

THEME : INDICATIONS ET PRINCIPES DE LA MEATOTOMIE MOYENNE PAR VOIE ENDONASALE SOUS GUIDAGE ENDOSCOPIQUE

BUT DE LA DEMARCHE : Délimiter le périmètre des indications, préciser le contexte technique, diminuer les complications.

*Ne retenez parmi les objectifs et les **CEAP** (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final.*

*Pour plus de précisions sur chacun des **CEAP** proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.*

1. OBJECTIF : PRECISER LES INDICATIONS DE LA MEATOTOMIE MOYENNE PAR VOIE ENDONASALE SOUS GUIDAGE ENDOSCOPIQUE

1/ INDICATIONS DE LA MEATOTOMIE MOYENNE A VISEE FONCTIONNELLE

- Sinusite maxillaire aiguë bloquée
- Sinusite maxillaire chronique sur dysfonction ostio-méatale
- Sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire
- Sinusite maxillaire fongique non invasive ou balle fongique
- Atélectasie du sinus maxillaire ou syndrome du sinus silencieux

2/ INDICATIONS DE LA MEATOTOMIE MOYENNE COMME VOIE D'ABORD

- Mucocèle du sinus maxillaire
- Polype de Killian ou polype antrochoanal
- Papillome inversé (ou autres tumeurs bénignes) d'extension limitée au sinus maxillaire
- Dans le but d'un prélèvement anatomopathologique, mycologique, bactériologique

2. OBJECTIF : S'ASSURER DE LA QUALITE DU BILAN CLINIQUE ET PARACLINIQUE PREOPERATOIRE

- Histoire de la maladie figurant dans le dossier
- Résultats de l'examen nasal endoscopique détaillé figurant dans le dossier du patient
- Présence dans le dossier du patient d'un scanner du massif facial en coupes axiales et coronales
- Présence dans le dossier de la recherche d'un trouble de coagulation ou de la prise d'un traitement anticoagulant par le patient
- Information orale (et possiblement écrite à l'aide de la fiche rédigée par le Collège Français d'ORL) du patient (ou de la famille pour les mineurs) sur la pathologie en cause, les principes de la méatotomie moyenne, les risques d'échec et de complications (risque hémorragique, orbitaire et lacrymal) et les éventuelles alternatives thérapeutiques, mentionnées explicitement dans le dossier du patient ou le courrier adressé au correspondant
- Pour les mineurs, présence dans le dossier du patient d'une autorisation d'opérer signée par tous les titulaires de l'autorité parentale

3. OBJECTIF : MATERIEL OPERATOIRE REQUIS POUR LA MEATOTOMIE MOYENNE PAR VOIE ENDONASALE SOUS GUIDAGE ENDOSCOPIQUE

- Utilisation d'une optique associée ou non à un système vidéo
- Une instrumentation chirurgicale adaptée
- Un matériau de pansement (si un pansement est appliqué)

4. OBJECTIF : PRINCIPES CHIRURGICAUX DE LA MEATOTOMIE MOYENNE PAR VOIE ENDONASALE SOUS GUIDAGE ENDOSCOPIQUE

- Préparation de la fosse nasale
- Repérage des éléments anatomiques
- Repérage de l'orientation et des composantes du processus unciforme
- Résection de la composante maxillaire du processus unciforme
- Élargissement de la méatotomie et ses limites, visualisation du contenu du sinus maxillaire
- Visualisation du contenu du sinus maxillaire et éventuel prélèvement bactériologique, mycologique et anatomopathologique
- Antibiothérapie
- Pansement
- Connaissance des complications potentielles et de leur traitement

5. OBJECTIF : PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE POST OPERATOIRE

- Surveillance post-opératoire immédiate
- Antalgiques
- Prescription de lavages des fosses nasales au sérum physiologique
- Prescription éventuelle d'une corticothérapie per os
- Surveillance endoscopique de la cicatrisation +/- soins endoscopiques en consultation
- Conduite à tenir devant une surinfection survenant dans les 15 jours suivant l'intervention

CEAP: CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UNE SINUSITE MAXILLAIRE AIGUË BLOQUEE

- Présence de pus au méat moyen résistant au(x) traitement(s) antibiotique(s) adapté(s) aux résultats des prélèvements bactériologiques (après minimum 8 jours de traitement)
- Hyperalgie de la région maxillaire ne cédant pas aux antalgiques de classe I
- TDM des sinus sans injection de produit de contraste objectivant l'opacité subtotale ou totale du sinus maxillaire

Référence ou recommandation source :

Desrosiers M, Klossek JM, Benninger M. Management of acute bacterial rhinosinusitis: current issues and future perspectives. Int. J Clin Pract, 2006, 60: 190-200

Klossek JM, Federspil P. Update on treatment guidelines for acute bacterial sinusitis, Int J Clin Pract, 2005, 59: 230-238

Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires recommandations de bonnes pratiques. AFSSAPS 2005

Klossek JM, Chidiac C, Serrano E, Groupe d'Etude des Sinusites Infectieuses II (GESI II) Current Position Of The Management of Community-Acquired Acute Maxillary Sinusitis Or Rhinosinusitis In France And Literature Review Study Group of Infectious Rhinosinusitis II (SGIS II) Rhinol Suppl. 2005;(19):4-33

Grade de la recommandation : C

CEAP: CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UNE SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE PAR DYSFONCTION OSTIO-MEATALE

- Evolution depuis au moins 3 mois
- Présence de pus au méat moyen résistant aux traitements antibiotiques adaptés aux résultats des prélèvements bactériologiques
- Persistance d'une symptomatologie fonctionnelle rapportée par le patient ou le médecin correspondant
- TDM des sinus sans injection de produit de contraste objectivant le conflit ostio-méatal et l'opacité subtotale ou totale du sinus maxillaire

Référence ou recommandation source :

Fokkens W, Lund V, Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. Rhinol Suppl. 2007;(20):1-136. Review

Stammberger H et al. Functional endoscopic sinus surgery. Concept, indications and results of the Messerklinger technique. Eur Arch Otorhinolaryngol, 1990, 247: 63-76

Grade de la recommandation : C

CEAP: CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UNE SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE UNILATERALE D'ORIGINE DENTAIRE

- Recherche systématique de foyer infectieux dentaire devant toute sinusite maxillaire chronique purulente surtout unilatérale
- Examen dentaire par un odontologiste ou un stomatologiste
- Présence de pus au méat moyen plus de 5 semaines après le traitement de la ou des dent(s) causale(s) et traitement antibiotique adapté au résultat du prélèvement bactériologique
- Bilan radiologique (Dentascan® ou panoramique dentaire ou clichés occlusifs) confirmant le foyer infectieux dentaire.
- TDM des sinus sans injection de produit de contraste objectivant l'opacité totale ou subtotale du sinus maxillaire. La TDM peut également mettre en évidence la présence d'un corps étranger (pâte dentaire) bloquant l'ostium du sinus maxillaire

Référence ou recommandation source :

Broome M, Jaques B, Monnier Y. Diagnosis and management of sinusitis of odontogenic origin. Rev Med Suisse. 2008 Oct 1;4(173):2080-2, 2084.

Brook I. Sinusitis of odontogenic origin. Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 135: 349-355

Grade de la recommandation de référence : C

CEAP : CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UNE SINUSITE MAXILLAIRE FONGIQUE NON INVASIVE OU BALLE FONGIQUE

- Sinusites purulentes maxillaires récurrentes
- Présence ou non d'antécédents de soins dentaires
- TDM des sinus sans injection de produit de contraste objectivant une opacité totale ou subtotale du sinus maxillaire avec aspect de corps étranger en son sein de type: métallique ou de tonalité calcique avec macro et microcalcifications.

Référence ou recommandation source :

Nicolai P, Lombardi D, Tomenzoli D, Villaret AB, Piccioni M, Mensi M, Maroldi R. Fungus ball of the paranasal sinuses : experience in 160 patients treated with endoscopic surgery; laryngoscope 2009 119 (11): 2275-9.

Dufour X et al. Paranasal sinus fungus ball: epidemiology, clinical features and diagnosis. A retrospective analysis of 173 cases from a single medical center in France, 1989-2002, Med Mycol, 2006, 44: 61-67

J.M. Klossek et E. Serrano. Les Mycoses en ORL. Rapport de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-Faciale. Ed 2003

Grade de la recommandation de référence : B

CEAP : CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UNE ATELECTASIE DU SINUS MAXILLAIRE OU SYNDROME DU SINUS SILENCIEUX

- Asymétrie faciale associée ou non à une enophtalmie unilatérale progressive du fait d'une atélectasie de l'ensemble des parois du sinus maxillaire. Si l'enophtalmie est présente une diplopie peut y être associée.
- TDM des sinus sans injection de produit de contraste objectivant une opacité totale du sinus maxillaire avec rétraction de l'unciforme et du plancher orbitaire vers la lumière du sinus. Le volume du sinus maxillaire est nettement inférieur à celui du sinus maxillaire controlatéral.

Référence ou recommandation source :

Annino DJ, Goguen LA Silent sinus syndrome. Curr Opin Otolaryngol Head neck Surg 2008, 16(1): 22-5.

Brandt MG, Wright ED. The silent sinus syndrome is a form of chronic maxillary atelectasis: a systematic review of all reported cases. Am J Rhinol. 2008, ;22(1):68-73.

Illner A, Davidson HC, Harnsberger HR, Hoffman J. The silent sinus syndrome: clinical and radiographic findings. Am J Rhinol 2002, 503-506

Grade de la recommandation de référence : C

CEAP: CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UNE MUCOCELE DU SINUS MAXILLAIRE

- Examen endoscopique démontrant un bombement de la paroi intersinuso-nasale
- ATCD ou non de chirurgie sinusienne
- TDM des sinus sans injection de produit de contraste objectivant des limites nettes et arrondies de la formation pseudotumorale (associé ou non à un aspect soufflé des structures osseuses). Après injection, absence de rehaussement, caractère hypo ou isodense de la masse. Une IRM peut éventuellement être demandée en complément (signal hyperintense en T2).

Référence ou recommandation source :

Facon F, Nicollas R, Paris J, Dessi P. Surgery of mucocele of the paranasal sinuses: report of 52 cases with middle term follow up. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2008; 129(3):167-73.

Serrano E, Klossek JM, Percodani J, Yardeni E, Dufour X. Surgical management of paranasal sinus mucocoeles: a long-term study of 60 cases. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Jul;131(1):133-40

Rombaux P, Bertrand B, Eloy P, Collet S, Daele J, Bachert C, Claes J. Endoscopic endonasal surgery for paranasal sinus mucocoeles. Acta Otorhinolaryngol Belg. 2000; 54(2):115-22

Makeieff M, Gardiner Q, Mondain M, Crampette L. Maxillary sinus mucocoeles--10 cases--8 treated endoscopically. Rhinology. 1998 Dec;36(4):192-5

Marks SC, Latoni JD, Mathog RH. Mucocoeles of the maxillary sinus. Otolaryngol Head Neck Surg. 1997 Jul;117(1):18-21

Grade de la recommandation : B

CEAP: CRITERES DIAGNOSTIQUES POUR UN POLYPE DE KILLIAN OU POLYPE ANTROCHOANAL

- Obstruction nasale unilatérale ou bilatérale en fonction du volume du polype
- A l'endoscopie nasale: masse régulière lisse, faisant issue du méat moyen et se prolongeant vers le cavum
- TDM des sinus: opacité du sinus maxillaire de la fosse nasale homolatérale pouvant atteindre le cavum

Référence ou recommandation source :

Frosini P, Picarella G, De Campora E. Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009; 29(1):21-6.

Maldonado M, Martinez A, Alobid I, Mullol J. The antrochoanal polyp. Rhinology, 2004, 42: 178-82

Facon F, Paris J, Dessi P. Antrochoanal polyps: diagnosis and management; Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2004 Dec;121(6):315-21.

Cook PR, Davis WE, McDonald R, McKinsey JP. Antrochoanal polyposis: a review of 33 cases. Ear Nose Throat J. 1993 Jun;72(6):401-2, 404-10.

Grade de la recommandation : B

CEAP: MEATOTOMIE MOYENNE POUR L'EXERESE D'UN PAPILLOME INVERSE (OU AUTRES TUMEURS BENIGNES) D'EXTENSION LIMITEE AU SINUS MAXILLAIRE

- L'exérèse d'un papillome inversé ou d'une tumeur bénigne est réalisable par méatotomie moyenne exclusive lorsque la lésion ne s'étend pas à la paroi antérieure et latérale du sinus maxillaire. L'examen TDM mais surtout l'IRM permettra de localiser l'extension de la lésion en préopératoire

Référence ou recommandation source :

Lombardi D, Tomenzoli D, Buttà L, Bizzoni A, Farina D, Sberze F, Karligkiotis A, Castelnuovo P, Nicolai P. Limitations and complications of endoscopic surgery for treatment for sinonasal inverted papilloma: a reassessment after 212 cases. Head neck. 2010, oct 21.

Clinical outcomes of sinonasal inverted papilloma surgery.
A retrospective study of 67 cases. B-ENT 2010; 6(2):111-6.

Tomenzoli D, Castelnuovo P, Pagella F, Berlucchi M, Pianta L, Delù G, Maroldi R, Nicolai P. Different endoscopic surgical strategies in the management of inverted papilloma of the sinonasal tract: experience with 47 patients Laryngoscope, 2004;114(2):193-200.

Grade de la recommandation : B

**CEAP: MEATOTOMIE MOYENNE DANS LE BUT D'UN PRELEVEMENT
ANATOMOPATHOLOGIQUE, MYCOLOGIQUE, BACTERIOLOGIQUE**

- Pour suspicion de tumeur bénigne (papillome inversé), maladie systémique (Wegener, sarcoïdose, Churg et Strauss), maligne (adénocarcinome, carcinome épidermoïde, lymphome....), ou d'infection mycologique ou bactériologique chez les patients immunodéprimés

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: PRESENCE DANS LE DOSSIER DU PATIENT D'UN SCANNER DU MASSIF FACIAL EN COUPES AXIALES, CORONALES ET SAGITTALES

- Pour argumenter l'hypothèse de la pathologie causale
- Indispensable en préopératoire dans le but de préciser l'anatomie de la région qui peut-être variable (proximité de l'orbite et de la voie lacrymale)
- Le scanner doit être affiché en salle d'opération le jour de la méatotomie moyenne

Référence ou recommandation source :

O. Laccourreye, F. Chabolle. Les risques chirurgicaux en ORL. Rapport de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-Faciale. Ed 2008

Moulin G, pascal T, Jacquier A, Vidal V, Facon F, Dessi P, Bartoli JM. Radiologic imaging of chronic sinusitis in the adult. J Radiol 2003, 84:901-19.

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: PRESENCE DANS LE DOSSIER DE LA RECHERCHE D'UN TROUBLE DE COAGULATION OU DE LA PRISE D'UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT PAR LE PATIENT

- Il n'existe pas de " bilan préopératoire " prédéfini. Toute demande d'examen doit être adaptée à l'état du patient. Les indications des examens ne sont pas limitatives et n'interfèrent en rien avec les moyens du diagnostic.
- L'interrogatoire et l'examen clinique sont de première importance dans la recherche d'une anomalie de la coagulation.
- Sous réserve que l'interrogatoire et l'examen clinique aient permis de s'assurer de l'absence d'une telle anomalie, il n'apparaît pas utile de prévoir des examens d'hémostase, sauf condition chirurgicale à risque hémorragique particulier.
- Si des examens sont prescrits, le temps de céphaline activée et la numération plaquettaire sont les tests les plus utiles.

Référence ou recommandation source :

Rapport de l'ANAES Novembre 1998. Evaluation de prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires (www.has-sante.fr)

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: INFORMATION ORALE DU PATIENT (OU DE LA FAMILLE POUR LES MINEURS) SUR LES PRINCIPES DE LA MEATOTOMIE MOYENNE, LES RISQUES D'ECHEC ET DE COMPLICATIONS (RISQUE HEMORRAGIQUE, ORBITAIRE ET LACRYMAL) MENTIONNEE DANS LE DOSSIER DU PATIENT

- Tout acte chirurgical doit être précédé d'une information du patient dont la trace doit être mentionnée dans le dossier patient et/ou le courrier au correspondant

Référence ou recommandation source :

Cass.civ. 11 octobre 1988 et Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

O. Laccourreye, F. Chabolle. Les risques chirurgicaux en ORL. Rapport de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-Faciale. Ed 2008

Recommandation de l'ANDEM, Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale.1995

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

**CEAP: PRESENCE DANS LE DOSSIER POUR LES MINEURS D'UNE AUTORISATION D'OPERER
SIGNEE PAR TOUS LES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE FIGURANT DANS LE
DOSSIER DU PATIENT**

- L'augmentation de la fréquence des conflits parentaux rend indispensable le recueil des signatures des deux parents (obligation légale)

Référence ou recommandation source :

Recommandation de l'ANDEM, Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale 1995

Grade de la recommandation : B

CEAP: UTILISATION D'UNE OPTIQUE ASSOCIÉE OU NON À UN SYSTÈME VIDÉO

Bien que le travail en visée directe soit possible la majorité des équipes travaillent actuellement dans le confort d'une visée déportée sur un moniteur en utilisant:

- des optiques de 4 mm de 0, 25, 30, 70° ou parfois 45°
- une source de lumière froide de 250 W minimum
- une caméra numérique
- un moniteur vidéo

Référence ou recommandation source :

Facon F, Dessi P. Rapport pour le 41e Congrès français de stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Marseille, 21-23 septembre 2005, *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2005,106: 230-242.

J. M. Klossek, E. Serrano, P. Dessi, J.P. Fontanel. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique Masson Ed, 2004, 3ème édition, 182p

Fontanel JP, Klossek JM. Chirurgie du sinus maxillaire en dehors des traumatismes et des tumeurs. *Encyl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 2002, 46-140.

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: UNE INSTRUMENTATION CHIRURGICALE ADAPTÉE

L'instrumentation est variable suivant la pratique du chirurgien. Cependant une instrumentation minimale apparaît nécessaire à la réalisation d'une méatotomie moyenne:

- un aspirateur droit et un aspirateur courbe
- un jeu de pinces de type Blakesley de 0, 45 et/ou 90°
- une pince rétrograde de type Oström-Terrier
- une paire de ciseaux droits et/ou courbe pour chirurgie endonasale
- un décolleur mousse et un bistouri courbe fin (en un instrument unique) ou un couteau falciforme
- un moyen de coagulation: aspiration gainée, pointe coagulante, pince bipolaire
- la navigation assistée par ordinateur peut être utile exceptionnellement dans des cas particulièrement difficiles (reprise chirurgicales)

Référence ou recommandation source :

Facon F, Dessi P. Rapport pour le 41e Congrès français de stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Marseille, 21-23 septembre 2005, *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2005,106: 230-242.

J. M. Klossek, E. Serrano, P. Dessi, J.P. Fontanel. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique Masson Ed, 2004, 3ème édition, 182p

Fontanel JP, Klossek JM. Chirurgie du sinus maxillaire en dehors des traumatismes et des tumeurs. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 2002, 46-140.

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: UN MATÉRIEL DE PANSEMENT

- Du matériel de pansement doit être à disposition du chirurgien: pansement ou gel hémostatique résorbable, tampons ou mèches hémostatiques non résorbables

Référence ou recommandation source :

Facon F, Dessi P. Rapport pour le 41e Congrès français de stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Marseille, 21-23 septembre 2005, *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2005,106: 230-242.

J. M. Klossek, E. Serrano, P. Dessi, J.P. Fontanel. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique Masson Ed, 2004, 3ème édition, 182p

Fontanel JP, Klossek JM. Chirurgie du sinus maxillaire en dehors des traumatismes et des tumeurs. *Encyl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 2002, 46-140.

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: PREPARATION DE LA FOSSE NASALE

- Afin d'obtenir une rétraction optimale de la muqueuse: mise en place de cotonnettes sous contrôle visuel au niveau de la tête du cornet inférieur, du tubercule de cloison et de l'entrée du méat moyen, imbibées selon les habitudes avec un anesthésique local associé à un vasoconstricteur (ex : xylocaïne naphazolinée) ou un vasoconstricteur seul (ex: oxymétazoline chez le patient de plus de 12 ans, adrénaline injectable 1 mg/ml dilué de moitié chez l'enfant de moins de 12 ans)

Référence ou recommandation source :

Klossek JM, Beauvillain de Montreuil C: Chirurgie du nez, des fosses nasales et des sinus. Techniques chirurgicales ORL, Ed Masson, 2007 : p62-65.

J. M. Klossek, E. Serrano, P. Dessi, J.P. Fontanel. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique Masson Ed, 2004, 3ème édition, 182p

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: REPERAGE DE L'ORIENTATION ET DES COMPOSANTES DU PROCESSUS UNCIFORME

- En coupe coronale, le processus unciforme présente la plupart du temps une orientation verticale, oblique en haut et médialement. Du fait de variations anatomiques constitutionnelles (ex: pneumatisation) ou de maladies inflammatoires chroniques son orientation peut-être modifiée mettant en difficulté le chirurgien vis-à-vis de son rapport avec la lame papyracée et le plancher de l'orbite.

Référence ou recommandation source :

Ch.Clair, M.L.Clergeot-Grellet, O.Morin, Z.Bouahdour, B.Kastler. Variantes anatomiques des cavités nasosinusiennes: Prévalence et implication dans les sinusites chroniques. Feuilles de radiologie, 2000,40,n°6, 496-503

K.Marsot-Dupuch, E.Genty. Les variantes anatomiques des sinus de la face. J Radiol 2003; 84:357-67

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: RESECTION DE LA COMPOSANTE MAXILLAIRE DU PROCESSUS UNCIFORME

- Section au bistouri falciforme ou à la pince 45° de la partie inférieure du processus unciforme à son insertion sur la branche montante du maxillaire supérieur en commençant à hauteur de la jonction entre son coude et sa portion verticale. L'incision décrira une courbe vers le bas et l'arrière en suivant la forme du coude et en se dirigeant vers l'insertion de la lame horizontale le long du dos du cornet inférieur. Elle se poursuit jusqu'en arrière du canal naso-maxillaire dans le but d'englober l'ostium naturel du sinus maxillaire. Une fois sectionné, le processus unciforme est basculé médialement permettant souvent de voir à ce stade la cavité maxillaire.

Référence ou recommandation source :

Klossek JM, Beauvillain de Montreuil C: Chirurgie du nez, des fosses nasales et des sinus. Techniques chirurgicales ORL, Ed Masson, 2007 : p62-65.

J.M. Klossek, E. Serrano, P. Dessi, J.P. Fontanel. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique Masson Ed, 2004, 3ème édition, 182p

Fombeur JP, Koubbi G, Seguin D, Ebbo D, Lecomte F, Laurier JN. Indications, technics and results of middle meatotomy. A propos of 94 cases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1989;106(7):515-7.

Grade de la recommandation : B

CEAP: ELARGISSEMENT DE LA MEATOTOMIE ET SES LIMITES, VISUALISATION DU CONTENU DU SINUS MAXILLAIRE

- L'élargissement de la méatotomie après ablation de la partie antérieure du processus unciforme est réalisé si nécessaire en arrière jusqu'à l'aplomb de la paroi postérieure du sinus maxillaire, en haut jusqu'à la jonction entre la lame papyracée et le plancher de l'orbite, en bas jusqu'au dos du cornet inférieur. A l'aide d'une pince rétrograde la méatotomie peut être agrandie vers l'avant jusqu'au conduit osseux lacrymonasal. En fonction de la largeur de l'ethmoïde, du volume du cornet moyen, de la taille de la méatotomie, un geste complémentaire peut être nécessaire sur le cornet moyen. Sa partie antérieure, libre, en regard de la méatotomie peut être réséquée afin d'éviter des synéchies

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: PANSEMENT

- En fin d'intervention, le méchage est guidé par l'intensité du saignement. Pour un certain nombre d'équipes, le méchage n'apparaît pas nécessaire en l'absence d'épistaxis. Si celui-ci s'avère nécessaire un tamponnement est mis en place entre la paroi latérale et le cornet moyen.

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE IMMEDIATE

- Connaissance des complications potentielles :

Surveillance en salle de réveil et durant les 6 heures suivants l'intervention:

- de l'absence d'épistaxis antérieur ou postérieur
 - de la mobilité oculaire et de l'absence d'apparition d'un hématome périorbitaire
- Connaissance du traitement des complications potentielles:
- Tamponnement antérieur ou postérieur ou reprise chirurgicale en fonction de l'intensité de l'épistaxis
 - en cas de trouble de la mobilité oculaire: reprise chirurgicale afin de vérifier l'absence de brèche périostée avec saillie de graisse orbitaire dont le traitement consistera à réintégrer la hernie graisseuse et la mise en place d'une contention à l'aide d'un mérocel durant quelques jours. Il sera demandé au patient de ne pas se moucher fortement en bloquant les narines et en évitant de bloquer tout éternuement
 - déméchage en cas d'apparition d'un hématome périorbitaire dans les premières heures suivant l'intervention

Référence ou recommandation source :

J. M. Klossek, E. Serrano, P. Dessi, J.P. Fontanel. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique Masson Ed, 2004, 3ème édition, 182p

Klossek JM, Beauvillain de Montreuil C: Chirurgie du nez, des fosses nasales et des sinus. Techniques chirurgicales ORL, Ed Masson, 2007 : p62-65.

Grade de la recommandation : C

CEAP: ANTIBIOTHERAPIE

- En l'absence de signe patent d'infection constaté au cours de l'intervention ou de complication infectieuse post opératoire, il n'est pas recommandé d'utiliser des antibiotiques dans la période per ou post opératoire.
- En cas de méchage obstructif, si l'antibiothérapie a été instaurée, elle est arrêtée après le déméchage. Dans certaines situations exceptionnelles liées au terrain (immunodépression, mucoviscidose, radiothérapie), une antibiothérapie postopératoire peut cependant être justifiée, au mieux après la pratique systématique d'un prélèvement.
- En cas d'infection patente découverte en préopératoire ou en peropératoire, on peut recommander la poursuite d'un antibiotique adapté en durée et en dose à la pathologie et aux résultats des prélèvements.

Référence ou recommandation source :

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou « les thérapeutiques périopératoires en chirurgie endonasale », Octobre 2001

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: CORTICOTHERAPIE

- dans les pathologies infectieuses: la prescription systématique de corticoïdes locaux ou généraux n'est pas recommandée.
- dans les pathologies inflammatoires, hors polypose: la prescription d'une corticothérapie locale ou générale est guidée par l'intensité de la réaction inflammatoire et la pathologie initiale.

Référence ou recommandation source :

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou « les thérapeutiques périopératoires en chirurgie endonasale », Octobre 2001

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: ANTALGIQUES

- Dans la période postopératoire, la prescription n'est pas systématique et doit être adaptée aux symptômes et aux soins locaux, après avoir identifié les mécanismes de la douleur. L'utilisation d'acide acétylsalicylique et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas recommandée du fait du risque hémorragique et d'hypersensibilité dans le cadre de la maladie de Widal. Il faut leur préférer le paracétamol et les morphiniques d'action rapide.

Référence ou recommandation source :

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou « les thérapeutiques périopératoires en chirurgie endonasale », Octobre 2001

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: PRESCRIPTION DE LAVAGES DES FOSSES NASALES AU SERUM PHYSIOLOGIQUE

L'objectif des lavages post-opératoires est de :

- Nettoyer les fosses nasales,
 - Diriger et favoriser la cicatrisation,
 - Éviter les infections locales,
 - Prévenir la récurrence de la pathologie.
- Le lavage des fosses nasales en postopératoire est recommandé et utilisé par la majorité des auteurs. Le sérum physiologique est le plus souvent utilisé. Il peut être hypertonique ou isotonique. Il est utilisé tiède ou à température ambiante. L'adjonction au sérum physiologique d'un produit mucolytique ou antiseptique n'est pas recommandée. Il n'existe aucune donnée permettant de fixer la date de début, le volume et la fréquence et le mode de lavages à effectuer. Il est recommandé de poursuivre les lavages jusqu'à la fin de la cicatrisation. Le plus souvent les lavages sont débutés dès les 48 heures postopératoires et poursuivis entre 1 et 3 mois selon la cicatrisation des fosses nasales de façon bi ou tri quotidienne.

Référence ou recommandation source :

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou « les thérapeutiques périopératoires en chirurgie endonasale », Octobre 2001

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: SURVEILLANCE ENDOSCOPIQUE DE LA CICATRISATION +/- SOINS ENDOSCOPIQUES EN CONSULTATION

- L'intérêt et les modalités d'un nettoyage instrumental des cavités opératoires n'ont fait l'objet d'aucune évaluation. Toutes autres thérapeutiques n'ont pas fait l'objet d'études méthodologiquement recevables avec des cohortes suffisantes. Il est recommandé d'utiliser et d'adapter les soins endoscopiques en consultation en fonction de la pathologie, de l'efficacité des lavages et de l'évolution de la cicatrisation. Le nombre de consultation est fonction de l'intensité et du type de pathologie suivie.

Grade de la recommandation : accord professionnel fort

CEAP: CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SURINFECTION SURVENANT DANS LES 15 JOURS SUIVANT L'INTERVENTION

- En cas d'infection patente découverte en préopératoire ou en peropératoire, il est recommandé la poursuite d'un antibiotique adapté en durée et en dose à la pathologie et aux résultats des prélèvements.
- En cas de survenue d'une infection dans les 90 jours postopératoires, il est recommandé d'effectuer un prélèvement (au mieux protégé au niveau du méat moyen, si possible avec une aspiration munie d'un piège à sécrétions) et une antibiothérapie adaptée au contexte clinique.
- Pour les infections bactériennes, le choix de l'antibiotique sera guidé par le risque propre, adapté à la sévérité de l'infection et aux risques de complications orbitaires ou méningées. Il pourra s'agir d'une association amoxicilline/acide clavulanique, d'une céphalosporine de deuxième ou troisième génération (cefprozime-proxétil, céfotiam-hexétil), d'une synergistine (pristinamycine), de nouvelles fluoroquinolones actives sur le pneumocoque ou d'une association clindamycine-aminoside en cas d'allergie aux β -lactamines.

Référence ou recommandation source :

Recommandations pour la pratique clinique de la Société Française d'Oto Rhino Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou « les thérapeutiques périopératoires en chirurgie endonasale », Octobre 2001

Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires- recommandations de bonnes pratiques. AFSSAPS 2005

Grade de la recommandation : accord professionnel fort