Microchirurgie laryngée

20 Septembre 2024 SFORL

Martine Lalong, IBO – référente ORL

Dr Tiffany Rigal, ORL

Plan

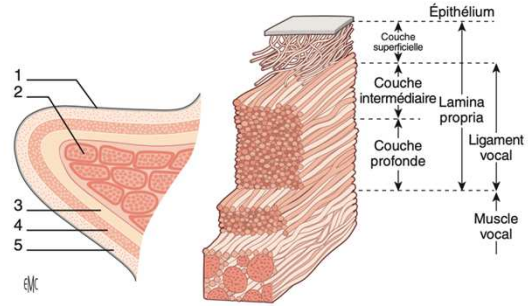
- Pathologies

- Prise en charge au bloc opératoire
  - Préparation de la salle
  - Préparation du matériel
  - Accueil et installation du patient
  - Prévention des risques

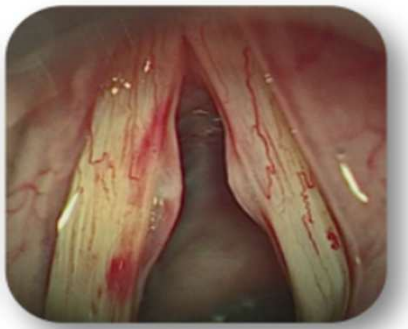
1. Pathologies bénignes et Phonochirurgie

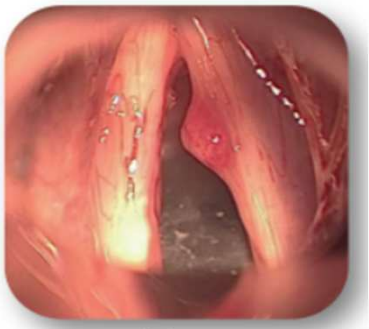
Lésions bénignes des cordes vocales fonctionnelles : kyste, nodules, sulcus, polype.
Œdème de Reinke
Tumeur bégnines : Papillomatose laryngée (HPV).

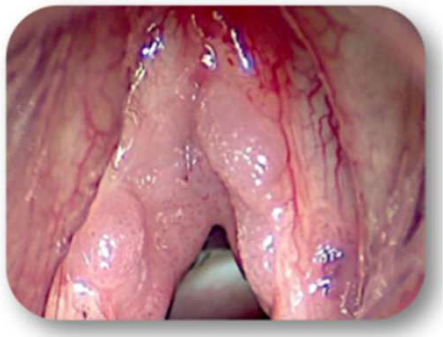
But : Corriger la dysphonie. Geste précis et conservateur du ligament vocal



Kyste


Nodules


Polype

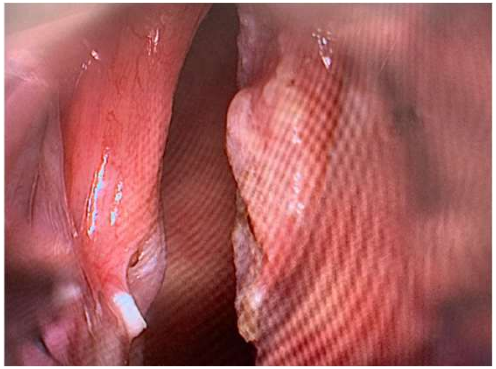


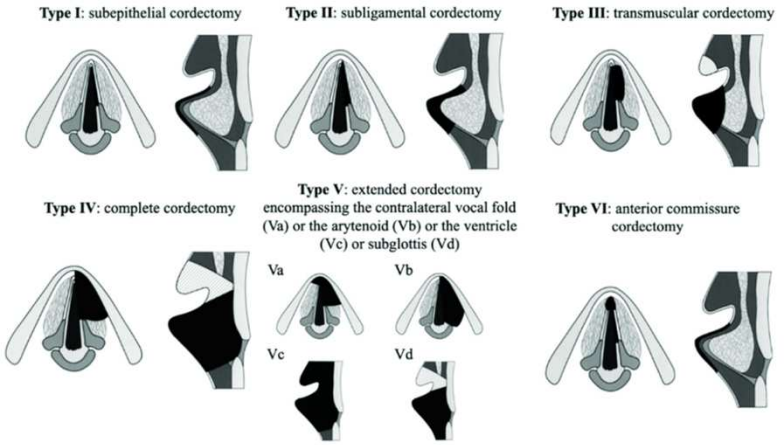
1. Pathologies malignes : cancer du larynx

Cancer du larynx : carcinome épidermoïde qui peut intéresser tous les étages du larynx.

Différents buts :

- Diagnsotic => **BIOPSIES** (souvent multiples pour cartographier)
- Traitement => **CORDECTOMIE** +/- élargie pour les cancers de petite et moyenne taille
- Palliatif => **DESOBSTRUCTION** laryngée : éviter une trachéotomie en cas de lésion de grande taille





The European Laryngological Society classification of endoscopic cordectomies. This classification was published by Remacle et al., 2000 [9] and Remacle et al., 2007

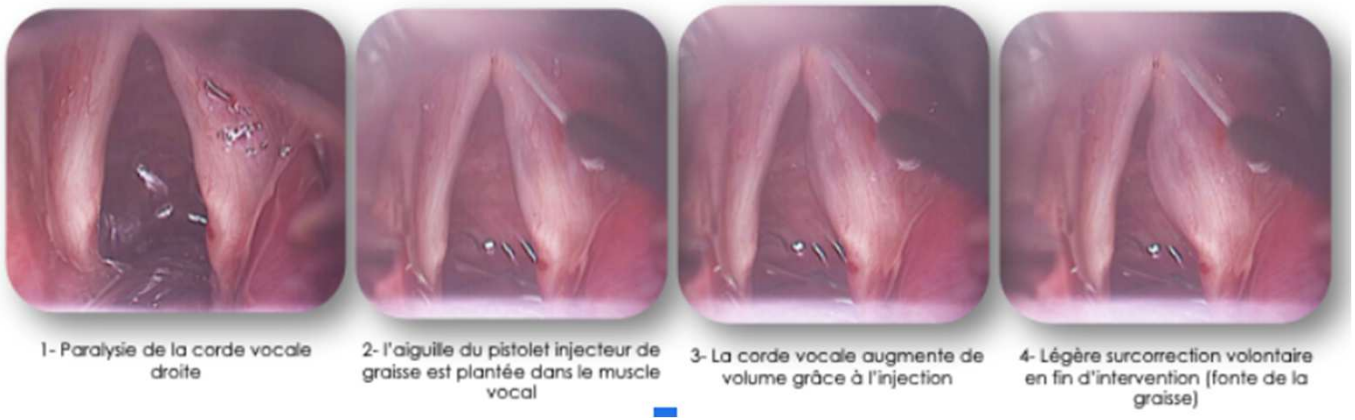
HOPITAL FOCH

1. Trouble de la mobilité des cordes vocales

Paralysie unilatérale des cordes vocales ou atrophie des cordes vocales.
Conséquences : défaut d'accolement des plis vocaux en phonation avec une voix faible (hypophonie)

But : **augmenter le volume de la corde vocale pour permettre au patient de retrouver une voix sonore**
Comment :

- Injection de graisse autologue (lipoaspiration sous ombilicale ou cuisse)
- Injection d'acide hyaluronique



1- Paralysie de la corde vocale droite

2- l'aiguille du pistolet injecteur de graisse est plantée dans le muscle vocal

3- La corde vocale augmente de volume grâce à l'injection

4- Légère surcorrection volontaire en fin d'intervention (fonte de la graisse)

1. Pathologies avec dyspnée inspiratoire

Diplégie laryngée ou immobilité laryngée bilatérale en fermeture = obstacle au passage de l'air.

But : **Augmenter la filière respiratoire en réalisant une encoche au Laser dans les cordes vocales.**

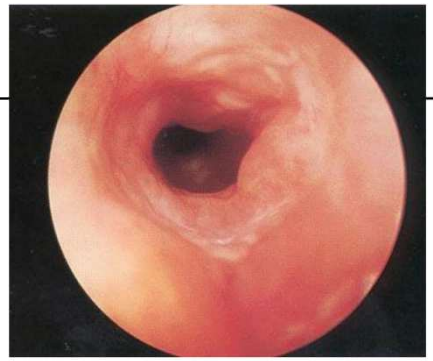
Comment :

- Cordotomie postérieure transverse
- Aryténoïdectomie médiane

Sténose laryngée ou sténose sous glottique.
Diminution du calibre des voies aériennes (cicatricielle, maladie auto-immune)

But :

- **Évaluer la sténose** => Bilan Airway
- **Augmenter le calibre des voies respiratoire** => dilatation, sections de brides.
- Si échec -> Mise en place d'un calibrateur (tube de Montgomery).



HOPITAL FOCH

2. Prise en charge au bloc opératoire

2.A. Préparation de la salle

Ouverture de la salle : MECS et remplir la FOSO informatique

Installation de la salle:

- le microscope
- le générateur laser
- le Hermann Miller
- le support d'aspiration
- la colonne avec le module de lumière froide, la caméra
- le générateur à haute fréquence
- le siège avec les accoudoirs

2.B. Préparation du matériel: DMRS

- Boite de laryngoscope-hypopharyngoscope
- Boite de chirurgie laryngée
- Boite de laryngo-laser
- Optique de 0°, 30° et 70°*(difficile à exposer ou geste partie antérieur du larynx)*
- Câble de lumière froide en Y
- Bronchoscope *(bilan Airways)*
- Bougies de dilatation *(sténose œsophagienne ou trachéal)*
- Boite Coleman + Aiguille *(injection de graisse)*
- Boîte de trachéotomie

2.C. Préparation du matériel: DM

- protège dents
- compresses non tissées et dosette de savon *(optique)*
- champ blanc (protection des yeux du patient)
- tuyau d'aspiration
- cupule à usage unique
- petit coton Codman® imbibé d'Adrénaline ®(1mg/ml)
- aiguille rose *(biopsie)*
- seringues de 20cc *(laser),* seringues de 5 cc *(pour prélèvements de graisse)*
- électrode active et plaque dispersive
- Ballons de dilatation
- Bande Elastoplast®
- sondes de trachéotomie

2.D. Préparation du matériel: DM

DMI

Tube de Montgomery ®

Implant Provox ®

Soluté

Sérum physiologique

Ampoules d'Adrénaline ®

Kénacort ®

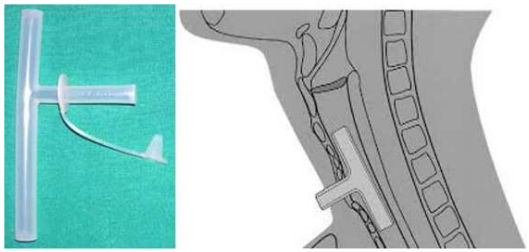
Botox ®

Acide hyaluronique ®

Divers

Pots pour analyse histologie

Schémas vierge



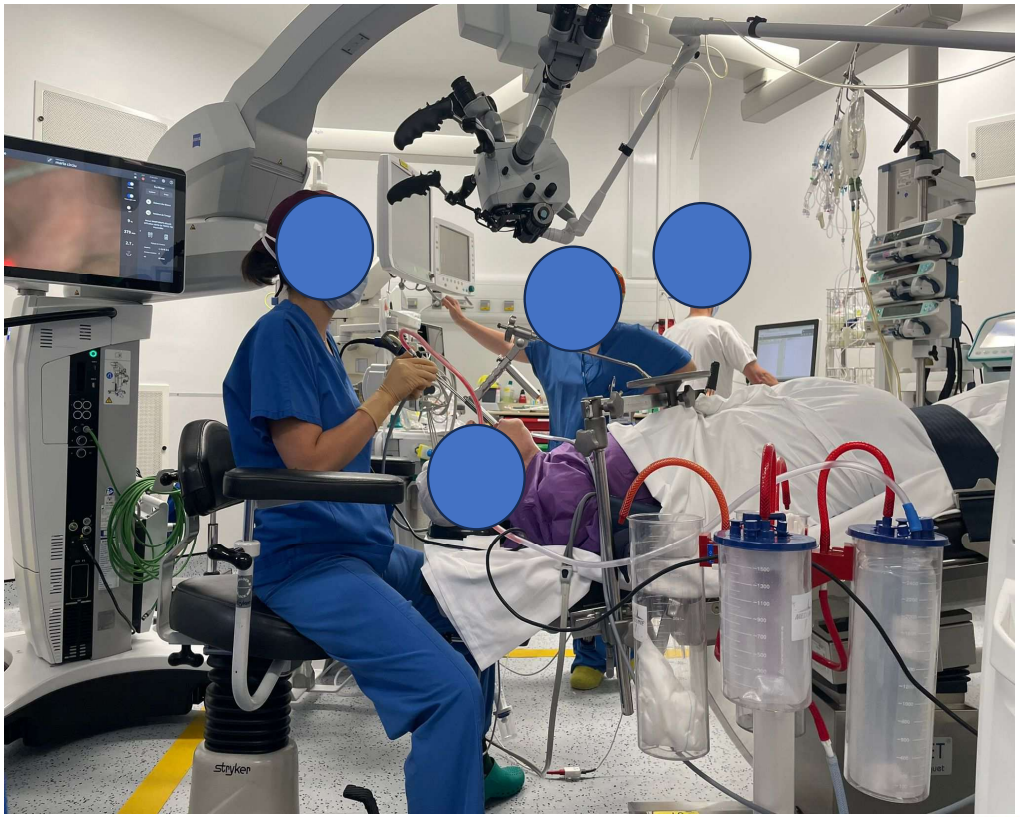
Tube de Montgomery ®

Kit de pose de Provox ® *Pucture set*

3. Accueil et installation du patient

=> But : la position de Chevalier Jackson

- **Décubitus dorsal** avec respect de l'alignement axe tête-cou-tronc-jambes
- Têtière d'ORL amovible **bien fixée** avec **rond de tête** en viscogel
- Le bras controlatéral au ventilateur (ou les deux bras selon le souhait des anesthésistes) le long du corps avec une plaque en viscogel
- Mains en position neutre
- Couverture chauffante
- Sangle de sécurité
- Module de la suspension fixée sur la table
- Mise en place d'une contre pression externe pour exposer la commissure antérieure



HOPITAL FOCH

4. A. Mesure de sécurité ➔ Feu des VADS

Source de chaleur (Laser CO2) + Oxygène + Muqueuse du patient ou corps étranger **=**

Mesures de prévention :

- Sonde d'intubation protégée
- Ballonnet gonflé à l'eau
- Abaissement de la FiO2 lors de l'utilisation du Laser
- Champs mouillé pour protéger le visage du patient
- Seringue et cupule d'eau sur la table

4. B. Mesure de sécurité

RISQUE D'ARRET RESPIRATOIRE

→ Espace libre autour de la table, accès facile à la tête

→ Boite de trachéotomie en salle

RISQUE DE SAIGNEMENT

→ Coton adrénaliné

→ Mettre une plaque dispersive pour pince coagulante avec générateur à haute fréquence

RISQUE DE BRIE DENTAIRE

→ Protège dent ou compresse pour protéger les gencives

HOPITAL FOCH

Merci

Martine Lalong, IBO – Hôpital Foch, Suresnes (92)

m.lalong@hopital-foch.com

Dr Tiffany Rigal, ORL – Hôpital Foch, Suresnes (92)

t.rigal@hopital-foch.com