



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE BUCCO-PHARYNGECTOMIE TRANS-MANDIBULAIRE

Madame, Monsieur,

La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire est l'ablation d'une partie du fond de la bouche (la base de la langue et/ou l'amygdale) en sectionnant ou en enlevant une partie de la mâchoire inférieure. Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants, un antécédent de phlébite ou d'embolie pulmonaire et tout autre antécédent médical ou chirurgical. N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUTS DE L'INTERVENTION

La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire est une opération destinée à enlever une lésion tumorale située au fond de la gorge, en regard de l'amygdale et/ou de la base de langue. Cette lésion tumorale sans traitement, évoluerait inévitablement en mettant en jeu votre pronostic vital.

Il est souvent nécessaire d'effectuer, en plus de l'exérèse de la tumeur de la cavité buccale, l'ablation de tous les ganglions (curage ganglionnaire).

REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention s'effectue sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur que vous verrez en consultation préalable à l'intervention de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention s'effectue par une incision cutanée qui laissera une cicatrice située au niveau du cou et du menton. Elle peut remonter jusqu'à la lèvre inférieure qui peut parfois être incisée en son milieu.

Le fragment de mandibule en regard de la tumeur est parfois retiré définitivement si nécessaire, ou remis en place et fixé à l'aide de plaques métalliques et de vis comme pour une fracture. Même si la mandibule est remise en place, il est souvent nécessaire de faire l'ablation de certaines dents.

La brèche opératoire peut être réparée par simple suture ou à l'aide d'un prélèvement de peau et/ou de muscle, par l'intermédiaire d'un lambeau de muscle, de peau et/ou d'os prélevé au niveau du cou, du thorax ou du dos, créant alors une cicatrice supplémentaire.

En fin d'intervention, une sonde d'alimentation est, en règle, mise en place par le nez et descend jusqu'à l'estomac. Certains utilisent plus volontiers une gastrostomie, c'est à dire une sonde mise en place directement dans l'estomac par un petit orifice au niveau de l'abdomen. Cette sonde sera maintenue pendant la durée de la cicatrisation ; elle est retirée au moment de la reprise votre alimentation par la bouche.

Pour des raisons de sécurité respiratoire, une trachéotomie qui consiste en l'ouverture de la trachée par une incision cutanée à la base du cou, calibrée par une canule pour vous permettre de respirer sans problème, est souvent nécessaire. La présence de la canule entrave transitoirement votre voix. Mise en place à la fin de l'intervention, elle sera enlevée après quelques jours, et l'orifice cutané se refermera spontanément.

Des petits drains aspiratifs permettant d'éviter la survenue d'un hématome, seront placés dans le cou et éventuellement sous la peau du thorax; ils seront retirés au bout de quelques jours.

Des médicaments seront administrés contre la douleur post-opératoire.

La reprise d'une alimentation par la bouche, après cicatrisation, sera décidée par le chirurgien. Cette reprise s'accompagne fréquemment de troubles de la déglutition : fausses routes et régurgitations. Pour cette raison, l'alimentation sera reprise progressivement avec l'aide éventuelle d'une orthophoniste. De plus, une kinésithérapie respiratoire peut être nécessaire. Vous pouvez avoir quelques troubles pour articuler et un timbre de voix modifié, mais votre voix n'est pas à proprement parlé altérée, car votre larynx est préservé.

Cette intervention nécessite un séjour à l'hôpital dont la durée vous sera précisée par le chirurgien. Vous quitterez l'hôpital lorsque vous aurez pu reprendre une alimentation adaptée par voie orale et dans la plupart des cas, lorsqu'on aura pu retirer votre canule de trachéotomie. Cependant, dans certains cas, vous pouvez regagner votre domicile ou aller en maison de repos avec le maintien d'une sonde d'alimentation, si vous présentez des troubles de déglutition postopératoires qui ne permettent pas encore de vous alimenter correctement.



Dans certains cas, cette intervention peut être associée à des rayons (radiothérapie) ou à une chimiothérapie. Le spécialiste pourra répondre à toutes vos questions au sujet de ce traitement.

RISQUES IMMEDIATS

L'hémorragie et l'hématome post-opératoire sont rares. Ils peuvent cependant nécessiter, dans certains cas, une réintervention en salle d'opération sous anesthésie générale. Cet hématome peut, d'autre part être source d'une infection.

Des troubles de la cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et nécessiter des pansements répétés associés à l'arrêt de l'alimentation, voire une réintervention, notamment au cas de communication anormale entre la bouche et la peau, ce que l'on appelle une fistule. Celle-ci entraîne l'issue anormale de salive ou d'aliments par la peau.

La fréquence et la gravité de ces différentes complications sont majorées en cas de radiothérapie préalable.

RISQUES SECONDAIRES ET SEQUELLES

Les séquelles de l'intervention dépendent de l'importance des tissus réséqués. Elles concernent la parole et l'alimentation. Ces séquelles sont alors définitives mais s'atténuent avec la rééducation. L'exérèse d'une partie de votre mandibule peut faire dévier votre mâchoire au cours de la mastication.

La durée du maintien de la trachéotomie est variable. Le recours à une canule parlante peut être envisagé dans certain cas. Les troubles de la déglutition peuvent se prolonger et nécessiter le maintien de la sonde alimentaire qui sera retirée dès qu'un équilibre nutritionnel sera obtenu.

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse, épaisse, douloureuse et visible, on peut observer des zones d'insensibilité au niveau du cou. En cas de curage ganglionnaire, on peut observer des douleurs cervicales et de l'épaule avec une gêne fonctionnelle à la mobilisation du bras, ce qui justifie la prescription de séances de kinésithérapie. Le prélèvement d'un lambeau musculo-cutané prélevé au niveau du thorax ou du dos, laissent des séquelles esthétiques et également fonctionnelles, du fait de la perte de la fonction du muscle prélevé. En cas de trachéotomie, on peut observer une petite dépression au niveau de la cicatrice.

Cette intervention ne met pas à l'abri d'un risque éventuel de récurrence ultérieure de la tumeur. La surveillance régulière est indispensable.

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Il faut signaler la possibilité d'une rupture des gros vaisseaux du cou pouvant être responsable d'une hémorragie grave qui peut nécessiter un geste chirurgical en urgence. Ce risque est majoré si une radiothérapie a été administrée avant l'intervention.

Les autres complications graves sont dominées par un risque d'asphyxie, liée :

- soit à une obstruction
- soit au déplacement de la canule - soit à un problème broncho-pulmonaire sévère