

# Cabinet de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et d'Orthodontie

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

[www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com](http://www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com)

Clinique Claude Bernard ALBI

## Fiche de consentement et d'informations



### LA PAROTIDECTOMIE

La parotidectomie est l'ablation partielle ou totale de la glande parotide.

Les glandes parotides sont les glandes salivaires situées devant et sous le lobule de chaque oreille.

Elles présentent une particularité anatomique. En effet, elles sont traversées par le nerf facial. Ce nerf permet la motricité de la moitié de la face (un pour chaque côté du visage).

### Pourquoi faut-il opérer ?

Votre chirurgien maxillo-facial peut vous proposer l'ablation de la glande parotide pour différentes raisons :

- dans la grande majorité des cas, parce qu'il existe une tumeur de la parotide dont il est indispensable de préciser la nature.

Certaines tumeurs bénignes peuvent s'infecter ou augmenter de volume, ce qui rendrait l'intervention beaucoup plus délicate pour préserver le nerf facial qui traverse la glande parotide.

D'autres tumeurs bénignes présentent un risque de cancérisation secondaire.

Enfin, certaines tumeurs peuvent être de nature maligne.

- une parotidectomie peut aussi vous être proposée pour traiter un problème infectieux récidivant d'origine lithiasique (calcul) ou non.

### Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire ainsi qu'une hospitalisation sont donc indispensables.

L'incision cutanée est située juste en avant de l'oreille, puis elle descend sous le lobule, pour se prolonger sur quelques centimètres au niveau du cou. Cette incision suit le trajet de l'incision du lifting cervico-facial afin de rendre encore plus discrète la cicatrice post-opératoire.

Le nerf facial est alors repéré et disséqué pour effectuer l'ablation de la tumeur et du tissu glandulaire qui l'entoure.

La tumeur est parfois adressée pour une analyse pendant l'intervention (examen anatomopathologique extemporané) afin de préciser la nature de la tumeur. Le résultat de cet examen conditionne la suite de l'intervention.

- La parotidectomie sera partielle s'il s'agit d'une tumeur strictement bénigne et sans risque de récurrence,

- La parotidectomie sera quasi totale en cas de tumeur mixte (ou adénome pléomorphe). Cette tumeur bénigne est la plus fréquente de la glande parotide ; elle présente un risque de récurrence et de cancérisation rare mais possible. C'est ce qui justifie l'ablation quasi-totale de la glande.

- La parotidectomie sera totale, associée parfois à un traitement des ganglions du cou (curage ganglionnaire cervical), en cas de tumeur maligne. Ce traitement ganglionnaire nécessite de prolonger l'incision cutanée dans la région cervicale.

En fin d'intervention, la voie d'abord (l'incision) est suturée. Il est souvent laissé en place un drain qui diminue le risque d'hématome post-opératoire et qui sera laissé en place le temps de l'hospitalisation.

La durée de l'intervention est variable en fonction des difficultés chirurgicales et selon les résultats de l'examen histologique per-opératoire. Elle peut varier d'une à plusieurs heures.

## Quelles sont les suites opératoires?

La durée de l'hospitalisation varie en général entre 2 et 5 jours.

Les soins opératoires comportent :

- des soins post-opératoires (soins locaux et pansements) sont nécessaires pendant une période de 8 à 10 jours.
- l'ablation des points est effectuée en général vers le 8 ou 10<sup>ème</sup> jour post-opératoire.

Les suites post-opératoires comportent :

- parfois des douleurs et des difficultés transitoires à la mastication qui sont liés à la proximité de l'articulation de la mâchoire par rapport à la zone opérée.
- des douleurs cervicales sont possibles, liées à la position de la tête pendant l'intervention.
- à distance de l'intervention, il existe parfois une dépression juste en arrière de l'angle de la mâchoire, qui correspond à la place laissée vide après l'ablation de la glande. Cette dépression peut être prévenue par la mise en place dans la loge de parotidectomie d'une partie de muscle, un lambeau (cette possibilité n'est autorisée qu'en cas de tumeur strictement bénigne) ou simplement, en laissant volontairement en place un caillot sanguin.
- une perte de sensibilité de la partie basse de la joue et du pavillon de l'oreille est fréquente en post-opératoire. Ceci est normal et s'atténuera avec le temps.
- Enfin, vous pouvez présenter une parésie (paralysie incomplète) d'un territoire facial du côté opéré. Celle-ci est d'intensité très variable selon les difficultés chirurgicales et la disposition anatomique du nerf. Elle est temporaire et la récupération d'une mobilité normale et symétrique de votre face se fait en général en 1 à 2 mois.

Quand cette parésie est intense, il est parfois nécessaire de protéger l'oeil le temps que cette parésie récupère. En effet, la parésie peut entraîner des difficultés à la fermeture de l'œil du côté opéré qui expose la cornée à des ulcérations par manque de clignement et d'humidification de l'œil.

Toute douleur oculaire, toute rougeur de l'oeil devra être signalée et conduira à une consultation ophtalmologique.

## Quels sont les risques de l'intervention ?

*Tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques de complication. Aujourd'hui, tout chirurgien se doit d'informer son patient sur les risques et les complications éventuelles de l'intervention dont il va bénéficier. Cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle a pour but de permettre à chaque patient de mettre en balance les risques qu'il encourt par rapport aux bénéfices qu'il retirera de l'intervention chirurgicale afin qu'il puisse prendre la décision, en son âme et conscience, de se faire opérer ou non.*

L'essentiel des préoccupations du patient sont liées aux complications nerveuses et aux risques de paralysie faciale. Ce risque dépend de la nature et de la localisation de la lésion opérée mais aussi de du type anatomique d'arborescence du nerf facial. En cas de lésion limitée, le risque de parésie ou de paralysie est mineur. En cas de lésion plus évoluée ou de dissection rendue difficile du nerf facial par sa topographie, le risque de parésie ou de paralysie localisée à un territoire facial est plus important.

La paralysie faciale définitive est exceptionnelle. Elle est due à une intervention particulièrement difficile (tumeur inflammatoire ou infectée, ré-intervention) ou à un sacrifice délibéré du nerf pour une tumeur cancéreuse ayant envahi le nerf.

Au décours immédiat de l'intervention, les complications hémorragiques nécessitant une ré-intervention sont rares.

Les complications infectieuses (abcès post-opératoire) sont rares et peuvent nécessiter parfois une reprise chirurgicale.

Dans les mois qui suivent l'intervention, on peut voir apparaître une "transpiration" dans la zone opératoire, lors de l'alimentation. Ce phénomène est appelé syndrome de Frey. Il est inconstant, d'intensité variable, parfois gênant et doit être signalé à votre chirurgien. Ce syndrome peut être prévenu (dans une certaine mesure) par la mise en place en fin d'intervention, dans la loge de parotidectomie, d'une partie de muscle (un lambeau) mais cette éventualité n'est envisageable qu'en cas de tumeur strictement bénigne.

La cicatrice peut être sensible, voire douloureuse pendant plusieurs mois.