

INFORMATIONS MÉDICALES AVANT RÉALISATION D'UNE CHIRURGIE POUR TUMEUR DU VOILE OU DU PALAIS

Madame, Monsieur,

La **chirurgie des tumeurs du voile et du palais**, qu'elles soient bénignes ou malignes, consiste à retirer une partie plus ou moins importante du palais mou (appelé aussi voile du palais) et/ou du palais osseux

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 et examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Il s'agit d'une opération destinée à enlever une tumeur située entre votre bouche et votre gorge. Sans traitement, cette lésion pourrait évoluer jusqu'à mettre votre vie en jeu en cas de tumeur maligne (cancer).

RÉALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention se déroule habituellement sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie préopératoire est donc indispensable et il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à l'anesthésie.

Cette intervention se déroule soit par voie endobuccale (par les voies naturelles), soit par voie externe. Dans ce cas (et en cas de curage

ganglionnaire associé) il peut être nécessaire de faire des incisions cutanées au niveau du visage et/ou du cou. Il est parfois nécessaire de sectionner la mandibule pour faciliter l'accès à la tumeur ; la mandibule est ensuite réparée comme cela se fait après une fracture.

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

- une partie ou la totalité du voile du palais
- une partie ou la totalité du palais osseux voire de la gencive et des dents
- une partie de l'amygdale et/ou de la langue

Dans certains cas, l'exérèse entraînera une communication entre la bouche et les fosses nasales, nécessitant un procédé de reconstruction (lambeau de reconstruction) ou d'obturation (prothèse).

La tumeur est systématiquement envoyée à analyser au microscope après avoir été retirée. Les délais de cette analyse peuvent varier (de quelques jours à quelques semaines).

Après l'ablation de la tumeur, le chirurgien peut fermer les cicatrices dans la bouche par une simple suture. Si la tumeur est de taille importante il devra utiliser un procédé de reconstruction dont la complexité dépendra du volume de tissu retiré et de sa localisation. La muqueuse peut être prélevée au niveau de la joue ou du pharynx. Il peut aussi recourir à des procédés prélevant de la peau et du muscle au niveau du cou ou au niveau du thorax.

Dans cette éventualité, il y aura une cicatrice supplémentaire sur le thorax, dans la région de la poitrine ou sous l'aisselle. Il existe aussi des procédés plus complexes utilisant des techniques de microchirurgie vasculaire. Dans ce cas, le greffon est prélevé à distance (face antérieure de l'avant-bras ou face antérolatérale de cuisse par exemple) et sera suturé ensuite dans la bouche.

Au cours de l'intervention, une sonde pour l'alimentation est mise en place par le nez jusque dans l'estomac. Une gastrostomie est parfois nécessaire (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 a été étendue, il est nécessaire de faire une trachéotomie pour des raisons de sécurité respiratoire. Ce geste consiste à mettre provisoirement un tuyau (canule) dans votre trachée pour vous permettre de respirer sans difficulté. Cette canule sera retirée dans un délai variable après l'intervention et 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 dans le cou et laissés quelques jours.

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

Des pansements et des bains de bouche seront réalisés pendant votre hospitalisation.

Vous quitterez l'hôpital lorsque la cicatrisation sera satisfaisante, que vous aurez pu reprendre votre alimentation et que la canule de trachéotomie aura été retirée. Selon les cas, il est possible de regagner votre domicile ou de partir en maison de repos, alors que la sonde d'alimentation ou la canule sont encore en place. L'alimentation par la sonde et les soins de canule peuvent être gérés quelques temps au domicile à l'aide des infirmières libérales et d'un prestataire de service.

Si la lésion est cancéreuse et en fonction de l'analyse de la tumeur au microscope, ce geste chirurgical peut être 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 par une équipe associant chirurgiens, radiothérapeutes et chimiothérapeutes en réunion de concertation pluridisciplinaire.

RISQUES IMMEDIATS

- L'hémorragie post-opératoire est rare. Elle peut cependant nécessiter une nouvelle intervention pour la stopper (hémostase).
- En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire. L'hématome peut être 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 bouche et la peau (fistule) ou de problème de reconstruction (nécrose du lambeau de reconstruction par exemple).
- En cas de curage (chirurgie ganglionnaire) étendu, un épanchement de lymphes peut survenir. Il peut mettre plusieurs semaines à se tarir et/ou pourra nécessiter une nouvelle intervention.
- La fréquence et la gravité de ces différentes complications sont majorées en cas de radiothérapie préalable.

RISQUES SECONDAIRES ET SEQUELLES

Les séquelles de l'intervention 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 sur une tumeur de petite taille. Elles peuvent être plus conséquentes lorsqu'il a fallu enlever une tumeur de grande taille. Ces séquelles peuvent être transitoires ou définitives, mais s'atténuent partiellement avec une rééducation et parfois la confection d'une prothèse obturatrice.

En cas de curage ganglionnaire, des douleurs cervicales et de l'épaule peuvent survenir, justifiant la prescription de séances de kinésithérapie. Une induration de la peau, un gonflement variable sous le menton ainsi qu'une diminution de la sensibilité cutanée de la région du cou peuvent aussi être observés.

En cas de trachéotomie, une petite dépression au niveau de la cicatrice peut persister.

Les cicatrices peuvent, par ailleurs, rester très visible, quels que soient les soins apportés par le chirurgien lors de l'intervention, et ce d'autant plus qu'il y a eu une irradiation.

Cette intervention a pour but d'éradiquer la tumeur mais le risque de récurrence 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.

Il faut signaler la possibilité d'existence d'hémorragie pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ceci se produit, en règle générale, pendant la phase de cicatrisation donc pendant votre hospitalisation et nécessitera un geste d'hémostase d'urgence. Ce risque est majoré si des rayons ont été effectués avant l'intervention.

Un gonflement de la zone opérée dans les jours qui suivent l'intervention peut entraîner une gêne respiratoire pouvant être majeure et nécessiter la réalisation d'une trachéotomie en urgences alors que ce geste n'avait pas été nécessaire initialement.