DR AFSHIN YOUSEFPOUR
Chirurgie Plastic du Visage
Chirurgie Maxillo-Faciale

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉOPÉRATOIRE

Chirurgie Orthognathique :

Ostéotomie Maxillaire, Ostéotomie Mandibulaire et Génioplastie

Praticien : Dr Afshin Yousefpour

Spécialiste en Chirurgie Maxillo-Faciale & Chirurgie Esthétique et Reconstructrice du Visage

Patient(e) :

Nom et Prénom : ……

Date de naissance : …… / …… / ……

Date de l'intervention prévue : …… / …… / ……

Nature de l'intervention :

[ ] Ostéotomie maxillaire (Le Fort I)

[ ] Ostéotomie mandibulaire d'avancée / recul / symétrisation (sagittale bilatérale type Obwegeser / Dal Pont / Epker)

[ ] Génioplastie (mentoplastie d'harmonisation)

[ ] Indication fonctionnelle / occlusale

[ ] Indication à visée purement esthétique

1. Principes et objectifs de l'intervention

La chirurgie orthognathique vise à corriger les anomalies de positionnement, de taille ou de symétrie des bases osseuses faciales (maxillaire et mandibule) ainsi que du menton.

Elle a pour finalités habituelles :

- Le rétablissement d'une occlusion dentaire stable et fonctionnelle.
- L'amélioration de la ventilation nasale et des voies aériennes supérieures (notamment dans les apnées du sommeil).
- L'allègement des contraintes sur les articulations temporo-mandibulaires (ATM).
- L'harmonisation esthétique du tiers inférieur et moyen de la face.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale et par voie endobuccale (sans cicatrice cutanée visible, sauf exception technique). Les fragments osseux sont repositionnés puis stabilisés à l'aide de matériel d'ostéosynthèse (plaques et vis en titane).

2. Alternatives thérapeutiques

Le Dr Yousefpour a exposé au/à la patient(e) les différentes options envisageables en fonction du diagnostic :

1. **L'abstention thérapeutique :** Aucune intervention chirurgicale. Les risques évolutifs à moyen et long terme ont été rappelés (usure prématurée des dents, déchaussement parodontal, troubles articulaires temporo-mandibulaires chroniques, aggravation de troubles respiratoires, inconfort masticatoire persistant).
2. **Traitement d'orthodontie de compensation seul ("camouflage orthodontique") :** Consiste à aligner les dents au détriment parfois de l'axe radiculaire ou de l'esthétique du profil, sans corriger le décalage osseux sous-jacent. Cette solution présente des limites occlusales, parodontales et esthétiques strictes.
3. **Chirurgie isolée sans orthodontie ou geste a minima :** Par exemple, une génioplastie isolée de camouflage esthétique sans correction du trouble de l'articulé dentaire.
4. **Dispositifs non chirurgicaux :** Gouttières occlusales, rééducation maxillo-faciale/kinésithérapie ou orthèses d'avancée mandibulaire en cas d'apnée du sommeil (traitements symptomatiques et non curatifs du décalage squelettique).

3. Risques et complications possibles

Bien que menée avec toute la rigueur et les compétences requises, la chirurgie orthognathique comporte des aléas et des risques de complications que le/la patient(e) doit expressément connaître et accepter avant toute décision :

A. Risques fréquents et transitoires

- **Œdème et ecchymoses :** Un gonflement facial important et des hématomes sous-cutanés sont constants pendant 2 à 4 semaines.
- **Saignements :** Épistaxis (saignements de nez) fréquent après ostéotomie maxillaire, suintements muqueux intrabuccaux.
- **Douleurs et limitation de l'ouverture buccale (trismus) :** Nécessitant antalgiques et rééducation progressive.
- **Perturbations sensitives :** Engourdissement de la lèvre inférieure, du menton, des dents, de la lèvre supérieure ou des ailes du nez consécutif à l'étirement des nerfs sensitifs (nerf alvéolaire inférieur et nerf sous-orbitaire).

B. Complications neurologiques

Troubles de la sensibilité de la lèvre inférieure et du menton (Nerf alvéolaire inférieur)

L'intervention se déroule à proximité immédiate du nerf assurant la sensibilité de la lèvre inférieure, du menton et des dents mandibulaires.

- **En période postopératoire immédiate :** Une perte ou une diminution de la sensibilité (engourdissement, fourmillements) est quasi constante (**80 à 100 % des cas**). Elle est principalement liée à l'étirement du nerf et à l'œdème postopératoire.
- **Évolution habituelle :** La récupération nerveuse est progressive et s'étale généralement sur plusieurs mois (3 à 12 mois).
- **Risque de séquelle permanente :** Dans environ **10 à 15 % des cas** (pouvant varier de 8 à 20 % selon l'âge et l'ampleur du déplacement osseux), une diminution partielle et définitive de la sensibilité peut persister. Il s'agit le plus souvent d'une hypoesthésie discrète bien tolérée au quotidien, sans altération de la motricité ni de l'expression du visage (le nerf moteur facial n'étant pas concerné). Les douleurs chroniques ou sensations désagréables permanentes restent exceptionnelles..
- **Lésion du nerf facial (rarissime) :** Risque exceptionnel de parésie ou paralysie motrice de la musculature faciale.

C. Complications infectieuses et osseuses

- **Infection du site opératoire / Abcès / Sinusite :** Pouvant nécessiter une antibiothérapie prolongée, un drainage chirurgical ou l'ablation anticipée du matériel d'ostéosynthèse.
- **Mauvaise consolidation osseuse (pseudarthrose ou retard de consolidation) :** Pouvant exiger une ré-intervention avec greffe osseuse ou nouvelle fixation.
- **Fracture non désirée peropératoire ("bad split") :** Fracture atypique de la mandibule lors de la séparation osseuse, traitée au cours de la même intervention mais pouvant modifier les suites opératoires.
- **Nécrose osseuse ou nécrose gingivale :** Risque exceptionnel lié à une ischémie d'un segment osseux ou dentaire, favorisé par le tabagisme actif.

D. Complications dentaires et parodontales

- Lésion des racines dentaires adjacentes aux ostéotomies ou vis d'ostéosynthèse, pouvant imposer une dévitalisation, une résection apicale ou, très exceptionnellement, l'avulsion de la dent.
- Rétraction gingivale, perte de vitalité pulpaire transitoire ou définitive.

E. Complications articulaires (ATM)

- Aggravation ou apparition de douleurs, claquements, craquements au niveau des articulations des mâchoires ou limitation résiduelle de l'ouverture buccale.

4. Risque de récidive, dissymétrie et insatisfaction fonctionnelle ou esthétique

La cicatrisation osseuse, la dynamique neuromusculaire, la posture linguale et la réaction des tissus mous ne peuvent être prédites avec une exactitude mathématique absolue :

- **Récidive squelettique ou occlusale :** Un déplacement secondaire des bases osseuses ou une modification de l'engrènement dentaire peuvent survenir malgré une ostéosynthèse rigoureuse.
- **Insatisfaction esthétique et/ou fonctionnelle :** Le résultat morphologique final dépend des tissus mous (peau, graisse, muscles) recouvrant le squelette. Le/la patient(e) reconnaît expressément avoir été averti(e) qu'il est impossible de garantir un résultat esthétique parfait ou totalement conforme à des attentes subjectives ou à des simulations préopératoires numériques 3D (lesquelles ne sont que des guides prévisionnels sans valeur contractuelle).
- **Asymétrie résiduelle :** Aucun visage n'étant parfaitement symétrique, des asymétries préexistantes ou résiduelles peuvent persister ou être mises en évidence après correction des grands axes osseux.
- **Obligation de moyens :** Le chirurgien est tenu à une obligation de moyens conformes aux données actuelles de la science, et non à une obligation de résultat.

5. Cadre financier, chirurgie de révision et législation fiscale (TVA)

Le/la patient(e) atteste avoir pris pleine et entière connaissance des dispositions médico-administratives et financières suivantes :

1. **Périmètre des honoraires de la chirurgie initiale :**

   Le règlement financier versé pour l'intervention chirurgicale initiale **couvre exclusivement la réalisation technique du premier geste opératoire** au bloc opératoire. Il **ne comprend en aucun cas** :

   - Les consultations préopératoires ou de suivi postopératoire.
   - Les examens d'imagerie complémentaires (CBCT, scanners, téléradiographies).
   - Les frais d'hospitalisation, de bloc opératoire et de matériel facturés séparément par la structure de soins.
   - Les honoraires de l'anesthésiste et des prestataires paramédicaux.
   - Les éventuelles chirurgies de révision, retouches ou interventions secondaires.
2. **Chirurgie de révision / Retouches secondaires :**

   Si une intervention chirurgicale secondaire s'avère nécessaire (qu'elle soit motivée par une complication imprévisible, une récidive, une consolidation imparfaite ou une insatisfaction fonctionnelle/esthétique), **le/la patient(e) assume l'entière et totale responsabilité de la prise en charge financière de l'intégralité des coûts afférents**. Cela inclut sans réserve : de nouveaux honoraires chirurgicaux, les honoraires anesthésiques, les frais d'hospitalisation, de bloc opératoire, de prothèse/matériel et d'imagerie

3. **Cas spécifique des interventions à visée purement esthétique :**
    - **Application légale de la TVA :** Conformément à la législation fiscale en vigueur (notamment le régime de TVA applicable aux prestations médicales et chirurgicales dépourvues de finalité thérapeutique ou reconstructrice reconnue), les honoraires relatifs à une intervention à visée purement esthétique sont **soumis de plein droit à la TVA (21 % en Belgique)**, à la charge exclusive du/de la patient(e).
    - **Certificat d'incapacité de travail :** En cas d'intervention à visée purement esthétique non prise en charge par l'assurance maladie/INAMI, **aucun certificat médical d'incapacité de travail ou d'arrêt maladie donnant droit à des indemnités légales ne pourra être délivré**. Le/la patient(e) doit impérativement poser des congés personnels pour la période de convalescence requise.

6. Consignes et engagement du/de la patient(e)

- **Arrêt impératif du tabac :** L'usage du tabac multiplie de manière majeure les risques de nécrose, d'infection et d'échec de consolidation osseuse. L'arrêt complet est obligatoire au minimum 4 semaines avant et après l'opération.
- **Hygiène et alimentation :** Engagement strict à suivre une alimentation liquide/mixte selon le protocole prescrit et à observer une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.
- **Suivi orthodontique :** Engagement à poursuivre le traitement orthodontique de finition indispensable à la pérennité du résultat occlusal.

7. Déclaration et consentement du/de la patient(e)

Je soussigné(e), ……, certifie :

- Avoir reçu du **Dr Afshin Yousefpour** une information loyale, claire, détaillée et intelligible relative à mon état clinique, à l'intervention proposée, à ses alternatives, à ses limites ainsi qu'à l'ensemble des risques et complications inhérents.
- Avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant entre la consultation et la signature du présent consentement.
- Avoir eu l'opportunité de poser l'ensemble de mes questions et d'avoir obtenu des réponses précises et satisfaisantes.
- Avoir lu, compris et expressément accepté les conditions financières, les règles fiscales applicables (TVA), la politique relative à l'absence de certificat d'incapacité en cas d'acte purement esthétique, ainsi que ma responsabilité financière exclusive en cas de chirurgie de révision.

Fait à ……, le …… / …… / 20…… en deux exemplaires originaux.

(Mention manuscrite obligatoire : « Lu, compris et approuvé »)

Signature du/de la patient(e)

(ou des représentants légaux si mineur)