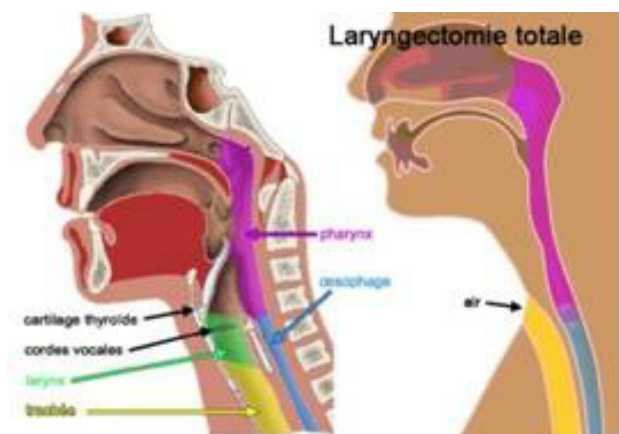


LARYNGECTOMIE TOTALE

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.

Lorsque le larynx a été retiré, on ne peut plus respirer ni par le nez, ni par la bouche. Un orifice dans le cou (appelé trachéostome) les remplace. La parole est altérée, mais l'expression vocale reste possible. Il existe différents moyens pour récupérer une nouvelle voix, qui sont accessibles à pratiquement tous les patients ayant subi l'ablation du larynx. La technique de la **voix œsophagienne** permet d'obtenir une voix par utilisation de la muqueuse pharyngée (comme les ventriloques). La création d'une communication entre la trachée et le pharynx par la pose d'une valve (**prothèse phonatoire**) facilite l'acquisition d'une voix trachéo-œsophagienne. Si ces deux premières options ne sont pas satisfaisantes, il est toujours possible de recourir à un dispositif électronique de parole (servox).



2 – Indication opératoire

Le cancer du larynx est de loin la cause la plus fréquente de laryngectomie. D'autres causes de laryngectomie sont les cancers du pharynx, de l'œsophage ou encore de la thyroïde, s'ils s'étendent au larynx, tout particulièrement lorsqu'ils sont avancés ou lorsqu'ils récidivent après une radiothérapie. Les traumatismes ou la dysphagie sévère sont d'autres causes exceptionnelles de laryngectomie.

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 totale (ablation du larynx) s'effectue sous anesthésie générale.

Elle se pratique au moyen d'une incision en forme de U qui permet d'extirper le larynx des structures environnantes (os hyoïde, vaisseaux sanguins principaux du cou, muscles du cou, glande thyroïde). La trachée est sectionnée et suturée à la peau (trachéostome), puis le pharynx est refermé. Ainsi, les passages de l'air et des aliments sont séparés. Parfois, il est nécessaire de retirer d'autres structures: une partie du pharynx, de la glande thyroïde, ou encore les ganglions lymphatiques (évidement cervical).

Il est souvent nécessaire d'être nourri par une sonde gastrique durant la convalescence. De plus, il faut généralement insérer une canule respiratoire dans la trachée.

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

Saignements (hématomes) pouvant 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. Si la suture du pharynx n'est pas étanche, il peut se former une communication (**fistule**) entre le pharynx et la peau, d'où la salive s'échappe. Une nouvelle intervention est souvent nécessaire.

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).

Risques tardifs

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

Les processus cicatriciels peuvent également entraîner un **rétrécissement de l'œsophage**, de la trachée, ou encore du trachéostome. Si ces rétrécissements créent des troubles respiratoires ou de la déglutition, une procédure endoscopique ou une nouvelle intervention chirurgicale peuvent s'avérer nécessaires.

Un **traitement hormonal** de substitution doit être pris à vie dans le cas d'une ablation totale de la glande thyroïde.

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

Une **atteinte bilatérale des nerfs moteurs de la langue**, situation exceptionnelle, va immobiliser la langue sur le plancher buccal, ce qui entraîne une incapacité à s'alimenter de manière autonome, ainsi que d'importantes difficultés dans la reprise du langage.

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;
- toutes les indications utiles et nécessaires pour l'utilisation et l'entretien de la canule de trachéostomie vous seront communiquées;
- 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;
- informez sans tarder votre médecin si vous présentez de la fièvre, des douleurs, une rougeur marquée autour du site opératoire ou une baisse de votre état général;
- 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 et vous ne devez pas vous alimenter par la bouche. Après 8 à 10 jours, un examen radiologique va être effectué pour contrôler l'étanchéité du pharynx, et vous allez pouvoir recommencer à manger. La rééducation vocale se fera avec le (la)logopédiste.
- 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 de 10-20 jours.

A la maison:

- dans les 3-4 semaines suivant l'opération, évitez tout exercice et effort importants;
- il faut protéger l'orifice de la trachée (trachéostome) des corps étrangers avec un foulard spécifique ou un filtre;
- il faut aspirer les sécrétions trachéales et faire régulièrement des inhalations;
- il faut faire attention à ce que l'eau ne pénètre pas dans le trachéostome 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: