

L'ENDOSCOPIE LARYNGO- TRACHEO-BRONCHIQUE EN PEDIATRIE

Corine LUCIANI - Julie VIRET-RANDO

IBODE

Service ORL pédiatrique Pr NICOLLAS

AP-HM Hôpital de La Timone

DEFINITION

BUT

- **Technique d'exploration visuelle par les voies naturelles:**
 - ✓ **Larynx**
 - ✓ **Trachée**
 - ✓ **Bronches**

DEFINITION

TECHNIQUE

- Utilisation optique rigide, source de lumière, caméra, écran
- L'endoscope devient l'œil du chirurgien :
 - ✓ examen à visée diagnostique
 - ✓ thérapeutique

INDICATION : Dyspnée

- Essoufflement
- Tirage sus-sternal
- Tirage intercostal
- Balancement thoraco-abdominal



INDICATION : Stridor

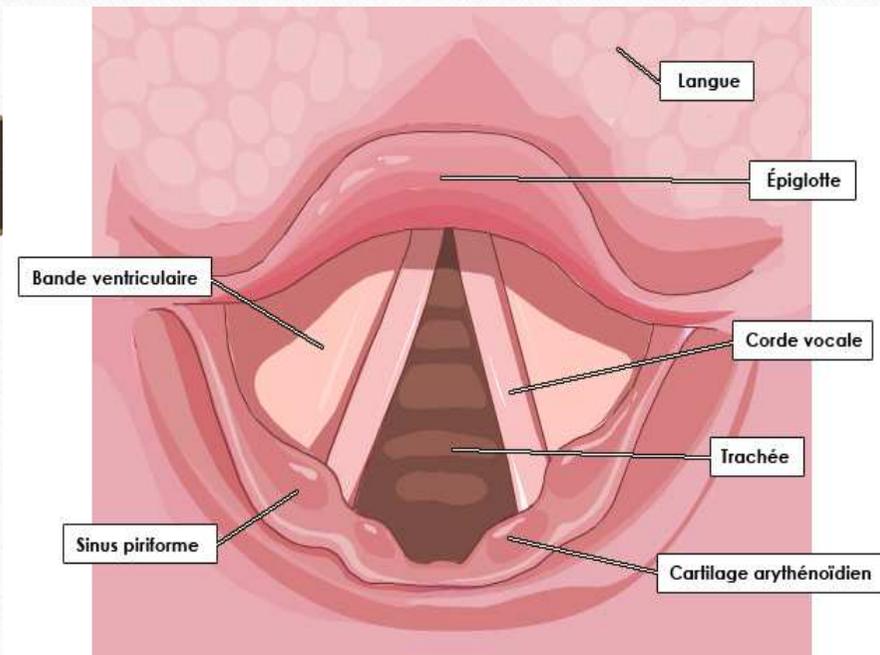
- Bruit respiratoire anormal
- Evocateur d'une pathologie impliquant le larynx et / ou la trachée



INDICATIONS

- **Diagnostics :**
 - ✓ Suspicion de sténoses, laryngomalacies, fistules, ...
 - ✓ Syndrome de pénétration
- **Thérapeutiques :**
 - ✓ Traitement des lésions larynx / trachée
 - ✓ Ablation de corps étranger
- **Suivi post-op**

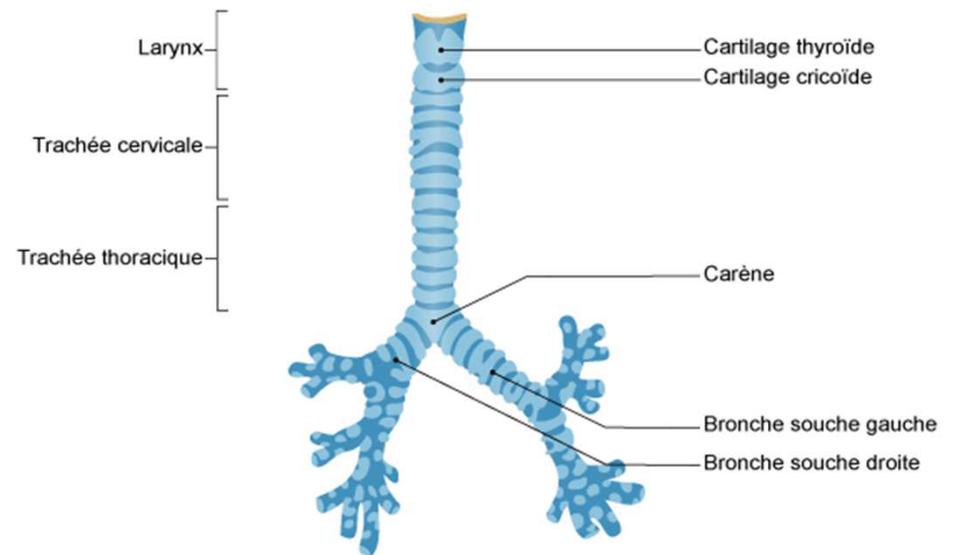
LARYNX



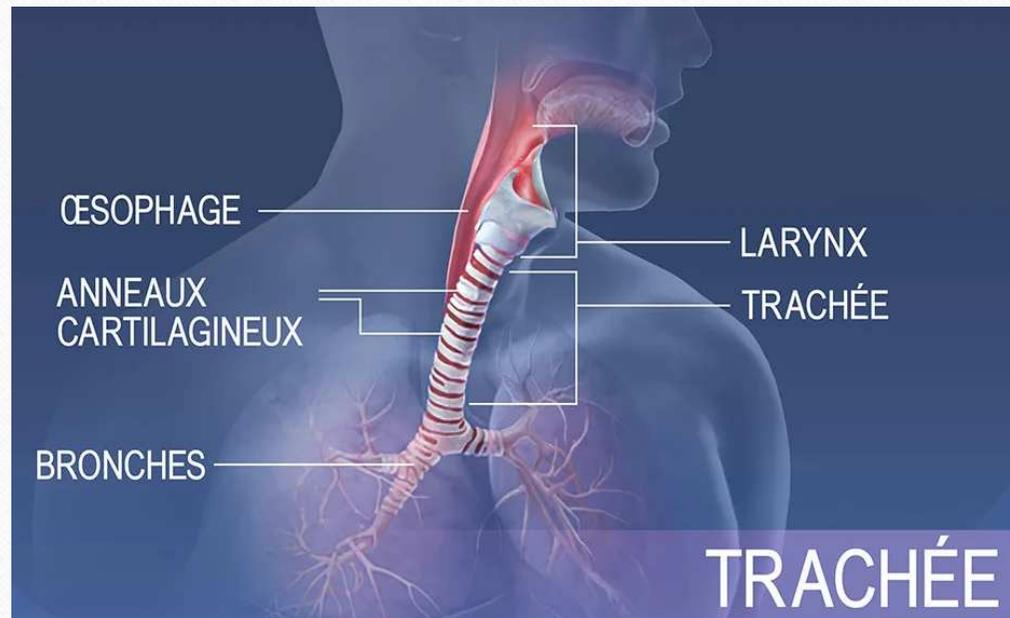
- **Organe unique et médian**
- **Sépare la trachée des voies aéro-digestives supérieures**
- **Phonation / respiration / déglutition**
- **Squelette ostéo-cartilagineux :**
 - Os hyoïde
 - Cartilage thyroïde
 - Cricoïde

TRACHEE - BRONCHES

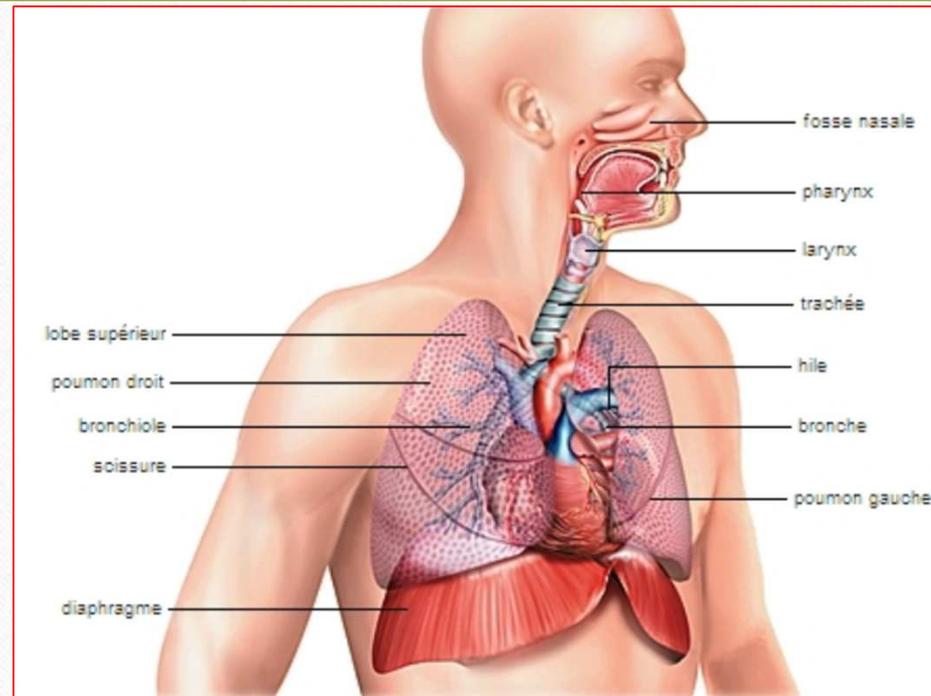
- Conduits aériens cartilagineux et membraneux
- Véhiculent le courant d'air respiratoire et phonatoire
- Fonction de conduction, réchauffement et humidification de l'air inspiré
- Captation et rejet de particules inhalées



RAPPORTS ANATOMIQUES



RAPPORTS ANATOMIQUES



PRISE EN CHARGE AU BLOC OPERATOIRE

- Equipe expérimentée
- Collaboration primordiale:
 - Anesthésiste / chirurgien
 - Chirurgien / IBODE

Pas d'improvisation !

RÔLE IBODE

- Préparation de la salle – FOSOP
- Installation des dispositifs médicaux
- Contrôle du matériel stérile

**INSTALLATION ET BRANCHEMENT DE TOUT LE MATERIEL
AVANT INDUCTION**

COLONNE VIDEO

- Ecran
- Caméra
- Source de lumière



MATERIEL



RÔLE IBODE

- **Accueil de l'enfant :**
 - ✓ **Identité**
 - ✓ **Jeûne**
 - ✓ **Autorisation de soins**
 - ✓ **Adapter le langage / âge**
- **Présence équipe d'anesthésie**
- **Installation en décubitus dorsal**

L'ANESTHESIE

- **Spécifique à l'endoscopie LTB**
- **Sédation profonde tout en conservant une respiration spontanée**
- **Induction inhalatoire (ou injectable), puis anesthésie locale de la glotte pour supprimer la réactivité laryngée et garantir l'ouverture des cordes vocales**
- **Anesthésie locale de la trachée pour éviter les spasmes laryngés ou bronchiques dûs au passage de l'endoscope**

ANESTHESIE LOCALE GLOTTE ET TRACHEE



LARYNGO-SUSPENSION

- **Technique d'exposition du larynx**
- **Le larynx est suspendu à une table pont**
- **Vigilance / table bloquée**



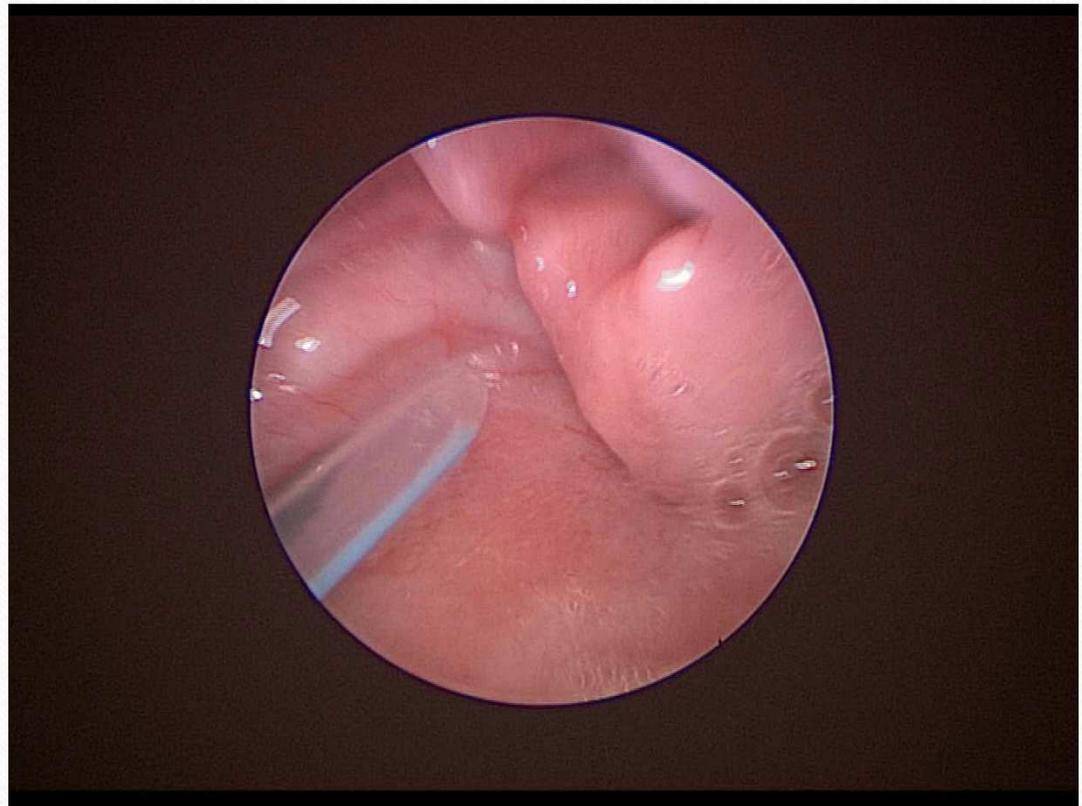
LARYNGO-SUSPENSION





Endoscopie à visée diagnostique

- Sténose sous-glottique
- Traitement endoscopique?
- Intervention chirurgicale de type laryngo-trachéoplastie d'élargissement ?



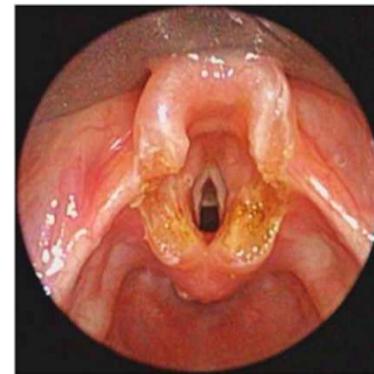
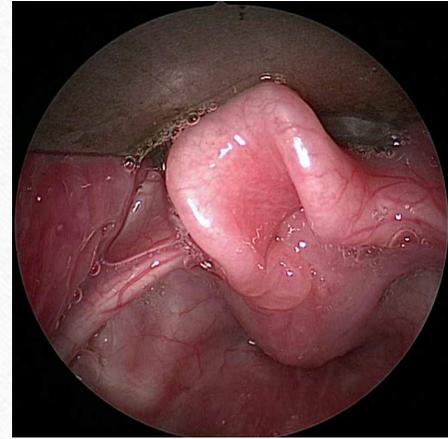
Endoscopie à visée diagnostique

- Atrésie de l'œsophage
- Présence d'une fistule trachéo-oesophagienne et sa localisation
- Confirme le diagnostic
- Appréhender la chirurgie



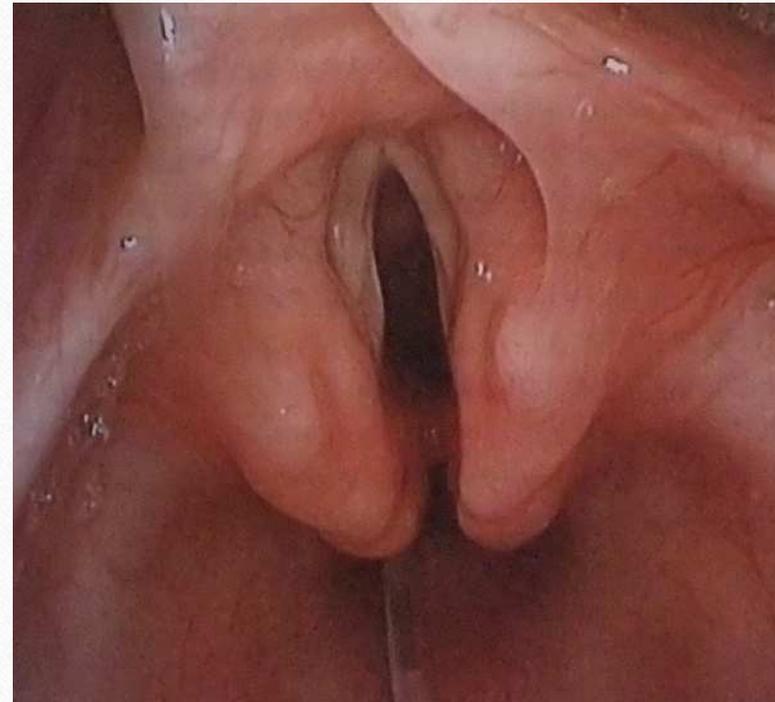
LARYNGOMALACIE

- Tissus supra-glottiques trop souples
- Bascule de l'épiglotte → obstruction voies aériennes
- Stridor, troubles de l'alimentation, problème d'oxygénation
- Supraglottoplastie au laser CO2
- Epiglottoplexie



DIASTEME

- Fente laryngo-trachéo-oesophagienne
- Communication anormale entre le larynx et l'œsophage
 - ✓ Stridor
 - ✓ Dyspnée
 - ✓ Toux
 - ✓ Détresse respiratoire
 - ✓ Pathologie pulmonaire
 - ✓ Fausses routes
- Traitement endoscopique (Co2 / suture) / chirurgie

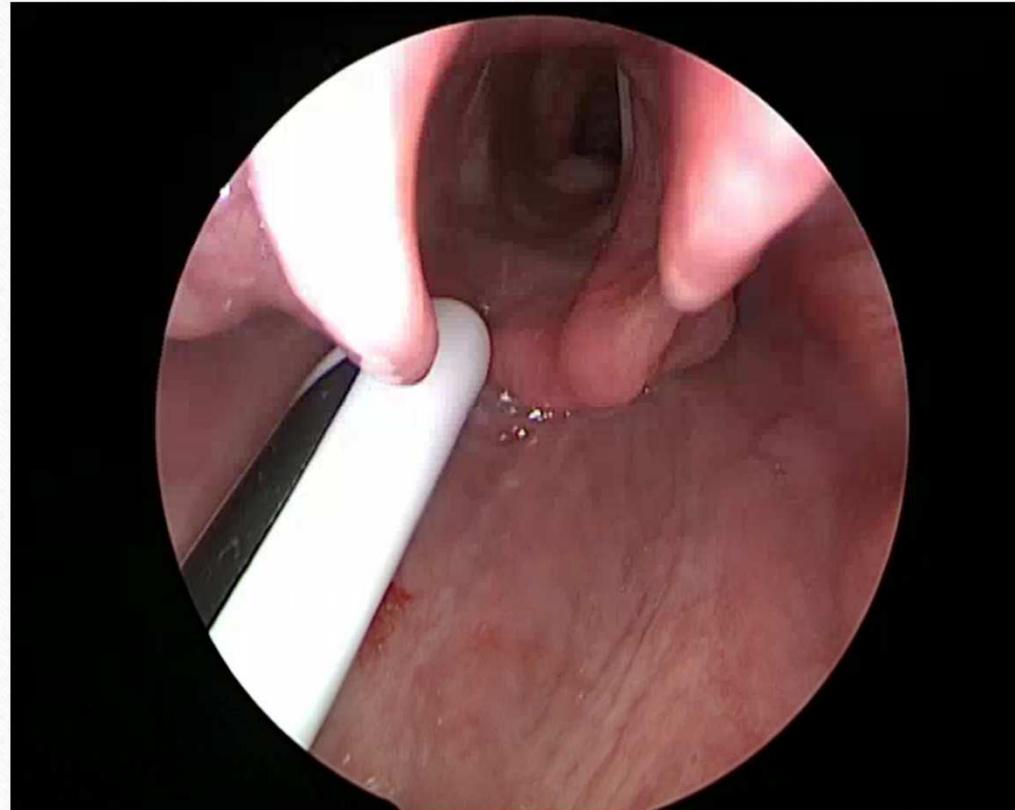


CORPS ETRANGERS



Suivi post-opératoire

-
- Laryngo-trachéoplastie
d'élargissement /
interposition 2 cartilages



SPASMES LARYNGO-BRONCHIQUES

- Risque principal en post endoscopie LTB
- Spasme => désaturation => bradycardie => arrêt cardiaque
- Vigilance particulière au réveil de l'enfant
- Matériel demeure fonctionnel en salle jusqu'à la sortie de l'enfant
- Boîte de trachéotomie toujours en salle

C.A.T. SPASMES / ANESTHESIE

- **Oxygénation**
- **Ventilation manuelle au ballon**
- **Si persistance :**
 - ✓ **approfondissent de l'anesthésie (hypnotique IV)**
 - ✓ **+/- curare action rapide**
 - ✓ **+/- intubation voire trachéotomie, repos réanimation 12 à 24h**

CONCLUSION

- Endoscopie LTB : acte aussi fréquent que risqué (risque de spasmes donc difficulté +++ à ventiler l'enfant)
- Travail d'équipe de chaque instant avec communication indispensable
- Equipes expérimentées