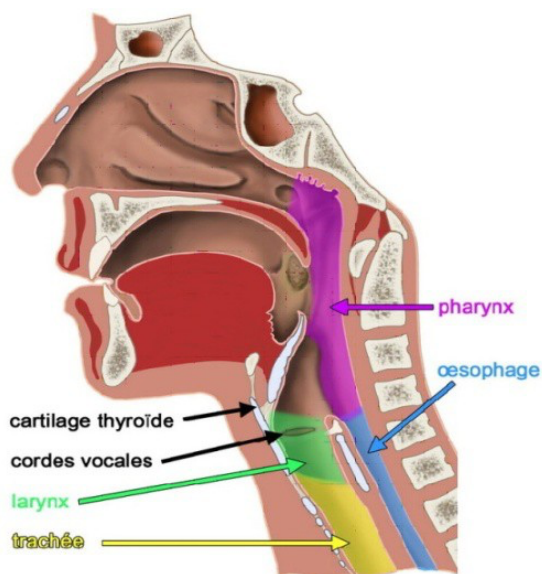


LARYNGECTOMIE PARTIELLE

1 - Introduction

Le larynx est constitué principalement par le cartilage thyroïde (pomme d'Adam) et les cordes vocales. Il est entouré par le pharynx (voie digestive) et se situe en dessus de la trachée (voie respiratoire). Le larynx permet de respirer (en amenant l'air dans la trachée et les poumons), de parler (en faisant vibrer les cordes vocales) et empêche le passage des aliments dans les poumons lors de la déglutition. Le pharynx permet aux aliments de passer dans l'œsophage.

En cas d'atteinte tumorale limitée, il est possible de ne sacrifier qu'une partie du larynx. Il existe pour cela deux types de chirurgies: la chirurgie partielle du larynx horizontale et la chirurgie partielle du larynx verticale. Dans la chirurgie partielle horizontale (supraglottique), les cordes vocales ne sont pas touchées de sorte que la qualité de la voix est pratiquement maintenue. En revanche, la déglutition peut être plus difficile, du moins initialement.



Dans la chirurgie partielle verticale (fronto-latérale) la déglutition se déroule quasiment normalement, mais la voix est altérée, voire absente.

2 - Indication opératoire

Le cancer du larynx est de loin la cause la plus fréquente de laryngectomie. Lorsque le cancer n'est pas encore trop évolué et qu'il se situe favorablement d'un point de vue anatomique, une chirurgie partielle du larynx peut être pratiquée. Lors d'atteinte unilatérale du larynx, une chirurgie partielle fronto-latérale peut être effectuée. Si le cancer se situe au-dessus du plan des cordes vocales, une chirurgie partielle supraglottique est proposée.

3 - Prise en charge par l'assurance-maladie

Cette intervention est prise en charge par votre assurance-maladie de base.

4 - Déroulement de l'intervention

La laryngectomie partielle se pratique sous anesthésie générale, généralement par voie ouverte, depuis le cou. Une résection endoscopique au laser CO2 peut être une alternative à discuter avec le chirurgien.

Dans la chirurgie supraglottique, on pratique une incision cutanée horizontale et le cartilage du larynx est exposé. Sa partie supérieure est détachée du reste du larynx au-dessus du plan des cordes vocales. La partie restante du larynx est suturée à l'os hyoïde et à la base de la langue, ce qui provoque une ascension relative du larynx.

Dans la chirurgie fronto-latérale, on pratique une même incision cutanée pour exposer le larynx et le cartilage cricoïde. Le larynx est ensuite sectionné verticalement en son milieu. L'ablation emporte la tumeur et les structures unilatérales du larynx (muqueuse, fausse et vraie cordes).

Dans certains cas, un curage ganglionnaire peut s'avérer nécessaire.

Une sonde gastrique est mise en place à la fin de l'intervention pour l'alimentation durant la phase de convalescence (10-15 jours).

Il faut généralement pratiquer une trachéotomie avec mise en place d'une canule. Selon l'évolution, la décanulation peut se faire entre la première et la deuxième semaine postopératoire. Des extensions de l'intervention telle qu'elle est planifiée sont rarement nécessaires. Toutefois, cela peut arriver et par conséquent votre accord préalable est nécessaire pour des résections plus étendues (p. ex. laryngectomie totale), pour que cette intervention puisse se faire dans le même temps opératoire.

5 - Complications possibles de l'intervention

Tout acte médical et intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes à l'art et à la réglementation en vigueur, comporte un risque de complication.

Risques immédiats

Des **saignements** (hématomes) peuvent nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale. Les **infections** du cou et la formation d'abcès sont rares. Elles peuvent généralement être traitées par des soins locaux et des antibiotiques, mais une ré-

opération reste possible si une communication (**fistule**) entre les muqueuses et le cou persiste. Les **douleurs** postopératoires sont généralement contrôlées par des antidouleurs. Comme de **nombreux nerfs** cheminent dans le cou, il est possible que l'un d'entre eux soit endommagé lors de l'évidement cervical associé (voir feuille spécifique).

Après une trachéotomie (voir feuille spécifique), vous ne pouvez parler que si vous obstruez l'orifice de la canule avec votre doigt. Toutes les indications utiles et nécessaires pour l'utilisation et l'entretien de la canule vous seront communiquées.

Risques tardifs

L'**aspect externe du cou** peut changer, suite à la perte de tissus mous et à la cicatrisation.

Des problèmes de cicatrisation interne (granulome, synéchie glottique) peuvent apparaître. Cela peut provoquer une **voix de mauvaise qualité** et éventuellement un rétrécissement du larynx avec des **difficultés respiratoires** consécutives. Une opération sera alors nécessaire.

La **déglutition** peut également rester perturbée avec des fausses routes et toux lors des repas. La rééducation logopédique habituelle de la voix et de la déglutition devra alors être prolongée. En l'absence d'amélioration, une procédure endoscopique ou une nouvelle intervention chirurgicale peuvent s'avérer nécessaires.

Autour de l'incision, la peau peut être endormie, souvent de façon temporaire. Les **cicatrices** peuvent être trop larges, épaissies, disgracieuses ou sensibles (cicatrices chéloïdes). Ces problèmes de cicatrisation restent rares et peuvent être traités, généralement, par des mesures non chirurgicales.

Complications graves, mais exceptionnelles

Il peut arriver qu'une laryngectomie totale soit nécessaire à cause de problèmes fonctionnels de déglutition.

6. Précautions à prendre avant l'intervention

- lisez attentivement ce document d'information et posez toutes vos questions au chirurgien;
- renseignez-vous sur le diagnostic exact et d'éventuelles autres modalités de traitement;
- donnez une liste des médicaments 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;
- signalez toute intervention antérieure au niveau du cou;
- apportez les documents médicaux en votre possession relatifs à cette intervention, notamment les examens radiologiques;
- un(e) logopédiste, qui conduira la rééducation de la voix et de la déglutition, vous expliquera les techniques à suivre et pourra vous faire rencontrer une personne qui a déjà subi une opération similaire;
- une consultation d'anesthésie pré-opératoire est obligatoire. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste de répondre à vos questions relatives à

sa spécialité. Renseignez-vous sur les risques généraux dans votre cas;

- il ne faut ni boire ni manger plusieurs heures avant l'anesthésie. Cela vous sera précisé par votre anesthésiste et/ou votre chirurgien.

7. Après l'intervention

A l'hôpital:

- dès que vous serez suffisamment réveillé(e), vous serez transporté(e) dans votre chambre;
- un pansement autour de la tête et du cou pourrait être placé pendant quelques jours;
- les drains seront retirés quelques jours après l'intervention;
- signalez toute douleur significative à l'infirmier(ère) ; des antalgiques sont à votre disposition;
- les soins du trachéostome (nettoyage, aspiration des sécrétions) commencent immédiatement;
- une sonde d'alimentation est en général mise en place par laquelle vous serez nourri initialement. Vous ne devez pas vous alimenter par la bouche jusqu'à ce que votre chirurgien vous y autorise;
- la rééducation de la voix et de la déglutition sous contrôle logopédique débute après quelques jours;
- vérifiez que vous prenez de nouveau vos médicaments habituels. Pour les médicaments tels qu'**Aspirine, anticoagulants...**, demandez l'avis de votre chirurgien;
- la durée d'hospitalisation peut varier d'une à deux semaines.

A la maison:

- dans les 3-4 semaines suivant l'opération, évitez tout exercice et effort importants;
- si une trachéostomie est toujours en place il faut:
 - protéger l'orifice de la trachée (trachéostome) des corps étrangers avec un foulard spécifique ou un filtre;
 - aspirer les sécrétions trachéales et faire régulièrement des inhalations;
 - faire attention à ce que l'eau ne pénètre pas par la canule de trachéotomie lors des douches et des bains.
- évitez d'exposer la plaie au soleil pendant au-moins 6 mois;
- la durée de l'arrêt de travail et la fréquence des visites postopératoires seront déterminées par votre chirurgien;
- un rapport médical (lettre de sortie) sera envoyé à votre médecin traitant, dont vous pouvez demander copie

Contacts

Tél hôpital:

Tél du médecin:

Points essentiels pour le/la patient(e):

Type d'anesthésie:

Durée de l'intervention:

Durée de l'hospitalisation:

Temps de récupération: Autre: