

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

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com

Clinique Claude Bernard ALBI

Fiche de consentement et d'informations



LA SOUS-MAXILLECTOMIE

La sous-maxillectomie est l'ablation de la glande sous-maxillaire.

La glande sous-maxillaire est la glande salivaire située sous la partie horizontale de la mâchoire, latéralement.

Pourquoi faut-il opérer ?

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

- parce que celle-ci est porteuse d'une tumeur dont il est indispensable de préciser la nature.
- parce que cette glande est le siège d'une inflammation, voire d'une infection chronique souvent d'origine lithiasique (calcul).

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'intervention nécessite une courte incision cervicale en regard de la glande, dans un pli cutané du cou.

L'ablation de la glande sous-maxillaire est effectuée par dissection, en libérant progressivement la glande pour lier son canal évacuateur, qui vient se terminer dans la cavité buccale sous la langue.

En cas de tumeur, la tumeur sera parfois analysée pendant l'intervention. C'est l'examen anatomopathologique extemporané qui permet de connaître la nature de la lésion pendant l'intervention. Le diagnostic sera confirmé par l'examen anatomopathologique définitif en post-opératoire.

En cas de tumeur maligne, il est souvent nécessaire de prélever les ganglions situés autour de la glande pour les faire analyser. Il faut alors souvent agrandir l'incision pour effectuer un curage ganglionnaire.

En cas de tumeur bénigne, il n'y a pas de geste complémentaire.

En cas de calcul, on s'assure de l'absence de calcul dans le canal évacuateur de la glande ; il est parfois nécessaire de faire une petite incision par voie endo-buccale, sous la langue.

En fin d'intervention, la voie d'abord (l'incision) est suturée. On laisse souvent en place un drain qui permet de diminuer le risque d'hématome cervical post-opératoire et qui est gardé en place le temps de l'hospitalisation.

La durée de l'intervention est en moyenne de 40 à 60 minutes mais peut varier en fonction des difficultés chirurgicales.

Quelles sont les suites opératoires ?

La durée de l'hospitalisation varie en général de 24 à 48 heures.

Les suites opératoires comportent :

- des douleurs relativement peu importantes qui cèdent grâce à des antalgiques simples.
- 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^{ième} jour post-opératoire.
- à distance de l'intervention, il existe souvent une légère dépression située sous le rebord de la mâchoire qui correspond à la place laissée vide de la glande et qui s'atténue progressivement avec le temps.
- la cicatrice devient en général très peu visible quelques mois après l'intervention. Son aspect est considéré comme définitif, un an après l'intervention.

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.

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

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

Il existe parfois en post-opératoire, une asymétrie buccale lors du sourire et de la parole. Elle est liée à une parésie (paralysie incomplète) de la moitié de la lèvre inférieure du côté opéré. En effet, une partie du nerf facial (son rameau mentonnier) qui permet la motricité de la lèvre inférieure passe dans la région disséquée. Cette asymétrie sera temporaire et récupérera plus ou moins rapidement, aidée parfois par une kinésithérapie.

On peut constater rarement la survenue d'une hypertrophie au niveau de la cicatrice, plus ou moins évolutive. Cette éventualité est très rare au niveau de cette région (cicatrice hypertrophique ou véritable chéloïde) et nécessitera des soins particuliers.

D'autres complications plus graves restent heureusement exceptionnelles. Elles demeurent potentiellement plus fréquentes en cas d'adhérences, en particulier à la partie profonde de la langue. (dans le cas d'une infection chronique, ancienne et récidivante de la glande ou d'une tumeur maligne par exemple).

Dans ce cas, il peut exister :

- un traumatisme du nerf responsable de la mobilité de la moitié de la langue du côté opéré (nerf grand hypoglosse) avec paralysie et atrophie de la moitié de la langue dont les conséquences sont mineures sur la déglutition et la parole (la motricité de l'autre moitié de la langue étant conservée).
- un traumatisme du nerf lingual responsable de troubles de sensibilité plus ou moins gênants au niveau de la moitié de la langue du côté opéré.

Il faut souligner que ces complications restent très exceptionnelles, car ces éléments anatomiques sont bien connus de votre chirurgien.