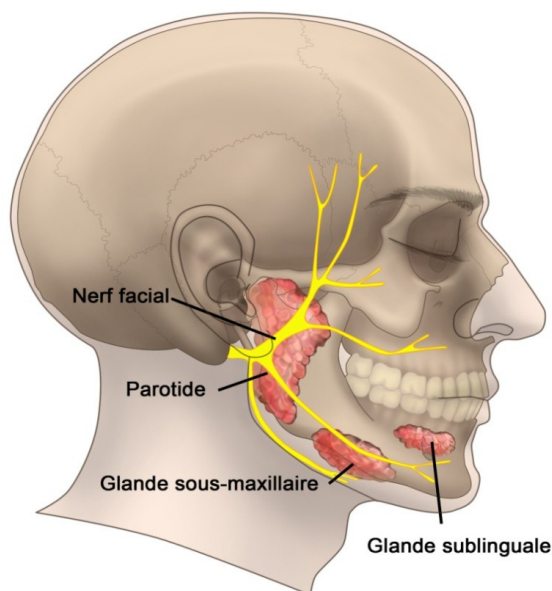


SOUS-MAXILLECTOMIE

1 - Introduction

La sous-maxillectomie est l'ablation totale de la glande sous-maxillaire (sous-mandibulaire). Cette glande est située sous la partie horizontale de la mandibule, dans la partie haute du cou. Son rôle est de produire de la salive, mais son ablation n'entraîne pas un manque de salive vu la présence de nombreuses autres glandes salivaires.

La proximité de divers nerfs (lingual, hypoglosse, facial) peut rendre la chirurgie de la glande sous-mandibulaire délicate. En outre, la présence d'infections préalables complique la dissection.



2 - Indication opératoire

Une sous-maxillectomie est en général indiquée si vous avez une masse dans la glande dont il convient de préciser la nature bénigne ou maligne, puisqu'aucun examen avant la chirurgie ne permet d'exclure avec certitude qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

Une sous-maxillectomie est aussi souvent indiquée pour des pathologies inflammatoires chroniques ou récidivantes. Enfin, des métastases d'autres cancers, notamment de la cavité buccale, peuvent se loger dans ou autour de la glande qui doit être enlevée pour permettre leur ablation.

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 sous-maxillectomie se pratique sous anesthésie générale.

Une courte incision cutanée est nécessaire en regard de la glande, mais reste souvent dissimulée par la mandibule ou par des plis cutanés préexistants.

Avant d'atteindre la glande, des branches du nerf facial sont en principe évitées (rameaux mentonniers responsables des mouvements des lèvres). Il en va de même du nerf hypoglosse (mobilité de la langue) qui est situé en profondeur et du nerf lingual (responsable de la sensibilité de la bouche et d'une partie du goût) qui est situé dans la cavité buccale.

La glande est disséquée de proche en proche et son canal excréteur est libéré et ligaturé après que le chirurgien ait vérifié l'absence de calcul résiduel à ce niveau.

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

Un **saignement** pouvant résulter en un hématome peut survenir. Dans la majorité des cas, l'hématome n'est pas préoccupant, mais il arrive qu'un drainage lors d'une deuxième opération s'avère nécessaire.

Les **douleurs** postopératoires sont en général contrôlées par des analgésiques.

Lorsqu'on vous ôte le pansement, vous pourriez constater une **dépression** juste en dessous de la mâchoire, correspondant à la glande qui a été retirée.

Une **perte de sensibilité** dans la zone opérée est fréquente, mais généralement peu gênante. Elle s'atténue avec le temps. Enfin, vous pouvez présenter une **asymétrie de la bouche**, surtout en souriant. Elle est liée à l'atteinte du rameau mentonnier du nerf facial et en général récupérera dans un délai de quelques mois.

Risques tardifs

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

La **paralysie de la langue** ou une **atteinte de la sensibilité buccale** et du **goût** restent exceptionnelles. Elles sont dues à une intervention particulièrement difficile (tumeur inflammatoire ou infectée, ré-opération) ou à un sacrifice délibéré du nerf qui a été envahi par une tumeur cancéreuse. Rappelons que ce risque est exceptionnel, sauf s'il existe une paralysie avant l'intervention, ce dont votre chirurgien vous aura averti.

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 opération antérieure au niveau des glandes salivaires et du cou;
- apportez les documents médicaux en votre possession relatifs à cette intervention, notamment les examens radiologiques;
- 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:

- après l'opération, vous serez surveillé pendant quelques heures en salle de réveil puis reconduit dans votre chambre;
- un pansement autour de la tête et du cou pourra être placé pendant quelques jours;
- un drain peut être placé dans la plaie durant 1 à 3 jours;
- signalez toute douleur significative à l'infirmier(ère) - des antidouleurs sont à votre disposition;
- signalez rapidement toute difficulté ou gêne respiratoire;
- l'alimentation (légère) peut être reprise dès le jour de l'opération;
- 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 est de quelques jours.

A la maison:

- dans la semaine suivante, évitez tout exercice et effort importants;
- informez sans tarder votre médecin si vous présentez de la fièvre, des douleurs, une rougeur marquée ou un gonflement autour du site opératoire;
- les fils sont enlevés environ 7 jours après l'intervention, lors du premier contrôle postopératoire;
- 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: