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 GLOSSECTOMIE
- D'UNE PELVI-GLOSSECTOMIE
- D'UNE PELVI-GLOSSO-MANDIBULECTOMIE

Madame, Monsieur,

La **glossectomie** est une intervention qui consiste à enlever toute ou partie de votre langue.
La **pelvi-glossectomie** consiste en l'ablation d'une partie de la langue et du plancher de la bouche situé sous la langue.
La **pelvi-glosso-mandibulectomie** consiste à retirer une partie de votre mandibule (mâchoire inférieure) qui est en contact direct avec la tumeur pour laquelle vous êtes opéré(e).

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 cancéreuse située dans votre bouche et qui, sans traitement, évoluerait inévitablement jusqu'à mettre votre vie en jeu.

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 sa spécialité.

Cette intervention se déroule à la fois par l'intérieur de la bouche et par l'extérieur. Elle comporte donc des incisions cutanées au niveau du cou. Ces incisions peuvent remonter devant le menton et la lèvre inférieure peut dans certains cas être incisée. Ces incisions vont permettre l'ablation des ganglions d'un côté ou des deux côtés du cou (curage ganglionnaire), et permettre l'ablation de la tumeur située dans la cavité buccale. Dans certains cas, la section de la mandibule est nécessaire pour faciliter l'exérèse de la tumeur. Dans ce cas, la mandibule est ensuite réparée comme cela se fait au cours d'une fracture. Dans d'autres cas, il est nécessaire d'enlever un segment de la mandibule au contact de la tumeur. Ce segment de mandibule est alors retiré avec les dents qui y sont implantées.

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 plancher de la bouche, zone qui se trouve entre la mandibule et la langue
- une partie de la langue, voire toute la partie antérieure de la langue
- dans certains cas, une partie de la mandibule

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 peau pourra être prélevée au niveau de la face, à côté du nez, ce qui laisse une cicatrice peu visible. La fermeture pourra aussi être effectuée à l'aide d'un « lambeau » qui nécessite le prélèvement de peau et de muscle, le plus souvent au niveau du cou ou 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 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.

Enfin, des pansements seront réalisés pendant votre hospitalisation.

Cette intervention nécessite une hospitalisation de 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 intervention pour arrêter le saignement (hémostase).

En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire. Il peut lui-même 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 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 et la peau, ce que l'on appelle 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 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 ou lorsque l'occlusion des lèvres est défectueuse. Ces séquelles peuvent être définitives mais s'atténuent partiellement avec une rééducation.

L'exérèse des ganglions du cou (curage) peut être responsable de séquelles douloureuses au niveau du cou et de l'épaule. Des séances de kinésithérapie permettront de diminuer cet inconfort.

Après radiothérapie persisteront une sécheresse de la bouche, 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 peut être sensible. Cette gêne doit s'atténuer avec le temps.

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