

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 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 (ou voile du palais) 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 médicamenteuse. 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

Il s'agit d'une opération destinée à enlever une tumeur située entre votre bouche et votre gorge et qui, sans traitement, évoluerait inévitablement jusqu'à mettre votre vie en jeu en cas de tumeur maligne (cancer).

### REALISATION 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 l'extérieur. Dans ce cas ou en cas de curage ganglionnaire associé il est nécessaire de faire des incisions cutanées au niveau du cou. Dans certains cas, il est nécessaire de sectionner la mandibule pour faciliter l'accès à la tumeur ; la mandibule est ensuite réparée comme cela se fait au cours d'une fracture.

L'ablation de la tumeur va nécessiter que l'on enlève, en fonction de sa taille et de sa localisation :

- une partie ou la totalité du voile du palais
- elle peut s'étendre à la loge de l'amygdale et à la langue

- et/ou comporter une résection du palais osseux voire de la gencive et des dents
- Dans certains cas, en fonction de la taille de la tumeur, l'exérèse entraînera une communication entre la bouche et les fosses nasales, nécessitant un procédé de reconstruction (lambeau de reconstruction) ou d'obturation (prothèse).

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 utilisera un procédé de reconstruction (lambeau de muqueuse). La muqueuse peut être prélevée au niveau de la joue ou du pharynx. En fonction de l'étendue de l'ablation, il peut recourir à des procédés prélevant de la peau et du muscle. Ces éléments peuvent être prélevés au niveau du cou ou au niveau du thorax (lambeau de muscle grand pectoral). 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 utilisant des techniques de microchirurgie vasculaire. Le greffon est prélevé à distance (face antérieure de l'avant-bras ou face antérolatérale de cuisse notamment) et sera suturé dans la bouche.

A 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

Lorsque l'intervention a été étendue, pour des raisons de sécurité respiratoire, il est nécessaire de faire une trachéotomie qui consiste à mettre provisoirement un tuyau (canule) dans votre trachée pour vous permettre de respirer sans problème. 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 telle sorte que vous ne souffriez pas.

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

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 la stopper (hémostase).
- En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire. Il peut lui-même 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, ce que l'on appelle 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 sur l'élocution et l'alimentation, lorsqu'il a fallu enlever une tumeur de grande taille. Ces séquelles peuvent être définitives mais s'atténuent partiellement avec la confection d'une prothèse obturatrice et une rééducation.

En cas de curage ganglionnaire, on peut observer des douleurs cervicales et de l'épaule, ce qui justifie la prescription de séances de kinésithérapie.

On peut observer une induration de la peau, un gonflement variable sous le menton ainsi que, parfois, une diminution de la sensibilité cutanée de la région du cou.

En cas de trachéotomie, on peut observer une petite dépression au niveau de la cicatrice. La cicatrice cervicale peut, par ailleurs, quels que soient les soins apportés par le chirurgien lors de l'intervention, rester très visible, 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, 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.