DR AFSHIN YOUSEFPOUR
Chirurgie Plastic du Visage
Chirurgie Maxillo-Faciale

DOCUMENT D'INFORMATION MÉDICALE ET CONSENTEMENT

GÉNIOPLASTIE (OSTÉOTOMIE DU MENTON) : FONCTIONNELLE ET/OU ESTHÉTIQUE

Praticien :

Dr A. Yousefpour

MD, FRCSEd (OMFS), FDSRCSEd

Chirurgie Maxillo-Faciale – Chirurgie Esthétique et Reconstructrice du Visage

1. OBJECTIFS ET PRINCIPES DE L'INTERVENTION

La génioplastie (ou mentoplastie) vise à corriger la position, la forme, la hauteur ou la symétrie du menton.

- **Cadre fonctionnel :** Amélioration de l'occlusion labiale (fermeture de la bouche sans tension musculaire du menton), libération des voies aériennes supérieures (apnées du sommeil), ou en complément d'une chirurgie orthognathique des mâchoires.
- **Cadre esthétique :** Harmonisation des proportions du profil facial (profiloplastie, parfois associée à une rhinoplastie).

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, généralement par abord intra-buccal (sans cicatrice externe visible sur le visage). Le segment osseux est sectionné sous les apex dentaires, repositionné selon le plan préopératoire, puis immobilisé par du matériel d'ostéosynthèse (mini-plaques et vis en titane). Les sutures sont résorbables. La consolidation osseuse requiert un minimum de 6 à 8 semaines.

2. ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES

Le Dr Yousefpour m'a expliqué les alternatives possibles à l'ostéotomie d'avancement/recul ou recentrage du menton :

1. **L'abstention thérapeutique :** Ne réaliser aucun traitement, acceptant l'état morphologique ou fonctionnel actuel.
2. **Implants / Prothèses de menton (silicone, Medpor®) :** Option indiquée uniquement pour certains cas d'augmentation modérée, comportant d'autres risques spécifiques (érosion osseuse sous-jacente, déplacement, extrusion, infection de corps étranger).
3. **Médecine esthétique (Injections d'acide hyaluronique / Lipofilling) :** Permet une modification modérée et temporaire des volumes sans corriger les anomalies osseuses sous-jacentes ou les tensions musculaires sévères.
4. **Chirurgie orthognathique isolée :** Si l'anomalie relève principalement d'un décalage complet des mâchoires (maxillaire/mandibule).

3. SUITES OPÉRATOIRES HABITUELLES

- Œdème (gonflement) marqué des lèvres, des joues et du cou, augmentant pendant les premières 48 à 72 heures.
- Ecchymoses (bleus) descendant fréquemment vers le cou et le décolleté.
- Saignements modérés par voie buccale.
- Douleurs modérées, bien jugulées par les analgésiques prescrits.
- Engourdissement transitoire de la lèvre inférieure et du menton.
- Alimentation liquide/mixte tiède et hygiène buccale rigoureuse indispensables pendant la phase initiale de cicatrisation.

4. COMPLICATIONS POSSIBLES ET RISQUES INHÉRENTS

Toute intervention chirurgicale, même menée avec compétence et selon les données acquises de la science, comporte des risques imprévisibles :

1. **Troubles neurologiques sensitifs :** Lésion, étirement ou compression du nerf alvéolaire inférieur ou mentonnier. Une baisse ou perte de sensibilité (paresthésie, hypoesthésie ou dysesthésie) de la lèvre inférieure, du menton, de la gencive et des incisives est fréquente. Bien que régressive dans la majorité des cas en plusieurs mois, **la récupération peut être incomplète, longue, et des séquelles sensitives définitives sont possibles**.
2. **Hémorragie et hématome :** Tout saignement inhabituel peut nécessiter une ponction, un geste hémostatique chirurgical urgent ou exceptionnellement une transfusion.
3. **Infection / Abcès / Cellulite :** Pouvant survenir localement au niveau des tissus mous ou de l'os. Elle peut exiger une antibiothérapie prolongée, un drainage chirurgical ou l’ablation prématurée du matériel d'ostéosynthèse.
4. **Complications osseuses :**
    - Trait de fracture osseuse imprévu lors de l'ostéotomie.
    - Retard de consolidation ou pseudarthrose (absence de consolidation osseuse).
    - Déplacement secondaire des fragments ou consolidation vicieuse (mauvaise position) nécessitant une reprise chirurgicale.
    - Résorption osseuse partielle au fil du temps.
5. **Complications dentaires :** Risque de traumatisme ou de section des racines dentaires adjacentes, pouvant entraîner la perte de vitalité d'une ou plusieurs dents, nécessitant des soins endodontiques (dévitalisation) ou exceptionnellement l'avulsion de la dent.
6. **Complications des tissus mous :** Désunion des sutures muqueuses, rétraction de la gencive, ptôse du muscle mentonnier (menton tombant / "witch's chin") ou asymétrie résiduelle des tissus mous lors du sourire ou de la mimique.
7. **Risques liés à l'anesthésie générale :** Expliqués lors de la consultation préanesthésique (allergie, détresse respiratoire, arrêt cardio-circulatoire).

5. ALÉA, INSATISFACTION ET LIMITES DU RÉSULTAT (ESTHÉTIQUE ET FONCTIONNEL)

- **Absence d'obligation de résultat :** La médecine et la chirurgie sont soumises à une obligation de moyens et en aucun cas à une obligation de résultat. La cicatrisation cutanéo-muqueuse et le remodelage osseux dépendent de facteurs biologiques individuels impossibles à maîtriser totalement.
- **Insatisfaction esthétique et/ou fonctionnelle :** Le résultat final ne peut être jugé qu'après stabilisation complète des tissus (6 à 12 mois minimum). Une asymétrie préexistante ou acquise, une insuffisance ou un excès de projection, une contraction anormale des tissus mous ou un décalage entre le résultat morphologique et l'attente psychologique du patient peuvent être sources d'insatisfaction, sans que cela ne constitue une faute médicale.

6. DISPOSITIONS FINANCIÈRES, TARIFAIRES ET LÉGALES

1. **Législation TVA (Actes purement esthétiques) :**

   Conformément à la législation en vigueur, toute intervention à visée purement esthétique (dépourvue de finalité thérapeutique ou de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie/mutuelle) est **légalement soumise à la TVA** au taux en vigueur, payable intégralement par le patient.

2. **Périmètre du devis et des honoraires initiaux :**

   Le règlement effectué pour la chirurgie initiale couvre **exclusivement l'acte chirurgical initial** et les frais convenus pour cette première intervention. Il **ne couvre pas** :

   - Les consultations préopératoires ou les consultations postopératoires de suivi à moyen et long terme ;
   - Les examens d'imagerie complémentaires postopératoires (CBCT, scanners, radiographies) ;
   - Tout acte complémentaire, retouche ou chirurgie de révision ultérieure.

3. **Chirurgie de révision / Retouche :**

   En cas de nécessité de chirurgie de révision (qu'elle soit liée à un aléa cicatriciel, une complication ou une insatisfaction du résultat), **la responsabilité financière totale incombe au patient**. Tous les frais associés (honoraires chirurgicaux, honoraires d'anesthésie, frais de bloc opératoire, hospitalisation, matériel d'ostéosynthèse) sont à la charge exclusive du patient.

4. **Certificat d'arrêt de travail / Incapacité :**

   Dans le cadre d'une intervention à visée **purement esthétique**, la loi interdit formellement la délivrance d'un certificat d'incapacité de travail (arrêt maladie) couvert par la sécurité sociale ou la mutuelle. Le patient doit obligatoirement poser des jours de congés personnels pour la durée de convalescence.

DR AFSHIN YOUSEFPOUR
Chirurgie Plastic du Visage
Chirurgie Maxillo-Faciale

7. CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné(e) : .....

Né(e) le : .....

Atteste que le **Dr A. Yousefpour** :

- M'a expliqué de manière claire, loyale et détaillée les modalités de la génioplastie, ses objectifs fonctionnels et/ou esthétiques, ainsi que les alternatives thérapeutiques possibles.
- M'a informé(e) de l'ensemble des risques habituels et exceptionnels, des complications possibles, ainsi que du risque d'insatisfaction quant au résultat esthétique et/ou fonctionnel.
- M'a informé(e) des règles financières et légales : application de la TVA pour tout acte purement esthétique, absence de délivrance d'arrêt de travail dans ce cadre, exclusion des révisions et consultations futures du forfait chirurgical initial, et prise en charge intégrale des frais à ma charge en cas de réintervention.
- A répondu à toutes mes questions de façon satisfaisante et m'a accordé le délai de réflexion légal avant toute décision d'intervention.

J'ai bien compris que la chirurgie comporte une part d'aléa et accepte l'intervention en pleine connaissance de cause.

Fait à ....., le .....

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

Signature du patient :