

## Préconisations relatives aux délais de programmation de la chirurgie ORL adulte si la saturation du système de santé nécessite des reports chirurgicaux

**Tableau 1. Chirurgie des cancers ORL**

Groupe	Pathologie, symptômes	Conduite à tenir
<b>Groupe A</b>		
Chirurgie non différable	Dyspnée Hémorragie	Prise en charge en urgence
<b>Groupe B</b>		
Risque d'impact pronostique en cas de report de plus d'un mois	Cancers de la muqueuse des VADS Cancers des glandes salivaires évolutifs Cancers cutanés évolutifs Cancers naso-sinusiens	Prise en charge sans majoration de délai Ensemble des actes et investigations (imageries, soins dentaires,...) regroupés si possible au cours d'une seule hospitalisation. Si le délai ne peut être respecté, référer le patient vers un centre recours
<b>Groupe C</b>		
Absence d'impact pronostique significatif d'un report d'au moins 6 à 8 semaines	Cancers thyroïdiens bien différenciés Cancers cutanés non évolutifs (exemple: carcinomes basocellulaires) Cancers peu évolutifs des glandes salivaires Nodules atypiques des glandes salivaires sans critères formels de malignité lors du bilan préopératoire Lésions leucoplasiques des cordes vocales	Différer la chirurgie Re-évaluer le patient au bout de 6 à 8 semaines et adapter le délai de programmation en fonction de l'évolution de la pathologie et de la pandémie COVID-19

**Tableau 2. Chirurgie otologique et otoneurologique**

<b>CHIRURGIE OTOLOGIQUE</b>		
Groupe	Pathologie ou type d'intervention	Conduite à tenir
<hr/>		
<p>Groupe A</p> <p>Chirurgie non différable</p>	<p>Otomastoidite compliquée (thrombophlébite du sinus latéral, atteinte neuroméningée, paralysie faciale, arthrite temporo-mandibulaire,...)</p> <p>Brèche ostéo-méningée*</p> <p>Implantation cochléaire pour labyrinthite fibrosante ou pour fracture du rocher</p> <p>Fracture du rocher avec une paralysie faciale</p> <p>Cholestéatome avec fistule du CSL entraînant des symptômes invalidants</p>	<p>Prise en charge en urgence</p>
<hr/>		
<p>Groupe B</p> <p>Risque d'impact pronostique en cas de report de plus d'un mois</p>	<p>Cholestéatome de l'oreille moyenne avec fistule du CSL peu symptomatique</p> <p>Brèche ostéo-méningée*</p>	<p>Différer la chirurgie</p> <p>Re-évaluer le patient à 1 mois et adapter le délai de programmation en fonction de l'évolution de la pathologie et de la pandémie COVID-19</p>
<hr/>		
<p>Groupe C</p> <p>Absence d'impact pronostique d'un report d'au moins 6 à 8 semaines</p>	<p>Tympanoplastie pour cholestéatome non compliqués, poches de rétraction tympaniques, perforations tympaniques, poses d'aérateurs transtympaniques, ossiculoplasties, implant d'oreille</p>	<p>Différer la chirurgie</p> <p>Re-évaluer le patient au bout de 6 à 8 semaines et adapter le délai de programmation en fonction de l'évolution de la pathologie et de la pandémie COVID-19</p>
<hr/>		
<b>CHIRURGIE OTONEUROLOGIQUE</b>		
Groupe	Pathologie ou type d'intervention	Conduite à tenir
<hr/>		
<p>Groupe A</p> <p>Chirurgie non différable</p>	<p>Traumatisme crânien grave en double équipe ORL-Neurochirurgicale</p> <p>Tumeur maligne de l'os temporal et l'angle ponto-cérébelleux (APC)</p> <p>Tumeur bénigne de l'APC avec HTIC ou déficit fonctionnel d'évolution rapide ou brutale (troubles visuels, hémiparésie, paraplégie...)</p>	<p>Prise en charge sans délai</p> <p>Pour les tumeurs bénignes de l'APC mal tolérées, une dérivation ventriculo-péritonéale est habituellement préférée à une exérèse tumorale</p>
<hr/>		
<p>Groupe B</p> <p>Risque d'impact pronostique en cas de report de plus d'un mois</p>	<p>Tous les autres cas</p>	<p>Différer la chirurgie</p> <p>Re-évaluer le patient à 1 mois et adapter le délai de programmation en fonction de l'évolution de la pathologie et de la pandémie COVID-19</p>
<hr/>		

\* Degré d'urgence à discuter au cas/cas

**Tableau 3. Chirurgie endonasale**

Groupe	Pathologie ou type d'intervention	Conduite à tenir
<b>Groupe A</b>		
Chirurgie non différable	Sinusite avec complications (thrombophlébite du sinus caverneux, atteinte neuroméningée) ou sur terrain fragile, sinusite fongique invasive	Prise en charge en urgence
	Mucocèle compliquée (signes neurologiques ou ophtalmiques)	
	Fracture des OPN très déplacée, corps étranger de la fosse nasale	
	Épistaxis non contrôlée par sonde à ballonnets sans radioembolisation possible	
	Brèche ostéo-méningée*	
<b>Groupe B</b>		
Risque d'impact pronostique en cas de report de plus d'un mois	Papillomes inversés	Différer la chirurgie Re-évaluer le patient à 1 mois et adapter le délai de programmation en fonction de l'évolution de la pathologie et de la pandémie COVID-19
	Sinusite fongique allergique chez l'immunodéprimé	
	Mucocèles sans compression	
	Brèche ostéo-méningée*	
<b>Groupe C</b>		
Chirurgie différable d'au moins 6 à 8 semaines sans risque pronostique significatif	Polypose nasosinusienne	Différer la chirurgie Re-évaluer le patient au bout de 6 à 8 semaines et adapter le délai de programmation en fonction de l'évolution de la pathologie et de la pandémie COVID-19
	Sinusite aspergillaire, fistule bucco-sinusienne	
	Lésion bénigne à retirer par voie endonasale	
	Rhinoseptoplastie	
	Dacryocystorhinostomie par voie endonasale	

\* Degré d'urgence à discuter au cas/cas

**Tableau 4. Autres urgences chirurgicales ORL non différables**

Traumatismes sévères
Infections et suppurations compliquées ou non améliorées par le traitement médical
Corps étrangers des voies aéro-digestives
Ingestions de caustique
Dyspnées sévères d'origine obstructive

**NB1.** Ces tableaux ne prétendent pas à l'exhaustivité et tiennent compte du nécessaire équilibre entre une prise en charge optimale des formes sévères de COVID-19 et l'absence de perte de chances pour l'ensemble des patients nécessitant une chirurgie ORL.

**NB2.** En fonction des éléments de la téléconsultation, de l'examen clinique au cabinet ou des examens paracliniques, le praticien ORL reste décideur d'une hospitalisation pour une prise en charge médicale ou chirurgicale non différée.

**NB3.** Concernant l'amygdalectomie et l'adénoïdectomie, non listées dans les tableaux ci-dessus, les

indications résiduelles sont, chez l'adulte, les hypertrophies adénoïdo-amygdaliennes majeures avec syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) sévère. L'amygdalectomie pourra être maintenue, sans endoscopie du sommeil préalable, en cas de forte probabilité de succès thérapeutique. Cette situation correspond au Stade I de la classification de Friedman qui associe une hypertrophie amygdalienne de Grade 3/4 et un score de Mallampati de Grade ½, sans d'hypertrophie de base de langue associée. Dans ce cas précis, la chirurgie sera préférable à l'instauration d'un traitement par pression positive continue (PPC) car ce dernier est à risque de dissémination virale dans l'air environnant

**NB4.** Les chirurgies esthétiques de la face peuvent être différées.

**NB5.** Un tableau de préconisations relatives aux délais de programmation des interventions ORL pédiatriques est disponible sur le site de la SFORL à l'adresse suivante : <https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2020/04/AFOP-SFORL-Report-1.pdf>

*Vincent Couloigner, Paris, Secrétaire Général de la SFORL*

*Sébastien Schmerber, Grenoble*

*Richard Nicollas, Marseille*

*André Coste, Créteil*

*Beatrix Barry, Paris*

*Marc Makeieff, Reims*

*Philippe Boudard, Bordeaux*

*Emilie Bequignon, Créteil*

*Emmanuel Lescanne, Tours, Président du Collège ORL & CCF*

*Nils Morel, Grenoble, Président du SNORL*

*Jean-Michel Klein, Paris, Président du CNP ORL*