Ces fiches ont été rédigées et mises à jour en 2014 par les experts de la Société Française d'ORL puis validées en 2014 par les plus hautes instances du Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. Elles constituent donc une information appropriée et loyale avant toute intervention ORL. Nous espérons ainsi répondre aux très nombreuses demandes faites par les internautes visitant ce site.

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE BUCCO-PHARYNGECTOMIE TRANS-MANDIBULAIRE OU D'UNE OROPHARYNGECTOMIE

Madame, Monsieur,

La **bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire** est l'ablation d'une partie du fond de la bouche (oropharyngectomie) en sectionnant ou en enlevant une partie de la mâchoire inférieure. 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

La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire (BPTM) est une opération destinée à enlever une tumeur cancéreuse située au niveau de l'amygdale et/ou du fond de la gorge qui, sans traitement, évoluerait 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 et du menton. Elle peut remonter jusqu'à la lèvre inférieure qui peut parfois être incisée au milieu. Cette incision permettra de sectionner, si cela est nécessaire, votre mâchoire pour retirer une lésion sous contrôle de la vue. L'incision est également prévue pour permettre d'enlever les ganglions du cou (curage ganglionnaire).

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.

Le fragment de mâchoire en regard de la tumeur est parfois retiré définitivement ou remis en place et fixé comme pour une fracture. Dans certains cas, la section ou l'ablation de la mandibule n'est pas nécessaire. L'intervention prend alors le nom d'oropharyngectomie

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 fermeture sera effectuée à l'aide d'un « lambeau » qui nécessite le prélèvement de peau et de muscle, le plus souvent au niveau du thorax, créant alors une cicatrice supplémentaire au niveau de la poitrine ou sous l'aisselle. Ce lambeau peut parfois être prélevé au niveau de l'avant-bras ou de la région dorsale. Pour la réparation de la mâchoire, il peut également être nécessaire de prélever un lambeau de l'os péroné au niveau de votre jambe.

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 en place 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. Cependant, 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.

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 15ème 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. Elle peut cependant nécessiter, dans certains cas, une nouvelle intervention pour arrêter le saignement (hémostase).

En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire. Il peut, d'autre part, être source d'infection.

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

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.

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

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

RISQUES SECONDAIRES

La trachéotomie peut être responsable d'incidents tels que :

- une obstruction de la canule par des bouchons liés à une hypersécrétion de votre trachée ou de vos bronches. Ceci nécessite des nébulisations ou aérosols fréquents, voire continus, ainsi que des soins locaux appropriés (aspiration, traitements fluidifiants)
- un déplacement de canule 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.

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 partiellement avec la rééducation après plusieurs semaines.

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.

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

La cicatrice, habituellement indolore, peut être sensible. Cette sensibilité devrait s'atténuer avec le temps.

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