.

De plus en plus de patients sont demandeurs de traitement plus ou moins invasifs afin de se rapprocher des canons actuels. Ces derniers sont de moins en moins réticents à subir des interventions à visée esthétique et les assument. Ainsi, nombreux d'entre eux souhaitent avoir recours à la bichectomie qui consiste à l'exérèse souvent totale du corps adipeux de la joue (anciennement nommée boule de bichât).

Cette partie grasseuse de l'organisme se trouvant dans la sphère orale peut mener à la question suivante : un chirurgien-dentiste est-il habilité à réaliser une bichectomie bilatérale à visée esthétique ? Y a-t-il de réels bénéfices sur l'esthétique faciale ? Cette thèse a pour but de répondre du mieux possible à ces questions.

JURY :

Président : Professeur AGOSSA Kevimy

Assesseurs : Monsieur le Docteur NAWROCKI Laurent
Madame le Docteur DE BROUCKER Amélie
Madame le Docteur GHEHIOUECHE Nejma