



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

Madame, Monsieur,

Les laryngectomies partielles et les pharyngo-laryngectomies partielles permettent l'ablation de tumeurs qui n'envahissent qu'une partie du larynx. Des biopsies de la lésion ont été pratiquées avant l'intervention pour connaître la nature précise de la tumeur (bénigne ou maligne) dont vous êtes atteint.

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

BUTS DE L'INTERVENTION

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

Dans certains cas, malgré un bilan préalable très complet, l'extension de la tumeur constatée pendant l'intervention impose une laryngectomie totale, c'est à dire l'ablation définitive de tout le larynx.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale. 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 et vous sera expliquée par votre chirurgien. 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 et éventuellement la nécessité d'un traitement des ganglions. Une trachéotomie sera réalisée par sécurité dans la plupart des cas (ouverture de la trachée à la peau et mise en place d'une canule). Elle permettra aussi d'aspirer les fausses routes salivaires. La présence de la canule vous empêche transitoirement de parler. Elle sera enlevée après quelques jours et l'orifice se refermera spontanément.

En fin d'intervention, une sonde d'alimentation est mise en place par le nez et jusque dans l'estomac (sonde naso-gastrique). Certains utilisent plus volontiers une gastrostomie (sonde mise en place dans l'estomac directement par l'intermédiaire d'un petit orifice cutané au niveau de l'abdomen). Celles-ci seront maintenues en place pendant la durée de la cicatrisation de vos tissus, 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 en place quelques jours. Des médicaments seront administrés contre la douleur post-opératoire. Des soins locaux et des soins de canule seront réalisés régulièrement.

La reprise d'une alimentation par la bouche sera décidée par le chirurgien. Cette reprise s'accompagne fréquemment de troubles de la déglutition. Il s'agit de fausses routes (vous avalez "de travers"). Pour cette raison, l'alimentation sera reprise progressivement. Une rééducation spécifique de la déglutition sera réalisée. Une kinésithérapie respiratoire peut être nécessaire.

Votre voix sera altérée après l'intervention, à un degré variable. Une rééducation vocale sera nécessaire.

Cette intervention nécessite un séjour à l'hôpital dont la durée vous sera précisée par le chirurgien. Vous quitterez l'hôpital lorsque vous aurez repris une alimentation adaptée par la bouche. Cependant, dans certains cas, vous pourrez sortir de l'hôpital avec le maintien d'une sonde d'alimentation si vous n'arrivez pas à vous alimenter correctement par la bouche. Une alimentation par cette sonde peut en effet être organisée à votre domicile.

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

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

RISQUES IMMEDIATS



Une hémorragie ou un hématome peuvent survenir après l'intervention et nécessiter une reprise opératoire en salle d'opération sous anesthésie générale.

Un emphysème sous cutané (présence d'air sous la peau du cou) peut survenir ; il disparaît spontanément en quelques jours.

RISQUES SECONDAIRES

Les troubles de la déglutition peuvent être prolongés et nécessitent alors le maintien de la sonde alimentaire. Elle sera retirée quand vous aurez récupéré une alimentation normale par la bouche.

Une infection broncho-pulmonaire, favorisée par les fausses routes peut survenir. Ces infections pulmonaires peuvent conduire au maintien de la canule de trachéotomie pour permettre d'aspirer les sécrétions.

Le maintien de la canule de trachéotomie est parfois nécessaire.

L'incision cutanée cervicale laisse une cicatrice définitive.

Si un curage des ganglions du cou a été réalisé des douleurs au niveau de l'épaule et du cou peuvent survenir et nécessiter une rééducation fonctionnelle.

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

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

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

La rupture des gros vaisseaux du cou peut être responsable d'une hémorragie grave. Ce risque est majoré si une radiothérapie a été administrée avant l'intervention.

Une asphyxie peut nécessiter un traitement approprié en urgence.

La survenue d'une désunion des sutures de votre larynx est exceptionnelle. Cette complication peut laisser des séquelles fonctionnelles majeures (troubles respiratoires et de la déglutition) et nécessiter une réintervention.

Des conséquences pulmonaires graves (pneumopathies de déglutition répétées), peuvent conduire à la réalisation d'une laryngectomie totale (sacrifice complet du larynx).

Dans de rares cas, la trachéotomie entraîne une cicatrice anormale de la trachée aboutissant à une sténose trachéale (rétrécissement de la trachée). Ce rétrécissement peut nécessiter un traitement spécifique .