

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE MAXILLECTOMIE

Madame, Monsieur,

La **maxillectomie** est l'ablation d'une partie du maxillaire supérieur incluant la gencive supérieure et une partie plus ou moins importante du palais.

Afin que vous soyez clairement informé (e) 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

La maxillectomie est une opération destinée à enlever une tumeur bénigne ou cancéreuse située au niveau de la gencive supérieure ou du palais qui, sans traitement, évoluerait inéluctablement jusqu'à mettre votre vie en jeu en cas de tumeur cancéreuse.

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 l'anesthésie.

L'intervention s'effectue par une incision de la muqueuse du palais et de la gencive qui peut s'étendre dans la région de la joue ou de la lèvre supérieure. Cette incision de la lèvre peut être prolongée vers la narine en cas de tumeur plus étendue.

L'ablation de la tumeur nécessite d'enlever, en fonction de la taille et de sa localisation :

- tout ou partie du palais,
- une partie de la gencive,
- une partie du voile du palais,
- une partie de la joue.
- Dans certains cas la résection de la tumeur nécessite un sacrifice du plancher orbitaire (portion osseuse qui soutient l'œil)

Cette intervention crée une communication limitée ou plus large entre la région de la bouche et la région des cavités du nez et des sinus. Cette communication peut être fermée par des tissus prélevés à proximité : boule graisseuse ou muqueuse de la joue. Si elle est plus large, votre chirurgien peut décider de recourir à d'autres méthodes de reconstruction très variées qui sont fonction de l'importance de la communication, de votre conformation anatomique et de votre état général. Cette reconstruction peut être réalisée lors de la même intervention ou lors d'une seconde intervention chirurgicale. La communication créée par l'intervention peut être obturée par une prothèse appelée prothèse obturatrice (en résine). Celle-ci peut être provisoire ou définitive et, dans ce cas équipée de fausses dents. Elle est confectionnée par des prothésistes spécialisés. Ils la fabriquent à partir d'une empreinte réalisée avant ou après l'intervention.

De même, si l'intervention nécessite une résection du plancher orbitaire, celui-ci sera reconstruit en tenant compte des possibilités anatomiques vous concernant.

Un méchage de la cavité opératoire peut être nécessaire : son retrait peut nécessiter une nouvelle anesthésie générale pour des raisons de confort.

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.

Des médicaments seront administrés contre la douleur post-opératoire de telle sorte que vous ne souffriez pas.

Des soins de bouche et des cavités nasales sont nécessaires au cours de cette hospitalisation qui sera d'une durée d'une à plusieurs semaines.

Vous quitterez l'hôpital lorsque vous aurez pu reprendre votre alimentation. 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 est encore laissée en place. Cette alimentation peut, en effet, pendant quelque temps être poursuivie à domicile, avec l'aide d'un prestataire de service.

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 hémostase (ligature des vaisseaux à l'origine du saignement).

En cas d'hématome, une évacuation chirurgicale peut être nécessaire. Cet hématome peut être lui-même source d'infection.

Si l'acte chirurgical intéresse la région de l'orbite, des troubles visuels peuvent être gênants telle une vision double qui peut être corrigée secondairement.

Des troubles de cicatrisation peuvent prolonger votre hospitalisation et éventuellement nécessiter une nouvelle intervention, notamment au cas de communication anormale entre la bouche et les cavités du nez et des sinus. La persistance d'une telle communication rend très difficile voire impossible une alimentation par la bouche, les aliments et les liquides ayant tendance à pénétrer dans la région du nez et des sinus (régurgitation nasale). En effet cette communication perturbe la déglutition (passage des aliments de la bouche vers la gorge puis l'œsophage)

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

RISQUES SECONDAIRES

Votre alimentation devra être adaptée et vous pourrez ressentir une gêne durable pour mastiquer et avaler les aliments. Ceci est surtout lié à des troubles dans l'ouverture et la fermeture de la bouche, mais également fonction de votre état dentaire.

La cicatrice peut être sensible. Cela doit s'atténuer avec le temps. Au niveau de la joue, persistent souvent des troubles de la sensibilité, ainsi qu'un gonflement variable.

Il peut persister des troubles au niveau du nez et des sinus tels une sensation de nez bouché, des sécrétions nasales épaisses et sales nécessitant des soins locaux sous forme de lavages de nez. Ces sécrétions peuvent se transformer en croûtes nasales pouvant donner lieu à des sinusites.

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 de survenue d'hémorragie, pouvant engager 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.