

Chirurgie des tumeurs des glandes salivaires

Qu'est-ce que c'est?

Selon le type et l'étendue de la tumeur des glandes salivaires, un traitement chirurgical vous est proposé. Celui-ci consiste à retirer la tumeur, avec une partie ou la totalité de la glande salivaire qui contient la tumeur. Il faut également souvent retirer les ganglions du cou, car ils peuvent contenir des cellules de cancer. Cela s'effectue lors de la même opération.

La chirurgie de la glande parotide et de la glande sous-maxillaire sont décrites ici de manière générale. Les détails sont discutés directement avec le ou la chirurgien-ne qui vous reçoit en consultation.

Parotidectomie

La parotidectomie est l'ablation totale ou partielle de la glande parotide. Cette glande est située sous le lobe de l'oreille, derrière la mâchoire. 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.

L'incision cutanée est située juste en avant de l'oreille, puis sous le lobe, pour se prolonger sur quelques centimètres au niveau du cou.

Une étape clé de la chirurgie est le repérage et la dissection des branches du nerf facial (nerf responsable de la motricité du visage). Cela permet d'enlever la tumeur, et le tissu glandulaire qui l'entoure, en minimisant le risque d'abîmer ce nerf.

Sous-maxillectomie

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.

Une courte incision cutanée est nécessaire au niveau de la glande, mais elle reste souvent dissimulée par des plis de la peau déjà existants.

Quel déroulement?

De manière générale, la chirurgie des glandes salivaires s'effectue durant une courte hospitalisation. Selon l'heure de l'opération, vous êtes hospitalisé-e soit la veille, soit le jour opératoire.

L'intervention s'effectue en anesthésie générale et dure entre 2 et 5 heures selon l'étendue de la chirurgie. A la fin de l'intervention, le ou la chirurgien-ne met en place un petit drain qui permet d'évacuer les sécrétions sanguines, afin d'éviter un hématome. Le drain est retiré généralement entre 1 à 3 jours après l'intervention.

L'intervention présente-t-elle des risques?

Parotidectomie

La chirurgie de la glande parotide est rendue délicate par la présence, au milieu de la glande, du nerf facial qui est responsable de la motricité des muscles du visage, tels que la fermeture des yeux, les mouvements des lèvres, etc.

En effet, vous pouvez présenter une paralysie du visage du côté de l'intervention. Son intensité varie selon la façon dont s'est déroulée la chirurgie et la disposition anatomique du nerf. Elle est généralement temporaire, et la récupération peut être aidée par des exercices et de la physiothérapie. Si la paralysie touche la paupière de l'œil, celui-ci doit être protégé et lubrifié le temps que cette paralysie récupère. Toute douleur oculaire, ou rougeur de l'œil, doit être signalée et entraîne un examen ophtalmologique.

Dans certains cas, si la tumeur s'étend au nerf facial avant l'opération, celui-ci doit être sacrifié pendant la chirurgie. La paralysie faciale est alors complète et on propose des mesures de réanimation faciale dans un second temps.

D'autre part, sous l'incision de la peau se trouve le nerf grand auriculaire. Ce nerf est en partie responsable de la sensibilité du pavillon de l'oreille. On doit généralement le sacrifier partiellement, car il peut gêner l'accès à la tumeur. La conséquence est une baisse, voire une perte, de la sensibilité de la peau de l'oreille. Ce trouble peut mettre plusieurs mois à se normaliser, et ne récupère pas toujours complètement.

Les douleurs postopératoires sont en général contrôlées par des analgésiques simples. Des douleurs et difficultés transitoires à la mastication peuvent survenir. C'est surtout le cas lors d'une parotidectomie totale, puisque la zone opérée est proche des muscles de mastication. Des douleurs cervicales sont également possibles, en raison de la position de la tête lors de l'intervention.

Dans le cas d'une parotidectomie partielle, la salive produite par la glande restante peut parfois s'accumuler sous la peau. Cet effet est transitoire, mais peut nécessiter un drainage. Il peut également empêcher la plaie de bien se refermer.

Dans l'année qui suit l'intervention, vous pouvez voir apparaître une «transpiration» de la peau dans la zone opératoire, lors des repas. Ce phénomène, appelé «syndrome de Frey», est d'intensité variable. Il résulte d'une réinnervation des glandes de la peau par des fibres qui innervaient initialement la glande salivaire enlevée.

Sous-maxillectomie

Une perte de sensibilité dans la zone opérée est fréquente, mais généralement peu gênante. Elle s'atténue avec le temps.

Vous pouvez présenter une asymétrie des mouvements de la bouche, surtout en souriant. Elle est liée à l'atteinte de la partie du nerf facial située au niveau du menton. Elle récupère en général en quelques mois.

La paralysie de la moitié de la langue (en raison d'une lésion du nerf hypoglosse) ou une atteinte de la sensibilité buccale et du goût (en raison d'une lésion du nerf lingual) 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.

Comment se préparer?

Une consultation d'anesthésie préopératoire est indispensable et c'est le médecin anesthésiste qui vous renseigne quant aux questions relatives à sa spécialité.

Il faut être à jeun le matin de l'intervention (ne pas boire ni manger à partir de minuit).

Signalez au médecin qui prescrit l'intervention:

- Si vous prenez des médicaments: notamment des anticoagulants (Sintrom, Xarelto, etc.) ou de l'aspirine
- Si vous souffrez d'allergies.

Que se passe-t-il après?

Le-la chirurgien-ne décide de votre sortie de l'hôpital, en fonction de l'évolution post-opératoire.

Vous êtes ensuite revu-e en consultation ambulatoire, pour le contrôle de la cicatrice et le retrait des fils de suture entre 7 et 10 jours après l'opération.

Comment les résultats sont-ils transmis?

Tout ce qui a été retiré pendant la chirurgie est envoyé au Laboratoire de pathologie pour une analyse de la tumeur au microscope. Ceci prend entre 7 et 14 jours. Le résultat est ensuite présenté à la réunion des spécialistes. Ce sont eux qui décident s'il est nécessaire de compléter la chirurgie par un traitement complémentaire (radiothérapie ou chimiothérapie), ou de mettre en place un simple suivi avec des examens réguliers (prises de sang, échographie).

Les résultats de cette discussion vous sont transmis lors d'une consultation ambulatoire en policlinique ORL.

Signes d'alerte

Vous êtes invité-e à consulter en urgence dans les jours qui suivent votre sortie d'hôpital en cas de:

- gonflement ou rougeur à l'endroit où vous avez été opéré-e
- écoulement provenant de la cicatrice
- douleurs significatives persistantes malgré les anti-douleurs prescrits
- une fièvre supérieure à 38.5°C.

Quelle couverture par les assurances?

Cette intervention est remboursée par l'assurance obligatoire des soins.

Contacts

Equipe médicale de la Consultation cervico-faciale
Secrétariat de la policlinique ORL
Tél. +41 21 314 27 11

