

Référentiel métier / Compétences du chirurgien en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Pr Patrick Goudot, *président du collège hospitalo-universitaire de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.*

Dr Francis Dujarric, *union des médecins spécialistes en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.*

Dr J-Baptiste Kerbrat, *président de la société médicale d'orthopédie dento-maxillo-faciale.*

Dr Boris Laure, *président de l'association française des jeunes chirurgiens maxillo-faciaux.*

Dr Arnaud Picard, *vice-président de l'association française des jeunes chirurgiens maxillo-faciaux.*

Dr Gérard Pouit, *responsable syndical du collège des médecins stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux de France.*

Dr Blandine Ruhin-Poncet, *association française des chirurgiens maxillo-faciaux.*

Dr Pierre Sabin, *vice-président de la société française de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.*

Référentiel actualisé le 1^{er} septembre 2007.

Les situations de soins types

Les situations de soins retenues : les critères de sélection

Les situations de soins retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives, mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel.

Six situations de soins types ont été retenues (tableau) pour satisfaire aux critères suivants :

- faire partie du cœur de métier du chirurgien en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ;
- représenter une variété suffisante de situations ;
- représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un chirurgien, peuvent permettre d'inférer que ce chirurgien est compétent.

Situation 1. Prise en charge d'une infection cervico-faciale d'origine dentaire

Réaliser un diagnostic

- En procédant à l'examen clinique (dont anamnèse : antécédents, comorbidité ? allergies aux antibiotiques ? diabète ? prise d'anti-inflammatoires ?) ;
 - en examinant si : tuméfaction rouge, chaude, fièvre, dysphagie, gêne respiratoire ? Y a-t-il atteinte du plancher buccal ? Y a-t-il infection faciale, extension cervicale ?
- En faisant le lien entre l'infection patente et l'origine dentaire.
- En procédant aux examens paracliniques :
 - radiographie endobuccale et panoramique dentaire pour

identifier la dent qui est source de l'infection ;

- éventuellement un scanner pour apprécier la gravité (en cas de dysphagie et/ou dyspnée).
- En cherchant un diagnostic différentiel : sous-mandibulite, adénophlegmon, tumeur avec tableau inflammatoire, kyste congénital surinfecté, staphylococcie cutanée, érysipèle, zona surinfecté ?
- En prenant en compte le retentissement général de l'infection.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En décidant du traitement selon les cas suivants :
 - 1^{er} cas : si « pas collectée », le traitement ne sera pas chirurgical d'emblée mais d'abord médicamenteux associé au traitement de la dent en cause ;
 - 2^e cas : si « collectée », intervention urgente en fonction de la localisation ;
 - 3^e cas : si « diffusée », intervention très urgente (pronostic vital engagé).
- En mettant en route un traitement médical (antibiothérapie et gestion de la douleur).

Réaliser l'intervention chirurgicale

Si intervention chirurgicale

- En procédant éventuellement à une trachéotomie (formes gravissimes).
- En choisissant un abord (endobuccal et/ou cutané large).
- En drainant la diffusion de l'infection dans le cou (choix des incisions cutanées de drainage).
- En explorant les deux versants mandibulaires (plancher et vestibule).
- En débridant pour déloger l'infection dans tous les plans.
- En posant des lames pour drainer, puis irriguer-laver.
- En opérant les prélèvements per-opératoires nécessaires.
- Traitant ou enlevant la dent en cause.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- Antibiotiques et antalgiques (voire anticoagulants en cas de risque de thrombophlébite faciale).
- En surveillant la respiration, les pansements et la capacité de réalimentation, la disparition de la fièvre et des douleurs.
- En faisant procéder à l'irrigation et au lavage le long des lames de drainage.
- En veillant à ce que les produits de drainage deviennent clairs.
- En traitant ou équilibrant un contexte général défavorable (arrêt des AINS, équilibre d'un diabète...).

Effectuer un suivi en temps différé

Situation 2. Prise en charge d'un patient présentant un traumatisme de la face

Réaliser un diagnostic

- En décrivant les circonstances et l'heure de l'accident.
- En recherchant si port de lentilles, lunettes, prothèses dentaires.
- En faisant le bilan d'une plaie cutanée et/ou muqueuse :
 - propre ou souillée, franche ou contuse, superficielle ou profonde ;
 - éléments nobles susceptibles d'être lésés (hémorragie, parésie dans le territoire du nerf facial, salive dans la plaie, hypoesthésie sous-orbitaire, plaie du globe oculaire, hémorragie intraoculaire et baisse de l'acuité visuelle).
- En faisant le bilan d'une fracture sous-jacente à la plaie ou à distance :
 - ecchymose périorbitaire, hémorragie sous-conjonctivale, hématomène, otorragie ;
 - asymétrie des contours du visage (enfoncement, déviation) ;
 - sinus frontal et étage antérieur de la base du crâne : parésie frontale, rhinorrhée ;
 - fracture de l'orbite osseux : diplopie par incarceration d'un muscle de l'oeil dans le foyer de fracture, hypoesthésie sous-orbitaire, énophtalmie ;
 - fracture du maxillaire et/ou de la mandibule : trouble de l'articulé dentaire, numérotation des dents traumatisées, hypoesthésie labiomentonnière (lésion du nerf alvéolaire inférieur), otorragie.
- En recherchant un autre traumatisme ou tare associés : avis neurochirurgical, orthopédique, cardiovasculaire, digestif.
- En rédigeant le certificat médical initial descriptif détaillé.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En vérifiant la mise à jour de la vaccination anti-tétanique.
- En prescrivant un bilan radiologique ciblé : panoramique dentaire, Blondeau, face basse, scanner du massif facial.
- En demandant un avis neurochirurgical (sinus frontal et de la base antérieure du crâne).
- En demandant un avis ophtalmologique (acuité visuelle, test de Lancaster).
- En demandant un avis ORL (fracture du rocher).
- En prenant des empreintes dentaires, set-up et mise sur articulateur (arcs rigides préformés).
- En prévenant le patient ou ses proches du diagnostic et du traitement : immobilisation des maxillaires par blocage maxillo-mandibulaire, alimentation liquide, ne pas se moucher...
- En demandant une consultation anesthésique : opérabilité, tares associées.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En réalisant une remise en état buccodentaire.
- En réalisant un brossage, parage, exploration des plaies : réfection des éléments nobles lésés.
- En réalisant un blocage maxillo-mandibulaire (si non correspondance entre les arcades dentaires).
- En réduisant les fractures.
- Ostéosynthèse par miniplaques, microplaques et vis titane ou fils d'acier.
- En réalisant l'abord palpébral ad hoc pour la réduction d'une fracture d'une des parois de l'orbite (réfection par plancher synthétique ou greffon osseux de calvaria).
- En sachant prélever un greffon osseux à distance du site opératoire.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En assurant le contrôle radiographique : panoramique dentaire, face basse, Blondeau ou scanner maxillofacial.
- En demandant une consultation diététicienne en cas d'obligation d'alimentation prolongée liquide ou molle.
- En prescrivant les antalgiques et l'antibiothérapie.
- En prescrivant les soins de bouche pluriquotidiens.
- En prescrivant le collyre ophtalmique.

Effectuer un suivi en temps différé

- En assurant l'ablation des fils cutanés du visage à J 5-7.
- En prescrivant écran total et massage des cicatrices.
- En donnant les consignes pour les soins dentaires à distance.
- En s'assurant de la prise en charge kinésithérapeutique (ouverture buccale orientée dans le cas d'une fracture condylienne articulaire, drainage lymphatique, massages des cicatrices...).
- En demandant une prise en charge psychologique.
- En évaluant les séquelles à distance du traumatisme (6 mois).

Situation 3. Prise en charge d'un cancer cutané de la face (paupière inférieure)

Réaliser un diagnostic

- En recherchant les facteurs de risques : sujets à peau claire, exposition solaire prolongée, lésions précancéreuses (kératose actinique, maladie Bowen, xérodéma pigmentosum, naevomatose...), antécédents de cancer cutané.
- En procédant à l'analyse clinique de la tumeur : diagnostic évident ou pas :
 - carcinome basocellulaire (nodule limité, bordure perlée, télangiectasies) ;
 - carcinome épidermoïde (infiltration, douleur, hémorragie) ;
 - mélanome ;
 - tumeurs cutanées plus rares.
- En procédant à une biopsie (diagnostic de certitude).
- En recherchant les extensions éventuelles :
 - extension locale : atteinte du bord libre de la paupière, tumeur transfixiante, atteinte de la conjonctive, atteinte du point lacrymal inférieur, examen ophtalmologique ;
 - extension loco-régionale : palpation des aires ganglionnaires pré auriculaire, sous-mandibulaires et cervicales ;
 - extension générale : examen cutané du corps à la recherche d'autres tumeurs, examen pulmonaire, examen neurologique à la recherche de métastases.
- En réalisant un bilan d'opérabilité : antécédents médicaux du patient, traitement anticoagulant, allergies, consultation anesthésique.
- En recourant à l'imagerie :
 - IRM orbitaire, à la recherche d'un envahissement tumoral de l'orbite ;

- scanner à la recherche d'un envahissement osseux.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En se concertant en staff multidisciplinaire RCP cancérologie dermatologique (chirurgien, dermatologue, radiothérapeute, chimiothérapeute).
- En programmant un passage rapide du patient au bloc opératoire pour limiter l'évolution tumorale.
- En décidant du traitement chirurgical selon les cas suivants :
 - 1^{er} cas : si "petite tumeur", le traitement sera chirurgical avec exérèse suture sans reconstruction ;
 - 2^e cas : si "tumeur plus importante", l'exérèse tumorale impose une reconstruction palpébrale ;
 - 3^e cas : si "envahissement de l'orbite", l'exentération orbitaire est nécessaire.

Réaliser l'intervention chirurgicale

Si intervention chirurgicale avec tumeur nécessitant l'exérèse transfixiante de toute la paupière inférieure

- En faisant l'exérèse tumorale en respectant les marges de sécurité carcinologique (différentes selon le type de tumeur) ;
- en orientant de façon pertinente la pièce opératoire ;
- en faisant un examen anatomopathologique extemporané des marges de sécurité pour s'assurer d'être en zone saine ;
- en envoyant la pièce opératoire en anatomopathologie pour examen définitif ;
- en procédant à la reconstruction palpébrale inférieure immédiate pour assurer la protection du globe oculaire : par lambeau pour le plan antérieur (nasogénien, hétéropalpébral supérieur), par greffe pour le plan postérieur (muqueuse buccale, chondroмуqueuse nasale), par canthopexies internes et externes.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En surveillant la vitalité des lambeaux, l'absence d'hémorragie, d'œdème et/ou d'infection.
- En assurant les pansements post-opératoires.
- En surveillant la tolérance de l'œil à la reconstruction palpébrale (ulcère de cornée, chémosis...).
- En veillant à ce que l'intervention et l'anesthésie n'aient pas fait décompenser une pathologie sous-jacente (insuffisance cardiaque, diabète, alcoolisme...).
- En vérifiant le résultat histologique définitif et en sachant réintervenir si les marges de sécurité sont insuffisantes ou si l'exérèse tumorale est incomplète.

Effectuer un suivi en temps différé

- En prévoyant de revoir le patient pendant deux à trois semaines, jusqu'à cicatrisation puis 3 à 4 fois par an en alternance avec le dermatologue pour le suivi tumoral.
- En prenant en charge la récurrence tumorale (exemple : récurrence de la tumeur avec envahissement orbitaire, adénopathie prétragienne et sous angulo-mandibulaire).
- En procédant alors à l'exentération orbitaire avec comblement de la cavité par lambeau de muscle temporal, parotidectomie, curage cervical, examen histologique des pièces opératoires.
- En rediscutant du dossier du patient à la RCP de cancérologie dermatologique.
- En prescrivant une radiothérapie et/ou une chimiothérapie post-opératoire en fonction des résultats histologiques définitifs.
- En assurant un suivi post-opératoire immédiat et à distance.
- En sachant proposer une réhabilitation orbitaire au patient par mise en place d'implants extra-oraux sur le cadre orbitaire sur lesquels est fixée une épithèse orbito-palpébrale éventuellement implanto-portée.

Situation 4. Prise en charge d'une fente labio-palatine

Réaliser un diagnostic

Le diagnostic est réalisé en anténatal lors de l'échographie morphologique du 2^e trimestre et une consultation anténatale avec le chirurgien maxillo-facial est organisée

- En prenant en compte le résultat des échographies anténatales à la recherche d'autres malformations associées afin de déterminer si la fente est isolée ou bien entre dans le cadre d'un syndrome polymalformatif et/ou génétique.
- En prenant en compte la discussion en réunion multidisciplinaire d'un Centre Pluridisciplinaire du Diagnostic Prénatal (C.P.D.P.).
- En prenant en compte la décision de ce comité de la nécessité ou non d'autres explorations complémentaires (amniocentèse, IRM, TDM fœtal, examens biologiques) en fonction du caractère isolé ou associé à d'autres anomalies de la fente.
- En informant les parents sur la prise en charge future de l'enfant à naître

Si plusieurs malformations sont diagnostiquées et documentées, le comité peut proposer une interruption médicale de grossesse. La présence d'une fente isolée n'est pas une indication à proposer une interruption.

Le diagnostic est fait à la naissance, la malformation n'a pas été dépistée en anténatal

- Si le diagnostic est réalisé à la naissance en salle d'accouchement, le pédiatre réalisant l'examen du nouveau-né se met en relation avec un centre compétent de chirurgie maxillo-faciale prenant en charge les nouveau-nés et nourrissons afin d'organiser une consultation rapide (dans les 3 jours) avec le chirurgien. Un bilan clinique et paraclinique est réalisé à la recherche d'autres malformations associées.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En faisant participer, au cours de la prise en charge et selon les cas, plusieurs spécialités : chirurgien maxillo-facial, chirurgien plasticien, généticien, orthophoniste, orthodontiste, pédiatre, psychologue, ORL.

Réaliser l'intervention chirurgicale

Prise en charge post-natale.

La chronologie et surtout l'âge des différents temps chirurgicaux peuvent varier en fonction des centres.

1. Temps primaires de chirurgie réparatrice

- En réalisant véloplastie, chéiloplastie, rhinoplastie, fermeture de la fente osseuse selon des techniques qui varient et à des âges qui dépendent d'un protocole standardisé.
- En réalisant une gingivopériostoplastie associée à un greffe du maxillaire supérieur (os spongieux dont le site donneur est la crête iliaque) dès que nécessaire.
- En s'assurant d'une prise en charge orthophonique :
 - en expliquant la prise en charge et l'importance de l'orthophonie lors d'une consultation précoce avec les parents et l'enfant ;
 - en prévoyant des bilans à des âges précisés dans le protocole et une rééducation orthophonique si nécessaire en fonction de l'évaluation du langage.
- En s'assurant d'une prise en charge orthodontique :
 - en débutant, après évaluation de la croissance maxillaire un traitement orthopédique et orthodontique quelques mois avant réalisation de la gingivopériostoplastie (ce traitement vise à élargir le maxillaire) ;
 - en prolongeant une contention orthodontique après le geste chirurgical ;
 - en assurant un suivi orthodontique régulier indispensable dans les suites afin de s'assurer de la bonne croissance du maxillaire ;

- en assurant si nécessaire un traitement orthopédique par traction maxillaire en cas de retard de croissance ;
- en veillant à l'intervention de l'orthodontiste jusqu'à la fin de la croissance pour régler les problèmes occlusaux.
- En s'assurant d'une prise en charge psychologique régulière afin de juger de la bonne intégration sociale de l'enfant et de l'absence de retentissement sur son développement psychique.

2. Prise en charge secondaire (plusieurs types d'interventions peuvent être nécessaires afin d'améliorer le résultat esthétique et/ou fonctionnel)

- En réalisant une chéiloplastie secondaire soit partielle soit totale. Celle-ci est toujours décidée en fonction de la demande de l'enfant. Elle peut être réalisée à des âges différents en fonction de la demande et de la gêne exprimée par l'enfant. La période pubertaire est en général évitée pour éviter les risques de cicatrices hypertrophiques.
- En décidant de réaliser une rhinoplastie secondaire en fonction de la demande esthétique et/ou fonctionnelle.
- En y associant une septoplastie pour corriger une obstruction nasale par déviation septale et éventuellement une turbinectomie. A l'indication esthétique, s'ajoute alors l'indication fonctionnelle.
- En proposant une pharyngoplastie en cas d'insuffisance vélaire avec déperdition nasale importante et retentissement sur le langage, et après absence ou insuffisance de correction par une rééducation orthophonique bien conduite. Cette intervention est toujours décidée après discussion entre le chirurgien et l'orthophoniste ayant évalué l'enfant.
- En réalisant une chirurgie osseuse si nécessaire, en cas d'anomalie de croissance du maxillaire. Cette chirurgie peut être précoce et consiste à réaliser un allongement osseux par distraction chirurgicale du maxillaire. Elle est nécessaire lorsque le retard de croissance du maxillaire est important. Cette chirurgie peut être également réalisée en fin de croissance selon les techniques traditionnelles de chirurgie orthognathique.
- En s'assurant d'un traitement orthodontique pré et post opératoire dans le cas de toute chirurgie osseuse.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En tenant compte des caractéristiques des différents âges de prise en charge de la naissance à l'âge adulte.

Effectuer un suivi en temps différé

- En assurant un suivi multidisciplinaire jusqu'à la fin de la croissance.

Situation 5. Prise en charge d'une dysmorphie maxillo-mandibulaire

Réaliser un diagnostic

- En prenant en compte l'âge et les possibilités de croissance (moins de 6 ans, 6 à 14 ans, plus de 14 ans) : évaluation de l'âge osseux.
- En évaluant, pour tous, les antécédents familiaux et personnels (dentaires, ORL, socio-économiques).
- En faisant un examen clinique :
 - exobuccal statique (crânien et facial) et dynamique (muscles de la face) ;
 - endobuccal statique (occlusal, parodontal) et dynamique (langue, chemin de fermeture, ATM, freins parodontal et muqueux) ;
 - des fonctions (respiration, déglutition, phonation, mastication).
- En procédant aux examens paracliniques, notamment radiologiques, pour un diagnostic crânien, osseux, alvéolaire et dentaire, et une évaluation de l'âge osseux.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En tenant compte de la croissance résiduelle et du retentissement anatomique, fonctionnel, psychologique et social :
 - décider d'un traitement médical : alignement dentaire, contrôle orthopédique de la croissance des mâchoires, rééducation des fonctions et suivi occlusal ;
 - décider d'un traitement chirurgical : repositionnement occlusal et morphologique des mâchoires par ostéotomie, nécessitant une collaboration orthopédico-chirurgicale et des analyses complémentaires (réalisation d'un plan de morsure).

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En utilisant une technique d'ostéotomie simple (une seule mâchoire) ou combinée (2 mâchoires) adaptées à l'âge.
- En posant les gestes adaptés aux corrections des parties molles.
- En vérifiant l'occlusion per- et post-opératoire.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En surveillant les fonctions vitales, l'œdème, les saignements, l'infection.
- En pratiquant des soins de bouche quotidiens.
- En vérifiant l'occlusion.
- En adaptant les tractions orthodontiques.
- En activant les dispositifs de distractions osseuses.
- En réalisant un contrôle radiographique.

Effectuer un suivi en temps différé

- En procédant à l'adaptation orthodontique de l'occlusion pendant 6 mois en moyenne.
- En vérifiant les fonctions et la rééducation si besoin.
- En surveillant une éventuelle récurrence à distance.

Situation 6. Prise en charge d'un patient édenté en vue d'une réhabilitation prothétique

Réaliser un diagnostic

Lors d'une première consultation

- Si édentement total, en faisant l'examen clinique et anamnèse : origine et ancienneté de l'édentement ? pathologie dentaire ?
- si édentement partiel, ou unitaire, et si d'origine traumatique : en déterminant le volume osseux résiduel ;
- en faisant procéder aux examens radiologiques (rétroalvéolaires, panoramiques, et scanner) pour une évaluation du volume osseux ;
- en expliquant au patient ce qu'est le traitement implantaire, son déroulement et de première indication sur le coût (avant réalisation du scanner non remboursé, pour le cas où le patient renoncerait) ;
- en explorant d'éventuelles contre-indications (cardiaques, infection buccale, xérostomie, mauvaise hygiène...).

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

Lors d'une seconde consultation

- En analysant la faisabilité des implants ;
- si volume osseux insuffisant : prévoir la chirurgie préimplantaire par prélèvements osseux endo- ou exo-buccaux ou par biomatériaux (appositions modelantes ou en comblant le bas-fond sinusien) ;
- en faisant un nouveau scanner après ces greffes osseuses ;
- en proposant au patient un plan de traitement ;
- en lui soumettant un devis incluant ce que coûtera la réhabilitation dentaire ;
- en indiquant les délais avant la pose des prothèses :
 - 5 mois : prise de la greffe osseuse ;

- 3 mois d'ostéointégration de l'implant à la mandibule (6 mois sur le maxillaire) ;
- mise en place du pilier de cicatrisation ;
- début de la phase prothétique 15 j après la pose du pilier.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- Si ou quand le volume osseux est suffisant :
 - s'il s'agit d'une prothèse implanto-stabilisée, en prévoyant 3 à 4 implants pour tenir la prothèse ;
 - s'il s'agit d'une prothèse implanto-portée, en prévoyant 6 implants minimum par mâchoire.
- En utilisant un logiciel de répositionnement des implants.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En informant sur les risques d'échec par non-prise de l'implant ou de la greffe osseuse.
- En veillant aux risques d'infections sinusiennes.
- En surveillant la reconstitution prothétique et la fonction occlusale.

Situation 7. Prise en charge d'un patient présentant un cancer de la langue

Réaliser un diagnostic

- En interrogeant :
 - sur les antécédents familiaux ;
 - sur d'éventuelles lésions précancéreuses (lichen, traumatisme ancien, papillomatose...) ;
 - sur les consommations alcoolique et tabagique (quantité, durée) ;
 - sur le début des troubles ;
 - sur des signes de début (asthénie, hématurie, douleur, amaigrissement, gêne à l'élocution).
- En procédant à un examen :
 - taille de la lésion ;
 - localisation (dépassement de la ligne médiane, atteinte de la base de langue ?) ;
 - induration ;
 - saignement au contact ;
 - ganglions cervicaux associés.
- En faisant une biopsie :
 - profonde ;
 - fragment exploitable (+/- multiple).

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

Si cela aboutit au diagnostic de carcinome épidermoïde.

- En informer le patient (et, avec son accord, sa famille).
- En procédant au bilan d'extension :
 - panoramique dentaire ;
 - TDM cervicofacial (envahissement osseux et ganglions) ;
 - +/- IRM (infiltration des tissus mous) ;
 - radiographie pulmonaire face et profil ;
 - +/- TDM thoracique ;
 - échographie hépatique ;
 - +/- TDM abdominal ;
 - +/- TEP-Scanner.
- En adressant à la consultation d'anesthésie : bilan nutritionnel, tares associées, opérabilité.
- En faisant réaliser une panendoscopie +/- biopsies et remise en état buccodentaire.
- En discutant en comité pluridisciplinaire de carcinologie pour :
 - typage TNM de la lésion ;
 - décision thérapeutique : chirurgie, curiethérapie, radiothérapie, chimiothérapie ;
 - soutien psychologique (psychologue) ;
 - contrôle de l'arrêt du tabac et de l'alcool (consultations spécialisées).

- En constituant le dossier de prise en charge 100 %.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En procédant (le plus souvent) par glossectomie partielle à 1 cm des marges cliniques de la lésion (technique du ganglion sentinelle si T1N0) :
 - associée à un curage ganglionnaire cervical complet fonctionnel homolatéral (voire bilatéral si dépassement de la ligne médiane) ;
 - associée à une éventuelle reconstruction par lambeau locorégional ou à distance, pédiculé ou libre microanastomosé.
- En posant une sonde nasogastrique temporaire.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En procédant à J8-J10 au contrôle de la bonne cicatrisation, à l'ablation des fils cutanés.
- En analysant à J15-J21 les résultats anatomopathologiques des pièces d'exérèse.
 - Si exérèse incomplète = reprise locorégionale de l'exérèse.
- Si ganglions envahis et capsules rompues = radiothérapie cervicale post opératoire en séances itératives pour des doses fractionnées (total de 70 Grays).
- En contrôlant l'arrêt du tabac et de l'alcool (consultations spécialisées).
- En assurant un soutien psychologique.
- En veillant à une prise en charge diététique et orthophonique.

Effectuer un suivi en temps différé

- En faisant un examen clinique et les examens : panoramique dentaire, radiographie pulmonaire +/- TDM cervicothoracique.
- Selon les fréquences suivantes : 1 fois par mois pendant 6 mois, 1 fois tous les deux mois pendant 6 mois, 1 fois tous les 6 mois pendant 1 an, puis 1 fois par an... ad vitam.

Les ressources en connaissances et compétences

Les ressources indiquées ne constituent pas une liste exhaustive de connaissances et compétences, mais identifient celles qui sont particulièrement requises pour exercer le métier de chirurgien en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, et donc pour gérer les situations de soins qui se présenteront.

Les ressources spécifiques à la spécialité en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

Les prérequis de base

Etre affilié à l'une des sociétés savantes de sa spécialité chirurgicale afin de garantir une mise à jour régulière de sa compétence par la formation continue.

Les savoirs scientifiques et techniques validés

Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant

- Développement cranio facial et sa croissance :
 - les connaissances approfondies concernant le visage ;
 - des structures anatomiques : anatomie craniofaciale ;
- sémiologie : aspects, modifications, troubles de la dynamique ;
- examen systématique et approfondie de la face et de la cavité buccale : examen endo-buccal et méthodologie de l'examen de la face.
- Pathologies médicales stomatologiques et maxillo-faciales :
 - connaissance de la dynamique du visage et des troubles

- congénitaux acquis ;
- approche anatomique, physiologique et sémiologique en matière de pathologie endobuccale ;
- pathologies de la face et thérapeutiques associées ???;
- développement bucco dentaires et anomalies ;
- traumatologie maxillo-faciale ;
- pathologie tumorale de la muqueuse buccale ;
- pathologie non tumorale de la muqueuse buccale ;
- tumeurs osseuses maxillo-mandibulaires (odontogènes ou non) ;
- pathologie des glandes salivaires ;
- lésions dentaires et gingivales ;
- douleurs buccales et algies de la face ;
- angiomes de la face et de la cavité buccale ;
- déséquilibre maxillo-mandibulaire.
- Méthodologie et épidémiologie :
 - méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique ;
 - épidémiologie en chirurgie maxillo-faciale.

Principales modalités d'acquisition

- Les cours et enseignements qualifiants théoriques et apprentissage par problèmes ;
- les congrès et enseignements spécifiques ;
- les stages : apprentissage au raisonnement clinique.

Expérience pratique validée et maîtrise des gestes chirurgicaux

Avoir acquis la maîtrise des interventions et des actes techniques dans les domaines suivants

- Stomatologie générale :
 - techniques d'anesthésie locale et locorégionale ;
 - avulsions dentaires ;
 - transplantations et réimplantations dentaires ;
 - avulsions dentaires et troubles de l'hémostase ;
 - traitements des communications bucco-sinusienne et bucco-nasale.
- Chirurgie des glandes salivaires :
 - parotidectomie ;
 - ablation d'une lithiase salivaire ;
 - sous mandibulectomie.
- Chirurgie pré prothétique et implantologie :
 - reconstruction des crêtes alvéolaires
 - implantologie
- Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire :
 - dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire
 - limitation d'ouverture buccale.
- Traumatologie crânio-maxillo-faciale :
 - plaies et pertes de substance des parties molles ;
 - plaies des vaisseaux, nerfs crâniens, canaux salivaires ;
 - traumatologie osseuse (fracture et disjonction).
- Traitement d'un cancer maxillofacial :
 - exérèse de la tumeur ;
 - évidement ganglionnaire associé.
- Chirurgie reconstructrice crânio-maxillo-faciale :
 - greffes cutanées ;
 - greffes osseuses ;
 - lambeaux locaux ;
 - lambeaux loco-régionaux ;
 - lambeaux à distance ;
 - procédés de distraction du squelette crânio-facial.
- Techniques d'ostéotomies en chirurgie orthognathique :
 - ostéotomies maxillaires ;
 - ostéotomies mandibulaires ;
 - ostéotomies maxillo-mandibulaires ;
 - génioplastie.
- Chirurgie esthétique de la face et du cou :
 - septo-rhinoplastie ;
 - otoplastie ;

- blépharoplastie ;
- chirurgie du vieillissement cutané.
- Chirurgie des malformations crânio-faciales :
 - kyste et fistules de la tête et du cou ;
 - fentes labio-maxillo-palatines ;
 - crânio-facio-sténoses ;
 - autres malformations crânio-faciales.

Modalité d'acquisition pratique

- Le service : participation aux activités de soins, présentation et discussion des dossiers au staff, suivi des malades hospitalisés, supervision des observations, gardes de spécialité...
- Le bloc opératoire,
- La consultation : réflexion diagnostique, information du patient...
- Les stages de mise en pratique validés par un carnet de stages :
 - en situation d'aide à un praticien expérimenté ;
 - en situation d'acteur principal accompagné.

Les ressources communes à toutes les spécialités

Les pré-requis de base

- Maîtrise de la langue française.
- Reconnaissance par l'ordre des médecins du titre de Docteur en médecine et de la qualification.
- Déontologie professionnelle et éthique médicale.

Savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

- Avoir acquis les connaissances de base théoriques et technique en chirurgie concernant :
 - l'anatomie chirurgicale ;
 - l'acte opératoire (méthodologie chirurgicale) ;
 - la pathologie générale ;
 - les urgences chirurgicales.
- Savoir actualiser et élargir ses connaissances théoriques et techniques (congrès, cours, enseignements universitaires...).

Savoir-faire de raisonnement clinique et de décision

- Être capable de :
 - effectuer une synthèse clinique et para-clinique des démarches de diagnostic ;
 - prendre des décisions opératoires individuellement et collectivement ;
 - adopter en cours d'intervention des changements de stratégie apparaissant nécessaires ;
 - mener des actions dans l'urgence.
- Modalités de validation : présentation de cas cliniques :
 - en staff ;
 - en réunions scientifiques ou pédagogiques ;
 - en séminaires ou en congrès.

Savoir-faire d'information et de communication avec les patients

- Être capable de :
 - établir une relation d'écoute empathique avec un patient ;
 - respecter l'intimité des patients ;
 - délivrer une information claire loyale et appropriée au patient, à sa famille et à son entourage et éventuellement reformuler pour s'assurer de sa compréhension ;
 - annoncer avec clarté tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...) ;
 - aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices-risques des diverses solutions thérapeutiques ;
 - favoriser le dialogue avec le patient, notamment en cas

d'échec thérapeutique ou de complications.

Savoirs et savoir-faire de communication avec les collègues et les divers acteurs intervenant dans les lieux de soins

- Être capable de :
 - partager et diffuser dans les délais appropriés les informations utiles concernant le patient ;
 - prendre des décisions en concertation avec les collègues et le personnel de soins ;
 - assurer la traçabilité et la transmission des informations, en particulier la mise à jour du dossier patient.

Savoirs et savoir-faire de coopération

- Avoir acquis la connaissance :
 - de l'organisation et le fonctionnement de la consultation, des urgences, du bloc opératoire et des unités de soins.
- Être capable de :
 - s'intégrer dans une équipe en situant son rôle et celui des autres membres de l'équipe ;
 - travailler en coopération avec les autres professionnels de la santé et en équipe pluridisciplinaire ;
 - participer à des activités ou projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux médicaux ;
 - connaître ses limites (compétences, moyens du plateau technique, relation médecin-malade...) et savoir adresser le cas échéant un patient à un autre praticien ou un autre établissement.

Savoirs et savoir-faire procéduraux

- Avoir acquis la connaissance :
 - des protocoles d'organisation des soins ;
 - des recommandations concernant les pratiques cliniques ;
 - des obligations réglementaires ;
 - des règles de confidentialité et de secret professionnel.

- Être capable de :
 - rédiger un compte-rendu opératoire structuré selon les règles et recommandations ;
 - mettre en œuvre avec discernement les protocoles d'organisation des soins ;
 - mettre en œuvre avec discernement les recommandations sur les pratiques cliniques ;
 - vérifier que les protocoles sont réactualisés, diffusés et connus de l'ensemble des acteurs intervenant sur le parcours de soins.

Savoirs et savoir-faire en méthodologie de recherche clinique

- Connaître :
 - les principes élémentaires de la recherche clinique et de la gestion des données ;
 - la notion de conflit d'intérêt.
- Être capable de :
 - développer une autoévaluation et une réflexion critique sur sa pratique en vue de l'améliorer ;
 - faire une recherche bibliographique avec analyse critique des articles ;
 - présenter des dossiers cliniques en réunion ;
 - confronter les points de vue et opinions.

Savoirs de base concernant l'environnement professionnel et institutionnel

- Avoir acquis la connaissance :
 - du contexte institutionnel dans lequel se déroule la pratique ;
 - du rôle des diverses institutions et instances intervenant sur les parcours de soins ;
 - des bases de la gestion hospitalière, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des réclamations et des plaintes ;
 - du coût des examens et des appareillages préconisés.

Tableau. Situations de soins types retenues.

Situations-types	Caractéristiques
Prise en charge d'une infection cervico-faciale d'origine dentaire	Urgence et fréquence Compétence maxillo-faciale
Prise en charge d'un traumatisme facial	Urgence et fréquence Compétence maxillo-faciale
Prise en charge d'un cancer cutané de la face	Fréquence. Cancérologie dermatologique et chirurgie reconstructrice
Prise en charge d'une fente labio-alvéolo-palatine	Malformation et embryopathie. Chirurgie réparatrice des parties molles et osseuses. Pluridisciplinarité
Prise en charge d'une dysmorphie maxillo-mandibulaire	Croissance faciale. Malformation / déformation acquise. Interface chirurgiens orthodontistes
Prise en charge d'un patient édenté en vue d'une réhabilitation prothétique sur implants	Chirurgie réparatrice des bases osseuses. Interface avec orthodontie et odontologie. Santé publique
Prise en charge d'un cancer de la langue	Cancérologie. Chirurgie reconstructrice. Dépistage. Santé publique.