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 **LARYNGECTOMIE PARTIELLE**

Madame, Monsieur,

Les laryngectomies partielles sont des interventions qui permettent l'ablation de tumeurs de taille modérée, n'envahissant qu'une partie du larynx. Le larynx restant sera préservé, voire reconstruit, pour conserver les 3 fonctions qui sont : la respiration, la déglutition (passage des aliments) et la phonation (voix).

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

Le but de la laryngectomie partielle est d'effectuer de façon complète l'ablation d'une tumeur, tout en conservant suffisamment d'éléments du larynx pour pouvoir à nouveau parler, respirer, manger par les voies naturelles, une fois la cicatrisation obtenue.
Dans certains cas, malgré un bilan préalable très complet (endoscopie, bilans radiologiques), cet objectif s'avère irréalisable en cours d'intervention : l'extension de la tumeur, constatée pendant l'intervention, peut imposer une laryngectomie totale.

REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention est effectuée sous anesthésie générale et est précédée d'une consultation d'anesthésie afin d'évaluer votre état général et la possibilité de réaliser une anesthésie générale de longue durée. Le médecin anesthésiste pourra répondre à vos questions relatives à l'anesthésie.
L'incision cutanée se situe au niveau du cou ; le siège précis et la longueur de l'incision sont fonction du type de l'intervention, et d'un éventuel geste ganglionnaire (curage) associé. 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.

Une trachéotomie sera réalisée dans la plupart des cas. Il s'agit de l'ouverture de la trachée à la peau, sous le larynx, à la base du cou pour assurer une respiration normale. Elle est réalisée par sécurité car cette laryngectomie partielle provoque un œdème important qui empêche une respiration normale. La canule de trachéotomie, mise en place lors de l'intervention, sera enlevée au bout de quelques jours, et l'orifice se refermera habituellement spontanément.

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.

Un système de drainage aspiratif peut être nécessaire, en particulier lorsqu'une exérèse ganglionnaire est réalisée ; ces drains seront retirés au bout de quelques jours.

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

RISQUES IMMEDIATS

L'hémorragie post-opératoire est rare. Elle peut cependant nécessiter, dans certains cas, une intervention pour arrêter le saignement (hémostase).
Un hématome cervical peut survenir dans les suites opératoires. Il peut nécessiter une nouvelle intervention pour drainage. Il peut être responsable d'une infection locale.

Des troubles de cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention.

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.

RISQUES SECONDAIRES

Les troubles de la déglutition peuvent être prolongés. Ils nécessitent alors le maintien de la sonde d'alimentation, voire le recours à une gastrostomie (sonde placée par une petite incision au niveau de l'abdomen, directement dans l'estomac). L'orthophoniste sera présente pour vous réapprendre à avaler par la bouche après cette

intervention. Des tests de déglutition seront réalisés afin de déterminer si vous ne faites pas de fausses routes et si vous pouvez débuter et poursuivre une alimentation par la bouche.

Une infection broncho-pulmonaire peut être favorisée par des fausses routes alimentaires ou salivaires.

En cas de troubles majeurs de la déglutition avec fausses routes alimentaires, votre chirurgien pourra être amené à vous proposer une laryngectomie totale.

Un retard de décanulation peut être observé ; il peut conduire à une trachéotomie définitive en cas de gêne respiratoire importante et persistante.

Enfin, signalons des modifications de la voix, dont l'importance est variable en fonction de l'étendue de l'ablation du larynx.

Enfin, compte-tenu du traitement chirurgical des ganglions du cou, vous pouvez présenter des douleurs au niveau de la région cervicale et de l'épaule, qui nécessiteront éventuellement une rééducation fonctionnelle.

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.

Les complications graves sont dominées par une asphyxie, liée :

- soit à une obstruction de la canule de trachéotomie : dans ce cas, le tableau d'asphyxie peut être rapidement levé, en retirant et en changeant la canule qui est obstruée par des sécrétions bronchiques épaisses ;

- soit à une inondation trachéo-bronchique de liquide de régurgitations provenant de l'estomac, source d'infection broncho-pulmonaire sévère nécessitant des soins de réanimation appropriés.

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.