

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE LARYNGECTOMIE TOTALE OU PHARYNGO-LARYNGECTOMIE TOTALE

Madame, Monsieur,

Cette intervention correspond à l'ablation totale du larynx (organe de la voix et de la respiration) et d'une partie de la muqueuse du tube digestif supérieur qui lui est accolée (hypopharynx ou sinus piriforme).

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 pour but d'effectuer l'ablation de tumeurs malignes importantes du carrefour aéro-digestif supérieur, développées dans le larynx et/ou le sinus piriforme, s'accompagnant très souvent d'un envahissement des ganglions du cou. Sans traitement, l'évolution spontanée de ces tumeurs est telle qu'elle pourrait mettre votre vie en jeu.

REALISATION DE L'INTERVENTION

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

Cette intervention nécessite une incision cutanée sur la partie latérale du cou, parfois bilatérale, permettant à la fois l'ablation de la tumeur et des ganglions associés. Elle crée une indépendance entre les voies aériennes (trachée) et digestives (œsophage).

L'ouverture du tube digestif est fermée par simple suture. L'ablation du larynx impose la suture directe de la trachée à la peau, appelée trachéostome, avec mise en place d'une canule. C'est l'orifice par lequel vous respirerez désormais définitivement.

Au cours de l'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.

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

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

Des pansements et soins de canule seront réalisés régulièrement.

Cette intervention nécessite un séjour à l'hôpital, dont la durée vous sera précisée par le chirurgien (en moyenne 12 jours). Vous quitterez l'hôpital lorsque vous aurez repris votre alimentation et lorsque vous serez capable d'effectuer vos soins de canule. Cependant, dans certains cas, les patients peuvent regagner leur domicile ou à partir en maison de repos alors que la sonde d'alimentation est laissée en place. Cette alimentation par sonde peut en effet être

poursuivie avec l'assistance d'un prestataire de service.

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 (sous deux mois en moyenne). 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. Elle peut nécessiter une intervention pour la stopper (hémostase).

En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire. Il peut être lui-même source d'infection. Des troubles de cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention, notamment en cas de communication anormale entre la gorge et la peau, ce que l'on appelle fistule ou pharyngostome.

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 intervention.

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

RISQUES SECONDAIRES

- Une fistule, entre le tube digestif et la peau (pharyngostome), peut survenir et nécessiter des soins locaux, des pansements spécifiques voire une nouvelle intervention. Le risque de survenue est majoré du fait d'une radiothérapie préalable

- Pour prévenir ces complications, le chirurgien peut vous proposer d'effectuer une fermeture de votre tube digestif à l'aide d'un lambeau musculaire ou musculo-cutané qui sera habituellement prélevé sur le thorax, ce qui entraîne une cicatrice supplémentaire au niveau de la région de la poitrine ou sous l'aisselle.
- La cicatrice cervicale peut rester sensible pendant plusieurs semaines. Elle peut s'épaissir, être indurée notamment après la radiothérapie. On observe également un gonflement variable sous le menton.
- Votre orifice trachéal peut être encombré, voire obstrué, par les sécrétions trachéales qui seront volontiers épaissies pendant longtemps. Ceci nécessite des soins locaux qui vous seront précisés. Enfin, votre trachée reste irritable, ce qui entraîne des phénomènes de toux. L'air que vous allez respirer arrive directement dans la trachée, sans être réchauffé ni humidifié par les fosses nasales comme auparavant. Ceci entraîne une irritation et une hypersécrétion trachéale, voire des surinfections. Il est donc très important de protéger votre orifice trachéal.
- Vous pouvez présenter également une gêne à la déglutition, qui est liée d'une part au manque de salive, conséquence de l'irradiation, mais qui peut être liée également à un rétrécissement cicatriciel de la voie digestive après cette intervention. Ceci doit être signalé à votre chirurgien, qui envisagera soit des modalités particulières d'alimentation, soit un traitement spécifique.
- En raison de l'absence de respiration nasale, vous pouvez présenter un petit écoulement nasal clair, ainsi que des troubles de l'odorat et donc du goût.

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

SEQUELLES

L'ablation du larynx entraîne la perte définitive de la voix habituelle. Il faut donc faire une rééducation vocale avec une orthophoniste, pour acquérir une voix oesophagienne.

Dans certains cas, une prothèse phonatoire peut être mise en place entre la trachée et le tube digestif pour obtenir rapidement une fonction vocale.

Le port de la canule n'est pas définitif mais doit être observé plusieurs mois surtout en cas de radiothérapie, en raison du risque de rétrécissement de l'orifice entre la peau et la trachée, qui est créé à la base du cou. Un complément d'informations notamment avec un programme d'éducation thérapeutique est disponible sur le site petal.fr

Enfin, compte-tenu du traitement chirurgical des ganglions du cou, vous pouvez présenter des séquelles douloureuses au niveau de la région cervicale et de l'épaule, qui nécessiteront éventuellement une rééducation fonctionnelle.

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

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

Il faut signaler 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.