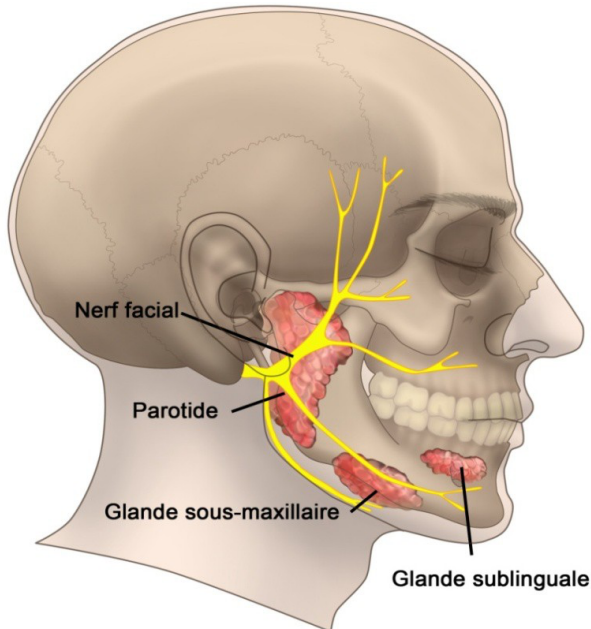


PAROTIDECTOMIE

1 - Introduction

La parotidectomie est l'ablation totale ou partielle de la glande parotide. La glande parotide est située sous le lobule de l'oreille, derrière la mâchoire. Son rôle est de produire de la salive, mais son ablation n'entraîne pas de manque de salive vu la présence de nombreuses autres glandes salivaires.

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



2 - Indication opératoire

La parotidectomie est en général indiquée si vous avez une masse dans la glande. Le plus souvent il s'agit d'une tumeur bénigne, mais aucun examen ne permet d'exclure avec certitude avant la chirurgie qu'il ne s'agisse pas d'un cancer. Plus rarement, une parotidectomie peut être indiquée pour d'autres masses qui ne sont pas tumorales (kystes, ganglions,...) ou pour des pathologies inflammatoires chroniques ou récidivantes. Enfin, des métastases d'autres cancers, notamment de la peau, peuvent se loger dans la glande qui doit alors être enlevée.

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 parotidectomie se pratique sous anesthésie générale. L'incision cutanée est dissimulée, située juste en avant de l'oreille puis sous le lobule, pour se prolonger sur quelques centimètres au niveau du cou.

Avant d'atteindre la glande, le nerf grand auriculaire, qui est en partie responsable de la sensibilité du pavillon de l'oreille est en général partiellement sacrifié.

Une étape clé de la chirurgie est le repérage et la dissection des branches du nerf facial. Cela permettra l'ablation de la tumeur et du tissu glandulaire qui l'entoure en minimisant le risque de léser celui-ci.

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

Le contrôle du saignement n'est pas toujours optimal dans la parotidectomie, étant donné la proximité de petits vaisseaux des branches du nerf facial; cela peut résulter en un **hématome**. Dans la majorité des cas, cet 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 banaux. Des douleurs et difficultés transitoires à la mastication peuvent survenir, en général lors de parotidectomie totale, à cause de la proximité des muscles de mastication avec la zone opérée. De même, des douleurs cervicales liées à la position de la tête pendant l'intervention, sont possibles.

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

Une **perte de sensibilité** de la joue et du pavillon de l'oreille est fréquente. Cela est normal et s'atténuera avec le temps.

Lors d'une parotidectomie non totale, il peut arriver que la salive produite par la glande restante s'accumule sous la peau (**sérome**). Cet effet est transitoire, mais peut nécessiter un drainage et/ou résulter en une désunion de la plaie.

Enfin, vous pouvez présenter une **paralysie de la face**, d'intensité variable selon les difficultés chirurgicales et la disposition anatomique du nerf. Elle sera temporaire et la récupération d'une mobilité normale et symétrique de votre face sera aidée, si nécessaire, par des exercices et de la physiothérapie. Si la paralysie touche l'œil, celui-ci devra être protégé et lubrifié le temps que cette paralysie récupère. Toute douleur oculaire, toute rougeur de l'œil devra être signalée et conduira à un examen ophtalmologique.

Risques tardifs

Dans l'année qui suit l'intervention de parotidectomie, vous pouvez voir apparaître une "transpiration" dans la zone opératoire, lors de l'alimentation. Ce phénomène, appelé **syndrome de Frey**, est d'intensité variable et résulte d'une réinnervation des glandes de la peau par des fibres sécrétoires qui commandaient la glande enlevée. Signalez ce problème à votre chirurgien qui pourra vous proposer un traitement.

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 faciale définitive** est exceptionnelle. Elle est due à une intervention particulièrement difficile (tumeur inflammatoire ou infectée, réintervention) ou à un sacrifice délibéré du nerf qu'une tumeur cancéreuse a envahi. Rappelons que ce risque est exceptionnel, sauf s'il existe une paralysie faciale 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;
- 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;
- protégez et lubrifiez votre œil en cas de paralysie faciale;
- 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: