Avant-propos

M. Makaremi^{1,3}, M. El Okeily^{2,3}

¹ Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

² Chirurgien maxillo-facial

³ Pratique privée

« Avec les années, j'ai appris que quand on prend une décision, la peur s'en va. »

Rosa Parks, figure emblématique de la lutte contre les ségrégations raciales.

La difficulté d'une indication chirurgicale est une constante tout au long de l'Histoire de la médecine. Par exemple, en 1559, Henri II se blesse à la tête lors d'un tournoi. Ne sachant s'il doit intervenir chirurgicalement pour enlever l'éclat de bois ou le laisser en place, le père de la chirurgie moderne Ambroise Paré¹ s'exerce sur des têtes de condamnés à mort fraîchement décapités. Voyant les dommages que sa chirurgie causerait au Roi, il décide alors de ne pas intervenir. Henri II mourra après dix jours de grandes souffrances.

De nos jours, de nombreuses spécialités s'interrogent en permanence sur ce qui est du ressort d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale, on peut citer la carcinologie, la traumatologie crânienne et, dans une certaine mesure, l'orthopédie dento-faciale.

Différents éléments contribuent à la complexité d'une indication de chirurgie orthognathique. L'os alvéolaire étant une entité théorique, il est difficile de définir avec précision l'amplitude des mouvements alvéolaires possible chez un individu et, par conséquent, les limites de ce qui est du ressort d'une thérapeutique purement orthodontique ou orthodontico-chirurgicale. C'est une chirurgie non vitale qui touche une zone clé du corps humain, carrefour de nombreuses fonctions.

La prédiction de la croissance faciale est complexe et incertaine, la mise en œuvre d'un protocole chirurgico-orthodontique est pluridisciplinaire et nécessite une symbiose entre chirurgien et orthodontiste.

Cependant, de par l'efficacité des solutions qu'elle apporte face aux dysmorphoses cranio-faciales, la chirurgie orthognathique n'a cessé de se développer. Lorsque l'on effectue une recherche bibliographique simple sur PubMed^R avec comme mot-clé *orthognathic surgery*, on retrouve environ 4 300 articles publiés de 1944 à 2015. Le plus ancien, de F.W. Merrifield², parlait déjà de l'apport possible de la chirurgie maxillo-faciale à l'orthodontie. Or, environ 60 % de ces articles sont publiés les dix dernières années (2006-2015), alors que les 40 % restant l'ont été les 60 premières années. Cette augmentation récente quasi exponentielle témoigne de son essor considérable, mais également de toutes les interrogations qu'elle suscite.

La densité actuelle de l'arsenal thérapeutique, orthodontique et chirurgical, rend nécessaire l'adoption d'une vision claire du protocole orthodontico-chirurgical.

Établir une stratégie ortho-chirurgicale doit nous permettre d'avoir en amont la réponse :

- sur la manière de segmenter le massif facial pour répondre à la dysmorphose ;
- sur les mouvements orthodontiques à programmer pour donner l'amplitude suffisante aux gestes chirurgicaux et permettre la pérennité des mouvements dento-squelettiques ;
- sur la façon d'intégrer la prise en charge fonctionnelle et psychologique lors de ces modifications dento-squelettiques.

L'objectif de ce numéro est d'apporter de la substance à ces réflexions.

En préambule, les Dr A. Bery et Y. Soyer tracent le cadre juridique de la prise en charge pluridisciplinaire des cas orthodontico-chirurgicaux. Il est indispensable dans notre pratique quotidienne d'avoir présent à l'esprit les différents éléments médico-légaux qui encadrent notre exercice, et ceci plus spécifiquement dans les cas chirurgico-orthodontiques.

Étape capitale dans ces prises en charge, l'abord du patient traité par le Dr M. Boukili Makhoukhi est le premier élément du traitement. Dès le début, le praticien est confronté aux attentes du patient auxquelles il doit répondre mais il doit, en parallèle, tisser les bases de sa prise en charge. Une étude basée sur une enquête de satisfaction après chirurgie orthognathique a permis d'étayer le sujet.

Au carrefour des moyens thérapeutiques orthodontiques et chirurgicaux, le Pr P. Bouletreau nous expose la dimension transversale maxillaire qui relève une importance fondamentale, dans la qualité des résultats, ainsi que leur stabilité. Savoir intégrer cette dimension transversale dans les plans de traitement devient donc incontournable, d'autant plus que l'importance fonctionnelle de ce sens transversal n'est plus à prouver.

Suite logique de cet exposé, la dimension transversale mandibulaire avec l'apport de la distraction mandibulaire est exposée par le Dr L. Pascon. Bien indiquée et correctement mise en place, la distraction mandibulaire est certainement amenée à se développer davantage, en venant renforcer l'arsenal thérapeutique.

L'asymétrie maxillo-mandibulaire est abordée par le Dr O. Esnault, illustration parfaite de l'importance du dialogue orthodontiste-chirurgien, la prise en charge

des différentes formes d'asymétrie mérite une mise en place d'un diagramme explicite et complet.

Élément récent de la prise en charge des cas orthodontico-chirurgicaux, la posture a longtemps été négligée et cantonnée à de simples constatations. Le Dr C. Bazert nous introduit dans cet univers afin de sensibiliser le praticien à s'y intéresser dans le but de progressivement aboutir à une prise en charge cohérente et de valider progressivement des protocoles jusque-là empiriques.

A. Kerbrat nous expose comment, de manière concrète, s'articule la prise en charge pluridisciplinaire dans un service hospitalier.

Enfin, une récapitulation successive des différentes étapes d'une prise en charge orthodontico-chirurgicale permet de révéler les évolutions récentes les plus marquantes. L'objectif étant d'obtenir une vision moderne et systématisée des protocoles orthodontico-chirurgicaux en 2016.

À la lumière de ces différents articles, on espère sincèrement avoir contribué à apporter à travers ces deux numéros une aide à la prise en charge des patients orthodontico-chirurgicaux. L'obtention dès le début du traitement d'une visibilité claire et complète par le praticien sera gage d'une adhésion du patient au traitement et d'un meilleur vécu de ce dernier.

« Le commencement est beaucoup plus que la moitié de l'objectif. »

Aristote

Bonne lecture.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. D'Allaines C. *Histoire de la chirurgie*. 3^e éd. mise à jour. Paris, Presses universitaires de France, 1984. 124 p. (Que sais-je ? ; 935).
2. Merrifield FW. Phases of maxillofacial surgery of interest to the orthodontist. *Am J Orthod Oral Surg* 1944-1945;42:128-34.