



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Qualité de vie après chirurgie orthognathique chez des patients
présentant une déficience intellectuelle**

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2019 à
18h au Pôle Formation
Par Alexandra PROMERAT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Joël FERRI

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gwenaël RAOUL

Monsieur le Docteur Romain NICOT

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Sandrine TOUZET-ROUMAZEILLE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Table des matières

Introduction :	1
Patients et méthodes :	3
Résultats :	5
Tableau 1:	6
Figure 1:	7
Figure 2:	8
Figure 3:	9
Figure 4:	10
Tableau 2:	13
Discussion :	15
Conclusion :	19
Abstract :	20
Références:	21

Introduction :

Au cours des dernières décennies, la chirurgie orthognathique est devenue un acte chirurgical courant dans la prise en charge des dysmorphoses dento-faciales. Il s'agit d'une procédure pouvant apporter des améliorations sur le plan fonctionnel ainsi que sur le plan esthétique avec une faible morbidité et peu de complications post-opératoires. Plusieurs études ont montré une amélioration de la qualité de vie (QDV) après chirurgie orthognathique (1–3). Néanmoins cette chirurgie nécessite une grande compliance de la part du patient et de son entourage durant toutes les phases de traitement. Cette coopération s'impose en amont de la phase chirurgicale dans le but d'obtenir une bonne préparation orthodontique mais aussi dans les suites afin de respecter les consignes post-opératoires : blocage intermaxillaire (BIM), alimentation adaptée, contre-indication à la pratique physique et sportive, observance de la kinésithérapie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental ou déficience intellectuelle comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». La compliance de ces patients aux traitements peut être difficile à obtenir, en particulier pour le traitement orthodontique. Ce défaut de compliance peut être considéré comme un obstacle majeur à la réalisation d'une chirurgie orthognathique chez les patients présentant un handicap mental.

Cependant une dysmorphose faciale associée à un trouble occlusal majeur est fréquente dans ce type de population et peut entraîner des troubles fonctionnels variés comme des difficultés de mastication, des dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires (ATM), des troubles de la sécrétion salivaire, de phonation ou des difficultés psychologiques. Une dysmorphose faciale marquée peut être stigmatisante et entraîner un plus grand isolement social des patients présentant une déficience intellectuelle. Dans certains cas, la prise de conscience par le patient de sa dysmorphose ou d'une gêne fonctionnelle motive sa demande de chirurgie afin de corriger ces troubles.

Peu d'études ont évalué les effets de la chirurgie orthognathique chez des patients présentant un handicap mental (4,5).

L'OMS définit la QDV comme étant « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations ».

Différentes échelles ont été employées pour évaluer la QDV comme OHIP 14 (Oral Health Impact Questionnaire) (6) ou OQLQ (Orthognathic Quality of Life Questionnaire) plus spécifiquement pour la chirurgie orthognathique.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les modifications de QDV après chirurgie orthognathique chez des patients présentant une déficience intellectuelle. Le taux de complications, les difficultés liées au traitement en pré et post-opératoires ont également été étudiés.

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée dans le service de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie du CHRU de Lille entre 2007 et 2017. Les patients présentant une déficience intellectuelle et ayant bénéficié d'une chirurgie orthognathique ont été inclus. La chirurgie consistait en une ostéotomie maxillaire et/ou ostéotomie mandibulaire avec ou sans génioplastie associée. Un BIM par élastiques était maintenu en post-opératoire pour une durée de 2 semaines. L'alimentation était liquide durant le blocage puis molle durant les 6 semaines suivant l'arrêt du blocage.

Critère de jugement principal :

Nous avons utilisé une version modifiée du OQLQ afin d'évaluer les modifications de qualité de vie après chirurgie orthognathique.

L'entourage des patients (famille ou tuteur) a été sollicité afin de répondre au questionnaire. Ils ont été interrogés sur différents items concernant notamment les domaines fonctionnel, esthétique et social, avec une échelle de réponses allant de « beaucoup moins bien après chirurgie » à « beaucoup mieux après chirurgie ».

Ce questionnaire comportait également des questions sur les difficultés de maintien des consignes postopératoires évaluées sur une échelle allant de 0 (pas de difficulté) à 5 (extrêmement difficile) et sur la satisfaction globale suite à l'opération (recommandation ou non de cette chirurgie).

Critères de jugement secondaires :

Le traitement orthodontique pré-opératoire, le type de dysmorphose dento-squelettique, la compliance post-opératoire et les complications ont également été relevés.

Résultats :

Données :

Huit patients ont été inclus (6 femmes, 2 hommes) avec un âge moyen à la chirurgie de 18,2 ans. Quatre patients présentaient une classe II d'Angle, 3 patients une classe III et 1 patient présentait une classe I avec pro-alvéolie antérieure.(Tableau 1)

Une ostéotomie bimaxillaire a été réalisée chez 7 patients, associée à une génioplastie pour 4 de ces patients. Un patient a bénéficié d'une ostéotomie maxillaire segmentaire. Six patients ont eu une préparation orthodontique complète. Deux cas sont présentés en exemple dans les Figures 1 à 4.

Les réponses au questionnaire sont présentées dans le Tableau 2.

Patient	Age à la chirurgie (an)	Genre	Dysmorphose dento-squelettique	Préparation orthodontique	Chirurgie	BIM	Récidive
1	19	F	CI II	Oui	Ostéotomie bimaxillaire	Oui	Discrète récidive
2	18	F	CI II	Non	Ostéotomie bimaxillaire	Oui	0
3	17	F	Proalvéolie antérieure	Oui	Ostéotomie segmentaire	Non	0
4	18	M	CI II	Non	Ostéotomie bimaxillaire	Oui	Discrète récidive
5	19	F	CI II	Oui	Ostéotomie bimaxillaire + génioplastie	Oui	Discrète récidive
6	19	F	CI III	Oui	Ostéotomie bimaxillaire + génioplastie	Oui	Discrète récidive
7	22	M	CI III	Oui	Ostéotomie bimaxillaire + génioplastie	Oui	Discrète récidive
8	17	F	CI III	Oui	Ostéotomie bimaxillaire + génioplastie	Oui	0

Tableau 1 : Caractéristiques des patients étudiés



Figure 1 : Patiente de 17 ans présentant une déficience intellectuelle suite à une infection congénitale à CMV. Photographies préopératoires

A : De face B : De profil C : Cliché occlusal



Figure 2 : Patiente de 17 ans présentant une déficience intellectuelle suite à une infection congénitale à CMV. Photographies postopératoires

A : De face B : De profil C : Cliché occlusal



Figure 3 : Patient de 18 ans présentant un syndrome de Doose. Photographies préopératoires

A : De face B : De profil C : Cliché occlusal



Figure 4 : Patient de 18 ans présentant un syndrome de Doose. Photographies postopératoires

A : De face B : De profil C : Cliché occlusal

Questionnaire :

- Aspect esthétique :

Concernant l'aspect global du visage, une amélioration a été notée pour tous les patients. Pour 5 patients (62,5%) l'aspect global du visage était considéré comme « beaucoup mieux après chirurgie » et « mieux après chirurgie » pour 3 patients (32,5%). Cette satisfaction globale des patients sur le plan esthétique était aussi retrouvée concernant les modifications de l'aspect du visage de face et de profil. Aucune modification n'a été perçue concernant l'aspect du nez pour la moitié des patients. Aucune réponse négative (« moins bien » ou « beaucoup moins bien après la chirurgie ») n'a été relevée.

- Aspect social :

Cinq des 8 patients (62,5%) ont présenté une amélioration de l'estime de soi. La participation aux événements sociaux/familiaux était meilleure ou bien meilleure après chirurgie pour 5 patients (62,5%). Aucune réponse négative n'a été relevée sur l'aspect social.

- Aspect fonctionnel :

Une amélioration dans les différentes fonctions évaluées a été constatée pour la plupart des patients après chirurgie. Les principales améliorations concernaient la mastication (75%), la capacité à mobiliser la mâchoire (75%). Une amélioration sur les ronflements et la respiration ont été notées respectivement pour 50% et 37,5% des

patients. Concernant le fonctionnement des ATM, 2 patients étaient évalués comme étant moins bien après chirurgie sur le plan des douleurs et bruits articulaires.

- Suites opératoires :

La difficulté à maintenir le BIM a été évaluée à plus de 3/5 pour plus de la moitié des familles interrogées. Des résultats similaires ont été retrouvés concernant le maintien des restrictions alimentaires : 87,5% des réponses étaient supérieures à 3/5.

- Recommandation :

Dans notre série, 87,5% des personnes ayant répondu au questionnaire recommanderaient ce type de chirurgie pour des patients présentant le même type de pathologie.

Question	Beaucoup mieux	Mieux	Inchangé	Moins bien	Beaucoup moins bien	
1- Modification de l'aspect du visage de face	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0	0	0	
2- Modification de l'aspect du visage de profil	4 (50%)	4 (50%)	0	0	0	
3- Modification de la façon dont les dents et gencives sont visibles (en dehors du sourire)	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	0	0	
4- Modification du sourire	5 (62,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)	0	0	
5- Modification de l'aspect du nez	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)	0	0	
6- Modification de l'aspect global du visage	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0	0	0	
7- Modification de la confiance en soi	4 (50%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	0	0	
8- Participation sociale (événements familiaux, intégration dans le foyer)	3 (37,5%)	2 (25%)	3 (37,5%)	0	0	
9- Capacité à mâcher, croquer	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)	0	0	
10- Capacité à mobiliser la mâchoire	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	0	0	
11- Ouverture buccale	3 (37,5%)	2 (25%)	3 (37,5%)	0	0	
12- Phonation et articulation	4 (50%)	0	2 (25%)	2 (25%)	0	
13- Odorat	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	0	0	
14- Audition	2 (25%)	1 (12,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	0	
15- Respiration	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	0	0	
16- Ronflements	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)	0	0	
17- Douleurs, bruits articulaires	2 (25%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	0	
Difficultés post-opératoires	0	1	2	3	4	5
18- Blocage intermaxillaire	1 (12,5%)	0	0	2 (25%)	2 (25%)	3 (37,5%)
19- Alimentation	1 (12,5%)	0	0	1 (12,5%)	5 (62,5%)	1 (12,5%)
Recommandation	Oui	Non				
Recommanderiez-vous cette chirurgie pour des patients présentant la même pathologie ?	7	1				

Tableau 2 : Résultats des réponses au questionnaire de qualité de vie

Critères de jugement secondaires :

Aucune complication majeure n'a été notée en post-opératoire. Tous les patients ayant eu un BIM l'ont maintenu pendant 2 semaines et tous ont respecté les consignes alimentaires.

Cinq patients présentaient une discrète récurrence de leur trouble occlusal à la consultation de contrôle à 1 an.

Discussion :

La décision de réaliser un traitement ortho-chirurgical d'une dysmorphose faciale chez les patients présentant un handicap mental doit être prise avec précaution.

De nos jours, avec un soutien suffisant, les patients présentant une déficience intellectuelle peuvent accéder à un emploi, une intégration sociale, familiale, etc.

Chez les patients avec un handicap mental, une dysmorphose marquée associée à des troubles fonctionnels peut souligner ou accentuer le déficit intellectuel et entraîner une stigmatisation du patient, perturbant ainsi son intégration sociale. L'aspect facial reste un facteur péjoratif d'intégration quand des déformations significatives sont présentes.

La chirurgie esthétique faciale a été proposée dans certains pays pour de jeunes enfants présentant un syndrome de Down. Certaines études ont relevé un effet positif, d'autres sont plus réservées (9). Cependant la chirurgie orthognathique est une chirurgie plus correctrice qu'esthétique, car au-delà des résultats esthétiques, c'est un bénéfice fonctionnel qui est attendu. De plus, celle-ci est réalisée chez des patients plus âgés, souvent plus conscients de leur aspect facial et moins à risque d'expérimenter l'intervention chirurgicale comme une agression.

En population générale, l'aspect esthétique facial est un facteur majeur dans le choix du patient de corriger une dysmorphose faciale. Quand cette dysmorphose est perçue comme un handicap, l'amélioration de l'aspect esthétique après chirurgie est associée à une amélioration sur le plan psychologique de la QDV (10).

Plusieurs études ont aussi montré une amélioration après chirurgie orthognathique sur le plan fonctionnel, psychologique et de façon globale sur la QDV (3, 10-14). Nous avons retrouvé des résultats similaires dans notre étude avec une amélioration sur le plan esthétique, social, fonctionnel et sur la QDV globale des patients. Dans notre étude, l'aspect facial global était considéré comme amélioré pour tous les patients. Une meilleure intégration sociale était également notée pour 62,5% des patients. Les familles rapportaient que les remarques positives faites par l'entourage sur l'amélioration esthétique aidaient le patient à se sentir plus confiant.

Néanmoins, une évaluation globale du patient, de son handicap, de sa dysmorphose et de son entourage est primordiale avant de prévoir une chirurgie orthognathique. La capacité du patient à comprendre et accepter le plan de traitement peut être un obstacle majeur à la réalisation d'une chirurgie orthognathique.

Les patients avec handicap mental ont tendance à avoir un suivi dentaire faible et une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraînant une fréquence accrue de caries, d'infections locales (15-17) et des difficultés lors du traitement orthodontique. Le traitement orthodontique peut aussi être difficilement supporté par le patient. Une préparation incomplète est fréquente dans ces cas (16-18). Les déficits intellectuels majeurs ne peuvent pas être traités mais le fait que certains patients ne puissent pas avoir de traitement orthodontique ne signifie pas nécessairement qu'une chirurgie ne peut pas être réalisée. Dans notre service, une consultation est dédiée à ces patients. Plus de 400 cas sont régulièrement suivis mais seulement une faible proportion de ces patients a pu bénéficier d'un traitement orthodontique (avec ou sans chirurgie orthognathique). De ce fait, dans certaines circonstances la chirurgie orthognathique a dû être réalisée sans préparation orthodontique. Pour ces cas, une chirurgie segmentaire a pu être proposée. Bien que cette technique ne permette pas d'obtenir

une occlusion parfaite, une amélioration majeure de l'occlusion a été obtenue en post-opératoire avec un bénéfice important pour le patient.

Du fait de la déficience intellectuelle, nous avons choisi de réaliser une hétéro-évaluation de la QDV dans notre étude. Dans l'étude menée par Derwent *et al.* les scores aux questionnaires d'évaluation de QDV remplis en auto-évaluation par l'enfant et en hétéro-évaluation par les parents étaient similaires.

Le rôle de la famille et de façon plus large de l'entourage du patient est fondamental pour réaliser une chirurgie orthognathique chez les patients en situation de handicap mental, notamment pour aider à la compréhension et l'acceptation du traitement. Le degré de handicap joue aussi un rôle important dans la capacité de compréhension du patient (16). Dans notre étude, la plupart des familles ont trouvé qu'il était difficile de maintenir le BIM et les restrictions alimentaires après chirurgie. Ces consignes post-opératoires sont particulièrement importantes pour assurer la stabilité de l'occlusion obtenue. Cependant, aucun patient n'a été contraint d'arrêter de suivre ces consignes. Le respect des consignes post-opératoires avec l'aide de l'entourage peut expliquer l'absence de complication majeure dans notre étude, en particulier l'absence d'infection malgré les difficultés de maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire chez ces patients. Dans leur étude Bock *et al.* retrouvaient peu de complications post-opératoires chez les patients handicapés et ne retrouvaient pas de différence sur le taux de complications et de rechute par rapport à des patients non handicapés (4). Nos résultats étaient similaires sur le taux de complications mais dans la plupart des cas une discrète rechute était observée en consultation, celle-ci étant cependant bien tolérée par le patient. La récurrence chez ces patients est principalement due à des para-fonctions, souvent décrites chez les patients présentant un déficit intellectuel. Il est par exemple courant de retrouver des patients « long face » avec béance

antérieure liée à une hypotonie musculaire fréquemment observée chez ces patients. Dans certains cas une récurrence partielle est quasiment certaine, en dépit de la qualité de la rééducation post-opératoire. Néanmoins l'amélioration clinique post-opératoire reste significative.

Dans notre étude, 25% des patients étaient insatisfaits sur le plan des bruits articulaires et des douleurs des mâchoires après chirurgie orthognathique. Des troubles des ATM après chirurgie orthognathique ont également été retrouvés dans d'autres études en population générale (3, 20, 21). Du fait du caractère rétrospectif de notre étude, nous n'avons pas pu évaluer si ces troubles étaient apparus suite à la chirurgie ou s'ils étaient présents antérieurement.

Malgré quelques troubles post-opératoires (troubles des ATM, discrète récurrence), l'évaluation subjective de QDV après chirurgie orthognathique par le patient et son entourage est globalement positive. Dans notre étude, 87,5% des familles recommanderaient ce type de chirurgie pour les patients présentant la même pathologie.

Conclusion :

Une amélioration de QDV a été observée après chirurgie orthognathique chez des patients présentant une déficience intellectuelle sur le plan esthétique, fonctionnel et social sans complication majeure. Le handicap mental ne devrait pas être considéré comme une contre-indication à la chirurgie orthognathique. Une évaluation globale du handicap du patient, de sa dysmorphose et de la qualité de son entourage doit être effectuée lors de la mise en place du plan de traitement. Bien que l'évaluation objective des résultats thérapeutiques en terme de traitement orthodontique et d'occlusion post-opératoire ne soit pas toujours entièrement satisfaisante comparée aux résultats obtenus en population standard, dans des cas bien sélectionnés la chirurgie orthognathique peut grandement améliorer la QDV des patients en situation de handicap mental sur le plan fonctionnel, esthétique et social.

Abstract

Introduction: Orthognathic surgery is a common procedure in facial deformities treatment but requires a high level of compliance from the patient. Performing this treatment for mentally disabled patients is a subject of discussion. The aim of this study was to evaluate the quality of life (QOL) after orthognathic surgery in disabled patients.

Material and methods: Eight patients with mental disability who underwent orthognathic surgery between 2007 and 2017 participated in this study. Their family or guardian completed a questionnaire to assess modification in aesthetic, functional and social abilities after orthognathic surgery. Complications, difficulties in maintaining postoperative cares were also recorded.

Results: All patients had improvement in global facial aesthetic. 62,5% of the patients had improvement in self-esteem and confidence in social events. Regarding functional aspect, the main improvement was found in chewing (75%) and ability to move the jaw (75%). 2 patients (25%) found that jaw noises and pain were worse after surgery. No major complication occurred. Postoperative care was hard to follow but no patient had to stop maxillomandibular fixation.

Conclusion: On well selected cases, orthognathic surgery is a safe procedure which provides improvement in QOL in disabled patients.

Références

1. Göelzer JG, Becker OE, Haas Junior OL, Scolari N, Santos Melo MF, Heitz C, et al. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile (OHIP) in patients with different dentofacial deformities undergoing orthognathic surgery: a before and after comparison. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. nov 2014;43(11):1352-9.
2. Sun H, Shang H, He L, Ding M, Su Z, Shi Y. Assessing the Quality of Life in Patients With Dentofacial Deformities Before and After Orthognathic Surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. oct 2018;76(10):2192-201.
3. Ghorbani F, Gheibollahi H, Tavanafar S, Eftekharian HR. Improvement of Esthetic, Functional, and Social Well-Being After Orthognathic Surgical Intervention: A Sampling of Postsurgical Patients Over a 10-Year Period From 2007 to 2017. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. nov 2018;76(11):2398-403.
4. Bock JJ, Maurer P, Otto C, Fuhrmann RAW, Schubert J. Complications of orthodontic-orthognathic surgery treatment in mentally handicapped patients. *J Craniomaxillofac Surg*. avr 2006;34(3):156-61.
5. Becking AG, Tuinzing DB. Orthognathic surgery for mentally retarded patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. août 1991;72(2):162-4.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. août 1997;25(4):284-90.
7. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific

- quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol.* juin 2000;28(3):195-201.
8. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dent Oral Epidemiol.* avr 2002;30(2):81-90.
 9. Widgerow AD, Chait LA. Aesthetic perspectives regarding physically and mentally challenged patients. *Plast Reconstr Surg.* mai 2000;105(6):2251-4; discussion 2255-2256.
 10. Lazaridou-Terzoudi T, Kiyak HA, Moore R, Athanasiou AE, Melsen B. Long-term assessment of psychologic outcomes of orthognathic surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* mai 2003;61(5):545-52.
 11. Mendes de Paula Gomes A, Adas Saliba Garbin C, da Silva Ferraz FW, Adas Saliba T, Isper Garbin AJ. Dentofacial Deformities and Implications on Quality of Life: A Presurgical Multifactorial Analysis in Patients Seeking Orthognathic Surgical Treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* févr 2019;77(2):409.e1-409.e9.
 12. Eslamipour F, Najimi A, Tadayonfard A, Azamian Z. Impact of Orthognathic Surgery on Quality of Life in Patients with Dentofacial Deformities. *Int J Dent.* 2017;2017:4103905.
 13. Emadian Razvadi ES, Soheilifar S, Esmaeelinejad M, Naghdi N. Evaluation of the Changes in the Quality of Life in Patients Undergoing Orthognathic Surgery: A Multicenter Study. *Journal of Craniofacial Surgery.* nov 2017;28(8):e739-43.
 14. Kufra K, Peacock ZS, Chuang S-K, Inverso G, Levin LM. Components of Patient

Satisfaction After Orthognathic Surgery: Journal of Craniofacial Surgery. janv 2016;27(1):e102-5.

15. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. Spec Care Dentist. juin 2010;30(3):110-7.
16. Solanki J, Khetan J, Gupta S, Tomar D, Singh M. Oral rehabilitation and management of mentally retarded. J Clin Diagn Res. janv 2015;9(1):ZE01-06.
17. Mubayrik AB. The Dental Needs and Treatment of Patients with Down Syndrome. Dental Clinics of North America. juill 2016;60(3):613-26.
18. Bock JJ, Maurer P, Sterzik G, Schubert J. Possibilities and Limitations of Comprehensive Treatment of Mentally Retarded Patients with Cleft Lip, Alveolus and Palate. Journal of Orofacial Orthopedics. 1 mai 2004;65(3):259-68.
19. Derwent SK, Hunt NP, Cunningham SJ. A comparison of parents' and patients' views of orthognathic treatment. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 2001;16(3):171-8.
20. Song YL, Yap AUJ. Orthognathic treatment of dentofacial disharmonies: its impact on temporomandibular disorders, quality of life, and psychosocial wellness. Cranio. janv 2017;35(1):52-7.

AUTEUR : Nom : PROMERAT

Prénom : Alexandra

Date de Soutenance : 18 juin 2019

Titre de la Thèse : Qualité de vie après chirurgie orthognathique chez des patients présentant une déficience intellectuelle

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie

DES + spécialité : DES Chirurgie générale, DESC Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie

Mots-clés : chirurgie orthognathique, handicap, qualité de vie

Résumé :

Contexte : La chirurgie est un acte chirurgical courant dans le traitement des dysmorphoses dento-faciales mais nécessite une grande compliance de la part du patient et de son entourage. Sa réalisation chez le patient handicapé mental est sujette à discussion. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie (QDV) après chirurgie orthognathique chez des patients présentant une déficience intellectuelle.

Patients et méthodes : Huit patients présentant un handicap mental et ayant eu une chirurgie orthognathique entre 2007 et 2017 ont participé à cette étude. Leurs familles ou responsables ont répondu à un questionnaire pour évaluer les modifications sociales, esthétiques et fonctionnelles après chirurgie. Le taux de complications, les difficultés de soins postopératoires ont été relevés.

Résultats : Tous les patients ont présenté une amélioration de l'esthétique globale du visage, 62,5% des patients présentaient une amélioration de l'estime de soi et de la participation lors des événements sociaux. Sur le plan fonctionnel, une amélioration a été retrouvée pour la mastication (75%) et la mobilité de la mâchoire (75%). Deux patients (25%) étaient insatisfaits pour les bruits articulaires et les douleurs de mâchoires. Aucune complication majeure n'est survenue. Les consignes postopératoires étaient difficiles à maintenir pour la plupart des patients mais aucun n'a dû arrêter le blocage intermaxillaire.

Conclusion : Dans des cas bien sélectionnés, la chirurgie orthognathique est une intervention pouvant améliorer la QDV chez les patients handicapés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Joël FERRI

Assesseurs : Monsieur le Professeur Gwenaël RAOUL

Monsieur le Docteur Romain NICOT

Madame le Docteur Sandrine TOUZET-ROUMAZEILLE