

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE PAROTIDECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, La parotidectomie est l'ablation partielle ou totale de la glande parotide, glande salivaire située devant et sous le lobule de l'oreille.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention permet de procéder à l'ablation de la tumeur que votre enfant présente, d'en préciser la nature. En effet, certaines tumeurs peuvent s'infecter, augmenter de volume, ce qui rend l'intervention beaucoup plus dangereuse pour préserver le nerf facial qui traverse cette glande. D'autres tumeurs peuvent enfin être de nature maligne ou se métastaser secondairement.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée est dissimulée, située juste en avant de l'oreille puis sous le lobule, pour se prolonger sur quelques centimètres au niveau du cou. Le nerf facial sera repéré et disséqué pour effectuer l'ablation de la tumeur et du tissu glandulaire qui l'entoure. La pièce opératoire est ensuite adressée pour une analyse histologique pendant l'intervention, afin d'identifier la nature de la tumeur. Selon ce résultat, la parotidectomie sera :

- ⇒ partielle s'il s'agit d'une tumeur strictement bénigne et sans risque de récurrence
- ⇒ quasi totale en cas de tumeur mixte, tumeur bénigne la plus fréquente de la glande parotide afin d'éviter tout risque de récurrence
- ⇒ totale, associée à un traitement des chaînes ganglionnaires du cou, en cas de tumeur maligne. Ce traitement ganglionnaire nécessite de prolonger l'incision cutanée dans la région cervicale.

La durée de l'intervention est variable en fonction des difficultés chirurgicales et selon les résultats de l'examen

histologique per-opératoire. La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Au décours immédiat de l'intervention, les complications hémorragiques nécessitant une réintervention sont exceptionnelles. Un hématome post-opératoire est possible, il est rarement préoccupant.

Il peut exister quelques douleurs et difficultés transitoires à la mastication. Ceci est lié à la proximité de l'articulation de la mâchoire par rapport à la zone opérée. De même, quelques douleurs cervicales sont possibles, liées à la position de la tête pendant l'intervention.

À l'ablation du pansement, vous constaterez une dépression juste en arrière de l'angle de la mâchoire, correspondant à la glande qui a été retirée ; on constate également une perte de sensibilité de la joue et du pavillon de l'oreille. Ceci est normal et s'atténue avec le temps.

Enfin, il peut exister une paralysie de la face, d'intensité variable selon les difficultés chirurgicales et la disposition anatomique du nerf. Celle-ci sera temporaire et la récupération d'une mobilité normale et symétrique de la face sera aidée, si nécessaire, par une kinésithérapie. Néanmoins, le temps que cette paralysie récupère, l'œil devra être protégé. Toute douleur oculaire, toute rougeur de l'œil devra être signalée et conduira à un examen ophtalmologique.

RISQUES SECONDAIRES

Dans l'année qui suit l'intervention de parotidectomie, vous pouvez voir apparaître une "transpiration" dans la zone opératoire, lors de l'alimentation. Ce phénomène, appelé syndrome de Frey, est d'intensité variable, il est inconstant et doit être signalé au chirurgien.

La cicatrice peut être sensible, voire douloureuse, parce qu'inflammatoire pendant plusieurs mois.

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.

La paralysie faciale définitive est exceptionnelle. Elle est due à une intervention particulièrement difficile (tumeur inflammatoire ou infectée, réintervention) ou à un sacrifice délibéré du nerf pour une tumeur cancéreuse ayant envahi le nerf. Rappelons que ce risque est exceptionnel, sauf s'il existe une paralysie faciale avant l'intervention, ce dont le chirurgien vous aura averti.



Fiche d'information éditée par la SFORL, le Syndicat National ORL, le Collège Français des Enseignants en ORL
<http://www.orlfrance.org>

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE SEPTOPLASTIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la septoplastie a pour but de corriger une déviation de la cloison nasale. 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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

La déviation de la cloison nasale peut entraîner une obstruction nasale, un ronflement ou favoriser une infection des sinus et parfois des oreilles. Elle peut, dans certains cas, s'associer à une déformation externe du nez.

La septoplastie permet de remodeler la cloison nasale pour améliorer la respiration. Le résultat obtenu sera fonction de l'importance de la déformation anatomique constatée.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Une anesthésie locale sera le plus souvent réalisée en complément, en utilisant de la Xylocaïne.

L'intervention s'effectue par les voies naturelles, sans cicatrice cutanée, sauf cas exceptionnels où elle pourra nécessiter une incision cutanée minime, peu visible.

Une contention endo-nasale est assurée par un méchage et/ou la mise en place de plaques de Silastic.

Ceux-ci seront retirés au bout de quelques jours, comme vous le précisera le chirurgien. Un traitement antibiotique peut être prescrit pendant quelques jours après l'intervention.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites immédiates de l'intervention, un saignement post-opératoire est possible. Il est rarement important.

Un larmoiement passager lié à l'irritation des voies lacrymales peut exister.

Un trouble de sensibilité des dents de la mâchoire supérieure est possible, temporaire.

Toute douleur ou fièvre peuvent témoigner d'un processus infectieux local, qui sera contrôlé par le chirurgien.

RISQUES SECONDAIRES

Une perforation séquelle de la cloison est possible. Elle sera parfois cause de sifflements lors de la respiration, de formation de croûtes, de petites hémorragies.

Des adhérences cicatricielles endonasales peuvent être responsables d'une obstruction nasale persistante.

Une déformation éventuelle secondaire de la pointe de votre nez pourra être prise en charge par le chirurgien.

Dans de très rares cas, l'insensibilité des dents persiste au niveau des incisives.

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.

Une complication infectieuse grave à type de méningite ou d'abcès par fuite de liquide céphalo-rachidien est très exceptionnelle, de même que les troubles de l'odorat.

Une fistule bucco-nasale est également très rare, liée en règle à une intervention particulièrement difficile pour une déformation complexe ou d'origine malformative.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE REDUCTION DE FRACTURE DES OS PROPRES DU NEZ CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, votre enfant présente une fracture des os propres du nez qui entraîne une déformation de la pyramide nasale avec éventuelle obstruction nasale liée à l'atteinte associée de la cloison. Cette déformation sera évaluée soit d'emblée, soit après traitement médical visant à réduire l'oedème, par un examen clinique et un examen radiologique.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

L'intervention a pour but de restaurer la morphologie du nez, la plus proche possible de l'état précédent l'accident, et de restaurer la respiration nasale. L'os est habituellement bien remis en place. Par contre les cartilages fracturés peuvent avoir tendance à se redéformer secondairement.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation avant l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

La réduction de la fracture s'effectue par voie endonasale.

Un méchage endonasal ainsi qu'un plâtre peuvent être mis en place en fin d'intervention. L'ablation du méchage et du plâtre sera effectuée au bout de quelques jours, ce que vous précisera le chirurgien.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites normales on observe souvent un hématome autour des yeux, ainsi qu'un oedème. Une gêne nasale et un larmolement sont habituels, liés au méchage.

RISQUES SECONDAIRES

La persistance d'anomalies morphologiques résiduelles est fréquente et dépend de l'importance de la déformation initiale ou est liée à la consolidation de la fracture.

Une obstruction nasale post-opératoire peut être observée, due à la déviation résiduelle de la cloison.

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.

La fracture des os propres du nez est une fracture ouverte dans les cavités nasales. De ce fait, un risque infectieux existe, en particulier au niveau du cartilage. Cette infection exceptionnelle appelée chondrite entraîne alors une déformation de la pointe du nez. Une intervention secondaire, dans ce cas, pourra être proposée.





INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE TURBINECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la turbinectomie est l'ablation chirurgicale partielle ou totale du ou des cornets inférieurs du nez.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Votre enfant présente une obstruction nasale liée à une augmentation de volume des cornets inférieurs. L'échec des traitements médicaux et locaux conduit à vous proposer cette intervention. L'intervention a pour but d'améliorer la ventilation nasale. Cette intervention n'a aucun effet sur l'écoulement nasal, ni sur les éternuements.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention s'effectue sans cicatrice, par l'intérieur du nez. Une anesthésie locale peut être réalisée en complément, utilisant de la Xylocaïne. Un geste sur la cloison nasale est parfois nécessaire au cours de la même intervention. Un méchage post-opératoire est parfois utile pour éviter le saignement. En cas de méchage un traitement antibiotique vous sera prescrit.

Ce méchage est conservé pendant quelques jours, ce que vous précisera le chirurgien.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une petite hémorragie peut survenir au déméchage, elle cède en général à une simple compression.

RISQUES SECONDAIRES

La formation de croûtes est habituelle après l'intervention, responsable d'une sensation de nez sec. Elle nécessite des soins locaux prolongés.

Une obstruction nasale résiduelle est possible. Elle est due soit à une déformation de la cloison nasale, soit à une adhérence cicatricielle endonasale.

Un larmoiement enfin, lié à une irritation des voies lacrymales, peut exister pendant quelque temps.

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.

Une hémorragie nasale importante est exceptionnelle ; elle nécessite alors un geste d'hémostase chirurgical urgent.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE MEATOTOMIE MOYENNE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la méatotomie moyenne est l'ouverture large du sinus maxillaire dans la cavité nasale. 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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Votre enfant présente une infection ou une obstruction du sinus maxillaire. Cette sinusite peut être responsable de douleurs de la face, d'une obstruction nasale, d'un mouchage purulent et parfois d'infection à distance. La chirurgie ne s'envisage qu'après échec des différents traitements médicaux, ce qui sera confirmé par un bilan radiologique, en règle un scanner.

L'intervention a pour but d'ouvrir largement le sinus dans le nez, pour permettre aux sécrétions purulentes de s'évacuer dans la fosse nasale.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation avant l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est effectuée par voie endo-nasale, sans cicatrice extérieure. L'anesthésie locale peut être réalisée en complément avec de la Xylocaïne.

L'intervention est réalisée avec des instruments optiques, éventuellement sous contrôle vidéo.

Un méchage, ainsi qu'un traitement antibiotique, sont souvent nécessaires pendant quelques jours, ce que vous précisera le chirurgien.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

En post-opératoire immédiat, une petite hémorragie peut se produire. Elle cède, en règle, rapidement à la compression. On peut noter un larmolement lié à l'irritation des voies lacrymales pendant quelque temps.

On peut observer un emphysème par passage d'air sous la peau dans la région des paupières, ou encore un petit hématome péri-orbitaire.

RISQUES SECONDAIRES

Malgré cet acte opératoire, la pathologie sinusienne peut récidiver.

Une obstruction nasale peut être observée, liée à des adhérences endo-nasales.

Enfin, un larmolement chronique peut persister pendant plusieurs mois.

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.

Des troubles de la vue, par atteinte des muscles de l'oeil, ou par baisse de la vision, sont très exceptionnels, liés en règle à des difficultés chirurgicales per-opératoires. Ils surviennent précocément après l'intervention et doivent être signalés immédiatement à votre chirurgien.

Une hémorragie nasale importante est exceptionnelle : elle nécessite alors un geste d'hémostase chirurgical urgent.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ETHMOIDECTOMIE PAR VOIE ENDONASALE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, l'ethmoïdectomie par voie endonasale est une ouverture large de tout ou partie de l'ethmoïde dans la fosse nasale. L'ethmoïde est un ensemble de cavités sinusiennes en relation avec les fosses nasales comme vous le verrez sur le schéma ci-joint.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

L'ethmoïdectomie a pour but d'aérer les cavités sinusiennes, de traiter le foyer infectieux chronique que présente votre enfant, ou d'effectuer l'ablation des polypes responsables de l'obstruction nasale. L'intervention sera proposée en règle après échec ou intolérance au traitement médical. Un bilan radiologique comportant un scanner sera effectué au préalable.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est réalisée par les voies naturelles, à l'aide d'instruments optiques et éventuellement contrôle vidéo.

Pour minimiser le saignement, l'opérateur utilise un tampon et/ou une infiltration locale d'un produit anesthésique vaso-constricteur (Adrénaline, Naphazoline, Cocaïne).

L'intervention consiste à ouvrir toutes les cellules et cloisons de l'ethmoïde dont les parois sont en rapport avec les méninges en haut, l'orbite et l'oeil en dehors.

Au cours de l'intervention, les sinus voisins (sinus frontal, sinus sphénoïdal) sont fréquemment délibérément ouverts. Un drainage externe du sinus frontal (pose d'un clou de Lemoyne) mis en place par une petite incision

cutanée de la région frontale au-dessus du sourcil est parfois nécessaire.

Les suites opératoires sont longues et nécessitent des soins locaux répétés sous surveillance médicale. Un méchage est parfois nécessaire en cas de saignement important.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Des saignements de nez modérés sont habituels, en règle banals. Ils cèdent en règle à une simple compression.

Une surinfection est possible et nécessite un traitement médical approprié.

Un larmoiement peut survenir, lié à la proximité des voies lacrymales.

RISQUES SECONDAIRES

La formation de croûtes endo-nasales est la règle et justifie des soins locaux prolongés.

La formation d'adhérences ou de brides n'est pas exceptionnelle et justifie la surveillance régulière de la cicatrisation de votre muqueuse nasale.

Enfin, cette intervention ne met pas à l'abri de la récurrence de votre pathologie initiale, responsable du manque d'odorat, de la persistance d'une infection chronique et de la formation de polypes.

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.

Un hématome intra-orbitaire compressif avec risque de cécité peut nécessiter une intervention urgente.

Un écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien avec risque de méningite précoce ou tardive est une complication exceptionnelle due, le plus souvent, à une disposition anatomique particulière de la partie haute des cavités sinusiennes.

L'hémorragie massive, avec risque vital, est elle aussi exceptionnelle. Elle survient en règle pendant l'intervention ou au décours immédiat. Votre chirurgien connaît bien ces risques et prendra toutes les dispositions nécessaires.

Rappelons enfin que des troubles visuels, de gravité variable, sont possibles : atteinte des muscles oculaires, blessure du nerf optique avec risque de cécité, atteinte des voies lacrymales.



Toutes ces complications sont exceptionnelles. Elles peuvent vous alarmer, mais il faut bien savoir que la

pathologie sinusienne, elle-même, est évolutive et susceptible de se compliquer au cours de son évolution spontanée.✘

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE AMYGDALECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, monsieur, votre enfant être opéré des amygdales.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Les amygdales palatines sont formées d'un tissu lymphoïde normal, situées dans la gorge au niveau du voile du palais, de chaque côté de la luette.

L'ablation des amygdales se justifie pour des infections récidivantes (angines) ou si leur volume gêne la respiration ou la déglutition, ou encore si elles sont responsables de complications infectieuses.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence de ce médecin de répondre à vos questions concernant l'anesthésie.

L'intervention est réalisée en passant les instruments par la bouche.

Dans les suites opératoires persiste, de chaque côté, une petite plaie qui mettra huit à quinze jours à cicatriser. Cette plaie va se recouvrir d'un enduit blanchâtre, souvent nauséabond.

La déglutition est douloureuse comme dans une forte angine, mais la reprise d'une alimentation adaptée, ce qui vous sera précisé, favorise un rétablissement rapide de la déglutition. Des médicaments seront prescrits contre la douleur.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Service d'ORL Pédiatrique et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital d'Enfants Armand-Trousseau, Paris.
Fiches adaptées à la pédiatrie, d'après les fiches d'information du Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. Décembre 2003.

Compte-tenu des instruments utilisés pour réaliser l'intervention, on peut observer des petites lésions de la langue, de la lèvre ou la mobilisation, voire la chute d'une dent, de lait en particulier. Ces lésions sont bénignes. Des douleurs dans l'oreille sont habituelles, sans gravité.

On peut observer quelques crachats hémorragiques en post-opératoire.

Des complications infectieuses à type d'otite ou de rares abcès peuvent survenir.

RISQUES SECONDAIRES

L'hémorragie au 8ème-10ème jour est rare. Elle doit être traitée rapidement et tout saignement, même minime, doit être signalé au chirurgien.

Des modifications de la voix par fuite d'air au niveau du voile du palais peuvent être constatées après la cicatrisation. Elles peuvent nécessiter une rééducation orthophonique.

Des reliquats amygdaliens peuvent parfois subsister et donner lieu à des phénomènes infectieux.

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.

Une complication exceptionnelle doit être signalée : c'est l'hémorragie majeure, qui survient en règle pendant l'intervention et qui peut imposer une opération au niveau du cou pour effectuer l'hémostase.

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ADENOIDECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, monsieur, votre enfant doit être opéré des végétations : c'est l'adénoïdectomie.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Les végétations sont constituées d'un tissu lymphoïde normal, situé dans l'arrière-nez. Leur hypertrophie ou leur infection chronique est très fréquente chez l'enfant.

L'ablation des végétations est justifiée en cas :

- d'obstruction nasale
- de rhino-pharyngites récidivantes et de leurs complications, notamment les otites.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est rapide et s'effectue à l'aide d'une curette introduite par la bouche. Elle permet d'enlever la majeure partie des végétations.

Les suites opératoires sont, en règle, simples. Un petit mouchage sanguinolent persiste pendant les premières heures.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Un saignement plus abondant peut, dans certains cas, nécessiter un geste local.

Plus rarement peut survenir un épisode infectieux rhinopharyngé ou une otite aiguë.

Compte-tenu des instruments utilisés pour réaliser l'intervention, la langue ou les lèvres peuvent être pincées. La mobilisation ou la chute d'une dent de lait en particulier peut s'observer.

RISQUES SECONDAIRES

Après cicatrisation, on peut observer une modification de la voix liée à une fuite d'air au niveau du voile du palais. Il pourra, dans ce cas, être nécessaire d'envisager une rééducation orthophonique.

L'ablation des végétations ne met pas à l'abri d'une récurrence ultérieure de la pathologie nasale ou des otites.

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.

Une inhalation de sang peut se produire lors de l'intervention ; celle-ci peut être responsable d'une infection broncho-pulmonaire qui nécessitera un traitement médical.

L'infection cervicale à type d'adéno-phlegmon est rare. Révélée par une fièvre importante, des douleurs cervicales, un gonflement du cou, elle nécessite une consultation d'urgence auprès de votre chirurgien.

Enfin, une hémorragie importante est exceptionnelle, nécessitant alors un geste d'hémostase sous anesthésie générale.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT LA POSE D'AERATEURS TRANS-TYMPANIQUES CHEZ L'ENFANT

Madame, monsieur, l'aérateur trans-tympanique est un tube creux en matériau plastique (diabolo, tube droit ou T tube). Cet aérateur est mis en place au travers de la membrane tympanique après incision, ou paracentèse, du tympan, sous microscope. Cet aérateur tient en place pendant plusieurs mois.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

La mise en place d'un aérateur à travers le tympan a pour but de favoriser l'aération de l'oreille moyenne en cas :

- d'otite moyenne aiguë à répétition
- d'otite séro-muqueuse avec atteinte auditive
- de rétraction tympanique.

Cette intervention est proposée après échec des traitements habituels et en l'absence de résorption spontanée de l'otite séro-muqueuse. En l'absence de traitement, l'otite séromuqueuse peut être source de retard de langage ou scolaire en raison de la baisse d'audition (réversible) due au liquide qui est présent derrière le tympan. Elle peut évoluer vers également une otite chronique avec, entre autres complications, une baisse d'audition par perforation du tympan ou atteinte des osselets.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Un écoulement de l'oreille peut se produire après l'intervention. Cet écoulement est plus ou moins sanglant,

plus ou moins infecté, il peut favoriser l'expulsion précoce de l'aérateur.

RISQUES SECONDAIRES

L'aérateur peut être obstrué par un corps étranger ou par du simple cérumen. Dans ce cas, la pathologie de l'oreille peut récidiver.

Dans de rares cas on peut observer la migration de l'aérateur derrière le tympan.

Une fois l'aérateur expulsé, la guérison est la règle mais on peut observer :

- une modification cicatricielle de la membrane tympanique (atrophie, tympano-sclérose, granulome) comme après tout acte opératoire sur une oreille
- une récurrence de la pathologie.
- rarement une perforation séquelle du tympan qui peut nécessiter un acte chirurgical ultérieur

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.

Très exceptionnellement ont été rapportés des pertes d'audition importante, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, des inclusions d'épiderme derrière le tympan.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE MYRINGOPLASTIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Madame, Monsieur, la myringoplastie est la fermeture chirurgicale d'une perforation du tympan par une greffe.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Son but est d'assurer l'étanchéité de l'oreille, d'éviter les surinfections (douches, piscine...) et d'améliorer, si possible, l'audition.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention nécessite un abord cutané qui laissera une petite cicatrice devant et/ou au dessus de l'oreille. Cette technique opératoire varie avec le type de perforation et l'existence ou non d'une otite chronique sous-jacente. La greffe utilisée est soit un fragment d'aponévrose prélevée sur le muscle temporal (au-dessus de l'oreille), soit un fragment de cartilage prélevé sur le pavillon de l'oreille.

Dans certains cas cette intervention peut s'accompagner d'un contrôle des osselets de l'oreille, d'une exploration de la mastoïde, os situé derrière l'oreille.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une douleur de la région opératoire ou une gêne à la mastication sont banales dans les premiers jours qui suivent l'intervention.

RISQUES SECONDAIRES

Une nécrose de la greffe est possible, liée à une surinfection. De ce fait, tout écoulement d'oreille après l'intervention doit être signalé au chirurgien.

Un rétrécissement du conduit auditif externe, dû à la voie d'abord chirurgicale, fera l'objet d'une surveillance post-opératoire appropriée.

De minimes troubles du goût peuvent exister après l'intervention, en général réversibles.

L'échec fonctionnel, avec absence de gain auditif et/ou avec perforation résiduelle de la membrane tympanique, peut être constaté après cicatrisation.

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.

Peuvent être observés :

- une inclusion d'épiderme à l'intérieur du tympan, justifiant une intervention secondaire,
- exceptionnellement une dégradation de l'audition pouvant aller jusqu'à la surdité totale (cophose), avec vertiges ou bourdonnements et sifflements d'oreille,
- exceptionnellement une paralysie faciale qui nécessitera un traitement approprié.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE INTERVENTION POUR OTITE MOYENNE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Madame, Monsieur, l'otite chronique est une pathologie inflammatoire et/ou infectieuse sournoise, latente, de l'oreille moyenne, responsable d'une surdité qui peut être évolutive avec écoulement chronique de l'oreille ; elle peut évoluer spontanément vers des complications graves.

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 au chirurgien les traitements que vous ou votre enfant prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si vous ou votre enfant avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention a pour but :

① d'explorer et de nettoyer les lésions de l'oreille moyenne : inflammation, infection des os de l'oreille, cholestéatome qui est une tumeur bénigne due à la présence d'épiderme dans l'oreille moyenne et dont l'extension entraîne une destruction lente de l'os avec risque de paralysie faciale, de surdité totale, de méningite voire d'abcès du cerveau. Les lésions sont, en règle, dépistées lors d'un bilan radiologique par scanner en pré-opératoire.

② d'améliorer, si possible, l'audition en restaurant le tympan par une greffe permettant l'étanchéité et en remplaçant les osselets s'ils sont détruits.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'abord cutané laissera une cicatrice devant et/ou au dessus de l'oreille.

Pour fermer le tympan on utilise l'aponévrose du muscle temporal, muscle situé au-dessus de l'oreille, ou du cartilage du pavillon de l'oreille.

Pour remplacer les osselets, on utilise des fragments de cartilage pris sur le pavillon de l'oreille et/ou des prothèses synthétiques (téflon, céramique, biomatériaux).

Pour enlever un cholestéatome, on est parfois obligé d'agrandir la cavité de l'oreille moyenne pour en faciliter l'exérèse et améliorer la surveillance post-opératoire.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une surinfection est possible, révélée par un écoulement qui doit être signalé au chirurgien.

Des vertiges, des bourdonnements ou sifflements de l'oreille peuvent survenir en post-opératoire.

Toutes ces anomalies doivent faire l'objet d'une consultation spécialisée.

RISQUES SECONDAIRES

La fragilité de votre oreille interne peut être responsable de la persistance des bourdonnements d'oreille et des vertiges. De même, elle peut être responsable d'une dégradation progressive de l'audition. Des troubles du goût minimes peuvent être constatés après l'intervention, habituellement régressifs.

Compte-tenu de la voie d'abord chirurgicale, peuvent survenir un rétrécissement du conduit auditif externe qui fera l'objet d'une surveillance post-opératoire appropriée.

Le cholestéatome peut récidiver, un reliquat peut persister. C'est la raison pour laquelle il est très souvent nécessaire de réopérer l'oreille 12 à 15 mois plus tard pour contrôler l'absence d'épiderme résiduel à l'intérieur de l'oreille.

L'intervention, même bien conduite, ne met pas à l'abri d'un échec fonctionnel par nécrose de la greffe et/ou absence de gain auditif.

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.

Doivent être signalées la possibilité de complications infectieuses méningées, d'une paralysie faciale, d'une chute auditive pouvant aboutir à une perte totale de



l'audition. Ces complications sont liées à l'importance des constatées dans votre oreille. Elles restent
lésions inflammatoires, des destructions osseuses exceptionnelles.

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE INTERVENTION POUR OTOSPONGIOSE OU BLOCAGE DE L'ETRIER CONGENITAL CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Madame, Monsieur, vous même ou votre enfant présentez une baisse d'audition uni ou bilatérale, parfois familiale, qui est présente depuis la petite enfance (blocage congénital de l'étrier) ou a progressé pendant l'enfance avec vers une surdité socialement handicapante (otospongiose).

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 au chirurgien les traitements que vous ou votre enfant prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si vous ou votre enfant avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

L'intervention a pour but de débloquer et de remplacer la chaîne des osselets ankylosés au niveau de l'étrier. La seule alternative à l'intervention est la prothèse auditive. Un scanner de l'oreille a le plus souvent été réalisé pour préciser le diagnostic en pré-opératoire

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'abord chirurgical s'effectue par un abord cutané laissant une petite cicatrice devant l'oreille.

L'intervention consiste, après ablation de l'étrier, à le remplacer par une prothèse accrochée à l'enclume. Le montage de la prothèse s'effectue selon différentes techniques.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Vertiges et bourdonnements d'oreille sont en règle transitoires.

On peut observer des troubles du goût minimes habituellement régressifs.

En raison d'une disposition anatomique particulière des éléments de l'oreille, l'intervention est parfois irréalisable.

RISQUES SECONDAIRES

Compte-tenu de la voie d'abord chirurgicale, qui nécessite de décoller le tympan, une perforation tympanique peut rarement être observée après cicatrisation.

L'échec fonctionnel est possible avec gain auditif partiel ou nul.

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.

En raison de la proximité anatomique du nerf facial et de l'étrier, une paralysie faciale durable ou temporaire peut exceptionnellement être observée. Elle nécessitera des soins appropriés.

La présence de vertiges, d'une surdité fluctuante, pourrait témoigner d'une communication ou fistule persistante entre l'oreille interne et la cavité tympanique. Ces anomalies doivent être signalées rapidement au chirurgien qui prendra les décisions nécessaires.

Une dégradation auditive pouvant aller jusqu'à la surdité totale (cophose) avec vertiges, sifflements ou bourdonnements d'oreille, reste une éventualité très rare.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ENDOSCOPIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, l'endoscopie est une exploration visuelle de la muqueuse de l'ensemble des voies aériennes et digestives supérieures.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cet examen est indiqué pour faire le diagnostic ou assurer le suivi d'une **malformation ou d'une maladie** des voies aériennes supérieures.

REALISATION DE L'ENDOSCOPIE

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Pour réaliser l'endoscopie, des tubes rigides ou endoscopes avec amplification optique sont utilisés. Dans certains cas un complément d'examen sera réalisé à l'aide d'un tube souple ou fibroscope, en particulier au niveau des bronches, ou de l'oesophage, voire de l'estomac.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Compte-tenu de dispositions morphologiques particulières, il est parfois impossible de réaliser une exposition correcte du larynx.

En raison des instruments utilisés pour cet examen, peuvent être observés un pincement des lèvres, de la langue, une petite plaie de la cavité buccale, une mobilité anormale voire la chute d'une dent de lait.

Après l'intervention on peut observer un certain degré d'oedème du larynx. Cet oedème laryngé peut altérer temporairement la voix.

En raison de prélèvements effectués, un petit saignement sous forme de crachats sanguinolents peut être observé.

Enfin, compte tenu de la position de la tête pendant l'examen, quelques douleurs du cou sont possibles. Ceci est transitoire.

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.

L'impossibilité de ventiler correctement l'enfant du fait de dispositions anatomiques particulières ou du fait d'un obstacle majeur sur les voies aériennes peut nécessiter une intubation après l'examen et une surveillance prolongée en salle de réveil ou une hospitalisation en réanimation. Cette complication est exceptionnelle, précoce, survenant pendant ou au décours immédiat de l'examen.

Si l'endoscopie est pratiquée pour une ingestion de produit caustique ou pour enlever un corps étranger de l'oesophage, une perforation du conduit digestif peut survenir et nécessiter une prise en charge appropriée.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'INTERVENTIONS SOUS LARYNGOSCOPIE DIRECTE EN SUSPENSION CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la pathologie que présente votre enfant nécessite une exploration directe du larynx par voie endoscopique, à l'aide d'un tube rigide et d'un microscope opératoire ou d'optique grossissant, afin d'effectuer un geste chirurgical.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT

La laryngoscopie directe en suspension permet :

- ① de préciser l'extension d'une lésion endo-laryngée
- ② parfois de réaliser un prélèvement ou biopsie
- ③ d'effectuer un geste chirurgical avec des micro-instruments ou un laser pour enlever un polype, un angiome, des papillomes, ou pour traiter une laryngomalacie sévère.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'instrumentation comporte une suspension qui libère les mains de l'opérateur. Le laryngoscope est introduit par la bouche et s'appuie sur les dents par l'intermédiaire d'une protection dentaire. Les instruments sont utilisés sous contrôle du microscope opératoire ou des optiques.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

En raison de dispositions anatomiques particulières, il est parfois impossible d'exposer le larynx.

Compte-tenu de la position de la tête, il peut exister des douleurs dans le cou dans les jours qui suivent l'intervention.

Compte-tenu des instruments utilisés, on peut observer des plaies de la langue, de la lèvre, des gencives.

De même un traumatisme des dents est possible, voire la perte d'une dent de lait qui peut être inhalée et qui nécessitera alors son extraction.

Le tube étant introduit par voie buccale, une gêne à la déglutition peut persister quelques jours.

Un oedème du larynx peut être responsable d'une gêne respiratoire.

RISQUES SECONDAIRES

Pour certaines pathologies, la voix peut rester altérée, voire aggravée du fait de la présence d'un granulome ou de lésions cicatricielles, ou encore d'une récurrence de la lésion initiale.

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.

L'impossibilité de ventiler correctement l'enfant du fait de dispositions anatomiques particulières ou du fait d'un obstacle majeur sur les voies aériennes peut nécessiter une intubation après l'examen et une surveillance prolongée en salle de réveil ou une hospitalisation en réanimation. Cette complication est exceptionnelle, précoce, survenant pendant ou au décours immédiat de l'examen.

Le risque de pneumothorax est exceptionnel, lié à certaines modalités anesthésiques et/ou à des antécédents broncho-pulmonaires particuliers.

En cas d'utilisation du laser qui sert à vaporiser, inciser et coaguler, d'autres risques spécifiques doivent être signalés, tels que :

- des brûlures des téguments (lèvre, visage), accidents qui doivent être évités par une protection du patient par des champs humides, ou des brûlures des muqueuses de la cavité buccale ou du pharynx
- un rétrécissement ou sténose du larynx en cas de vaporisation étendue.

Ces complications exceptionnelles sont connues de votre chirurgien, qui prendra toutes les précautions nécessaires pour éviter ces risques.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE SOUS-MAXILLECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la sous-maxillectomie est l'ablation totale de la glande sous-maxillaire, glande salivaire située sous la partie horizontale de la mâchoire.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention permet de procéder à l'ablation de la glande sous-maxillaire, soit parce que celle-ci est porteuse d'une tumeur dont il est indispensable de préciser la nature, soit parce que cette glande est le siège d'une inflammation, voire d'une infection chronique d'origine lithiasique (calcul), ou autre.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention nécessite une courte incision en regard de la glande, dans un pli cutané. La glande sous-maxillaire est enlevée par dissection de proche en proche en libérant la glande pour lier son canal évacuateur, qui vient se terminer dans la cavité buccale sous la langue. En cas de tumeur, la pièce sera adressée pour analyse pendant l'intervention pour connaître sa nature. En cas de tumeur maligne, il faut alors contrôler les ganglions situés autour de la glande et les faire analyser. Il peut s'agir, dans ce cas, d'un véritable curage ganglionnaire. En cas de calcul, il faudra s'assurer de l'absence de calcul dans le canal évacuateur de la glande ; il est parfois nécessaire, de ce fait, de faire une petite incision par voie endo-buccale, sous la langue.

La durée de l'intervention est variable et fonction des difficultés chirurgicales et des résultats de l'examen histologique per-opératoire. La durée de l'hospitalisation et

les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Au décours immédiat de l'intervention, les complications hémorragiques nécessitant une réintervention sont exceptionnelles, ce d'autant que l'hématome post-opératoire au niveau de cette région est peu préoccupant.

Les douleurs au niveau de la zone opérée sont relativement peu importantes.

On peut observer une asymétrie buccale lors du sourire et de la parole. Elle est liée à l'atteinte du rameau mentonnier du nerf facial, qui passe dans la région disséquée. Cette asymétrie sera temporaire et récupérera plus ou moins rapidement, aidée parfois par une kinésithérapie.

A l'ablation du pansement, vous pourrez constater l'existence d'une légère dépression située sous le rebord de la mâchoire ; celle-ci s'atténuera progressivement avec le temps.

RISQUES SECONDAIRES

On peut parfois constater une petite zone anesthésiée (endormie) dans la région située sous la mâchoire. Cette anesthésie s'atténuera avec le temps.

On peut constater également la survenue d'une hypertrophie de la cicatrice, plus ou moins évolutive. Cette éventualité est très rare dans cette région et nécessitera des soins particuliers.

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.

En cas d'adhérences, en particulier à la partie profonde de la langue, il peut y avoir :

- un traumatisme du nerf responsable de la mobilité linguale avec paralysie dont les conséquences sont mineures sur la déglutition et la parole
- un traumatisme du nerf lingual responsable de troubles de sensibilité plus ou moins gênants.

Il faut souligner que ces complications restent très exceptionnelles, car ces éléments anatomiques sont bien connus de votre chirurgien.



Fiche d'information éditée par la SFORL, le Syndicat National ORL, le Collège Français des Enseignants en ORL
<http://www.orlfrance.org>



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE PONCTION DU SINUS MAXILLAIRE AVEC OU SANS DRAINAGE CHEZ L'ENFANT.

Madame, Monsieur, la ponction du sinus est un moyen d'exploration et/ou de traitement des sinusites maxillaires.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Votre enfant présente une infection du sinus maxillaire. Cette sinusite peut-être responsable de douleurs de la face, d'une obstruction nasale, d'un mouchage purulent et parfois d'infection à distance. La ponction ne s'envisage qu'après échec des traitements médicaux, confirmé par un bilan radiologique.

L'intervention a pour but d'aspirer les sécrétions purulentes, de contrôler la cavité sinusienne par l'introduction d'une optique, de pratiquer un prélèvement pour rechercher un germe et choisir un antibiotique efficace. Il est parfois utile de laisser en place un drain durant quelques jours pour assurer des lavages et l'introduction d'antibiotiques et de corticoïdes à l'intérieur du sinus.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. En cas d'anesthésie générale, une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est effectuée à l'aide d'un trocart mis en place par voie endo-nasale, sans cicatrice extérieure, ou parfois sous la lèvre supérieure.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une petite hémorragie peut survenir au cours de la ponction ou dans les jours qui suivent, ceci peut justifier un méchage endo-nasal.

RISQUES SECONDAIRES

Cette intervention ne met pas à l'abri du risque de récurrence de la pathologie sinusienne à moyen ou à long terme.

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.

Des troubles de la vue, très exceptionnels, peuvent être observés après ce type d'intervention ; ils surviennent précocement et doivent être signalés immédiatement à votre chirurgien.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'EXTRACTION D'UN CORPS ETRANGER DE LA FOSSE NASALE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, votre enfant présente un corps étranger dans la fosse nasale. Celui-ci, responsable d'une obstruction nasale, peut entraîner une surinfection avec écoulement purulent et nauséabond, un saignement ou des maux de tête. Les conséquences peuvent être sévères :

- risque de perforation de la cloison nasale par nécrose
- risque de sinusite
- risque de fermeture de l'orifice narinaire
- risque d'inhalation du corps étranger dans les voies respiratoires trachéo-bronchiques.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est d'extraire le corps étranger pour restaurer la perméabilité nasale en créant un minimum de dégâts muqueux.

REALISATION DE L'INTERVENTION

En cas de corps étranger bloqué chez l'enfant, l'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'extraction s'effectue par voie endo-nasale (sans cicatrice extérieure) avec un matériel adapté. Un contrôle avec des instruments optiques peut être réalisé.

Une antibiothérapie par voie générale est parfois nécessaire. La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une hémorragie nasale peut se produire ; elle est en règle parfaitement bénigne.

RISQUES SECONDAIRES

On peut observer une bride cicatricielle dans la fosse nasale. Celle-ci peut être à l'origine d'une obstruction nasale et/ou d'une infection des sinus.

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.

En cas de corps étranger facilement mobilisable, et en l'absence d'anesthésie générale, le risque exceptionnel majeur est l'inhalation du corps étranger dans les voies respiratoires trachéo-bronchiques, nécessitant alors son extraction.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE POLYPECTOMIE ENDO-NASALE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la polypectomie est l'exérèse des polypes qui obstruent les fosses nasales. 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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Votre enfant présente des polypes dans les fosses nasales ; ce sont des tumeurs bénignes qui se développent aux dépens de la muqueuse des sinus. Ceux-ci ne se cancérisent jamais mais, suivant leur taille, ils peuvent être à l'origine d'obstruction nasale gênante, de troubles de l'odorat, ou encore de sinusites à répétition. La chirurgie ne s'envisage qu'après échec des traitements médicaux. L'intervention a pour but de pratiquer l'exérèse des polypes pour améliorer la perméabilité nasale, ainsi que celle des sinus, **parfois après une intervention d'ethmoïdectomie préalable.**

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est réalisée par voie endo-nasale sans cicatrice extérieure ; l'opérateur peut être amené à utiliser des instruments optiques, et éventuellement un contrôle vidéo.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Malgré les différents moyens utilisés pour éviter l'hémorragie, ce risque, bien que rare, persiste pendant ou après l'intervention. Cette hémorragie ne nécessite qu'un simple méchage.

RISQUES SECONDAIRES

Cette intervention ne met pas à l'abri de la récurrence de la polyposis qui peut nécessiter, ultérieurement, une intervention plus complète.

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.

Les complications respiratoires, qui peuvent survenir au cours de l'intervention ou au décours immédiat, sont essentiellement dues aux terrains allergique et/ou asthmatique sur lesquels surviennent plus volontiers des polyposes. Ceci est parfaitement connu de votre chirurgien qui saura prendre toutes les précautions nécessaires, de façon préventive.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE CORDECTOMIE POSTERIEURE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE AU LASER CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, la cordectomie par voie endoscopique au laser est l'ablation de la partie postérieure de la corde vocale par les voies naturelles à l'aide d'un tube rigide ou endoscope, et sous microscope opératoire, à l'aide d'un laser.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention a pour but d'améliorer la gêne respiratoire de votre enfant, due à une insuffisance d'ouverture des cordes vocales.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'instrumentation comporte une suspension qui libère les mains de l'opérateur. Le laryngoscope (tube rigide) est introduit par la bouche. Il s'appuie sur le maxillaire par l'intermédiaire d'une protection dentaire. Les instruments sont utilisés sous contrôle du microscope opératoire. Un laser est couplé au microscope. Le laser est un instrument chirurgical qui permet de coaguler, vaporiser, inciser.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Compte-tenu de la position de la tête, il peut exister des douleurs dans le cou dans les jours qui suivent l'intervention.

Compte-tenu des instruments utilisés, on peut observer des plaies de la langue, de la lèvre, des gencives. De même, un traumatisme voire la perte d'une dent de lait est possible.

Un œdème laryngé peut être responsable d'une augmentation de la gêne respiratoire durant les premiers jours post-opératoires.

RISQUES SECONDAIRES

La voix peut être modifiée.

Des troubles de la cicatrisation (granulomes) peuvent apparaître, certains peuvent nécessiter un traitement spécifique.

L'amélioration de la respiration après cordectomie postérieure peut être transitoire et nécessiter une autre intervention.

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.

L'impossibilité de ventiler correctement l'enfant du fait d'un œdème des voies aériennes peut nécessiter une intubation après l'examen et une surveillance prolongée en salle de réveil ou une hospitalisation en réanimation. Cette complication peut survenir pendant ou au décours immédiat de l'examen.

En raison de l'utilisation du laser, d'autres risques spécifiques doivent être signalés tels que :

- brûlures des téguments (lèvres, visage), accidents qui doivent être évités par une protection du patient par des champs humides, ou brûlures des muqueuses.

- rétrécissement ou sténose du larynx en cas de vaporisation étendue.

Ces complications exceptionnelles sont parfaitement connues de votre chirurgien qui prendra toutes les précautions nécessaires.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT EXERERE D'UN KYTE DU TRACTUS THYREOGLOSSE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, votre enfant présente, à la partie antérieure et haute du cou, un kyste dont l'ablation chirurgicale est nécessaire

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Ce kyste, d'origine malformative, peut être inapparent pendant plusieurs années. Lorsqu'il augmente de volume, il devient visible et palpable à la partie antérieure du cou. Il n'y a jamais de disparition spontanée des kystes du tractus thyroïdien. Le risque évolutif principal est la survenue d'une surinfection du kyste, pouvant aller jusqu'à un abcès avec un risque d'ouverture ou fistulisation à la peau. Ces épisodes de surinfection ont tendance à se répéter.

La survenue d'une cancérisation du kyste du tractus thyroïdien est une éventualité possible, mais extrêmement rare et tardive.

Le but de l'intervention est de retirer le kyste et son trajet fistuleux qui peut aller jusqu'à la glande thyroïde vers le bas, jusqu'à la base de la langue vers le haut.

L'abstention thérapeutique avec surveillance peut être proposée pendant un certain temps, mais il est préférable d'en effectuer l'exérèse avant surinfection importante.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Une incision cutanée horizontale, en regard du kyste, sera effectuée. L'intervention consiste à enlever le kyste dans son intégralité, ainsi qu'un fragment de l'os hyoïde auquel

il adhère et l'ensemble du trajet fistuleux pour limiter les risques de récurrence.

Un drain est, en règle, mis en place pour éviter la formation d'un hématome. Il sera laissé en place quelques jours.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Pendant quelques jours l'alimentation peut être un peu douloureuse, de même que les mouvements du cou, nécessitant des médicaments antalgiques qui seront systématiquement prescrits.

Un saignement post-opératoire peut survenir, aboutissant éventuellement à la formation d'un hématome du cou. Celui-ci peut entraîner une gêne respiratoire et/ou nécessiter une réintervention.

Une infection de la zone opérée peut survenir, imposant parfois un nouveau geste chirurgical.

RISQUES SECONDAIRES

A plus long terme, la qualité de la cicatrisation peut se détériorer avec apparition d'une cicatrice épaisse, voire formation d'une cicatrice dite "chéloïde", surtout si le kyste était ouvert à la peau en pré-opératoire.

Une atrophie, en regard de la zone opérée, peut apparaître, responsable d'une modification des reliefs du cou.

Enfin, même après une intervention bien réalisée, il existe un risque de récurrence se manifestant habituellement par un suintement et/ou une surinfection au niveau de la cicatrice.

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.

L'hémorragie per-opératoire importante est rarissime.

Exceptionnellement, en cas de kyste volumineux surinfecté et latéralisé, on peut observer une complication nerveuse responsable d'une diminution de la mobilité de la langue.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE EXERESE DE KYSTE OU FISTULE DE LA PARTIE LATERALE DU COU CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, votre enfant présente un kyste ou d'une fistule malformative développée dans la partie latérale du cou.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Les kystes sont des tuméfactions remplies de liquide et les fistules correspondent à un orifice cutané et/ou pharyngé prolongé par un trajet de topographie variable dans le cou. Les kystes peuvent rester plus ou moins longtemps inapparents et se révéler à un âge variable sous forme d'une tuméfaction. Les fistules sont présentes dès la naissance et peuvent avoir été ignorées du fait de leur très petite taille ou de leur siège uniquement ouvert au niveau de la gorge. Il n'y a jamais de disparition spontanée.

Le risque évolutif principal est la survenue d'une surinfection se manifestant par l'apparition d'une tuméfaction rouge du cou et/ou l'écoulement de liquide purulent à la peau. L'évolution vers un abcès est possible.

Le but de l'intervention est de retirer le kyste et/ou la totalité du trajet de la fistule.

L'abstention thérapeutique avec surveillance peut être proposée pendant un certain temps, mais il est préférable d'effectuer une exérèse du kyste avant surinfection importante. Le risque de surinfection disparaît après l'intervention, en l'absence de récurrence.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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'incision cutanée s'effectue en regard du kyste. L'exérèse d'un trajet fistuleux peut nécessiter deux cicatrices cervicales, selon la longueur et le trajet de la fistule.

Un système de drainage est souvent laissé en place quelques jours. La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

La déglutition et la rotation du cou peuvent être douloureuses pendant quelques jours.

La survenue d'un saignement post-opératoire peut aboutir à la formation d'un hématome et entraîner éventuellement une gêne respiratoire ; ceci peut nécessiter une ré-intervention.

L'infection de la zone opérée peut survenir ; elle peut imposer parfois un nouveau geste chirurgical.

RISQUES SECONDAIRES

A plus long terme, la qualité de la cicatrisation peut se détériorer avec apparition d'une cicatrice épaisse, voire formation d'une cicatrice dite "chéloïde", qui nécessitera un traitement propre.

Après une intervention correctement effectuée, le risque de récurrence est faible mais non nul. Celle-ci peut se manifester par la réapparition d'une masse ou d'un orifice fistuleux avec un éventuel écoulement.

Dans certains cas, l'analyse histologique per-opératoire du kyste peut être demandée et conduire alors à une extension du geste chirurgical dans la région du cou (curage ganglionnaire).

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.

Exceptionnellement, en cas de kyste volumineux et/ou surinfecté ou dont le trajet fistuleux est complexe, on peut observer :

- une hémorragie importante qui nécessitera alors une modification de la technique opératoire
- une complication nerveuse qui sera responsable d'un trouble de mobilité de la langue et/ou de l'épaule.



Fiche d'information éditée par la SFORL, le Syndicat National ORL, le Collège Français des Enseignants en ORL
<http://www.orlfrance.org>



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE THYROÏDECTOMIE CHEZ L'ENFANT (1/2)

Madame, Monsieur, la thyroïdectomie consiste en l'ablation plus ou moins importante de la glande thyroïde, située dans la partie antéro-inférieure et médiane du cou.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention peut avoir plusieurs buts :

① Soit l'intervention est nécessaire pour préciser la nature d'un ou de plusieurs nodules décelés dans la thyroïde par l'examen clinique, une échographie, voire une scintigraphie. La chirurgie, dans ce cas, a pour but de procéder à l'ablation du nodule en enlevant tout ou partie de la thyroïde pour définir la nature de la tumeur.

② Soit cette intervention est justifiée par un mauvais fonctionnement de la glande, qui ne peut pas être contrôlé par les traitements médicamenteux. Il est alors demandé au chirurgien de réaliser l'ablation de votre glande, soit de façon totale, soit de façon partielle selon les cas.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à toutes vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée est horizontale, située dans la partie antéro-inférieure du cou, si possible dans un pli cutané naturel.

La longueur de l'incision sera adaptée au type d'intervention ainsi qu'au volume de la glande.

Selon l'intervention proposée, il s'agira de réaliser :

- une lobo-isthmectomie, à savoir l'ablation de la moitié de la glande thyroïde
- une thyroïdectomie sub-totale
- une thyroïdectomie totale.

En règle, une analyse histologique du ou des nodules sera réalisée pendant l'intervention afin de préciser la nature de la tumeur.

En cas de tumeur maligne, la thyroïdectomie totale est de règle, ainsi qu'une vérification et l'ablation de tous les ganglions situés dans la région du cou d'une part, et le long de la trachée d'autre part. Ce geste nécessite d'agrandir la cicatrice chirurgicale.

Un ou plusieurs drainages aspiratifs seront habituellement mis en place selon l'importance de l'intervention chirurgicale. Ils seront retirés au bout de quelques jours.

La durée de l'intervention est très variable en fonction du type d'intervention, des difficultés chirurgicales, mais aussi des résultats de l'examen histologique pendant l'intervention.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites immédiates, comme dans tout acte opératoire, une complication hémorragique peut survenir ; elle nécessite alors une ré-intervention.

Un hématome post-opératoire peut également être constaté. Il est rarement grave, toutefois il faut souligner la gravité particulière d'un hématome compressif au niveau de la trachée.

La position opératoire, qui nécessite la mise en hyper-extension du cou, est responsable de douleurs dans la nuque qui peuvent bénéficier de quelques séances de kinésithérapie, si nécessaire.

RISQUES SECONDAIRES

La suppression de la glande thyroïde, de façon totale ou quasi totale, impose un traitement substitutif pour compenser l'absence de sécrétion hormonale. Ce traitement est institué dès que l'on a connaissance des résultats de l'analyse histologique et sera poursuivi sous contrôle de l'endocrinologue, ou de votre médecin traitant.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE THYROÏDECTOMIE CHEZ L'ENFANT (2/2)

En cas de geste limité à une moitié du corps thyroïde, il convient de contrôler la sécrétion thyroïdienne ; un traitement d'hormone thyroïdienne peut être nécessaire pendant quelques mois après l'intervention.

Malgré les soins apportés à la réparation chirurgicale, la cicatrice peut présenter des adhérences ou devenir épaisse, voire "chéloïde". Un traitement local est dans certains cas souhaitable.

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.

Deux complications sont particulières à la chirurgie de la glande thyroïde :

1. Les troubles de la voix : ils peuvent être dus à la dissection des nerfs récurrents, destinés à l'innervation

des cordes vocales, qui passent juste en arrière de la glande thyroïde, de part et d'autre de la trachée. Ce trouble peut être minime, passager. Il peut être immédiat,

ou se manifester secondairement par une gêne dans la voix chantée ou lors de la voix d'appel.

Habituellement ces troubles sont passagers ; ils peuvent nécessiter, dans certains cas, une rééducation orthophonique pour récupérer une voix satisfaisante le plus rapidement possible.

En cas d'intervention difficile (réintervention, adhérences) ou d'extension importante de la tumeur, cette paralysie des cordes vocales peut être définitive. Ceci est exceptionnel. En cas de thyroïdectomie totale, une paralysie bilatérale peut exister de façon très exceptionnelle et être responsable de la survenue d'un trouble respiratoire post-opératoire, qui nécessite une surveillance étroite, permanente de l'opéré. Dans quelques rares cas, un geste complémentaire devra être pratiqué pour permettre de mieux respirer.

2. En cas de thyroïdectomie totale, et compte-tenu de la place des glandes para-thyroïdes qui siègent à la face postérieure de la glande thyroïde, on peut observer des crampes, des fourmillements dans les mains ou les pieds. Ceci est dû au manque de calcium lié au dysfonctionnement des glandes parathyroïdes. Dans ce cas, un traitement médical de remplacement vous sera prescrit.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE TRACHEOTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,

La trachéotomie est l'ouverture temporaire de la trachée cervicale, ainsi reliée à la peau, court-circuitant les voies respiratoires hautes.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

La trachéotomie permet

- de traiter en urgence une asphyxie d'origine laryngée ne cédant pas au traitement médical.

- de préparer un acte chirurgical sur le pharynx ou le larynx

- de pallier à une intubation difficile nécessitée par une anesthésie générale

- de permettre une ventilation prolongée dans un contexte de réanimation

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Cependant une trachéotomie peut être réalisée d'extrême urgence, éventuellement même sous anesthésie locale.

Par une petite incision cervicale médiane à la partie basse du cou, on réalise une ouverture de la trachée. La mise en place d'une canule de trachéotomie vient calibrer l'orifice entre la trachée et la peau. A distance, le simple retrait de la canule suffira le plus souvent à obtenir une fermeture spontanée de la trachéotomie.

Les soins locaux et de canule, qui seront effectués par l'équipe médicale, vous seront expliqués. La durée de l'hospitalisation vous sera précisée par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

① Les risques per-opératoires sont :

- l'arrêt cardio-respiratoire, qui nécessite des soins de réanimation adaptés
- la blessure du nerf récurrent (nerf innervant le larynx) ou de la plèvre
- une plaie vasculaire

Ces risques sont majorés par le caractère urgent de l'acte opératoire.

② Les risques précoces sont :

- l'hémorragie qui peut nécessiter une ré-intervention pour hémostase
- l'obstruction de la canule par des sécrétions plus ou moins hémorragiques
- l'emphysème sous-cutané ou épanchement d'air sous la peau
- un pneumothorax ou un pneumomédiastin (épanchement d'air dans le thorax).

RISQUES SECONDAIRES

La surinfection trachéo-bronchique est habituelle pendant les jours qui suivent l'intervention.

A distance une cicatrisation de la trachéotomie, rétractile, disgracieuse, peut nécessiter une reprise chirurgicale ultérieure.

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.

L'hémorragie par plaie d'un gros tronc artériel, à destinée cervicale ou céphalique, reste une éventualité exceptionnelle. Ce risque est plus particulièrement lié à un tableau d'asphyxie ou à une disposition anatomique particulière.



Les chondrites, ou infection des cartilages de la trachée ou du larynx, peuvent aboutir à une sténose ou

rétrécissement cicatriciel du larynx ou de la trachée.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE LARYNGECTOMIE PARTIELLE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, les laryngectomies partielles sont des interventions qui réalisent l'ablation de tumeurs de taille modérée, n'envahissant qu'une partie du larynx. Le larynx restant sera préservé, voire reconstruit, pour conserver les fonctions de respiration, déglutition et phonation, qui lui sont habituelles.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de la laryngectomie partielle est d'effectuer de façon complète l'ablation d'une tumeur, tout en conservant suffisamment de larynx pour pouvoir à nouveau parler, respirer, manger par les voies naturelles, une fois la cicatrisation obtenue.

Dans certains cas, malgré un bilan préalable très complet (endoscopie, bilans radiologiques), cet objectif s'avère irréalisable en cours d'intervention : l'extension de la tumeur, constatée pendant l'intervention, peut imposer une laryngectomie totale.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée se situe au niveau du cou ; le siège précis et la longueur de l'incision sont fonction du type de l'intervention, et d'un éventuel geste ganglionnaire (curage) associé. La nature et le siège précis de la tumeur conditionnent l'importance de l'exérèse laryngée et la conservation ou non d'une ou des deux cordes vocales. Une trachéotomie sera réalisée dans la plupart des cas. Il s'agit de l'ouverture de la trachée à la peau, sous le larynx, à la base du cou. Elle est réalisée par sécurité.

La canule de trachéotomie, mise en place à la fin de l'intervention, sera supprimée au bout de quelques jours, et l'orifice se refermera spontanément.

Une sonde d'alimentation est, en règle, mise en place par le nez et descend jusqu'à l'estomac. Elle sera maintenue jusqu'à reprise de l'alimentation par la bouche. Un système de drainage aspiratif peut être nécessaire, en particulier lorsqu'une exérèse ganglionnaire est réalisée ; ces drains seront retirés au bout de quelques jours.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Un hématome cervical peut survenir dans les suites opératoires ; il peut nécessiter une reprise opératoire pour drainage. Il peut être responsable d'une infection locale.

RISQUES SECONDAIRES

Les troubles de la déglutition peuvent être prolongés. Ils nécessitent alors le maintien de la sonde alimentaire, voire le recours à une gastrostomie (sonde placée par une petite incision au niveau de l'abdomen, directement dans l'estomac).

Une infection broncho-pulmonaire, favorisée par les fausses routes, est d'autant plus à craindre chez les opérés fragiles ou aux antécédents de bronchite chronique.

Un retard de décanulation peut être observé ; il peut conduire à une trachéotomie définitive en cas de gêne respiratoire importante et persistante. Le recours à une canule parlante peut être envisagé dans certains cas.

Enfin, signalons des modifications de la voix, dont l'importance est variable en fonction de l'exérèse chirurgicale.

Cette intervention ne met pas à l'abri d'un risque de récurrence ultérieure de la tumeur.

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.



Les complications graves sont dominées par une asphyxie, liée :

- soit à une obstruction de la canule de trachéotomie : dans ce cas, le tableau d'asphyxie peut être rapidement levé, en retirant et en changeant la canule qui est obstruée par des sécrétions bronchiques épaisses
- soit à une inondation trachéo-bronchique de liquide de régurgitations provenant de l'estomac, source d'infection broncho-pulmonaire sévère nécessitant des soins de réanimation appropriés.

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE EXTRACTION DE CORPS ETRANGER OESOPHAGIEN PAR VOIE ENDOSCOPIQUE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, votre enfant est victime d'une ingestion volontaire ou accidentelle d'un corps étranger qui, du fait de sa nature et ses caractéristiques propres (taille, forme...), et des rétrécissements naturels des voies digestives, reste bloqué dans l'oesophage.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

La suspicion de corps étranger oesophagien nécessite un contrôle endoscopique dans les plus brefs délais, du fait de la gravité des complications potentielles. Ces lésions, induites par le corps étranger, sont d'autant plus graves qu'il s'agit d'un objet agressif (pointu, piquant, osseux ou métallique, pile, bouton) et que le temps écoulé depuis l'ingestion est important. Spontanément laissé en place, ce corps étranger peut, dans de rares cas, migrer secondairement dans l'estomac ou induire sur place des micro-abcès oesophagiens, une perforation de l'oesophage, une infection rapidement extensive vers les organes nobles (coeur, gros vaisseaux, plèvres, poumons...)

Le but de l'intervention est d'effectuer l'ablation du corps étranger par les voies naturelles, à l'aide d'un tube souple ou rigide muni d'un système optique grossissant.

REALISATION DE L'INTERVENTION

Dans certains cas, l'extraction du corps étranger peut être réalisée à l'aide d'un fibroscope (tube souple) sous anesthésie locale.

Le plus souvent chez l'enfant, l'extraction est réalisée sous anesthésie générale à l'aide d'une oesophagoscope (tube rigide). Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Pour chacun des deux procédés, l'extraction du corps étranger est réalisée par les voies naturelles et nécessite, en règle, une surveillance minimale de 24 heures en milieu hospitalier à la recherche de complications éventuelles.

Lorsque le corps étranger n'a pas pu être extrait par les voies naturelles, ou lorsqu'il existe une perforation oesophagienne ou une complication, l'extraction du corps étranger peut nécessiter une intervention chirurgicale.

RISQUES IMMEDIATS

En raison des instruments utilisés pour l'extraction du corps étranger (oesophagoscope rigide), peuvent être observés un pincement des lèvres, de la langue, une petite plaie de la cavité buccale, une mobilité anormale des dents. Il est donc important de signaler, au préalable, si des dents sont fragiles.

RISQUES SECONDAIRES

Le risque de sténose, ou rétrécissement de l'oesophage, est exceptionnel. Il est le fait :

- d'un corps étranger ancien, méconnu, ayant entraîné des lésions muqueuses qui ont mal cicatrisé
- surtout d'antécédents particuliers, responsables de cicatrices, avec muqueuse fragile (malformations de l'oesophage opérées dans l'enfance, brûlures de l'oesophage).

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.

- Toute perforation de l'oesophage nécessite un abord chirurgical cervical et/ou thoracique, voire abdominal.
- Des complications infectieuses en cas de perforation peuvent entraîner une médiastinite, nécessitant des soins de réanimation.
- Une hémorragie abondante est exceptionnelle et nécessite alors une intervention chirurgicale.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION DU DRAINAGE D'UN PHLEGMON PERI-AMYGDALIEN CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur, votre enfant, présentez un phlegmon péri-amygdalien. Il s'agit d'un abcès de la région amygdalienne responsable de la fièvre, de la douleur à la déglutition et de la gêne à l'ouverture buccale. L'échec du traitement médical impose la réalisation d'un drainage chirurgical.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est d'évacuer la collection purulente, permettant de soulager immédiatement la douleur, de traiter le foyer infectieux, et de reprendre l'alimentation par la bouche.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Dans ce cas, il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est réalisée en passant les instruments par la bouche. Une ponction de l'abcès, permettant un prélèvement bactériologique afin d'adapter l'antibiothérapie, peut précéder l'incision de drainage.

Des soins locaux, avec bains de bouche, sont nécessaires dans les suites. En l'absence d'amélioration franche, une réouverture de l'incision peut être envisagée dans les 24 heures. En l'absence de drainage, il existe des risques infectieux graves.

Service d'ORL Pédiatrique et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital d'Enfants Armand-Trousseau, Paris.

Fiches adaptées à la pédiatrie, d'après les fiches d'information du Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. Décembre 2003.

Pour éviter les récurrences, l'ablation des amygdales est recommandée.

RISQUES IMMEDIATS

Des crachats sanguinolents sont habituels pendant quelques jours.

Compte-tenu du siège de l'abcès, au contact d'organes aériens et digestifs, et proche des gros vaisseaux du cou, des complications septiques peuvent apparaître :

- septicémie et choc septique,
- abcès d'autres espaces péripharyngés et cellulite cervicale
- complications respiratoires,
- thrombophlébite de la veine jugulaire interne.

RISQUES SECONDAIRES

- Echec du drainage avec nécessité de reprise sous anesthésie générale.
- Récidive à distance du phlegmon.

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.

L'hémorragie cataclysmique, en cas de malformation de l'artère carotide, est très exceptionnelle.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION ENDOSCOPIE POUR CORPS ETRANGER TRACHEO-BRONCHIQUE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,

Votre enfant présente un corps étranger inhalé accidentellement dans la trachée ou les bronches qui, du fait de sa nature et de ses caractéristiques (taille, forme...), peut être responsable d'une gêne respiratoire plus ou moins intense et/ou de complications broncho-pulmonaires.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

La suspicion de corps étranger trachéo-bronchique nécessite un contrôle endoscopique dans les plus brefs délais, du fait de la gravité des complications potentielles.

Un corps étranger, dans les voies aériennes, déclenche une infection de la partie du poumon qui est mal ventilée. Cette infection peut laisser des séquelles définitives (dilatation des bronches), même après ablation du corps étranger. Le corps étranger peut aussi se mobiliser et obstruer les voies aériennes, provoquant une gêne respiratoire qui peut aller jusqu'à l'asphyxie et au décès.

Le but de l'intervention est d'effectuer l'ablation du corps étranger par les voies naturelles, à l'aide d'un tube souple ou rigide muni d'un système optique grossissant.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Le fibroscope (tube souple) ou le trachéo-bronchoscope (tube rigide) est introduit par la bouche, puis entre les cordes vocales, pour aller jusque dans la trachée puis les

bronches. Divers types de pinces sont utilisés pour retirer les corps étrangers.

Une surveillance minimale de 24 heures est, en règle, nécessaire en milieu hospitalier, afin de dépister d'éventuelles complications.

Dans certains cas, une thoracotomie (abord chirurgical par incision cutanée thoracique) peut être nécessaire ; cette intervention comporte des risques propres. L'exérèse par voies endoscopique doit donc être proposée en premier, chaque fois que cela est possible.

RISQUES IMMEDIATS

En raison des instruments utilisés pour cet examen, peuvent être observés un pincement des lèvres, de la langue, une petite plaie de la cavité buccale, une mobilité anormale d'une dent de lait.

Une laryngite, responsable d'une gêne respiratoire, peut survenir, liée à un oedème laryngé passager. Elle nécessite un traitement médical approprié.

Il est possible que tous les corps étrangers, notamment végétaux (cacahuètes...) ne puissent être retirés la première fois, du fait d'une réaction inflammatoire, hémorragique de la muqueuse, et que d'autres endoscopies soient nécessaires après quelques jours de traitement médical.

RISQUES SECONDAIRES

Il s'agit de surinfection broncho-pulmonaire nécessitant une antibiothérapie et une kinésithérapie avec radiographie de thorax de contrôle à distance de l'endoscopie. Ils sont liés à des corps étrangers de nature végétale ou à des corps étrangers anciens, méconnus.

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.

- Une asphyxie brutale peut nécessiter une trachéotomie.
- Une hémorragie brutale des voies aériennes peut nécessiter une intervention d'urgence dans un but d'hémostase, par voie thoracique.
- Un pneumothorax peut nécessiter un drainage pendant quelques jours.



- Un décès par asphyxie brutale ou hémorragie grave restent très exceptionnels.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE OTOPLASTIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,
L'otoplastie est une chirurgie correctrice des malformations du pavillon de l'oreille (oreille décollée).

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cet acte chirurgical, à visée esthétique, a pour but de remodeler le pavillon de l'oreille.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Une anesthésie locale pour être effectuée seule ou en complément de l'anesthésie générale, en utilisant de la xylocaïne.

L'intervention comporte une incision cutanée derrière l'oreille, permettant un travail des structures cartilagineuses du pavillon par des incisions appropriées. Une fermeture cutanée est effectuée avec un pansement compressif.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Le risque principal est celui d'une hémorragie post-opératoire responsable d'un hématome. La survenue d'un hématome implique une évacuation de celui-ci, donc une reprise opératoire et un pansement compressif plus prolongé.

RISQUES SECONDAIRES

- Infection post-opératoire beaucoup plus rare, se manifestant par des douleurs de l'oreille et un aspect inflammatoire du pavillon. Cette infection requiert un traitement antibiotique approprié pour prévenir une infection cartilagineuse.

- Si les résultats morphologiques sont le plus souvent satisfaisants, dans quelques cas des irrégularités des zones de plicature peuvent être constatées. Il est, en outre, difficile d'assurer une symétrie parfaite des deux pavillons de l'oreille.

- Des troubles sensitifs peuvent s'observer au niveau de la cicatrice, pouvant gêner le port de lunettes.

- Le pavillon d'oreille reste sensible pendant plusieurs semaines.

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.

Les hématomes favorisent les complications infectieuses et, en particulier, les chondrites (infection du cartilage du pavillon de l'oreille) qui peuvent aboutir à une nécrose avec destruction quasi totale du cartilage de l'oreille, laissant persister une oreille petite et souvent très déformée.

Dans de très rares cas, imprévisibles, la cicatrice cutanée rétro-auriculaire peut s'épaissir et prendre un caractère hypertrophique disgracieux, réalisant une cicatrice chéloïde.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE UVULO-PALATO-PHARYNGOPLASTIE AVEC AMYGDALECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,
L'uvulo-palato-pharyngoplastie (U.P.P.P.) avec amygdalectomie réalise un raccourcissement avec mise en tension du voile du palais et plastie d'élargissement du pharynx.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Vous présentez un ronflement. Au moindre doute, un enregistrement du sommeil aura éliminé un syndrome d'apnées du sommeil.

Il n'existe jusqu'alors aucune prise en charge médicamenteuse. Le seul traitement est chirurgical.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est effectuée par voie buccale, sans cicatrice extérieure. Elle réalise un raccourcissement du voile avec sacrifice partiel ou total de la luette. Elle associe une amygdalectomie et une remise en tension des muscles vélo-pharyngés.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Compte-tenu des instruments utilisés pour réaliser l'intervention, on peut observer des petites lésions de la langue, de la lèvre ou des dents. Ces lésions sont bénignes.

On peut observer quelques crachats hémorragiques en post-opératoire.

Les douleurs sont habituelles et majorent la gêne à la déglutition ; elles peuvent nécessiter un traitement antalgique majeur.

Des troubles de la déglutition avec reflux des liquides par le nez peuvent s'observer de façon transitoire.

Une surinfection peut survenir et sera prise en charge par votre chirurgien.

RISQUES SECONDAIRES

- Modification de la voix par fuite d'air, nécessitant parfois une prise en charge orthophonique.

- Persistance des fausses routes nasales aux liquides, pouvant nécessiter une rééducation de la déglutition, ainsi que des paresthésies pharyngées parfois durables (gêne pharyngée).

Une intervention, même bien conduite, ne met pas à l'abri d'un échec fonctionnel partiel.

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.

Deux complications majeures doivent être signalées :

- la sténose pharyngée au niveau du voile du palais
- et l'incontinence du voile.

Elles peuvent bénéficier d'un geste chirurgical complémentaire.





INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE RHINO-SEPTO-PLASTIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,

La rhino-septo-plastie est une chirurgie correctrice des déformations de la cloison et de la pyramide nasale.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de la rhino-septo-plastie est de remodeler la cloison nasale pour améliorer la respiration et de corriger les déformations apparentes du nez. Le risque de déformations résiduelles après l'intervention est fonction de l'importance des déformations anatomiques constatées.

REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de l'intervention, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. 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.

Une anesthésie locale sera le plus souvent réalisée en complément, en utilisant de la Xylocaïne.

L'intervention s'effectue par les voies naturelles, sans cicatrice cutanée ; dans certains cas, une incision cutanée minime, peu visible, peut être nécessaire.

Le temps chirurgical comporte un geste sur la cloison nasale et/ou un geste sur les cartilages de la pointe du nez, et un geste osseux avec ostéotomies (sections osseuses dirigées).

Dans certains cas, le chirurgien peut être amené :

- à effectuer une greffe cartilagineuse ou osseuse prélevée sur vous-même

- à réaliser un remodelage particulier de la pointe du nez avec des incisions cutanées autour de la narine

Une contention endo-nasale est assurée par un méchage et/ou la mise en place de plaques de Silastic. Ceux-ci seront retirés au bout de quelques jours.

Une contention externe (plâtre, attelles métalliques ou en résine...) sera maintenue en place pendant quelques jours, comme vous le précisera votre chirurgien.

Un traitement antibiotique et anti-oedémateux peuvent être prescrits.

RISQUES IMMEDIATS

L'oedème et l'hématome de la face sont habituels, plus ou moins importants, et vont persister plusieurs jours.

Vous pouvez présenter un larmoiement lié à l'irritation des voies lacrymales, celui-ci sera passager.

Un trouble de la sensibilité de vos dents de la mâchoire supérieure est possible, temporaire.

Dans les suites immédiates de l'intervention, un saignement post-opératoire est possible, de même au déméchage ; il est rarement important.

Toute douleur ou fièvre peut témoigner d'un processus infectieux local, qui sera contrôlé par votre chirurgien.

A l'ablation du plâtre ou de l'attelle, on peut constater une petite érosion cutanée qui cicatrisera spontanément.

RISQUES SECONDAIRES

Des troubles de sensibilité au niveau de votre nez peuvent persister pendant quelques semaines.

Une perforation séquellaire de votre cloison est possible. Elle sera parfois cause de sifflements lors de la respiration, de formation de croûtes, de petites hémorragies.

La persistance d'une obstruction nasale peut être due à des adhérences, ou brides cicatricielles endo-nasales ou à l'importance de la déformation initiale du cartilage.

Dans de très rares cas les incisives de la mâchoire supérieure peuvent rester insensibles. Enfin, si les résultats morphologiques sont le plus souvent satisfaisants, dans quelques cas la déformation de votre nez peut persister ou récidiver après intervention ; ceci est dû, le plus souvent, à une déformation initiale complexe.

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.

Dans de très rares cas on peut observer

→ une nécrose, c'est à dire une mortification de la peau, augmentant les délais de cicatrisation et laissant une cicatrice inesthétique.

→ une complication infectieuse grave, à type de méningite ou d'abcès par fuite du liquide céphalo-rachidien très exceptionnelle, de même que les troubles de l'odorat.

→ les complications ophtalmologiques : troubles de la vue, atteinte de la voie lacrymale sont extrêmement rares.

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE CERVICOTOMIE EXPLORATRICE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,
votre enfant présente une masse cervicale de nature inconnue, malgré divers examens réalisés au préalable (examens biologiques, radiologiques, endoscopiques, cytologiques..)

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

L'intervention a pour but d'effectuer une exploration chirurgicale, de prélever tout ou partie de la masse pour réaliser un examen histologique per-opératoire et ainsi adapter le traitement.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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.

La cicatrice cervicale s'effectue en regard de la masse, le plus souvent dissimulée dans un pli cutané. L'intervention consiste en une exploration cervicale pour identifier le siège anatomique de la lésion et son origine. La masse cervicale sera prélevée en totalité ou en partie, pour

permettre la réalisation d'un examen histologique per-opératoire, un examen bactériologique ou autre.

Selon les résultats, l'intervention peut être poursuivie pour compléter le geste chirurgical, le patient ayant été prévenu au préalable des différentes éventualités. Ainsi peuvent être réalisés un curage ganglionnaire, une thyroïdectomie (cf fiches complémentaires).

Un drainage aspiratif sera, en règle, mis en place au niveau de la région opérée ; il sera maintenu pendant quelques jours.

La durée de l'hospitalisation et des soins post-opératoires seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une hémorragie est possible. Elle est rare mais nécessitera alors un geste chirurgical d'hémostase.

Un hématome peut se produire au niveau de la loge opératoire. Celui-ci peut nécessiter un geste de drainage chirurgical.

Une désunion de la cicatrice, une surinfection de la loge opératoire nécessiteront des soins locaux, un traitement médical, éventuellement une reprise chirurgicale.

Un épanchement ou un écoulement de lymphes peuvent survenir en cas de geste chirurgical étendu ; il mettra plusieurs semaines à se tarir et peut nécessiter une ré-intervention.

RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, on peut observer des zones d'anesthésie au niveau de votre cou.

Il faut signaler également la possibilité de douleurs cervicales ou de l'épaule avec gêne fonctionnelle à la



mobilisation du bras, nécessitant le recours éventuel à une kinésithérapie.

Dans certains cas, en l'absence d'identification histologique précise, une seconde intervention peut être nécessaire quelques jours plus tard, orientée par les résultats histologiques définitifs.

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.

Une complication hémorragique grave est possible, mais rare. Elle nécessite une ré-intervention d'urgence.

Dans de rares cas, si le sacrifice d'un nerf a été rendu indispensable au cours de l'intervention, on peut prévoir des difficultés de votre alimentation, ou une modification de votre voix.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ADENECTOMIE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,

Votre enfant présente un ganglion cervical de nature indéterminée, dont il nous est demandé de faire le prélèvement.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de cette adénéctomie est de préciser la nature infectieuse ou tumorale, bénigne ou maligne, de ce ganglion hypertrophié.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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 petite incision en regard du ganglion. Celui-ci sera prélevé pour différentes analyses (bactériologie, histologie...).

Un examen histologique per-opératoire pourra être demandé pour préciser la nature de la lésion et adapter, si nécessaire, le geste chirurgical.

Le drainage aspiratif n'est pas systématique. Lorsqu'il est mis en place, il est maintenu pendant quelques jours.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Un hématome est possible, il est en règle peu préoccupant.

On peut observer également une suppuration locale qui peut entraîner une petite désunion de la cicatrice. Celle-ci nécessitera des soins locaux, prolongera la durée de cicatrisation et peut être responsable d'une cicatrice vicieuse.

RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, on peut observer une petite zone d'anesthésie de votre cou.

Il faut signaler également la possibilité de douleurs cervicales ou de l'épaule, en règle passagères.

Enfin, selon les résultats histologiques définitifs, une réintervention peut être nécessaire pour compléter le geste chirurgical.

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.

Si le sacrifice d'un nerf a été rendu indispensable au cours de l'intervention, on peut prévoir, dans de très rares cas, des troubles de la voix, des difficultés lors de l'alimentation.

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE PONCTION DE SINUS FRONTAL UNI OU BILATERALE AVEC OU SANS DRAINAGE

Madame, Monsieur,

Vous ou votre enfant présentez une sinusite frontale, c'est à dire une inflammation avec épanchement purulent de la cavité sinusienne, confirmée par les examens radiologiques. Cette atteinte est uni ou bilatérale, isolée ou associée à l'atteinte des autres cavités des sinus de la face.

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 au chirurgien les traitements que vous ou votre enfant prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de cette ponction est double :

- diagnostique : ce geste permettra de confirmer la nature de l'atteinte siégeant au niveau du ou des sinus frontaux et d'effectuer, éventuellement, des prélèvements pour analyses.
- thérapeutique : ce geste permettra d'évacuer une collection et d'effectuer des lavages dans les jours qui suivent l'intervention si un drainage est laissé en place.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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.

La ponction est réalisée par voie trans-cutanée, un peu au-dessus de la tête du sourcil et nécessite une trépanation de l'os pour introduire un drain ou clou de Lemoyne, qui sera fixé à la peau.

Les soins post-opératoires, la durée des lavages, de même que le traitement médical, ainsi que la durée d'hospitalisation, vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

L'hémorragie avec hématome sous-cutané secondaire sont rarement préoccupants.

On peut observer une petite suppuration cutanée, minime.

Parfois, en cas de déplacement du drain, il peut se produire un décollement sous-cutané lors des lavages.

RISQUES SECONDAIRES

L'infection secondaire de l'os frontal, ou ostéite, est rare.

Des douleurs séquellaires au niveau de la région frontale sont, en règle, minimales.

On peut observer une cicatrice cutanée un peu trop visible, car irrégulière, disgracieuse, ou hypertrophique, dans la zone de ponction.

Enfin ce geste ne met pas à l'abri d'une récurrence de votre sinusite.

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.

La fausse route, lors de la ponction, est très exceptionnelle ; elle peut entraîner une effraction méningée nécessitant une prise en charge appropriée.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT TRAITEMENT CHIRURGICAL D'UNE EXOSTOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Madame, Monsieur,

Vous ou votre enfant présentez un rétrécissement de votre conduit auditif externe par hypertrophie des parois osseuses ; cette affection oblitérante du conduit auditif externe est à l'origine d'infections récidivantes et de surdité.

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 au chirurgien les traitements que vous ou votre enfant prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si vous ou votre enfant avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cet acte chirurgical a pour but de pratiquer l'ablation de ces excroissances osseuses afin de rétablir le calibre de votre conduit auditif externe. En l'absence de traitement, l'obstruction osseuse se complète et aboutit à un processus infectieux permanent avec risque de contamination de l'oreille moyenne.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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. Une anesthésie locale sera, le plus souvent, réalisée en complément, en utilisant de la Xylocaïne.

L'intervention se déroule, en règle, par voie du conduit auditif externe. Si nécessaire, un abord externe peut être réalisé, laissant une petite cicatrice devant ou derrière l'oreille.

Après décollement de la peau, on procède à l'ablation instrumentale de cette exostose ou excroissance osseuse.

Selon l'importance de l'exérèse et la qualité de la peau du conduit auditif externe, une greffe cutanée peut être nécessaire.

La durée d'hospitalisation, les soins post-opératoires seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Les douleurs à la mastication sont inévitables en post-opératoire.

Une petite effraction de votre tympan a pu se produire au cours de l'intervention, celle-ci cicatrisera le plus souvent spontanément en l'absence d'une pathologie chronique de l'oreille moyenne.

RISQUES SECONDAIRES

La cicatrisation est longue à obtenir. Une surinfection est possible et nécessite des soins locaux appropriés. Le risque de sténose du conduit auditif externe impose une surveillance médicale étroite.

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.

La paralysie faciale post-opératoire est très rare. Elle est le fait de déformations majeures des structures osseuses de votre conduit auditif externe. Elle peut nécessiter un geste chirurgical complémentaire pour décompresser le nerf qui pourra, ainsi, récupérer une fonction normale.

Compte-tenu de la proximité de l'articulation de la mâchoire, un blocage temporo-mandibulaire peut survenir. Il nécessitera des soins appropriés.

Enfin, une surdité post-opératoire reste une éventualité très exceptionnelle.



Fiche d'information éditée par la SFORL, le Syndicat National ORL, le Collège Français des Enseignants en ORL
<http://www.orlfrance.org>



INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UN DRAINAGE POUR UN ADENO-PHLEGMON CERVICAL CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,
Vous-même ou votre enfant présentez une tuméfaction latéro-cervicale inflammatoire, consécutive à une infection de votre gorge, qui ne se résorbe pas sous traitement médical.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est d'aborder chirurgicalement la tuméfaction pour inciser, faire des prélèvements (bactériologiques, histologiques) et drainer la collection abcédée. Ce geste est nécessaire pour éviter des complications potentielles à type de fistulisation à la peau, dissémination de l'infection, voire des complications graves à type de rupture vasculaire.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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'incision cutanée s'effectue en regard de la tuméfaction. On incise la poche de l'abcès, on effectue les prélèvements, on débride la collection purulente, on effectue un lavage. Un système de drainage et/ou irrigation sera, en règle, mis en place. Il sera maintenu pendant quelques jours.

Les soins post-opératoires et la durée de l'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une hémorragie est possible ; elle est rare mais peut, dans certains cas, nécessiter un geste chirurgical d'hémostase.

RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, disgracieuse, on peut observer des zones d'anesthésie au niveau de votre cou.

Selon la localisation de la tuméfaction, on peut observer une atteinte du nerf qui innerve les muscles de la région du menton.

Enfin, en cas de collection volumineuse, ou d'infection particulièrement tenace malgré le traitement médical associé au drainage, on peut observer une récurrence de l'abcès qui nécessite alors un nouveau drainage.

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.

L'hémorragie cataclysmique par rupture des gros vaisseaux est une éventualité rarissime, le plus souvent liée au processus infectieux qui a nécrosé les parois vasculaires.

Une infection extensive à la région cervico-faciale (cellulite) ou la dissémination du processus infectieux avec septicémie sont, en règle, liées à la pathologie causale ou au germe responsable de l'infection. Ces complications nécessitent un traitement médical approprié, éventuellement en milieu spécialisé.





Fiche d'information éditée par la SFORL, le Syndicat National ORL, le Collège Français des Enseignants en ORL
<http://www.orlfrance.org>

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE DECOMPRESSION POST-TRAUMATIQUE DU NERF FACIAL CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,

Vous même ou votre enfant présentez une paralysie de l'hémiface, consécutive à un traumatisme du crâne avec fracture du rocher, identifiée sur le bilan radiologique. Cette paralysie faciale s'accompagne d'une surdité d'intensité variable, parfois définitive, qui sera identifiée avant l'intervention.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le nerf facial traverse le rocher dans un canal osseux. Le but de l'intervention est de lever la compression réalisée par les fragments osseux au niveau du foyer de fracture de ce canal et de réparer les lésions du nerf selon leur gravité.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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. Une anesthésie locale sera le plus souvent réalisée en complément, en utilisant de la Xylocaïne.

Selon le siège de la fracture, cette décompression peut s'effectuer :

- soit par voie trans-mastoïdienne : incision cutanée rétro-auriculaire avec ouverture de la mastoïde (cavité osseuse postérieure de l'oreille) par fraisage
- soit par voie sus-pétreuse : incision cutanée temporale avec volet osseux.

Le nerf sera libéré de son foyer de fracture et décomprimé. La réparation peut nécessiter une suture directe du nerf ou le recours à une greffe qui sera prélevée

au niveau du cou, ce qui donne lieu à une petite cicatrice complémentaire.

En cas d'atteinte de la chaîne des osselets (surdité de transmission), une réparation peut être tentée au cours de la même intervention.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Il faut signaler la possibilité de phénomènes hémorragiques par blessure du sinus latéral, gros tronc veineux de drainage intra-crânien, lorsque la voie d'abord est trans-mastoïdienne.

En cas de voie d'abord sus-pétreuse, risque d'hématome extra-dural qui peut nécessiter une intervention d'urgence. Compte-tenu de la proximité des structures de l'oreille interne, risque d'acouphènes (sifflements ou bourdonnements) ou de vertiges.

RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse, épaisse et douloureuse, de la possibilité d'un décollement secondaire du pavillon de l'oreille, on peut constater une déformation de la région temporo-pariétale liée au déplacement secondaire du volet osseux. Même en cas de récupération complète de la motricité de la face, peuvent être observés des syncinésies ou un hémispasme.

Enfin, le risque de surdité totale, définitive, ou de non-récupération de la paralysie faciale sont plus liés au traumatisme crânien lui-même qu'à l'acte chirurgical. En cas de paralysie faciale définitive, une chirurgie secondaire pourra être envisagée.

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.

Les risques hémorragiques sont exceptionnellement gravissimes, mettant en jeu le pronostic vital.

Des crises comitiales (épilepsie) peuvent être observées à distance du traumatisme ; elles nécessitent un traitement médical.



Du fait du risque d'effraction méningée, une infection peut se produire, responsable de méningite. Cette effraction

méningée est, en règle, liée au traumatisme lui-même plus qu'à l'intervention chirurgicale. ☒

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE EXERESE D'UNE TUMEUR ENDO-NASALE PAR VOIE PARA-LATERO-NASALE CHEZ L'ENFANT

Madame, Monsieur,

Vous présentez une tumeur des fosses nasales objectivée par l'examen clinique et l'imagerie et dont la nature a été précisée par un prélèvement préalable. Son exérèse est nécessaire par voie externe.

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 au chirurgien les traitements que votre enfant prend régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si votre enfant a déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention a pour but d'enlever votre tumeur, pour supprimer l'obstruction nasale, les douleurs, les épistaxis (saignements de nez) et de contrôler l'extension tumorale. En l'absence de traitement, ces signes fonctionnels augmentent et la tumeur risque de s'étendre vers l'orbite et l'oeil, vers les méninges ou vers les os de la face et la peau.

En cas de tumeur maligne, le traitement chirurgical radical peut être suivi de radiothérapie.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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'incision cutanée part de la tête du sourcil, descend sur le côté du nez et peut être prolongée sur la lèvre supérieure à sa partie médiane. Cette incision permet d'aborder le squelette de la face ; un volet osseux est réalisé, donnant accès aux cavités du nez et des sinus de la face.

L'ablation de la tumeur s'effectue selon nécessité, c'est à dire selon les extensions. Le volet osseux est parfois reposé en place, fixé comme une fracture.

Les soins post-opératoires, le méchage, la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Une hémorragie post-opératoire peut nécessiter une réintervention chirurgicale.

La surinfection est rarement majeure, en règle bien contrôlée par le traitement médical.

L'œdème post-opératoire est habituel, ce qui justifie dans certains cas un pansement modelant, modérément compressif.

Des complications oculo-orbitaires sont possibles et liées à la proximité de l'oeil par rapport aux cavités nasosinusiennes, et donc à l'extension tumorale. Elles nécessitent un traitement approprié.

RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice, qui peut être fibreuse, épaisse, voire douloureuse, on peut observer :

- une anesthésie dans la région de la joue, de la lèvre supérieure ; celle-ci peut être définitive, elle peut être délibérée du fait de l'extension de la tumeur à proximité du nerf sensitif de la face (branche intermédiaire du nerf trijumeau)
- une séquelle esthétique parfois importante peut être observée avec déviation de la pyramide nasale. Celle-ci est le plus souvent due à une ostéite (infection) du volet osseux
- un larmolement est également fréquemment observé. Il est lié à la sténose ou à l'ablation des voies lacrymales.
- enfin la formation de croûtes endonasales est habituelle avec risque de saignements de nez répétés nécessitant des soins locaux quotidiens.

Larmolement, déformation nasale sont largement majorés en cas de radiothérapie post-opératoire. Enfin, il faut souligner que cette intervention ne met pas à l'abri d'un risque ultérieur de récurrence de la tumeur.

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.

Compte-tenu de la proximité des espaces méningés et des cavités naso-sinusiennes, on peut observer une méningite post-opératoire, précoce ou secondaire, par

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION DE LA CURE CHIRURGICALE D'UNE FISTULE BUCCO-SINUSIENNE

Madame, Monsieur,
Vous (ou votre enfant) présentez une communication entre votre sinus maxillaire et la bouche qui ne s'est pas fermée spontanément.

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 au chirurgien les traitements que vous (ou votre enfant) prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si vous (ou votre enfant) avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention a pour but de nettoyer la cavité de votre sinus maxillaire et de fermer la fistule pour éviter la surinfection sinusienne responsable d'odeurs nauséabondes (cacosmie) et le reflux de liquide ou de débris alimentaires dans la cavité sinusienne lors de l'alimentation.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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.

La voie d'abord est endo-buccale, sans cicatrice extérieure, la fermeture s'effectue par un lambeau de voisinage.

On y associe, en règle, un drainage du sinus maxillaire ou méatotomie (ouverture large du sinus dans la fosse nasale) pour permettre aux sécrétions de s'évacuer librement.

persistance d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien méconnu.

De même, du fait de la contiguïté des cavités orbitaires et de leur contenu, il faut aussi souligner le risque, bien qu'exceptionnel, de cécité.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Le risque hémorragique est minime. Les douleurs post-opératoires sont le plus souvent modérées.

Une infection sinusienne, responsable d'une tuméfaction douloureuse de la joue nécessite un traitement médical adapté.

RISQUES SECONDAIRES

Malgré une technique chirurgicale appropriée, la récurrence de la fistule est possible et nécessite alors une réintervention. Enfin il faut souligner que, dans certains cas, il est impossible d'adapter une prothèse dentaire en post-opératoire.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT DRAINAGE D'UNE COLLECTION DU SINUS FRONTAL PAR VOIE ENDOSCOPIQUE

Madame, Monsieur,

Le diagnostic d'une collection du sinus frontal vient d'être effectué d'après les signes cliniques que vous (ou votre enfant) présentez et le bilan radiologique qui a été réalisé. Cette atteinte est soit isolée, soit associée à l'atteinte d'un ou plusieurs autres sinus de la face. Elle doit bénéficier d'un geste de drainage du sinus.

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 au chirurgien les traitements que vous (ou votre enfant) prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si vous (ou votre enfant) avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de ce drainage est double :

- diagnostique : ce geste permettra de confirmer la nature de la collection siégeant au niveau du sinus frontal, d'effectuer des prélèvements pour analyses
- thérapeutique : ce geste permettra d'évacuer la collection, et ainsi de prévenir les complications.

En effet, en l'absence de traitement, la collection frontale peut diffuser aux régions voisines, à savoir l'oeil et la cavité orbitaire, l'os frontal, les méninges, et induire des complications infectieuses graves.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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.

Le geste chirurgical sera réalisé par voie endoscopique (voie naturelle). L'intervention consistera à ouvrir et drainer le sinus frontal en passant par la fosse nasale. Les instruments sont utilisés sous contrôle d'optiques lumineuses.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

L'hémorragie post-opératoire est habituellement bénigne. Elle peut, dans certains cas, nécessiter un geste local.

RISQUES SECONDAIRES

La formation de croûtes est habituelle et nécessite des soins locaux.

La cicatrisation endo-nasale peut aboutir à la formation d'adhérences ou synéchies au niveau de la fosse nasale, responsables d'une obstruction nasale.

Enfin, cette intervention ne met pas à l'abri d'une récurrence de la collection à l'intérieur du sinus.

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.

Un hématome intra-orbitaire compressif avec risque de cécité peut nécessiter une intervention en urgence.

L'écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien avec risque de méningite précoce ou tardive est une complication exceptionnelle qui nécessite un traitement spécifique.



INFORMATIONS MEDICALES AVANT EXERERE D'UNE LESION BENIGNE DU SINUS FRONTAL PAR VOIE ORBITAIRE

Madame, Monsieur, vous (ou votre enfant) présentez une lésion bénigne du sinus frontal diagnostiquée à l'examen clinique et confirmée par le bilan radiologique.

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 au chirurgien les traitements que vous (ou votre enfant) prenez régulièrement, et en particulier l'aspirine. N'oubliez pas de signaler si vous (ou votre enfant) avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le but de cette exérèse est double :

- Diagnostique : ce geste permettra de confirmer la nature bénigne de cette lésion par un examen histologique.
- Thérapeutique : ce geste permettra de réaliser l'exérèse de cette lésion bénigne et d'éviter son évolution.

L'exérèse de cette lésion bénigne est nécessaire ; en effet, en l'absence de traitement, cette lésion frontale pourrait s'étendre aux régions voisines, à savoir l'oeil et la cavité orbitaire, l'os frontal, les méninges, et induire ainsi des complications soit par compression, soit par surinfection.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. 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.

Ce geste chirurgical sera réalisé par voie orbitaire. L'incision cutanée s'effectue au niveau de la partie supéro-interne de l'orbite et peut remonter jusqu'aux sourcils. L'abord du sinus frontal s'effectue à travers la paroi osseuse antérieure de la cavité sinusienne.

Les soins post-opératoires et la durée de l'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

Service d'ORL Pédiatrique et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital d'Enfants Armand-Trousseau, Paris.

Fiches adaptées à la pédiatrie, d'après les fiches d'information du Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. Décembre 2003.

RISQUES IMMEDIATS

Une surinfection est possible localement, elle nécessite un traitement approprié.

Un hématome sous-cutané secondaire peut nécessiter un geste de drainage.

RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, on peut observer une zone d'anesthésie au niveau du front et de la paupière.

Une ostéite (infection) de l'os frontal nécessitera un traitement approprié. La surinfection de votre cavité sinusienne, responsable d'une sinusite frontale, peut justifier un geste de drainage par voie externe ou par voie endoscopique (endonasale).

Dans certains cas, peuvent s'observer des douleurs séquellaires au niveau de la région frontale, ou une petite dépression au-dessus du sourcil.

Enfin, ce traitement ne met pas à l'abri d'une récurrence éventuelle de cette lésion bénigne intra-sinusienne.

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.

Un hématome orbitaire compressif, avec risque de cécité, peut nécessiter une intervention urgente.

Un écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien avec risque de méningite précoce ou tardive est une complication exceptionnelle, le plus souvent due à l'extension de la tumeur.

Rappelons enfin que des troubles visuels, de gravité variable, sont possibles : atteinte des muscles oculaires avec vision double, atteinte des voies lacrymales.

Toutes ces complications sont exceptionnelles. Elles peuvent vous alarmer mais il faut bien savoir que cette



Fiche d'information éditée par la SFORL, le Syndicat National ORL, le Collège Français des Enseignants en ORL
<http://www.orlfrance.org>

tumeur bénigne intra-sinusienne est elle-même évolutive et susceptible de se compliquer au cours de son évolution spontanée.