

LA LARYNGECTOMIE TOTALE

Informations thérapeutiques



PÔLE NEUROSCIENCES
SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
SERVICE D'OPHTALMOLOGIE

INTRODUCTION

Vous allez être opéré pour une laryngectomie totale. Ce document vous est adressé, lisez le attentivement.

Il vous explique le principe de l'intervention et vous informe sur les suites post-opératoires.

Tout sera mis en œuvre afin que vous puissiez retrouver une voix le plus rapidement possible et avec le matériel le plus adapté pour vous.

Toute l'équipe d'ORL (chirurgien, infirmière, aides-soignantes, orthophonistes) et de l'unité d'hospitalisation sera à votre disposition pour toutes les questions que vous souhaitez poser, ainsi que votre entourage. Une rencontre avec les orthophonistes du service, avant, pendant et après votre hospitalisation, est toujours possible.

Mieux comprendre

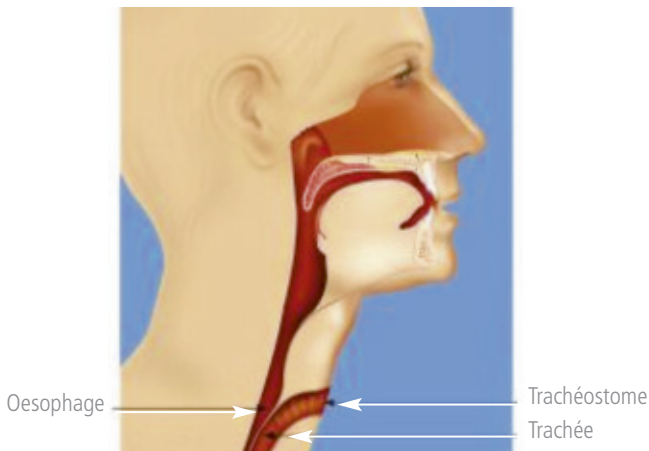
Le larynx est situé dans le cou. Il joue un rôle dans la voix, la respiration, la toux et la déglutition (avaler des aliments). Les cordes vocales vibrent sous l'effet de la respiration et permettent de parler. De plus, les cordes vocales, en se fermant, empêchent l'entrée des aliments dans la trachée vers les poumons.

La laryngectomie totale est une intervention qui consiste à retirer la totalité du larynx, ainsi que les cordes vocales. En conséquence la voix habituelle est supprimée.

Pour permettre la respiration, le chirurgien est obligé de dévier la trachée. Elle va être abouchée de façon définitive à la base du cou par un orifice (trachéostome).

Il n'y a plus de communication entre l'œsophage (conduit qui achemine les aliments vers l'estomac) et la trachée (conduit qui apporte l'air aux poumons), donc il n'y a plus de risque d'avaler de travers.

Bloquer la respiration pour faire un effort sera donc plus difficile.



Après l'intervention

FONCTIONNEMENT ET CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

La trachéostomie est définitive mais vous pourrez vous habituer à votre nouvelle façon de respirer, de tousser et de cracher, en quelques semaines.

À l'hôpital, les infirmières vous apprendront à changer et nettoyer le calibre trachéal (Cytube®, Larytube®) qui sert à calibrer l'orifice de trachéostomie. Il est en silicone souple et se nettoie au moins deux fois par jour avec de l'eau et du savon.

Avant l'intervention, l'air était filtré, humidifié et réchauffé en passant par le nez et la bouche.

Après l'intervention l'air passe directement dans vos poumons sans être filtré, ni réchauffé, ni humidifié. Ce qui peut entraîner une toux, des sécrétions trachéales et parfois un essoufflement. Il est donc indispensable de protéger l'orifice de la trachée par une cassette qui se fixe sur le calibre et qui va servir de filtre ("nez artificiel").

MÉMO

La natation est formellement interdite et dangereuse. Il existe par contre des dispositifs de protection qui vous permettront de prendre des douches.

Après quelques mois le calibre sera remplacé par des adhésifs, plus faciles à utiliser. Ils sont de différentes formes et de couleurs suivant votre morphologie. Les "nez artificiels" s'adapteront directement sur les adhésifs.

Vous devez faire attention à ne pas laisser pénétrer de l'eau dans le trachéostome.



Il est très important de maintenir le trachéostome propre et d'enlever les croûtes car elles favorisent les infections et gênent la respiration. Dès que le pourtour du trachéostome sera cicatrisé, le nettoyage se fera comme un soin d'hygiène corporel.

Pendant votre hospitalisation, un kit de démarrage sera commandé et vous sera envoyé à votre domicile. Il contient un calibreur trachéal, deux colliers de maintien, des supports adhésifs, des cassettes ou nez artificiels.

Ce matériel est remboursé à 100 % par la sécurité sociale sauf les colliers de maintien. Le chirurgien fera une prescription et nous vous demanderons de nous fournir l'attestation de prise en charge à 100 % de la sécurité sociale.



L'ALIMENTATION

Pendant une douzaine de jours, l'alimentation est assurée avec une sonde nasogastrique (petit tuyau passant par le nez et allant directement dans votre estomac) ou une sonde de gastrostomie (tuyau placé sur le ventre allant directement dans votre estomac). L'administration de l'alimentation se fait avec une pompe.

Puis, avec l'autorisation du médecin, vous débuterez par une alimentation mixée et progressivement vous changerez la texture des aliments pour revenir à une alimentation normale.

Le goût peut être modifié, mais peut revenir progressivement. L'odorat est perdu du fait du nouveau circuit respiratoire. Parfois des odeurs fortes peuvent être de nouveau perçues.

Du fait de l'impossibilité de bloquer la respiration, une constipation peut apparaître.



LA COMMUNICATION

Après une laryngectomie totale, on retrouve dans la majorité des cas une voix et une communication satisfaisante.

Immédiatement après l'intervention vous ne pourrez plus parler. Vous pourrez utiliser l'écriture, les gestes, le portable, l'ordinateur... Une "articulation amplifiée", que les orthophonistes vous apprendront à utiliser, vous permettra de vous faire comprendre sans voix.

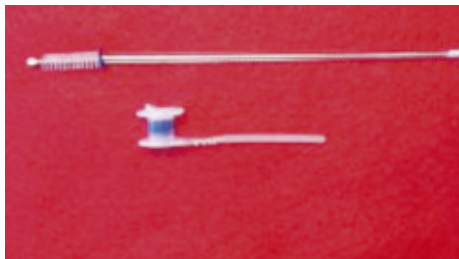
La rééducation de la voix pourra ensuite débiter après votre hospitalisation. Dans la majorité des cas, un implant phonatoire (ou prothèse phonatoire, voir ci-dessous) est mis en place pendant l'intervention et la rééducation aura pour but de le faire fonctionner. Si aucun implant n'a été mis, alors la rééducation d'une voix œsophagienne pourra être réalisée. Enfin dans certains cas rares, si aucun de ces moyens n'a fonctionné, il pourra vous être proposé également un laryngophone qui permet de sonoriser artificiellement votre parole.

MÉMO

Plusieurs techniques de rééducation de la voix existent et vous seront proposées, afin que vous puissiez retrouver une voix. Cette voix sera différente de votre voix d'avant l'intervention puisqu'elle ne sera plus produite par vos cordes vocales, mais elle vous permettra de communiquer.

La prothèse phonatoire

C'est un petit tube creux en silicone qui est inséré pendant ou dans les suites de l'intervention chirurgicale, entre l'œsophage et la trachée. Ce tube est à sens unique car il permet le passage du souffle dans un sens mais ne permet pas aux aliments de passer dans l'autre sens. Lorsque vous obturez l'orifice du trachéostome, l'air provenant de vos poumons passera alors par la prothèse puis par la gorge, faisant vibrer les parois de la bouche œsophagienne. C'est cette vibration qui va vous permettre de produire des sons.



Les sons seront travaillés afin qu'ils soient de plus en plus longs et qu'ils vous permettent ainsi de vous exprimer.

Une rééducation orthophonique est à mettre en place dans les premières semaines afin que vous compreniez bien le mécanisme de ce dispositif, que vous puissiez être tout à fait autonome vis-à-vis des soins à y apporter et afin de surveiller votre déglutition.

Cette prothèse phonatoire sera changée, en consultation ORL, lorsqu'elle sera défectueuse.

La voix œsophagienne

Dans le cas où la pose d'un implant phonatoire n'est pas possible, cette méthode vous sera proposée.

Avec l'aide d'un orthophoniste, vous apprendrez à envoyer de l'air dans l'œsophage et le faire remonter aussitôt. Cet air sert à faire vibrer le pharynx et produire un son. Il demande de l'apprentissage et une rééducation orthophonique spécialisée.



PÔLE NEUROSCIENCES

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale



Unité de soins Halphen • Bloc hôpital niveau 6



Unité Halphen : 02 99 28 99 48 - Fax : 02 99 28 24 02

Secrétariat ORL : 02 99 28 42 85 - Fax : 02 99 28 41 94

Consultation ORL : 02 99 28 52 02



Infirmière d'oncologie : 02 99 28 52 88 le vendredi de 9h à 17h

