

## CONSENTEMENT ECLAIRE

(à apporter signé le jour de l'intervention)

**Vous allez prochainement subir une intervention chirurgicale.**

**Veillez lire attentivement la fiche de renseignements qui vous a été remise, afin de prendre connaissance des modalités concernant ce type d'intervention.**

**Il est impératif que vous ayez parfaitement pris connaissance de toutes les contraintes qui accompagnent le geste chirurgical pratiqué. Les informations qui y sont contenues n'ont pas pour but de vous inquiéter, mais sont simplement devenues obligatoires pour vous permettre de prendre votre décision chirurgicale de façon libre et éclairée.**

**Je reste à votre disposition pour vous donner tout complément d'information que vous jugeriez nécessaire.**

**Pour les enfants mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal.**

Je soussigné(e),

Madame, Mademoiselle, Monsieur .....

Qualité (père, mère, tuteur légal)

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'intervention : .....

.....  
qui sera réalisée le .....

par le Docteur ..... et avoir reçu les réponses satisfaisantes

à mes questions concernant cette intervention.

Le .....

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE PAROTIDECTOMIE

Madame, Monsieur,

La parotidectomie est l'ablation partielle ou totale de la glande parotide, glande salivaire située devant et sous le lobule de l'oreille.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention permet de procéder à l'ablation de la tumeur que vous présentez, d'en préciser la nature.

En effet, certaines tumeurs peuvent s'infecter, augmenter de volume, ce qui rend l'intervention beaucoup plus dangereuse pour préserver le nerf facial qui traverse cette glande. D'autres tumeurs peuvent enfin être de nature maligne ou se canceriser secondairement.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule en règle sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

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. Le nerf facial sera repéré et disséqué pour effectuer l'ablation de la tumeur et du tissu glandulaire qui l'entoure. La pièce opératoire est ensuite adressée pour une analyse histologique pendant l'intervention, afin d'identifier la nature de la tumeur. Selon ce résultat, la parotidectomie sera :

□ partielle s'il s'agit d'une tumeur strictement bénigne et sans risque de récurrence

□ quasi totale en cas de tumeur mixte, tumeur bénigne la plus fréquente de la glande parotide afin d'éviter tout risque de récurrence

□ totale, associée à un traitement des chaînes ganglionnaires du cou, en cas de tumeur maligne. Ce traitement ganglionnaire nécessite de prolonger l'incision cutanée dans la région cervicale.

La durée de l'intervention est variable en fonction des difficultés chirurgicales et selon les résultats de l'examen histologique per-opératoire.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

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

Un hématome post-opératoire est possible, il est rarement préoccupant.

Vous pouvez présenter quelques douleurs et difficultés transitoires à la mastication. Ceci est lié à la proximité de l'articulation de la mâchoire par rapport à la zone opérée. De même, quelques douleurs cervicales sont possibles, liées à la position de la tête pendant l'intervention.

A l'ablation du pansement, vous constaterez une dépression juste en arrière de l'angle de la mâchoire, correspondant à la glande qui a été retirée ; vous constaterez également une perte de sensibilité de la joue et du pavillon de l'oreille. Ceci est normal et s'atténuera avec le temps.

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

## **RISQUES SECONDAIRES**

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 Frei, est d'intensité variable, il est inconstant et doit être signalé à votre chirurgien.

La cicatrice peut être sensible, voire douloureuse, parce qu'inflammatoire pendant plusieurs mois.

## **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

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 pour une tumeur cancéreuse ayant envahi le nerf. Rappelons que ce risque est exceptionnel, sauf s'il existe une paralysie faciale avant l'intervention, ce dont votre chirurgien vous aura averti.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE SEPTOPLASTIE

Madame, Monsieur,

La septoplastie a pour but de corriger une déviation de votre cloison nasale.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

La déviation de la cloison nasale peut entraîner une obstruction nasale, un ronflement ou favoriser une infection de vos sinus et parfois de votre oreille. Elle peut, dans certains cas, s'associer à une déformation externe de votre nez.

La septoplastie permet de remodeler la cloison nasale pour améliorer la respiration. Le résultat obtenu sera fonction de l'importance de la déformation anatomique constatée.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de l'intervention, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Une anesthésie locale sera le plus souvent réalisée en complément, en utilisant de la Xylocaïne.

L'intervention s'effectue par les voies naturelles, sans cicatrice cutanée, sauf cas exceptionnels où elle pourra nécessiter une incision cutanée minime, peu visible.

Une contention endo-nasale est assurée par un méchage et/ou la mise en place de plaques de Silastic.

Ceux-ci seront retirés au bout de quelques jours, comme vous le précisera votre chirurgien. Un traitement antibiotique peut être prescrit pendant quelques jours après l'intervention.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites immédiates de l'intervention, un saignement post-opératoire est possible. Il est rarement important.

Vous pouvez présenter un larmoiement lié à l'irritation des voies lacrymales, qui sera passager.

Un trouble de sensibilité de vos dents de la mâchoire supérieure est possible, temporaire.

Toute douleur ou fièvre peuvent témoigner d'un processus infectieux local, qui sera contrôlé par votre chirurgien.

### RISQUES SECONDAIRES

Une perforation séquellaire de votre cloison est possible. Elle sera parfois cause de sifflements lors de la respiration, de formation de croûtes, de petites hémorragies.

Des adhérences cicatricielles endonasaales peuvent être responsables d'une obstruction nasale persistante.

Une déformation éventuelle secondaire de la pointe de votre nez pourra être prise en charge par votre chirurgien.

Dans de très rares cas, l'insensibilité des dents persiste au niveau des incisives.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Une complication infectieuse grave à type de méningite ou d'abcès par fuite de liquide céphalo-rachidien est très exceptionnelle, de même que les troubles de l'odorat.

Une fistule bucco-nasale est également très rare, liée en règle à une intervention particulièrement difficile pour une déformation complexe ou d'origine malformative.

## **INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE REDUCTION DE FRACTURE DES OS PROPRES DU NEZ**

Madame, Monsieur,

Vous présentez une fracture des os propres du nez qui entraîne une déformation de la pyramide nasale avec éventuelle obstruction nasale liée à l'atteinte associée de la cloison. Cette déformation sera évaluée soit d'emblée, soit après traitement médical visant à réduire l'oedème, par un examen clinique et un examen radiologique.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### **BUT DE L'INTERVENTION**

L'intervention a pour but de restaurer la morphologie du nez, la plus proche possible de l'état précédent l'accident, et de restaurer la respiration nasale. L'os est habituellement bien remis en place. Par contre les cartilages fracturés peuvent avoir tendance à se redéformer secondairement.

### **REALISATION DE L'INTERVENTION**

Une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation avant l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. La réduction de la fracture s'effectue par voie endonasale.

Un méchage endonasal ainsi qu'un plâtre peuvent être mis en place en fin d'intervention. L'ablation du méchage et du plâtre sera effectuée au bout de quelques jours, ce que vous précisera votre chirurgien.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### **RISQUES IMMEDIATS**

Dans les suites normales on observe un hématome autour des yeux, ainsi qu'un oedème. Une gêne nasale et un larmolement sont habituels, liés au méchage.

### **RISQUES SECONDAIRES**

La persistance d'anomalies morphologiques résiduelles est fréquente et dépend de l'importance de la déformation initiale ou est liée à la consolidation de la fracture.

Une obstruction nasale post-opératoire peut être observée, due à la déviation résiduelle de la cloison.

### **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

La fracture des os propres du nez est une fracture ouverte dans les cavités nasales. De ce fait, un risque infectieux existe, en particulier au niveau du cartilage. Cette infection exceptionnelle appelée chondrite entraîne alors une déformation de la pointe du nez. Une intervention secondaire, dans ce cas, pourra vous être proposée.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE TURBINECTOMIE

Madame, Monsieur,

La turbinectomie est l'ablation chirurgicale partielle ou totale du ou des cornets inférieurs du nez.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Vous présentez une obstruction nasale liée à une augmentation de volume des cornets inférieurs. L'échec des traitements médicaux et locaux conduit à vous proposer cette intervention. L'intervention a pour but d'améliorer la ventilation nasale. Cette intervention n'a aucun effet sur l'écoulement nasal, ni sur les éternuements.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de cette intervention, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention s'effectue sans cicatrice, par l'intérieur du nez. Une anesthésie locale peut être réalisée en complément, utilisant de la Xylocaïne. Un geste sur la cloison nasale est parfois nécessaire au cours de la même intervention. Un méchage post-opératoire est parfois utile pour éviter le saignement. En cas de méchage un traitement antibiotique vous sera prescrit.

Ce méchage est conservé pendant quelques jours, ce que vous précisera votre chirurgien.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Une petite hémorragie peut survenir au déméchage, elle cède en général à une simple compression.

### RISQUES SECONDAIRES

La formation de croûtes est habituelle après l'intervention, responsable d'une sensation de nez sec. Elle nécessite des soins locaux prolongés.

Une obstruction nasale résiduelle est possible. Elle est due soit à une déformation de votre cloison nasale, soit à une adhérence cicatricielle endonasale.

Un larmoiement enfin, lié à une irritation des voies lacrymales, peut exister pendant quelque temps.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Une hémorragie nasale importante est exceptionnelle ; elle nécessite alors un geste d'hémostase chirurgical urgent.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE MEATOTOMIE MOYENNE

Madame, Monsieur,

La méatotomie moyenne est l'ouverture large du sinus maxillaire dans la cavité nasale.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Vous présentez une infection du sinus maxillaire. Cette sinusite peut être responsable de douleurs de la face, d'une obstruction nasale, d'un mouchage purulent et parfois d'infection à distance. La chirurgie ne s'envisage qu'après échec des différents traitements médicaux, ce qui sera confirmé par un bilan radiologique, en règle un scanner.

L'intervention a pour but d'ouvrir largement le sinus dans le nez, pour permettre aux sécrétions purulentes de s'évacuer dans la fosse nasale.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de cette intervention, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation avant l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est effectuée par voie endo-nasale, sans cicatrice extérieure. L'anesthésie locale peut être réalisée en complément avec de la Xylocaïne.

L'intervention est réalisée avec des instruments optiques, éventuellement sous contrôle vidéo.

Un méchage, ainsi qu'un traitement antibiotique, sont souvent nécessaires pendant quelques jours, ce que vous précisera votre chirurgien.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

En post-opératoire immédiat, une petite hémorragie peut se produire. Elle cède, en règle, rapidement à la compression. On peut noter un larmolement lié à l'irritation des voies lacrymales pendant quelque temps.

On peut observer un emphysème par passage d'air sous la peau dans la région des paupières, ou encore un petit hématome péri-orbitaire.

### RISQUES SECONDAIRES

Malgré cet acte opératoire, votre pathologie sinusienne peut récidiver.

Une obstruction nasale peut être observée, liée à des adhérences endonasales.

Enfin, un larmolement chronique peut persister pendant plusieurs mois.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Des troubles de la vue, par atteinte des muscles de l'oeil, ou par baisse de la vision, sont très exceptionnels, liés en règle à des difficultés chirurgicales per-opératoires. Ils surviennent précocément après l'intervention et doivent être signalés immédiatement à votre chirurgien.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ETHMOIDECTOMIE PAR VOIE ENDONASALE

Madame, Monsieur,

Une ethmoïdectomie par voie endonasale est une ouverture large de tout ou partie de l'ethmoïde dans la fosse nasale. L'ethmoïde est un ensemble de cavités sinusiennes en relation avec les fosses nasales comme vous le verrez sur le schéma ci-joint.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

L'ethmoïdectomie a pour but d'aérer les cavités sinusiennes, de traiter le foyer infectieux chronique que vous présentez, ou d'effectuer l'ablation des polypes responsables de votre obstruction nasale. L'intervention sera proposée en règle après échec ou intolérance au traitement médical. Un bilan radiologique comportant un scanner sera effectué au préalable.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de l'examen, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est réalisée par les voies naturelles, à l'aide d'instruments optiques et éventuellement contrôle vidéo.

Pour minimiser le saignement, l'opérateur utilise un tampon et/ou une infiltration locale d'un produit anesthésique vaso-constricteur (Adrénaline, Naphazoline, Cocaine).

L'intervention consiste à ouvrir toutes les cellules et cloisons de l'ethmoïde dont les parois sont en rapport avec les méninges en haut, l'orbite et l'oeil en dehors.

Au cours de l'intervention, les sinus voisins (sinus frontal, sinus sphénoïdal) sont fréquemment délibérément ouverts. Un drainage externe du sinus frontal (pose d'un clou de Lemoyné) mis en place par une petite incision cutanée de la région frontale au-dessus du sourcil est parfois nécessaire.

Les suites opératoires sont longues et nécessitent des soins locaux répétés sous surveillance médicale. Un méchage est parfois nécessaire en cas de saignement important.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Des saignements de nez sont habituels, en règle banals. Ils cèdent en règle à une simple compression.

Une surinfection est possible et nécessite un traitement médical approprié.

Un larmolement habituel est lié à la proximité des voies lacrymales.

### RISQUES SECONDAIRES

La formation de croûtes endonasales est la règle et justifie des soins locaux prolongés.

La formation d'adhérences ou de brides n'est pas exceptionnelle et justifie la surveillance régulière de la cicatrisation de votre muqueuse nasale.

Enfin, cette intervention ne met pas à l'abri de la récurrence de votre pathologie initiale, responsable du manque d'odorat, de la persistance d'une infection chronique et de la formation de polypes.

## **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Un hématome intra-orbitaire compressif avec risque de cécité peut nécessiter une intervention urgente.

Un écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien avec risque de méningite précoce ou tardive est une complication exceptionnelle due, le plus souvent, à une disposition anatomique particulière de la partie haute de vos cavités sinusiennes.

L'hémorragie massive, avec risque vital, est elle aussi exceptionnelle. Elle survient en règle pendant l'intervention ou au décours immédiat. Votre chirurgien connaît bien ces risques et prendra toutes les dispositions nécessaires.

Rappelons enfin que des troubles visuels, de gravité variable, sont possibles : atteinte des muscles oculaires, blessure du nerf optique avec risque de cécité, atteinte des voies lacrymales.

Toutes ces complications sont exceptionnelles. Elles peuvent vous alarmer, mais il faut bien savoir que votre pathologie sinusienne, elle-même, est évolutive et susceptible de se compliquer au cours de son évolution spontanée.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE AMYGDALECTOMIE

Madame, Monsieur,

Vous-même ou votre enfant devez subir une ablation des amygdales palatines.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Les amygdales palatines sont formées d'un tissu lymphoïde normal, situées dans la gorge au niveau du voile du palais, de chaque côté de la luette.

L'ablation des amygdales se justifie pour des infections récidivantes (angines) ou si leur volume gêne la respiration ou la déglutition, ou encore si elles sont responsables de complications infectieuses.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention est réalisée, en règle, sous anesthésie générale. Celle-ci sera programmée à la suite d'une consultation auprès du médecin-anesthésiste-réanimateur. Il est de la compétence de ce médecin de répondre à vos questions concernant l'anesthésie.

L'intervention est réalisée en passant les instruments par la bouche.

Dans les suites opératoires persiste, de chaque côté, une petite plaie qui mettra huit à quinze jours à cicatriser. Cette plaie va se recouvrir d'un enduit blanchâtre, souvent nauséabond.

La déglutition est douloureuse comme dans une forte angine, mais la reprise d'une alimentation adaptée, ce qui vous sera précisé, favorise un rétablissement rapide de la déglutition. Des médicaments seront prescrits contre la douleur.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Compte-tenu des instruments utilisés pour réaliser l'intervention, on peut observer des petites lésions de la langue, de la lèvre ou la mobilisation, voire la chute d'une dent de lait en particulier. Ces lésions sont bénignes. Des douleurs dans l'oreille sont habituelles, sans gravité.

On peut observer quelques crachats hémorragiques en post-opératoire.

Des complications infectieuses à type d'otite ou de rares abcès peuvent survenir.

### RISQUES SECONDAIRES

L'hémorragie au 8ème-10ème jour est rare. Elle doit être traitée rapidement et tout saignement, même minime, doit être signalé à votre médecin.

Des modifications de la voix par fuite d'air au niveau du voile du palais peuvent être constatées après la cicatrisation. Elles peuvent nécessiter une rééducation orthophonique.

Des reliquats amygdaliens peuvent parfois subsister et donner lieu à des phénomènes infectieux.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Une complication exceptionnelle doit être signalée : c'est l'hémorragie majeure, qui survient en règle pendant l'intervention et qui peut imposer une opération au niveau du cou pour effectuer l'hémostase.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ADENOIDECTOMIE

Madame, Monsieur,

Votre enfant doit être opéré des végétations : c'est l'adénoïdectomie.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Les végétations sont constituées d'un tissu lymphoïde normal, situé dans l'arrière-nez. Leur hypertrophie ou leur infection chronique est très fréquente chez l'enfant.

L'ablation des végétations est justifiée en cas :

- d'obstruction nasale
- de rhino-pharyngites récidivantes et de leurs complications, notamment les otites.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour effectuer cette intervention, une anesthésie générale est programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est rapide et s'effectue à l'aide d'une curette introduite par la bouche. Elle permet d'enlever la majeure partie des végétations.

Les suites opératoires sont, en règle, simples. Un petit mouchage sanguinolent persiste pendant les premières heures.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Un saignement plus abondant peut, dans certains cas, nécessiter un geste local.

Plus rarement peut survenir un épisode infectieux rhinopharyngé ou une otite aiguë.

Compte-tenu des instruments utilisés pour réaliser l'intervention, la langue ou les lèvres peuvent être pincées. La mobilisation ou la chute d'une dent de lait en particulier peut s'observer.

### RISQUES SECONDAIRES

Après cicatrisation, on peut observer une modification de la voix liée à une fuite d'air au niveau du voile du palais. Il pourra, dans ce cas, être nécessaire d'envisager une rééducation orthophonique.

L'ablation des végétations ne met pas à l'abri d'une récurrence ultérieure de la pathologie nasale ou des otites.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Une inhalation de sang peut se produire lors de l'intervention ; celle-ci peut être responsable d'une infection broncho-pulmonaire qui nécessitera un traitement médical.

L'infection cervicale à type d'adéno-phlegmon est rare. Révélée par une fièvre importante, des douleurs cervicales, un gonflement du cou, elle nécessite une consultation d'urgence auprès de votre chirurgien.

Enfin, une hémorragie massive est exceptionnelle, nécessitant alors un geste d'hémostase sous anesthésie générale.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT LA POSE D'AERATEURS TRANS-TYMPANIQUES

Madame, Monsieur,

L'aérateur trans-tympanique est un tube creux en matériau plastique (diabolo, tube droit ou T tube). Cet aérateur est mis en place au travers de la membrane tympanique après incision, ou paracentèse, du tympan, sous microscope. Cet aérateur tient en place pendant plusieurs mois.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

La mise en place d'un aérateur à travers le tympan a pour but de favoriser l'aération de l'oreille moyenne en cas :

- d'otite moyenne aiguë à répétition
- d'otite séro-muqueuse avec atteinte auditive
- de rétraction tympanique.

Cette intervention est proposée après échec des traitements habituels et en l'absence de résorption spontanée de l'otite séro-muqueuse.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de cette intervention, notamment chez l'enfant, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Un écoulement de l'oreille peut se produire après l'intervention. Cet écoulement est plus ou moins sanglant, plus ou moins infecté, il peut favoriser l'expulsion précoce de l'aérateur.

### RISQUES SECONDAIRES

L'aérateur peut être obstrué par un corps étranger ou par du simple cérumen. Dans ce cas, la pathologie de l'oreille peut récidiver.

Dans de rares cas on peut observer la migration de l'aérateur derrière le tympan.

Une fois l'aérateur expulsé, on peut observer :

- soit une perforation séquellaire du tympan qui peut nécessiter un acte chirurgical ultérieur
- soit une modification cicatricielle de la membrane tympanique (atrophie, tympano-sclérose, granulome) comme après tout acte opératoire sur une oreille
- Soit une récurrence de la pathologie.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Le risque de perte définitive de l'audition, accompagné éventuellement de bourdonnements d'oreille et/ou de vertiges, est très exceptionnel après cet acte opératoire. Il en est de même de l'inclusion d'épiderme derrière le tympan.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE MYRINGOPLASTIE

Madame, Monsieur,

La myringoplastie est la fermeture chirurgicale d'une perforation du tympan par une greffe.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants. N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Son but est d'assurer l'étanchéité de l'oreille, d'éviter les surinfections (douches, piscine...) et d'améliorer, si possible, l'audition.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de l'intervention, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention nécessite en règle un abord cutané qui laissera une petite cicatrice devant ou derrière l'oreille. Cette technique opératoire varie avec le type de perforation et l'existence ou non d'une otite chronique sous-jacente. La greffe utilisée est soit un fragment de veine, soit un fragment d'aponévrose prélevée sur le muscle temporal (au-dessus de l'oreille), soit un fragment de cartilage prélevé sur le pavillon de l'oreille.

Dans certains cas cette intervention peut s'accompagner d'un contrôle des osselets de l'oreille, d'une exploration de la mastoïde, os situé derrière l'oreille, ou d'un abord du conduit auditif externe.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Une douleur de la région opératoire ou une gêne à la mastication sont banales dans les premiers jours qui suivent l'intervention.

### RISQUES SECONDAIRES

Une nécrose de la greffe est possible, liée à une surinfection. De ce fait, tout écoulement d'oreille après l'intervention doit être signalé à votre chirurgien.

Un rétrécissement du conduit auditif externe, dû à la voie d'abord chirurgicale, fera l'objet d'une surveillance post-opératoire appropriée.

Des troubles du goût peuvent persister après intervention.

L'échec fonctionnel, avec absence de gain auditif et/ou avec perforation résiduelle de la membrane tympanique, peut être constaté après cicatrisation.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Peuvent être observés :

- une paralysie faciale qui nécessitera un traitement approprié
- une inclusion d'épiderme à l'intérieur du tympan, justifiant une intervention secondaire
- une dégradation de l'audition pouvant aller jusqu'à la surdité totale (cophose), avec vertiges ou bourdonnements et sifflements d'oreille ; ce risque est exceptionnel.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE INTERVENTION POUR OTITE MOYENNE CHRONIQUE

Madame, Monsieur,

L'otite chronique est une pathologie inflammatoire et/ou infectieuse sournoise, latente, de votre oreille moyenne, responsable d'une surdité qui peut être évolutive avec écoulement chronique de votre oreille ; elle peut évoluer spontanément vers des complications graves.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention a pour but :

⇨ d'explorer et de nettoyer les lésions de l'oreille moyenne : inflammation, infection des os de l'oreille, cholestéatome qui est une tumeur bénigne due à la présence d'épiderme dans l'oreille moyenne et dont l'extension entraîne une destruction lente de l'os avec risque de paralysie faciale, de méningite voire d'abcès du cerveau. Les lésions sont, en règle, dépistées lors d'un bilan radiologique par scanner en pré-opératoire.

← d'améliorer, si possible, l'audition en restaurant le tympan par une greffe permettant l'étanchéité et en remplaçant les osselets s'ils sont détruits.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention s'effectue en règle sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'abord cutané laissera une cicatrice devant ou derrière l'oreille.

Pour fermer le tympan on utilise l'aponévrose du muscle temporal, muscle situé au-dessus de l'oreille, un greffon veineux ou du cartilage du pavillon de l'oreille.

Pour remplacer les osselets, on utilise des éléments en téflon, en céramique mais aussi des fragments de cartilage pris sur le pavillon de l'oreille.

Pour enlever le cholestéatome, on est souvent obligé d'agrandir la cavité de l'oreille moyenne pour en faciliter l'exérèse et améliorer la surveillance post-opératoire.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Une surinfection est possible, révélée par un écoulement qui doit être signalé à votre chirurgien.

Des vertiges, des bourdonnements ou sifflements de l'oreille peuvent survenir en post-opératoire.

Toutes ces anomalies doivent faire l'objet d'une consultation spécialisée.

### RISQUES SECONDAIRES

La fragilité de votre oreille interne peut être responsable de la persistance des bourdonnements d'oreille et des vertiges. De même, elle peut être responsable d'une dégradation progressive de l'audition.

Des troubles du goût peuvent être constatés après l'intervention.

Compte-tenu de la voie d'abord chirurgicale, peuvent survenir un rétrécissement du conduit auditif externe qui fera l'objet d'une surveillance post-opératoire appropriée, ainsi qu'un décollement du pavillon d'oreille.

Le cholestéatome peut récidiver, un reliquat peut persister. C'est la raison pour laquelle il vous sera très souvent proposé dans ce cas de réintervenir pour contrôler l'absence d'épiderme résiduel à l'intérieur de l'oreille.

L'intervention, même bien conduite, ne met pas à l'abri d'un échec fonctionnel par nécrose de la greffe et/ou Absence de gain auditif.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ENDOSCOPIE

Madame, Monsieur,

L'endoscopie est une exploration visuelle de la muqueuse de l'ensemble de vos voies aériennes et digestives supérieures.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Cet examen est indiqué pour mettre en évidence d'éventuelles lésions de la muqueuse : préciser l'extension d'une tumeur, faire des prélèvements ou biopsies, rechercher d'autres lésions associées.

### REALISATION DE L'ENDOSCOPIE

Pour améliorer la tolérance de cet examen, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Pour réaliser une endoscopie sont utilisés des tubes rigides ou endoscopes avec amplification optique. Dans certains cas un complément d'examen sera réalisé à l'aide d'un tube souple ou fibroscope, en particulier au niveau des bronches, ou de l'oesophage, voire de l'estomac.

Dans certains cas, en particulier pour préciser l'extension d'une tumeur, cet examen est insuffisant. Il sera complété par un examen radiologique, tel un scanner ou une imagerie par résonance magnétique.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Compte-tenu de dispositions morphologiques particulières, il est parfois impossible de réaliser une exposition correcte du larynx.

En raison des instruments utilisés pour cet examen, peuvent être observés un pincement des lèvres, de la langue, une petite plaie de la cavité buccale, une mobilité anormale de vos dents. Il est donc important de signaler au préalable si vous avez des dents fragiles (bridges, prothèse en céramique...).

Après l'intervention on peut observer un certain degré d'oedème du larynx, entraînant une aggravation de la gêne respiratoire qui peut parfois nécessiter de prolonger l'intubation ou de réaliser une trachéotomie. Cet oedème laryngé peut altérer temporairement votre voix.

En raison des prélèvements effectués, un petit saignement sous forme de crachats sanguinolents peut être observé.

Enfin, compte-tenu de la position de la tête pendant l'examen, vous pouvez présenter quelques douleurs au niveau du cou. Ceci est transitoire.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

La perforation du conduit digestif peut nécessiter une intervention chirurgicale majeure et une hospitalisation en réanimation.

Une hémorragie abondante peut exceptionnellement nécessiter une intervention chirurgicale.

L'impossibilité de ventiler correctement le patient du fait de dispositions anatomiques particulières ou du fait d'un obstacle majeur sur les voies aériennes peut rendre une trachéotomie nécessaire. Ces complications sont exceptionnelles, précoces, survenant pendant ou au décours immédiat de l'examen. Elles seront prises en charge immédiatement par l'équipe chirurgicale.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE SOUS-MAXILLECTOMIE

Madame, Monsieur,

La sous-maxillectomie est l'ablation totale de la glande sous-maxillaire, glande salivaire située sous la partie horizontale de la mâchoire.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention permet de procéder à l'ablation de la glande sous-maxillaire, soit parce que celle-ci est porteuse d'une tumeur dont il est indispensable de préciser la nature bénigne ou maligne, soit parce que cette glande est le siège d'une inflammation, voire d'une infection chronique d'origine lithiasique (calcul), ou autre.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule habituellement sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention nécessite une courte incision en regard de la glande, dans un pli cutané. La glande sous-maxillaire est enlevée par dissection de proche en proche en libérant la glande pour lier son canal évacuateur, qui vient se terminer dans la cavité buccale sous la langue. En cas de tumeur, la pièce sera adressée pour analyse pendant l'intervention pour connaître sa nature. En cas de tumeur maligne, il faut alors contrôler les ganglions situés autour de la glande et les faire analyser. Il peut s'agir, dans ce cas, d'un véritable curage ganglionnaire. En cas de calcul, il faudra s'assurer de l'absence de calcul dans le canal évacuateur de la glande ; il est parfois nécessaire, de ce fait, de faire une petite incision par voie endo-buccale, sous la langue.

La durée de l'intervention est variable et fonction des difficultés chirurgicales et des résultats de l'examen histologique per-opératoire. La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Au décours immédiat de l'intervention, les complications hémorragiques nécessitant une réintervention sont exceptionnelles, ce d'autant que l'hématome post-opératoire au niveau de cette région est peu préoccupant.

Les douleurs au niveau de la zone opérée sont relativement peu importantes.

Vous pouvez présenter une asymétrie buccale lors du sourire et de la parole. Elle est liée à l'atteinte du rameau mentonnier du nerf facial, qui passe dans la région disséquée. Cette asymétrie sera temporaire et récupérera plus ou moins rapidement, aidée parfois par une kinésithérapie.

A l'ablation du pansement, vous pourrez constater l'existence d'une légère dépression située sous le rebord de la mâchoire ; celle-ci s'atténuera progressivement avec le temps.

### RISQUES SECONDAIRES

On peut parfois constater une petite zone anesthésiée (endormie) dans la région située sous la mâchoire. Cette anesthésie s'atténuera avec le temps.

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

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

## **INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'EXTRACTION D'UN CORPS ETRANGER DE LA FOSSE NASALE**

Madame, Monsieur,

Vous-même ou votre enfant présentez un corps étranger dans la fosse nasale. Celui-ci, responsable d'une obstruction nasale, peut entraîner une surinfection avec écoulement purulent et nauséabond, un saignement ou des maux de tête. Les conséquences peuvent être sévères :

- risque de perforation de la cloison nasale par nécrose
- risque de sinusite
- risque de fermeture de l'orifice narinaire.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### **BUT DE L'INTERVENTION**

Le but de l'intervention est d'extraire le corps étranger pour restaurer la perméabilité nasale en créant un minimum de dégâts muqueux.

### **REALISATION DE L'INTERVENTION**

En cas de corps étranger bloqué, et particulièrement chez l'enfant, une anesthésie générale pourra être nécessaire. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'extraction s'effectue par voie endo-nasale avec un matériel adapté. Un contrôle avec des instruments optiques peut être réalisé.

Une antibiothérapie par voie générale est parfois nécessaire. La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### **RISQUES IMMEDIATS**

Une hémorragie nasale peut se produire ; elle est en règle parfaitement bénigne.

### **RISQUES SECONDAIRES**

On peut observer une bride cicatricielle dans la fosse nasale. Celle-ci peut être à l'origine d'une obstruction nasale et/ou d'une infection de vos sinus.

### **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

En cas de corps étranger facilement mobilisable, et en l'absence d'anesthésie générale, le risque majeur est l'inhalation du corps étranger dans les voies respiratoires trachéo-bronchiques, nécessitant alors son extraction.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE POLYPECTOMIE ENDO-NASALE

Madame, Monsieur,

La polypectomie est l'exérèse des polypes qui obstruent les fosses nasales.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Vous présentez des polypes dans les fosses nasales ; ce sont des tumeurs bénignes qui se développent aux dépens de la muqueuse des sinus. Ceux-ci ne se cancérisent jamais mais, suivant leur taille, ils peuvent être à l'origine d'obstruction nasale gênante, de troubles de l'odorat, ou encore de sinusites à répétition. La chirurgie ne s'envisage qu'après échec des traitements médicaux. L'intervention a pour but de pratiquer l'exérèse des polypes pour améliorer la perméabilité nasale, ainsi que celle des sinus.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention est pratiquée sous anesthésie locale, le plus souvent. Selon l'importance de la polypose, une anesthésie générale peut être nécessaire. Une consultation d'anesthésie pré-opératoire est indispensable. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est réalisée par voie endo-nasale sans cicatrice extérieure ; l'opérateur peut être amené à utiliser des instruments optiques, et éventuellement un contrôle vidéo.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Malgré les différents moyens utilisés pour éviter l'hémorragie, ce risque, bien que rare, persiste pendant ou après l'intervention. Cette hémorragie ne nécessite qu'un simple méchage.

### RISQUES SECONDAIRES

Cette intervention ne met pas à l'abri de la récurrence de votre polypose qui peut nécessiter, ultérieurement, une intervention plus complète.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Les complications respiratoires, qui peuvent survenir au cours de l'intervention ou au décours immédiat, sont essentiellement dues aux terrains allergique et/ou asthmatique sur lesquels surviennent plus volontiers des polyposes. Ceci est parfaitement connu de votre chirurgien qui saura prendre toutes les précautions nécessaires, de façon préventive.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT EXERERE D'UN KYSTE DU TRACTUS THYREOGLOSSE

Madame, Monsieur,

Vous-même ou votre enfant devez subir l'ablation d'un kyste d'origine malformative, situé à la partie antérieure et haute du cou.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Ce kyste, d'origine malformative, peut être inapparent pendant plusieurs années. Lorsqu'il augmente de volume, il devient visible et palpable à la partie antérieure du cou. Il n'y a jamais de disparition spontanée des kystes du tractus thyroïdien. Le risque évolutif principal est la survenue d'une surinfection du kyste, pouvant aller jusqu'à un abcès avec un risque d'ouverture ou fistulisation au niveau de la peau. Ces épisodes de surinfection ont tendance à se répéter.

La survenue d'une cancérisation du kyste du tractus thyroïdien est une éventualité possible, mais extrêmement rare.

Le but de l'intervention est de retirer le kyste et son trajet fistuleux qui peut aller jusqu'à la glande thyroïde vers le bas, jusqu'à la base de la langue vers le haut.

L'abstention thérapeutique avec surveillance peut être proposée pendant un certain temps, mais il est préférable d'en effectuer l'exérèse avant surinfection importante.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'exérèse d'un kyste du tractus thyroïdien est effectuée sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Une incision cutanée horizontale, en regard du kyste, sera effectuée. L'intervention consiste à enlever le kyste dans

son intégralité, ainsi qu'un fragment de l'os hyoïde auquel il adhère et l'ensemble du trajet fistuleux pour limiter les risques de récurrence.

Un système aspiratif est, en règle, mis en place pour éviter la formation d'un hématome. Il sera laissé en place quelques jours.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Pendant quelques jours l'alimentation peut être un peu douloureuse, de même que les mouvements du cou.

Un saignement post-opératoire peut survenir, aboutissant éventuellement à la formation d'un hématome du cou. Celui-ci peut entraîner une gêne respiratoire et/ou nécessiter une réintervention.

Une infection de la zone opérée peut survenir, imposant parfois un nouveau geste chirurgical.

### RISQUES SECONDAIRES

A plus long terme, la qualité de la cicatrisation peut se détériorer avec apparition d'une cicatrice épaisse, voire formation d'une cicatrice dite "chéloïde".

Une atrophie, en regard de la zone opérée, peut apparaître, responsable d'une modification des reliefs du cou.

Enfin, même après une intervention bien réalisée, il existe un risque de récurrence se manifestant habituellement par un suintement et/ou une surinfection au niveau de la cicatrice.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

L'hémorragie per-opératoire importante est rarissime.

Exceptionnellement, en cas de kyste volumineux surinfecté et latéralisé, on peut observer une complication nerveuse responsable d'une diminution de la mobilité de la langue.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE EXERESE DE KYSTE OU FISTULE DE LA PARTIE LATERALE DU COU

Madame, Monsieur,

C'est l'ablation d'un kyste ou d'une fistule malformative développée dans la partie latérale du cou.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Les kystes sont des tuméfactions remplies de liquide et les fistules correspondent à un orifice cutané et/ou pharyngé prolongé par un trajet de topographie variable dans le cou. Les kystes peuvent rester plus ou moins longtemps inapparents et se révéler à un âge variable sous forme d'une tuméfaction. Les fistules sont présentes dès la naissance et peuvent avoir été ignorées du fait de leur très petite taille (orifice souvent punctiforme) ou de leur siège uniquement ouvert au niveau du pharynx. Il n'y a jamais de disparition spontanée.

Le risque évolutif principal est la survenue d'une surinfection se manifestant par l'apparition d'une tuméfaction rouge au niveau du cou et/ou l'écoulement de liquide purulent au niveau de la peau. L'évolution vers un abcès est possible. Le risque de cancérisation est exceptionnel.

Le but de l'intervention est de retirer le kyste et/ou la totalité du trajet de la fistule.

L'abstention thérapeutique avec surveillance peut être proposée pendant un certain temps, mais il est préférable d'effectuer une exérèse du kyste avant surinfection importante. Le risque de surinfection disparaît après l'intervention, en l'absence de récurrence.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'exérèse d'un kyste ou d'une fistule de la partie latérale du cou sera réalisée sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée s'effectue en regard du kyste. L'exérèse d'un trajet fistuleux peut nécessiter plusieurs incisions cervicales, selon la longueur et le trajet de la fistule.

Un système de drainage aspiratif ou non est souvent laissé en place quelques jours. En cas de fistule pharyngée, il peut être nécessaire, dans certains cas, de mettre en place une sonde naso-gastrique d'alimentation.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

La déglutition et la rotation du cou peuvent être douloureuses pendant quelques jours.

La survenue d'un saignement post-opératoire peut aboutir à la formation d'un hématome et entraîner éventuellement une gêne respiratoire ; ceci peut nécessiter une réintervention.

L'infection de la zone opérée peut survenir ; elle peut imposer parfois un nouveau geste chirurgical.

### RISQUES SECONDAIRES

A plus long terme, la qualité de la cicatrisation peut se détériorer avec apparition d'une cicatrice épaisse, voire formation d'une cicatrice dite "chéloïde", qui nécessitera un traitement propre.

Après une intervention correctement effectuée, le risque de récurrence est faible mais non nul. Celle-ci peut se manifester par la réapparition d'une masse ou d'un orifice fistuleux avec un éventuel écoulement.

Dans certains cas, l'analyse histologique per-opératoire du kyste peut être demandée et conduire alors à une extension du geste chirurgical dans la région du cou (curage ganglionnaire).

## **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données

actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Exceptionnellement, en cas de kyste volumineux et/ou surinfecté ou dont le trajet fistuleux est complexe, on peut observer :

- une hémorragie importante qui nécessitera alors une modification de la technique opératoire
- une complication nerveuse qui sera responsable d'un trouble de mobilité de la langue et/ou de l'épaule.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE THYROÏDECTOMIE

Madame, Monsieur,

La thyroïdectomie consiste en l'ablation plus ou moins importante de la glande thyroïde, glande endocrine (qui fabrique des hormones) située dans la partie antéro-inférieure et médiane du cou.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Cette intervention peut avoir plusieurs buts :

⇨ Soit l'intervention est nécessaire pour préciser la nature d'un ou de plusieurs nodules décelés au niveau de votre thyroïde par l'examen clinique, une échographie, voire une scintigraphie. La chirurgie, dans ce cas, a pour but de procéder à l'ablation du nodule en enlevant tout ou partie de la thyroïde pour définir la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

← Soit cette intervention est justifiée par un mauvais fonctionnement de votre glande, qui ne peut pas être contrôlé par les traitements médicamenteux que vous avez reçus. Il est alors demandé au chirurgien de réaliser l'ablation de votre glande, soit de façon totale, soit de façon sub-totale, soit de façon partielle selon les cas.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention se déroule habituellement sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à toutes vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée est horizontale, située dans la partie antéro-inférieure du cou, si possible dans un pli cutané naturel.

La longueur de l'incision sera adaptée au type d'intervention ainsi qu'au volume de l'hypertrophie de votre glande (goître).

Selon l'intervention proposée, il s'agira de réaliser :

- l'exérèse d'un nodule isolé (énucléo-résection)
- une lobo-isthmectomie, à savoir l'ablation de la moitié de votre glande thyroïde
- une thyroïdectomie sub-totale
- une thyroïdectomie totale.

En règle, une analyse histologique du ou des nodules sera réalisée pendant l'intervention afin de préciser la nature de la tumeur.

En cas de tumeur maligne, la thyroïdectomie totale est de règle, ainsi qu'une vérification et l'ablation de tous les ganglions situés dans la région du cou d'une part, et le long de la trachée d'autre part. Ce geste nécessite d'agrandir l'incision chirurgicale.

Un ou plusieurs drainages aspiratifs seront habituellement mis en place selon l'importance de l'intervention chirurgicale. Ils seront retirés au bout de quelques jours.

La durée de l'intervention est très variable en fonction du type d'intervention, des difficultés chirurgicales, mais aussi des résultats de l'examen histologique pendant l'intervention.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Dans les suites immédiates, comme dans tout acte opératoire, une complication hémorragique peut survenir ; elle nécessite alors une réintervention.

Un hématome post-opératoire peut également être constaté. Il est rarement grave, toutefois il faut souligner la gravité particulière d'un hématome compressif au niveau de votre trachée.

La position opératoire, qui nécessite la mise en hyper-extension du cou, est responsable de douleurs dans la nuque qui peuvent bénéficier de quelques séances de kinésithérapie, si nécessaire.

## **RISQUES SECONDAIRES**

La suppression de votre glande thyroïde, de façon totale ou quasi totale, impose un traitement substitutif pour compenser l'absence de sécrétion hormonale. Ce traitement est institué dès que l'on a connaissance des résultats de l'analyse histologique et sera poursuivi sous contrôle de l'endocrinologue, ou de votre médecin traitant.

En cas de geste limité à une moitié du corps thyroïde, il convient de contrôler la sécrétion thyroïdienne ; un traitement d'hormone thyroïdienne peut être nécessaire pendant quelques mois après l'intervention.

Malgré les soins apportés à la réparation chirurgicale, la cicatrice peut présenter des adhérences ou devenir épaisse, voire "chéloïde". Un traitement local est dans certains cas souhaitable.

## **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Deux complications sont particulières à la chirurgie de la glande thyroïde :

⇔ Troubles de la voix : ils peuvent être dus à la dissection des nerfs récurrents, destinés à l'innervation des cordes vocales, qui passent juste en arrière de la glande thyroïde, de part et d'autre de la trachée. Ce trouble peut être minime, passager. Il peut être immédiat, ou se manifester secondairement par une gêne dans la voix chantée ou lors de la voix d'appel.

Habituellement ces troubles sont passagers ; ils peuvent nécessiter, dans certains cas, une rééducation orthophonique pour récupérer une voix satisfaisante le plus rapidement possible.

En cas d'intervention difficile (réintervention, adhérences) ou extension de la tumeur, cette paralysie des cordes vocales peut être définitive, voire bilatérale. Ceci est très exceptionnel. Cette paralysie bilatérale peut être responsable de la survenue d'un trouble respiratoire post-opératoire, qui nécessite une surveillance étroite, permanente de l'opéré.

Dans quelques rares cas un geste complémentaire devra être pratiqué pour vous permettre de mieux respirer.

En cas de thyroïdectomie totale, et compte-tenu de la place des glandes para-thyroïdes qui siègent à la face postérieure de la glande thyroïde, on peut observer des crampes, des fourmillements dans les mains ou les pieds. Ceci est dû au manque de calcium lié au dysfonctionnement des glandes parathyroïdes. Dans ce cas, un traitement médical de remplacement vous sera prescrit.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE TRACHEOTOMIE

Madame, Monsieur,

La trachéotomie est l'ouverture temporaire de la trachée cervicale, ainsi reliée à la peau, court-circuitant les voies respiratoires hautes.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

La trachéotomie permet

- de traiter en urgence une asphyxie d'origine laryngée ne cédant pas au traitement médical.
- de préparer un acte chirurgical sur le pharynx ou le larynx
- de pallier à une intubation difficile nécessitée par une anesthésie générale
- de permettre une ventilation prolongée dans un contexte de réanimation

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention est réalisée, en règle, sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Cependant une trachéotomie peut être réalisée d'extrême urgence, éventuellement même sous anesthésie locale.

Par une petite incision cervicale médiane à la partie basse du cou, on réalise une ouverture de la trachée. La mise en place d'une canule de trachéotomie vient calibrer l'orifice entre la trachée et la peau. A distance, le simple retrait de la canule suffira le plus souvent à obtenir une fermeture spontanée de la trachéotomie.

Les soins locaux et de canule, qui seront effectués par l'équipe médicale, vous seront expliqués. La durée de l'hospitalisation vous sera précisée par le chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

⇨ Les risques per-opératoires sont :

- l'arrêt cardio-respiratoire, qui nécessite des soins de réanimation adaptés
- la blessure du nerf récurrent (nerf innervant le larynx) ou de la plèvre
- une plaie vasculaire

**Ces risques sont majorés par le caractère urgent de l'acte opératoire.**

← Les risques précoces sont :

- l'hémorragie qui peut nécessiter une réintervention pour hémostase
- l'obstruction de la canule par des sécrétions plus ou moins hémorragiques
- l'emphysème sous-cutané ou épanchement d'air sous la peau
- un pneumothorax ou un pneumomédiastin (épanchement d'air dans le thorax).

### RISQUES SECONDAIRES

La surinfection trachéo-bronchique est habituelle pendant les jours qui suivent l'intervention.

A distance une cicatrisation de la trachéotomie, rétractile, disgracieuse, peut nécessiter une reprise chirurgicale ultérieure.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

L'hémorragie par plaie d'un gros tronc artériel, à destinée cervicale ou céphalique, reste une éventualité exceptionnelle. Ce risque est plus particulièrement lié à un tableau d'asphyxie ou à une disposition anatomique particulière.

Les chondrites, ou infection des cartilages de la trachée ou du larynx, peuvent aboutir à une sténose ou rétrécissement cicatriciel du larynx ou de la trachée.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION DU DRAINAGE D'UN PHLEGMON PERI-AMYGDALIEN

Madame, Monsieur,

Vous même, ou votre enfant, présentez un phlegmon péri-amygdalien. Il s'agit d'un abcès de la région amygdalienne responsable de la fièvre, de la douleur à la déglutition et de la gêne à l'ouverture buccale. L'échec du traitement médical impose la réalisation d'un drainage chirurgical.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est d'évacuer la collection purulente, permettant de soulager immédiatement la douleur, de traiter le foyer infectieux, et de reprendre l'alimentation par la bouche.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule le plus souvent sans anesthésie. Pour améliorer le confort du patient, une anesthésie locale peut être proposée, voire une anesthésie générale. Dans ce cas, il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est réalisée en passant les instruments par la bouche. Une ponction de l'abcès, permettant un prélèvement bactériologique afin d'adapter l'antibiothérapie, peut précéder l'incision de drainage.

Des soins locaux, avec bains de bouche, sont nécessaires dans les suites. En l'absence d'amélioration franche, une réouverture de l'incision peut être envisagée dans les 24 heures. En l'absence de drainage, il existe des risques infectieux graves.

Pour éviter les récurrences, l'ablation des amygdales est recommandée.

### RISQUES IMMEDIATS

Des crachats sanguinolents sont habituels pendant quelques jours.

Compte-tenu du siège de l'abcès, au contact d'organes aériens et digestifs, et proche des gros vaisseaux du cou, des complications septiques peuvent apparaître :

- septicémie et choc septique,
- abcès d'autres espaces péripharyngés et cellulite cervicale
- complications respiratoires,
- thrombophlébite de la veine jugulaire interne.

### RISQUES SECONDAIRES

- Echec du drainage avec nécessité de reprise sous anesthésie générale.

- Récidive à distance du phlegmon.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

L'hémorragie cataclysmique, en cas de malformation de l'artère carotide, est très exceptionnelle.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION ENDOSCOPIE POUR CORPS ETRANGER TRACHEO-BRONCHIQUE

Madame, Monsieur,

Votre enfant, ou vous-même, présentez un corps étranger inhalé accidentellement dans la trachée ou les bronches qui, du fait de sa nature et de ses caractéristiques (taille, forme...), peut être responsable d'une gêne respiratoire plus ou moins intense et/ou de complications broncho-pulmonaires.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

La suspicion de corps étranger trachéo-bronchique nécessite un contrôle endoscopique dans les plus brefs délais, du fait de la gravité des complications potentielles.

Un corps étranger, dans les voies aériennes, déclenche une infection de la partie du poumon qui est mal ventilée. Cette infection peut laisser des séquelles définitives (dilatation des bronches), même après ablation du corps étranger. Le corps étranger peut aussi se mobiliser et obstruer les voies aériennes, provoquant une gêne respiratoire qui peut aller jusqu'à l'asphyxie et au décès.

Le but de l'intervention est d'effectuer l'ablation du corps étranger par les voies naturelles, à l'aide d'un tube souple ou rigide muni d'un système optique grossissant.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se déroule, en règle, sous anesthésie générale, en particulier chez l'enfant. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Le fibroscope (tube souple) ou le trachéo-bronchoscope (tube rigide) est introduit par la bouche, puis entre les cordes vocales, pour aller jusque dans la trachée puis les bronches. Divers types de pinces sont utilisés pour retirer les corps étrangers.

Une surveillance minimale de 24 heures est, en règle, nécessaire en milieu hospitalier, afin de dépister d'éventuelles complications.

Dans certains cas, une thoracotomie (abord chirurgical par incision cutanée thoracique) peut être nécessaire ; cette intervention comporte des risques propres. L'exérèse par voies endoscopique doit donc être proposée en premier, chaque fois que cela est possible.

### RISQUES IMMEDIATS

En raison des instruments utilisés pour cet examen, peuvent être observés un pincement des lèvres, de la langue, une petite plaie de la cavité buccale, une mobilité anormale d'une dent de lait.

Une laryngite, responsable d'une gêne respiratoire, peut survenir, liée à un oedème laryngé passager. Elle nécessite un traitement médical approprié.

Il est possible que tous les corps étrangers, notamment végétaux (cacahuètes...) ne puissent être retirés la première fois, du fait d'une réaction inflammatoire, hémorragique de la muqueuse, et que d'autres endoscopies soient nécessaires après quelques jours de traitement médical.

### RISQUES SECONDAIRES

Il s'agit de surinfection broncho-pulmonaire nécessitant une antibiothérapie et une kinésithérapie avec radiographie de thorax de contrôle à distance de l'endoscopie. Ils sont liés à des corps étrangers de nature végétale ou à des corps étrangers anciens, méconnus.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

- Une asphyxie brutale peut nécessiter une trachéotomie.
- Une hémorragie brutale des voies aériennes peut nécessiter une intervention d'urgence dans un but d'hémostase, par voie thoracique.
- Un pneumothorax peut nécessiter un drainage pendant quelques jours.
- Un décès par asphyxie brutale ou hémorragie grave restent très exceptionnels.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE OTOPLASTIE

Madame, Monsieur,

L'otoplastie est une chirurgie correctrice des malformations du pavillon de l'oreille (oreille décollée).

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Cet acte chirurgical, à visée esthétique, a pour but de remodeler le pavillon de l'oreille.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de l'intervention, et en particulier chez l'enfant, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Une anesthésie locale pour être effectuée seule ou en complément de l'anesthésie générale, en utilisant de la xylocaïne.

L'intervention comporte une incision cutanée derrière l'oreille, permettant un travail des structures cartilagineuses du pavillon par des incisions appropriées. Une fermeture cutanée est effectuée avec un pansement compressif.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Le risque principal est celui d'une hémorragie post-opératoire responsable d'un hématome. La survenue d'un hématome implique une évacuation de celui-ci, donc une reprise opératoire et un pansement compressif plus prolongé.

### RISQUES SECONDAIRES

- Infection post-opératoire beaucoup plus rare, se manifestant par des douleurs de l'oreille et un aspect inflammatoire du pavillon. Cette infection requiert un traitement antibiotique approprié pour prévenir une infection cartilagineuse.

- Si les résultats morphologiques sont le plus souvent satisfaisants, dans quelques cas des irrégularités des zones de plicature peuvent être constatées. Il est, en outre, difficile d'assurer une symétrie parfaite des deux pavillons de l'oreille.

- Des troubles sensitifs peuvent s'observer au niveau de la cicatrice, pouvant gêner le port de lunettes.

- Le pavillon d'oreille reste sensible pendant plusieurs semaines.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Les hématomes favorisent les complications infectieuses et, en particulier, les chondrites (infection du cartilage du pavillon de l'oreille) qui peuvent aboutir à une nécrose avec destruction quasi totale du cartilage de l'oreille, laissant persister une oreille petite et souvent très déformée.

Dans de très rares cas, imprévisibles, la cicatrice cutanée rétro-auriculaire peut s'épaissir et prendre un caractère hypertrophique disgracieux, réalisant une cicatrice chéloïde.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE UVULO-PALATO-PHARYNGOPLASTIE AVEC AMYGDALECTOMIE

Madame, Monsieur,

L'uvulo-palato-pharyngoplastie (U.P.P.P.) avec amygdalectomie réalise un raccourcissement avec mise en tension du voile du palais et plastie d'élargissement du pharynx.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuse. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Vous présentez un ronflement. Au moindre doute, un enregistrement du sommeil aura éliminé un syndrome d'apnées du sommeil.

Il n'existe jusqu'alors aucune prise en charge médicamenteuse. Le seul traitement est chirurgical.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention est réalisée, en règle, sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez au préalable, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention est effectuée par voie buccale, sans cicatrice extérieure. Elle réalise un raccourcissement du voile avec sacrifice partiel ou total de la luette. Elle associe une amygdalectomie et une remise en tension des muscles vélo-pharyngés.

La durée de l'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Compte-tenu des instruments utilisés pour réaliser l'intervention, on peut observer des petites lésions de la

langue, de la lèvre ou des dents. Ces lésions sont bénignes.

On peut observer quelques crachats hémorragiques en post-opératoire.

Les douleurs sont habituelles et majorent la gêne à la déglutition ; elles peuvent nécessiter un traitement antalgique majeur.

Des troubles de la déglutition avec reflux des liquides par le nez peuvent s'observer de façon transitoire.

Une surinfection peut survenir et sera prise en charge par votre chirurgien.

### RISQUES SECONDAIRES

- Modification de la voix par fuite d'air, nécessitant parfois une prise en charge orthophonique.

- Persistance des fausses routes nasales aux liquides, pouvant nécessiter une rééducation de la déglutition, ainsi que des paresthésies pharyngées parfois durables (gêne pharyngée).

Une intervention, même bien conduite, ne met pas à l'abri d'un échec fonctionnel partiel.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Deux complications majeures doivent être signalées :

- la sténose pharyngée au niveau du voile du palais  
- et l'incontinence du voile.

Elles peuvent bénéficier d'un geste chirurgical complémentaire.

□

## **INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE CERVICOTOMIE EXPLORATRICE**

Madame, Monsieur,

Vous présentez une masse cervicale de nature inconnue, malgré divers examens réalisés au préalable (examens biologiques, radiologiques, endoscopiques, cytologiques..)

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements 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. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### **BUT DE L'INTERVENTION**

L'intervention a pour but d'effectuer une exploration chirurgicale, de prélever tout ou partie de la masse pour réaliser un examen histologique per-opératoire et ainsi adapter le traitement.

### **REALISATION DE L'INTERVENTION**

Cette intervention se déroule, en règle, sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

La cicatrice cervicale s'effectue en regard de la masse, le plus souvent dissimulée dans un pli cutané. L'intervention consiste en une exploration cervicale pour identifier le siège anatomique de la lésion et son origine. La masse cervicale sera prélevée en totalité ou en partie, pour permettre la réalisation d'un examen histologique per-opératoire, un examen bactériologique ou autre.

Selon les résultats, l'intervention peut être poursuivie pour compléter le geste chirurgical, le patient ayant été prévenu au préalable des différentes éventualités. Ainsi peuvent être réalisés un curage ganglionnaire, une thyroïdectomie (cf fiches complémentaires).

Un drainage aspiratif sera, en règle, mis en place au niveau de la région opérée ; il sera maintenu pendant quelques jours.

La durée de l'hospitalisation et des soins post-opératoires seront précisés par votre chirurgien.

### **RISQUES IMMEDIATS**

Une hémorragie est possible. Elle est rare mais nécessitera alors un geste chirurgical d'hémostase.

Un hématome peut se produire au niveau de la loge opératoire. Celui-ci peut nécessiter un geste de drainage chirurgical.

Une désunion de la cicatrice, une surinfection de la loge opératoire nécessiteront des soins locaux, un traitement médical, éventuellement une reprise chirurgicale.

Un épanchement ou un écoulement de lymphes peuvent survenir en cas de geste chirurgical étendu ; il mettra plusieurs semaines à se tarir et peut nécessiter une réintervention.

### **RISQUES SECONDAIRES**

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, on peut observer des zones d'anesthésie au niveau de votre cou.

Il faut signaler également la possibilité de douleurs cervicales ou de l'épaule avec gêne fonctionnelle à la mobilisation du bras, nécessitant le recours éventuel à une kinésithérapie.

Dans certains cas, en l'absence d'identification histologique précise, une seconde intervention peut être nécessaire quelques jours plus tard, orientée par les résultats histologiques définitifs.

### **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Une complication hémorragique grave est possible, mais rare. Elle nécessite une réintervention d'urgence.

Dans de rares cas, si le sacrifice d'un nerf a été rendu indispensable au cours de l'intervention, on peut prévoir des difficultés prolongées, sévères de votre alimentation, ou une modification définitive de votre voix.

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ADENECTOMIE

Madame, Monsieur,

Vous présentez un ganglion cervical de nature indéterminée, dont il nous est demandé de faire le prélèvement.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements 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. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Le but de cette adenectomie est de préciser la nature infectieuse ou tumorale, bénigne ou maligne, de ce ganglion hypertrophié.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention peut être effectuée sous anesthésie locale. Pour améliorer la tolérance de l'intervention, une anesthésie générale peut être proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'intervention s'effectue par une petite incision en regard du ganglion. Celui-ci sera prélevé pour différentes analyses (bactériologie, histologie...).

Un examen histologique per-opératoire pourra être demandé pour préciser la nature de la lésion et adapter, si nécessaire, le geste chirurgical.

Le drainage aspiratif n'est pas systématique. Lorsqu'il est mis en place, il est maintenu pendant quelques jours.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires seront précisés par votre chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Un hématome est possible, il est en règle peu préoccupant.

On peut observer également une suppuration locale qui peut entraîner une petite désunion de la cicatrice. Celle-ci nécessitera des soins locaux, prolongera la durée de cicatrisation et peut être responsable d'une cicatrice vicieuse.

### RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, on peut observer une petite zone d'anesthésie de votre cou.

Il faut signaler également la possibilité de douleurs cervicales ou de l'épaule, en règle passagères.

Enfin, selon les résultats histologiques définitifs, une réintervention peut être nécessaire pour compléter le geste chirurgical.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Si le sacrifice d'un nerf a été rendu indispensable au cours de l'intervention, on peut prévoir, dans de très rares cas, des troubles de la voix, des difficultés lors de l'alimentation.

□

## **INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UN DRAINAGE POUR UN ADENO-PHLEGMON CERVICAL**

Madame, Monsieur,

Vous-même ou votre enfant présentez une tuméfaction latéro-cervicale inflammatoire, consécutive à une infection de votre gorge, qui ne se résorbe pas sous traitement médical.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements 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. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### **BUT DE L'INTERVENTION**

Le but de l'intervention est d'aborder chirurgicalement la tuméfaction pour inciser, faire des prélèvements (bactériologiques, histologiques) et drainer la collection abcédée. Ce geste est nécessaire pour éviter des complications potentielles à type de fistulisation à la peau, dissémination de l'infection, voire des complications graves à type de rupture vasculaire.

### **REALISATION DE L'INTERVENTION**

Une intervention sous anesthésie locale est possible. Le plus souvent, pour améliorer la tolérance de l'intervention, une anesthésie générale est proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

L'incision cutanée s'effectue en regard de la tuméfaction. On incise la poche de l'abcès, on effectue les prélèvements, on débride la collection purulente, on effectue un lavage. Un système de drainage et/ou irrigation sera, en règle, mis en place. Il sera maintenu pendant quelques jours.

Les soins post-opératoires et la durée de l'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

### **RISQUES IMMEDIATS**

Une hémorragie est possible ; elle est rare mais peut, dans certains cas, nécessiter un geste chirurgical d'hémostase.

### **RISQUES SECONDAIRES**

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse ou épaisse, douloureuse, disgracieuse, on peut observer des zones d'anesthésie au niveau de votre cou.

Selon la localisation de la tuméfaction, on peut observer une atteinte du nerf qui innerve les muscles de la région du menton.

Enfin, en cas de collection volumineuse, ou d'infection particulièrement tenace malgré le traitement médical associé au drainage, on peut observer une récurrence de l'abcès qui nécessite alors un nouveau drainage.

### **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

L'hémorragie cataclysmique par rupture des gros vaisseaux est une éventualité rarissime, le plus souvent liée au processus infectieux qui a nécrosé les parois vasculaires.

Une infection extensive à la région cervico-faciale (cellulite) ou la dissémination du processus infectieux avec septicémie sont, en règle, liées à la pathologie causale ou au germe responsable de l'infection. Ces complications nécessitent un traitement médical approprié, éventuellement en milieu spécialisé.

## **INFORMATIONS MEDICALES AVANT DRAINAGE D'UNE COLLECTION DU SINUS FRONTAL PAR VOIE ENDOSCOPIQUE**

Madame, Monsieur,

Le diagnostic d'une collection du sinus frontal vient d'être effectué d'après les signes cliniques que vous présentez et le bilan radiologique qui a été réalisé. Cette atteinte est soit isolée, soit associée à l'atteinte d'un ou plusieurs autres sinus de la face. Elle doit bénéficier d'un geste de drainage du sinus.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements 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. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### **BUT DE L'INTERVENTION**

Le but de ce drainage est double :

- diagnostique : ce geste permettra de confirmer la nature de la collection siégeant au niveau du sinus frontal, d'effectuer des prélèvements pour analyses
- thérapeutique : ce geste permettra d'évacuer la collection, et ainsi de prévenir les complications.

En effet, en l'absence de traitement, la collection frontale peut diffuser aux régions voisines, à savoir l'oeil et la cavité orbitaire, l'os frontal, les méninges, et induire des complications infectieuses graves.

### **REALISATION DE L'INTERVENTION**

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale. Pour améliorer la tolérance de l'examen, une anesthésie générale est souvent proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Le geste chirurgical sera réalisé par voie endoscopique (voie naturelle). L'intervention consistera à ouvrir et drainer le sinus frontal en passant par la fosse nasale. Les instruments sont utilisés sous contrôle d'optiques lumineuses.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

### **RISQUES IMMEDIATS**

L'hémorragie post-opératoire est habituellement bénigne. Elle peut, dans certains cas, nécessiter un geste local.

### **RISQUES SECONDAIRES**

La formation de croûtes est habituelle et nécessite des soins locaux.

La cicatrisation endo-nasale peut aboutir à la formation d'adhérences ou synéchies au niveau de la fosse nasale, responsables d'une obstruction nasale.

Enfin, cette intervention ne met pas à l'abri d'une récurrence de la collection à l'intérieur du sinus.

### **COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES**

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Un hématome intra-orbitaire compressif avec risque de cécité peut nécessiter une intervention en urgence.

L'écoulement nasal de liquide céphalo-rachidien avec risque de méningite précoce ou tardive est une complication exceptionnelle qui nécessite un traitement spécifique.

□

## INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE DECOMPRESSION POST-TRAUMATIQUE DU NERF FACIAL

Madame, Monsieur,

Vous même ou votre enfant présentez une paralysie de l'hémiface, consécutive à un traumatisme du crâne avec fracture du rocher, identifiée sur le bilan radiologique. Cette paralysie faciale s'accompagne d'une surdité d'intensité variable, parfois définitive, qui sera identifiée avant l'intervention.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements 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. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

### BUT DE L'INTERVENTION

Le nerf facial traverse le rocher dans un canal osseux. Le but de l'intervention est de lever la compression réalisée par les fragments osseux au niveau du foyer de fracture de ce canal et de réparer les lésions du nerf selon leur gravité.

### REALISATION DE L'INTERVENTION

Pour améliorer la tolérance de l'intervention une anesthésie générale est proposée et programmée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Une anesthésie locale sera le plus souvent réalisée en complément, en utilisant de la Xylocaïne.

Selon le siège de la fracture, cette décompression peut s'effectuer :

- soit par voie trans-mastoïdienne : incision cutanée rétro-auriculaire avec ouverture de la mastoïde (cavité osseuse postérieure de l'oreille) par fraisage
- soit par voie sus-pétreuse : incision cutanée temporale avec volet osseux.

Le nerf sera libéré de son foyer de fracture et décomprimé. La réparation peut nécessiter une suture directe du nerf ou le recours à une greffe qui sera

prélevée au niveau du cou, ce qui donne lieu à une petite cicatrice complémentaire.

En cas d'atteinte de la chaîne des osselets (surdité de transmission), une réparation peut être tentée au cours de la même intervention.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

### RISQUES IMMEDIATS

Il faut signaler la possibilité de phénomènes hémorragiques par blessure du sinus latéral, gros tronc veineux de drainage intra-crânien, lorsque la voie d'abord est trans-mastoïdienne.

En cas de voie d'abord sus-pétreuse, risque d'hématome extra-dural qui peut nécessiter une intervention d'urgence. Compte-tenu de la proximité des structures de l'oreille interne, risque d'acouphènes (sifflements ou bourdonnements) ou de vertiges.

### RISQUES SECONDAIRES

En dehors de la cicatrice qui peut être fibreuse, épaisse et douloureuse, de la possibilité d'un décollement secondaire du pavillon de l'oreille, on peut constater une déformation de la région temporo-pariétale liée au déplacement secondaire du volet osseux. Même en cas de récupération complète de la motricité de la face, peuvent être observés des syncinésies ou un hémispasme.

Enfin, le risque de surdité totale, définitive, ou de non-récupération de la paralysie faciale sont plus liés au traumatisme crânien lui-même qu'à l'acte chirurgical. En cas de paralysie faciale définitive, une chirurgie secondaire pourra être envisagée.

### COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Les risques hémorragiques sont exceptionnellement gravissimes, mettant en jeu le pronostic vital.

# College Français ORL & CCF

Des crises comitiales (épilepsie) peuvent être observées à distance du traumatisme ; elles nécessitent un traitement médical.

méningée est, en règle, liée au traumatisme lui-même plus qu'à l'intervention chirurgicale.

Du fait du risque d'effraction méningée, une infection peut se produire, responsable de méningite. Cette effraction

□