

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE OROPHARYNGECTOMIE PAR VOIE TRANSORALE, CERVICO-TRANSORALE OU D'UNE BUCCO- PHARYNGECTOMIE TRANS-MANDIBULAIRE

Madame, Monsieur,

L'oropharyngectomie est l'ablation d'une partie du fond de la gorge qu'elle soit réalisé en passant par la bouche (transorale), et/ou le cou (cervico-transorale), en sectionnant ou en enlevant une partie de la mâchoire inférieure (bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire). Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons **de lire attentivement ce document d'information**. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous 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 but d'effectuer l'ablation d'une tumeur maligne (cancéreuse) située au niveau de l'amygdale et/ou du fond de la gorge.

Afin d'accéder à la tumeur le chirurgien pourra soit passer par la bouche (transorale) et/ou le cou (cervico-transorale). Plus rarement en sectionnant la mâchoire inférieure (bucco - pharyngectomie trans-mandibulaire) pour accéder au fond de la bouche ou pour retirer une partie de la mâchoire si celle-ci est envahie par la tumeur. Sans traitement ces tumeurs évoluent inéluctablement jusqu'à mettre votre vie en jeu.

REALISATION DE L'INTERVENTION

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

L'intervention s'effectue par une incision cutanée qui laissera une cicatrice située au niveau du cou. Cette incision est également prévue pour permettre d'enlever les ganglions du cou (curage ganglionnaire). Si un geste mandibulaire doit être associé la cicatrice pourra parfois remonter vers le menton voir jusqu'à la lèvre inférieure.

L'ablation de la tumeur nécessite d'enlever, en fonction de sa taille et de sa localisation :

- toute ou partie de la loge de l'amygdale
- une partie postérieure de la langue
- une partie de la face interne de la joue
- une partie du voile.

Si un geste mandibulaire est associé c'est habituellement afin de retirer définitivement le fragment de mâchoire en regard de la tumeur. Néanmoins dans certains cas, une simple section de la mandibule peut être nécessaire pour accéder à la tumeur et la retirer sous contrôle de la vue. Le fragment est alors remis en place et fixé comme pour une fracture.

La zone d'ablation des tissus malades peut être réparée par simple suture si la tumeur est de petite taille. Si la tumeur est de taille plus importante, la reconstruction de la zone sera effectuée à l'aide d'un « lambeau » qui nécessite le prélèvement de tissu (peau et/ou muscle et/ou os). Cette reconstruction a pour but de limiter les séquelles de la chirurgie. Ce lambeau peut être prélevé soit localement au niveau du cou ou du thorax soit au niveau de l'avant-bras, de la cuisse ou de la région dorsale. Le tissu est alors prélevé avec l'artère et la veine qui le nourrit

pour être rebranché sur une artère et une veine du cou.

En cas de résection de la mâchoire il peut être nécessaire pour sa réparation de prélever un lambeau de l'os péroné au niveau de votre jambe, de l'omoplate ou plus rarement du bassin.

En fin d'intervention, une sonde pour l'alimentation est mise en place par le nez jusque dans l'estomac. On peut également procéder à une gastrostomie (sonde mise directement dans l'estomac par l'intermédiaire d'une petite incision cutanée au niveau de l'abdomen). Cette sonde sera maintenue jusqu'à ce que vous puissiez à nouveau vous alimenter par la bouche.

Lorsque l'intervention résèque des tissus de façon étendue, pour des raisons de sécurité respiratoire, on réalise une trachéotomie qui consiste à mettre, provisoirement, un tuyau dans votre trachée pour vous permettre de respirer plus librement. Ce tuyau ou canule sera lui-même retiré dans un délai variable après l'intervention. L'orifice cutané, situé à la base du cou, se refermera habituellement tout seul après l'ablation de la canule.

Des drains aspiratifs, qui permettent d'éviter la survenue d'un hématome, seront placés à la fin de l'intervention dans le cou et laissés quelques jours.

Des médicaments seront administrés contre la douleur post-opératoire de telle sorte que vous ne souffriez pas.

Différents pansements seront réalisés au cours de cette hospitalisation qui dure plusieurs semaines.

Vous quitterez l'hôpital lorsque vous aurez pu reprendre votre alimentation et lorsqu'on aura pu retirer votre canule de trachéotomie. Dans certains cas, nous autorisons nos patients à regagner leur domicile ou à partir en maison de repos, alors que la sonde d'alimentation ou la canule sont encore laissées en place. Cette alimentation peut, en effet, pendant quelque temps être poursuivie à domicile, avec l'aide d'un prestataire de service, de même que les soins de canule. La sonde et/ou la canule de trachéotomie est alors retiré secondairement en consultation ou en hospitalisation secondaire.

Dans certains cas, ce geste chirurgical sera complété par une radiothérapie (rayons). Ce traitement est réalisé dans un centre de radiothérapie. Il s'étale sur une période d'environ un mois et demi. Bien toléré au début, il est générateur à partir du 15^{ème} jour environ

de sensations douloureuses et d'une gêne à la déglutition, qui vont cesser ultérieurement.

En même temps que la radiothérapie, il peut également être décidé par l'équipe qui vous prend en charge d'associer une chimiothérapie concomitante à ces rayons.

Le radiothérapeute et le chimiothérapeute pourront répondre à toutes vos questions relatives à ces traitements.

La décision de ces traitements complémentaires (ainsi que l'ensemble des décisions concernant votre plan de traitement) est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire (associant chirurgiens radiothérapeutes et chimiothérapeutes).

RISQUES IMMEDIATS

L'hémorragie post-opératoire est rare mais peut nécessiter, une nouvelle intervention pour stopper le saignement (hémostase). En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire.

Une infection de la zone opératoire cervicale peut survenir. Elle nécessitera des soins locaux et un traitement médical. Une évacuation chirurgicale peut parfois être nécessaire.

Lorsqu'un lambeau a été utilisé, il existe un risque d'échec lié à cette technique. Il peut alors être nécessaire d'intervenir de nouveau sous anesthésie générale pour le retirer et le remplacer par un autre.

Les risques propres à la zone du prélèvement du lambeau vous seront précisés par l'équipe qui effectuera la reconstruction.

Des troubles de cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention, notamment en cas de communication anormale entre la bouche, la gorge et la peau, ce que l'on appelle une fistule. Ce risque est nettement augmenté en cas de radiothérapie préalable.

En cas de curage (chirurgie ganglionnaire) étendu, un épanchement de lymphes peut survenir ; il pourra mettre plusieurs semaines à se tarir et/ou nécessiter une nouvelle intervention.

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

RISQUES SECONDAIRES

Les séquelles de l'intervention sont fonction de l'importance de l'ablation chirurgicale. Elles vont concerner la parole et l'alimentation. Elles peuvent être très peu importantes si l'intervention chirurgicale a été réalisée pour une tumeur de petite taille. Elles peuvent être plus conséquentes sur l'élocution et l'alimentation, lorsqu'il a fallu enlever une tumeur de grande taille ou lorsque l'occlusion des lèvres est incomplète. Ces séquelles peuvent être définitives mais s'atténuent en partie avec la rééducation après plusieurs semaines.

Une insensibilité de la langue, du plancher buccal et du menton peut survenir notamment en cas de sacrifice de la mandibule, ainsi qu'une diminution de la mobilité de la lèvre inférieure visible notamment lors du sourire.

En cas de trachéotomie une obstruction de la canule par des bouchons muqueux peut survenir ce qui nécessite la réalisation d'aérosols fréquents, et des soins locaux appropriés. Un déplacement de canule peut être responsable d'une gêne respiratoire pour laquelle vous devez alerter immédiatement le personnel infirmier. La remise en place de la canule devrait faire céder cette gêne respiratoire.

L'exérèse des ganglions du cou (curage) est souvent responsable de séquelles douloureuses au niveau du cou et de l'épaule. Des séances de kinésithérapie permettront de diminuer cet inconfort. La cicatrice, habituellement indolore, peut être sensible. Cette sensibilité devrait s'atténuer avec le temps.

Les risques propres à la zone du prélèvement du lambeau vous seront précisés par l'équipe qui effectuera la reconstruction.

Après radiothérapie, il peut persister une sécheresse de la bouche, une induration et un gonflement de la région du cou.

Cette intervention a pour but d'éradiquer la tumeur mais le risque de récurrence ultérieure de la tumeur persiste et nécessite une surveillance appropriée.

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 grave.

Il faut signaler le risque exceptionnel de survenue d'une hémorragie par rupture des gros vaisseaux du cou, pouvant engager le pronostic vital.

Elle nécessitera un geste d'hémostase d'urgence pour stopper l'hémorragie. Secondairement à cet événement peuvent apparaître des troubles neurologiques tel un accident vasculaire cérébral.

Cette complication hémorragique exceptionnelle survient plutôt pendant la phase de cicatrisation donc pendant votre hospitalisation. Ce risque est majoré en cas d'infection locale et si des rayons ont été effectués avant l'intervention.