

Bootcamp ORL septembre 2024

Cas cliniques laryngologie et chirurgie cervicale

Aude Lagier

Bienvenue!

Cas clinique 1

- L'urgentiste vous appelle pour Mme S, 72 ans, qui se présente pour dyspnée bruyante
- Historique médical récent: elle a passé 17 jours en soins intensifs après une chirurgie de cancer de l'oesophage, puis était sortie à son domicile après encore 7 jours en salle banalisée
- Elle était à son domicile depuis 15 jours



Quelles questions posez-vous?

Quelles questions posez-vous?

- Signes respiratoires antérieurs?
- Dysphonie antérieure?
- ATCD de chirurgie thyroïdienne, de médiastinoscopie, de trachéotomie
- Durée d'intubation, intubations multiples

- Efforts encore possibles?
- Possibilité de s'allonger?
- Majoration du bruit la nuit? Le jour?

Quels examens de première intention faites-vous, dans quel délai?

Quels examens de première intention faites-vous, dans quel délai?

- URGENCE
- Nasofibroscopie pour évaluer la filière respiratoire
- Gaz du sang
 - Capnie +++
 - La saturation n'est pas un bon indice



Quelle stratégie proposez-vous?

- Hospitalisation en urgence
- Transfert en USI/scope
 - Attention: la SaO₂ n'est pas un bon marqueur!!!!
- Assurer l'hématose en urgence:
 - Oxygénothérapie
 - VNI?
 - Intubation?
- VVP, réhydratation IV, patient à jeun
- Essai de traitement médical : corticothérapie IV à forte dose,
- Aérosols : corticoïdes + adrénaline
- En absence d'amélioration rapide : Geste local
 - Trachéotomie? solution « rustique » mais jamais une erreur
 - Geste Laser? Autre geste? À discuter avec un superviseur spécialisé

Cas clinique 2

- Mr C, 62 ans, enseignant pas encore pensionné, fumeur consulte pour une dysphonie évoluant depuis 1 mois.
- Comment menez-vous l'interrogatoire?
- Quel examen faites-vous en première intention?

Option 1: Voici votre observation.



- Quelle est votre conduite à tenir?

Option 2: Voici votre observation.



- Quelle est votre conduite à tenir?

Option 2: Voici votre observation.

- Probable cancer laryngé
- Mise au point:
 - Examen clinique, palpation cervicale, recherche de deuxième localisation de la cavité buccale ou du pharynx
 - Bilan d'extension loco-régional: scanner face et cou
 - Bilan d'extension à distance: PET-scan
 - Pan-endoscopie:
 - Confirmation histologique
 - Extension local
 - Recherche de localisations synchrones
- Discussion du traitement en COM

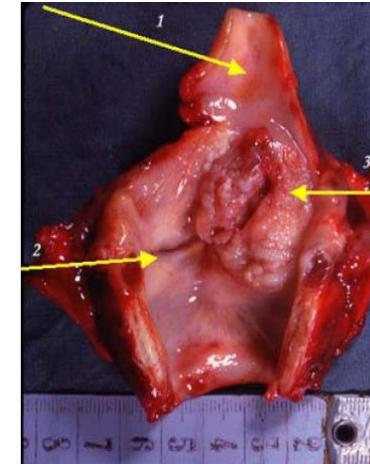
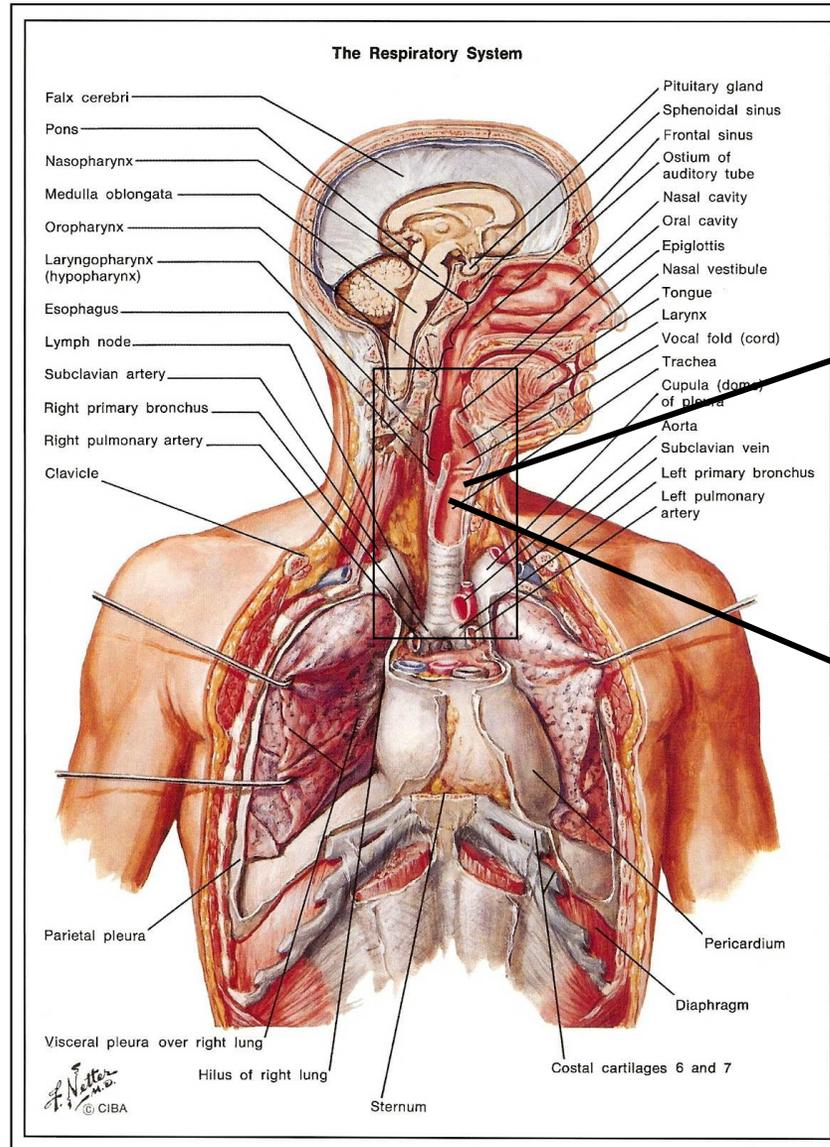
- Dans l'option 2, le patient a été perdu de vue avant tout traitement. Il revient en urgence 6 mois plus tard en dyspnée laryngée.
 - Quelle est votre prise en charge?

- Dans l'option 2, le patient a été perdu de vue avant tout traitement. Elle revient en urgence 6 mois plus tard en dyspnée laryngée.

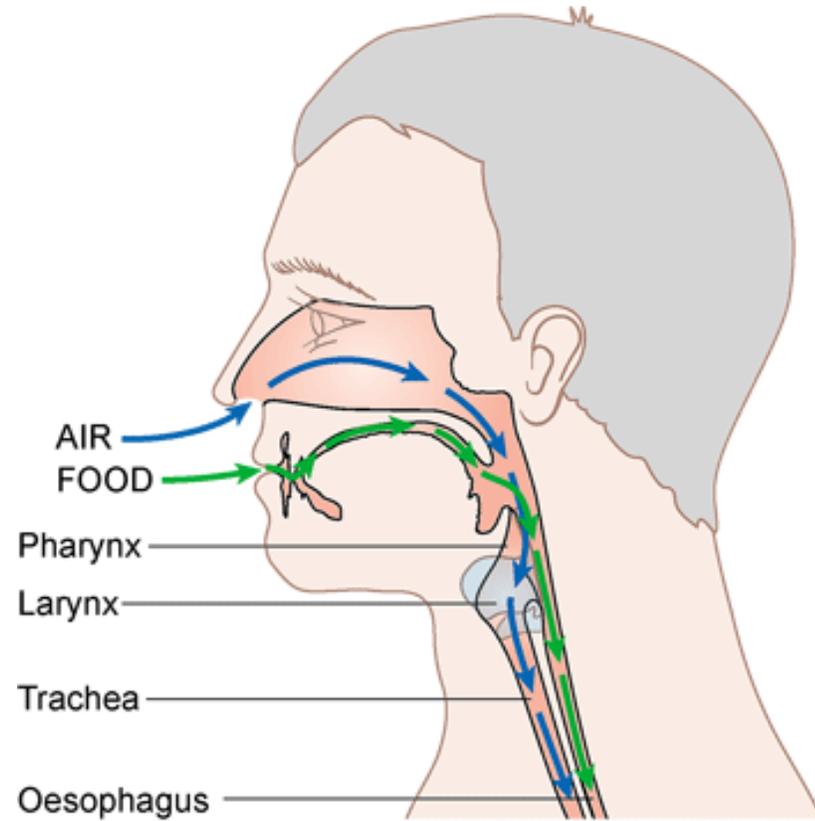
- Hospitalisation en urgence
- Transfert en USI/scope
 - Attention: la SaO2 n'est pas un bon marqueur!!!!
- Assurer l'hématose en urgence:
 - Oxygénothérapie
 - VNI?
 - Intubation?
- VVP, réhydratation IV, patient à jeun
- Essai de traitement médical : corticothérapie IV à forte dose,
- Aérosols : corticoïdes + adrénaline
- En absence d'amélioration rapide : Geste local
 - Trachéotomie? solution « rustique » mais jamais une erreur
 - ->faire la trachéotomie en-dessous de la lésion et non en trans-lésionnel

 - Geste Laser? À discuter avec un superviseur spécialisé
 - Possibilités de débulking au Laser?

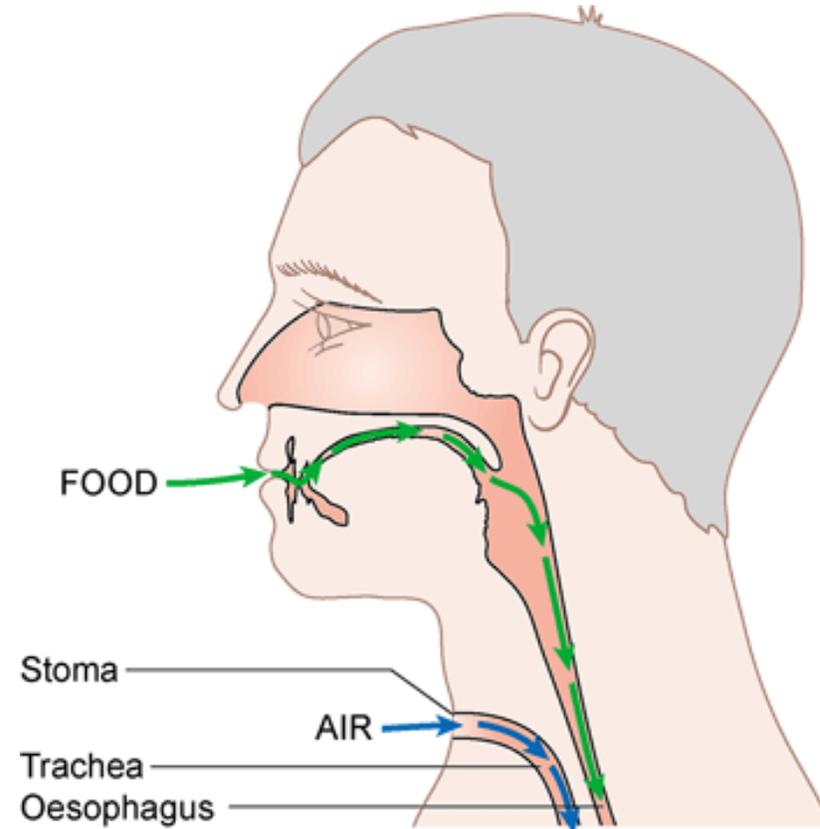
But de l'intervention



But de l'intervention



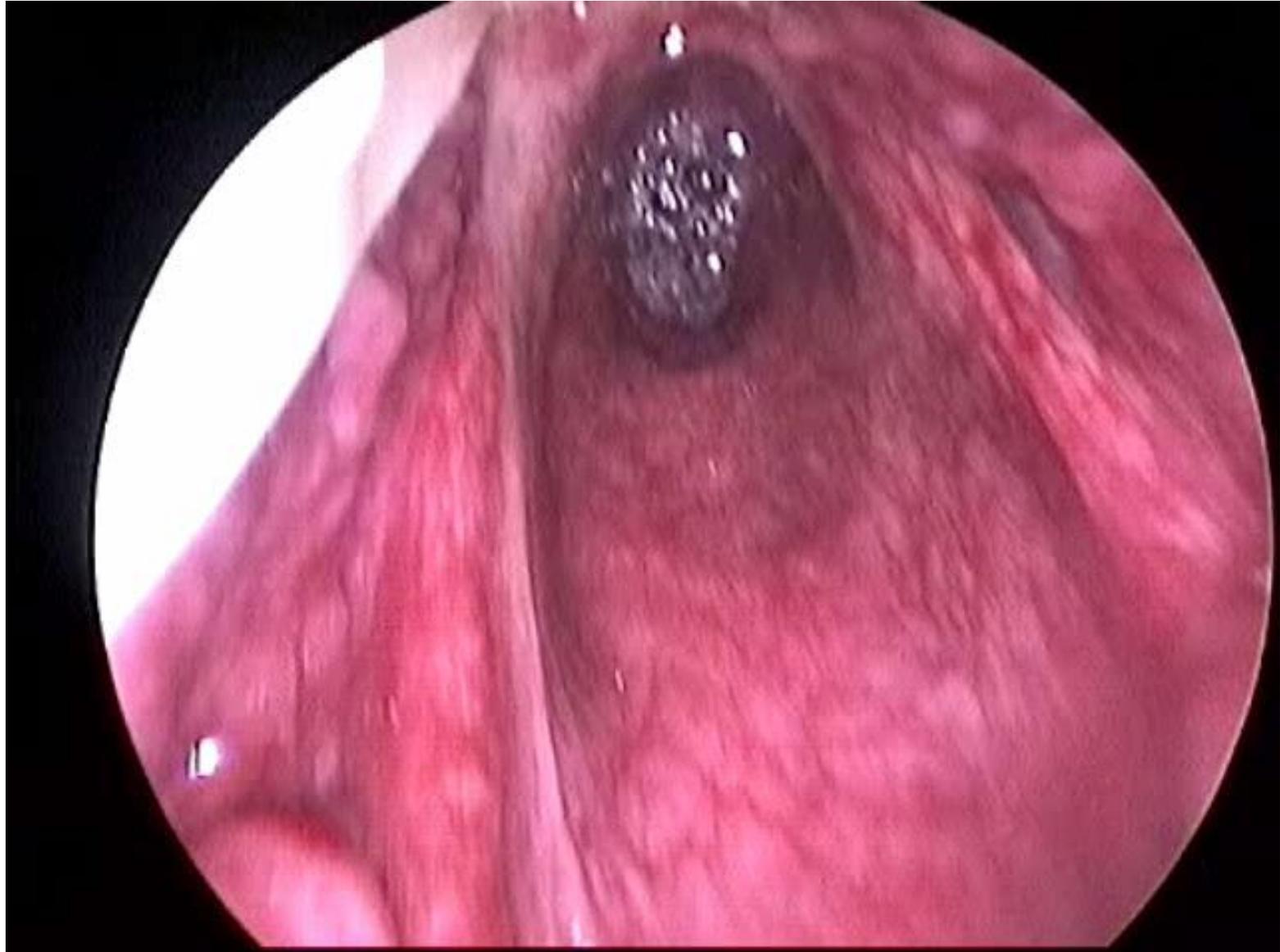
AVANT



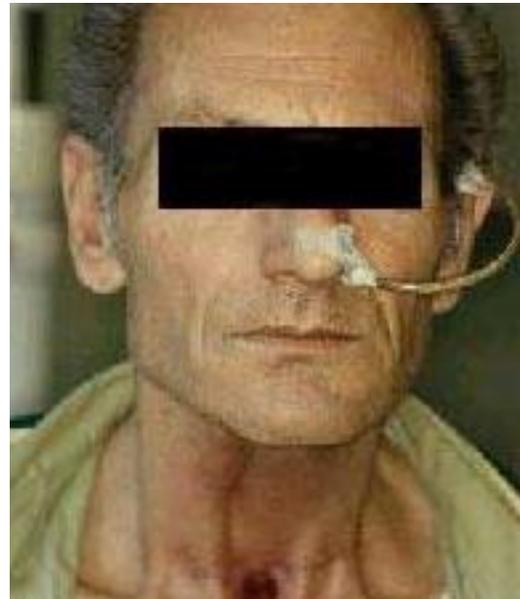
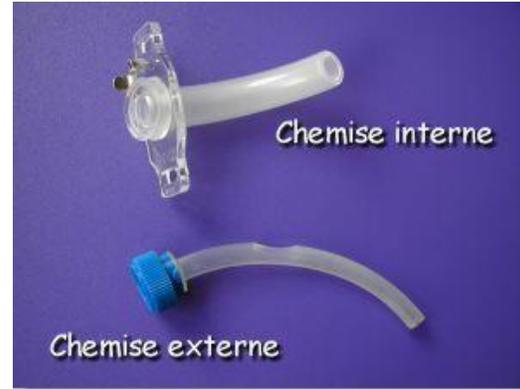
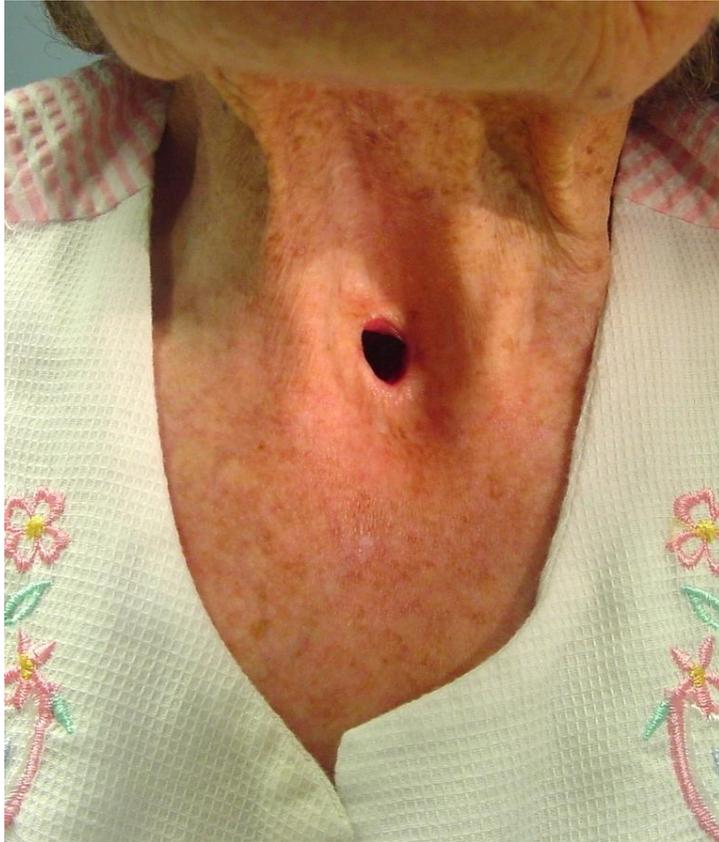
APRES

Conséquences d'une laryngectomie totale

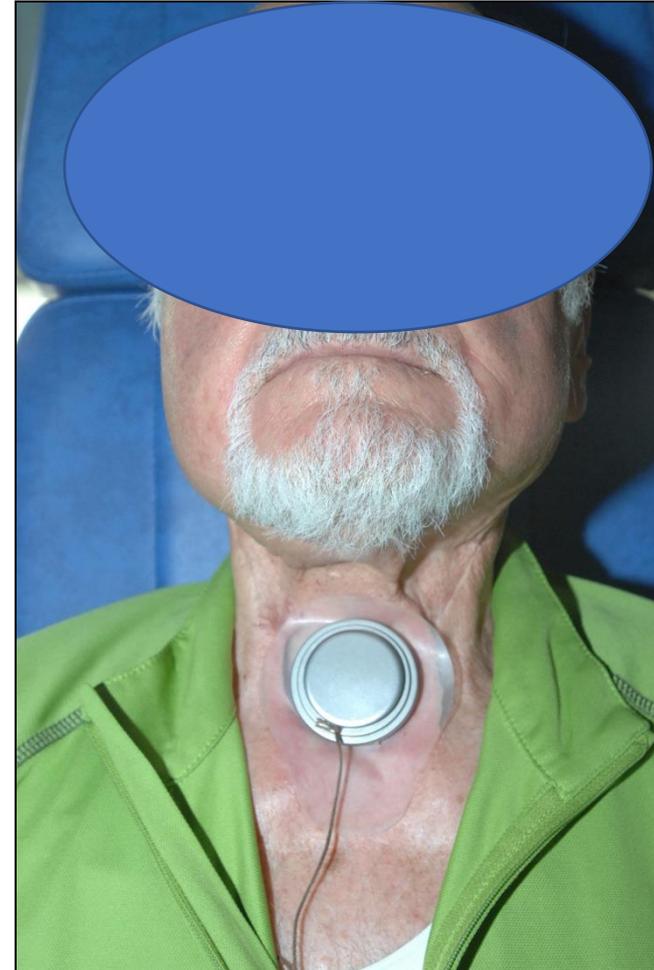
- Séparation du système respiratoire et digestif
- Trachéostome définitif
- Perte de la phonation laryngée
- Perte de la respiration bucco-nasale
- Perte de l'odorat
- Perte de l'étanchéité cutanée au niveau du trachéostome (au contact de l'eau).
- Perturbation de l'image corporelle



Suites post opératoires précoces

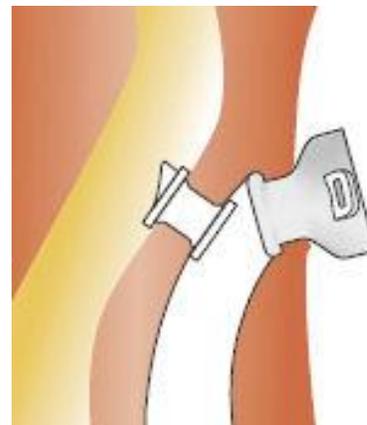


Protection du trachéostome



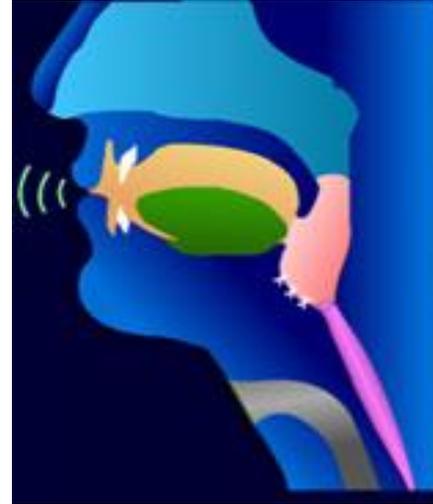
Calibrage du trachéostome

- Pas toujours nécessaire à long terme

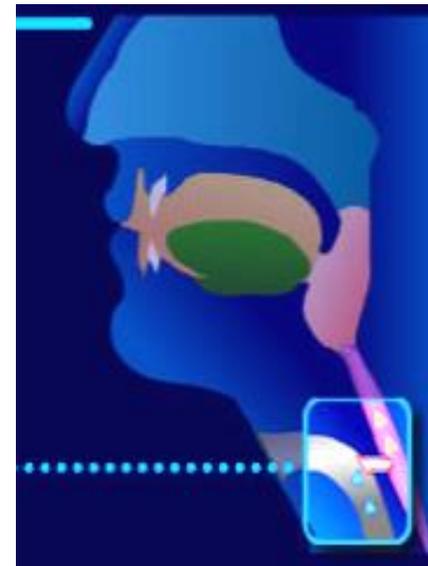


La phonation post opératoire

Voix oesophagienne



Voix trachéo-oesophagienne



La voix oesophagienne

- Réservoir d'air : œsophage
- Vibrateur : SSO
- Résonateurs : Pharynx, langue



Avantage : aucun risque de fuite

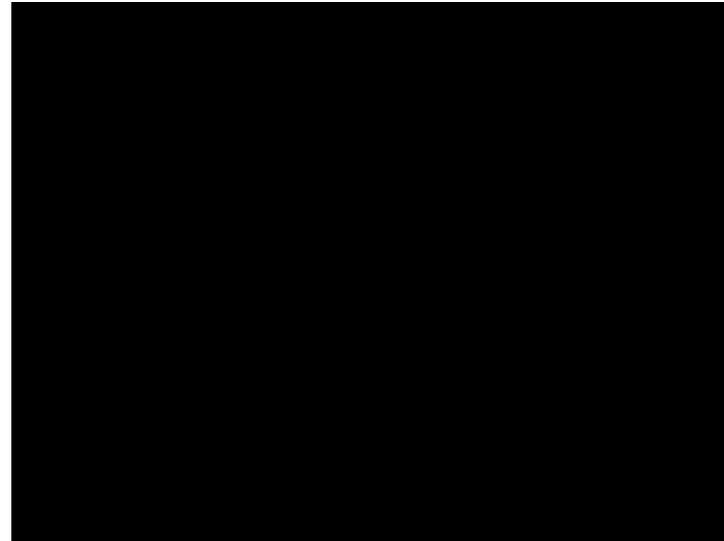
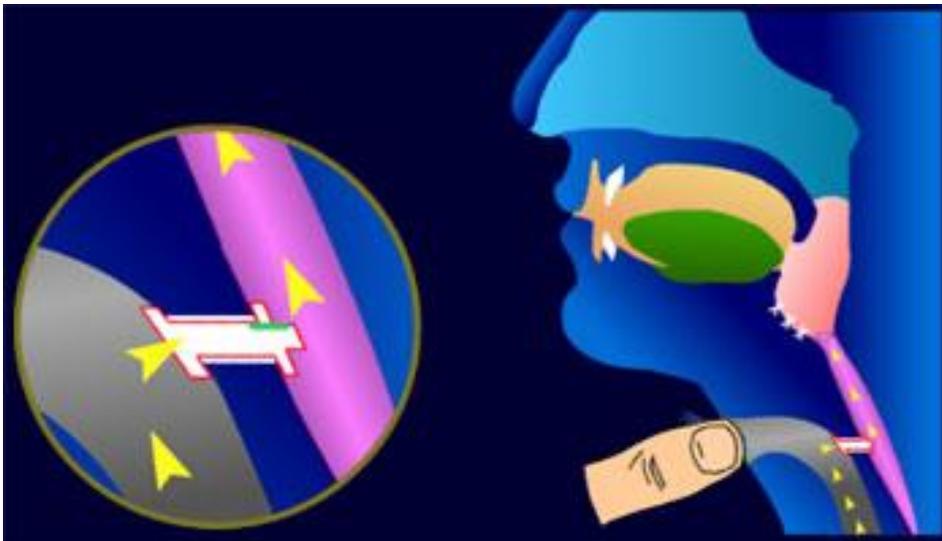
Inconvénients : apprentissage difficile, débit haché

La voix trachéo-oesophagienne

- Réservoir d'air : poumon
- Vibreur : SSO
- Résonateurs : Pharynx, langue

Avantages : voix fluide et puissante

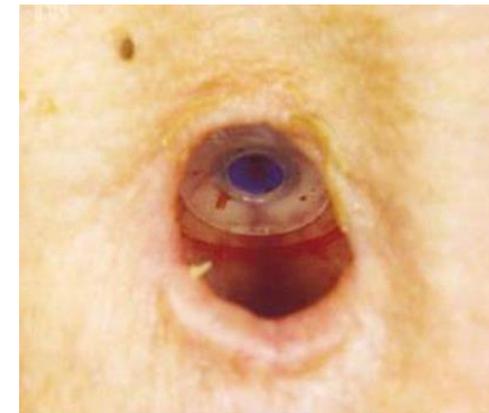
Inconvénients : risque de fuite salivaire ou alimentaire



La voix trachéo-oesophagienne



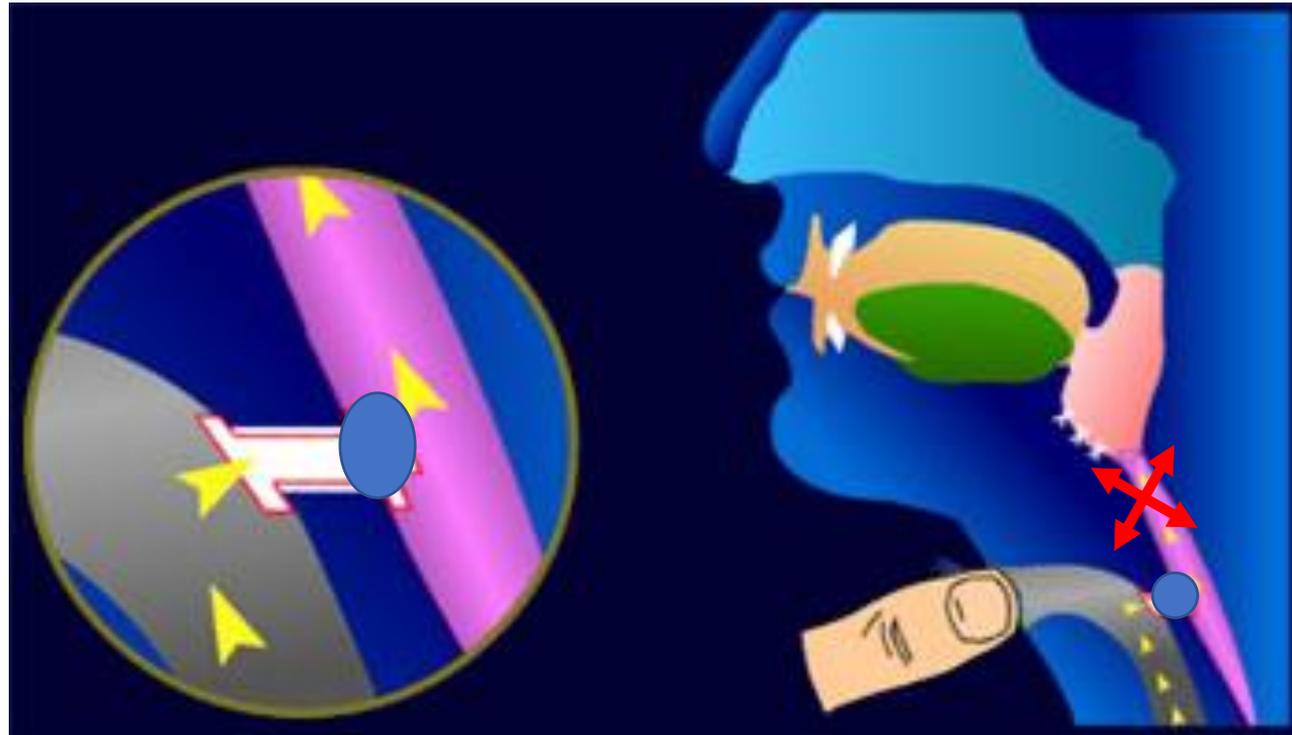
Entretien de la prothèse





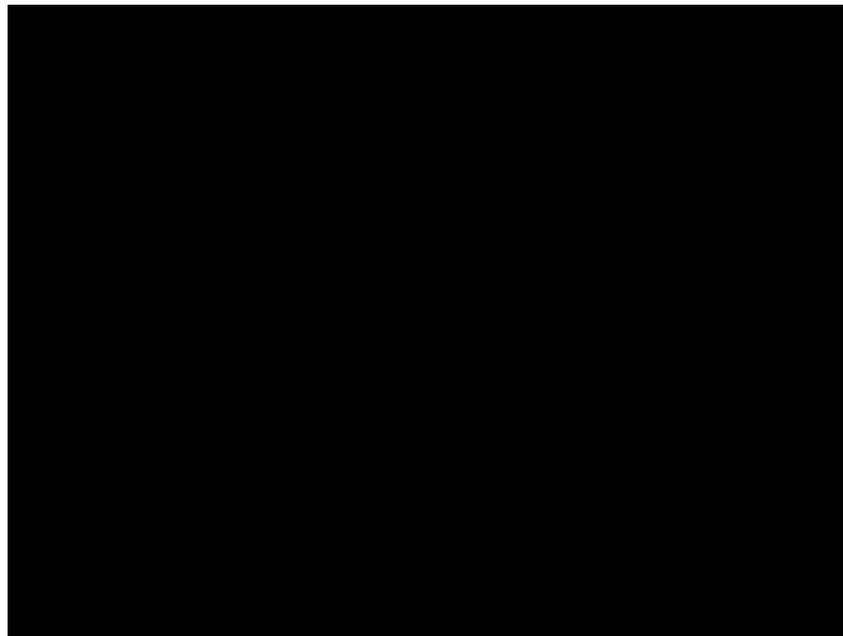
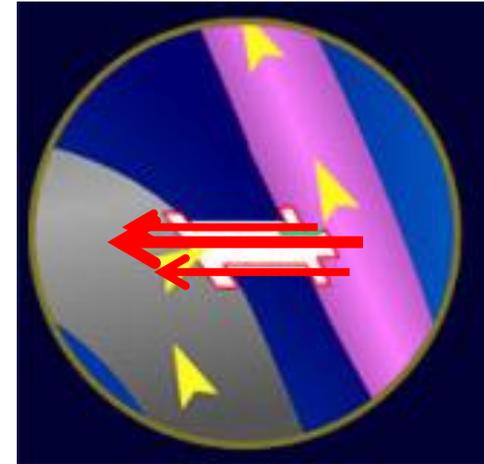
Dysfonction de prothèse phonatoire

- Obstruction ou migration vers la trachée
→ Perte de la voix



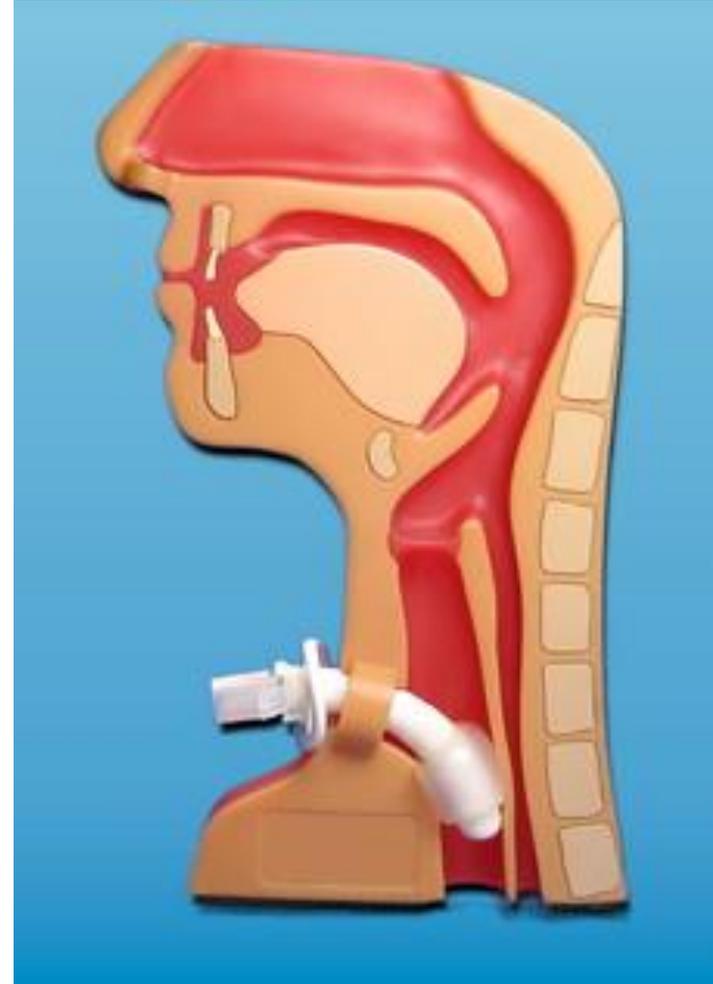
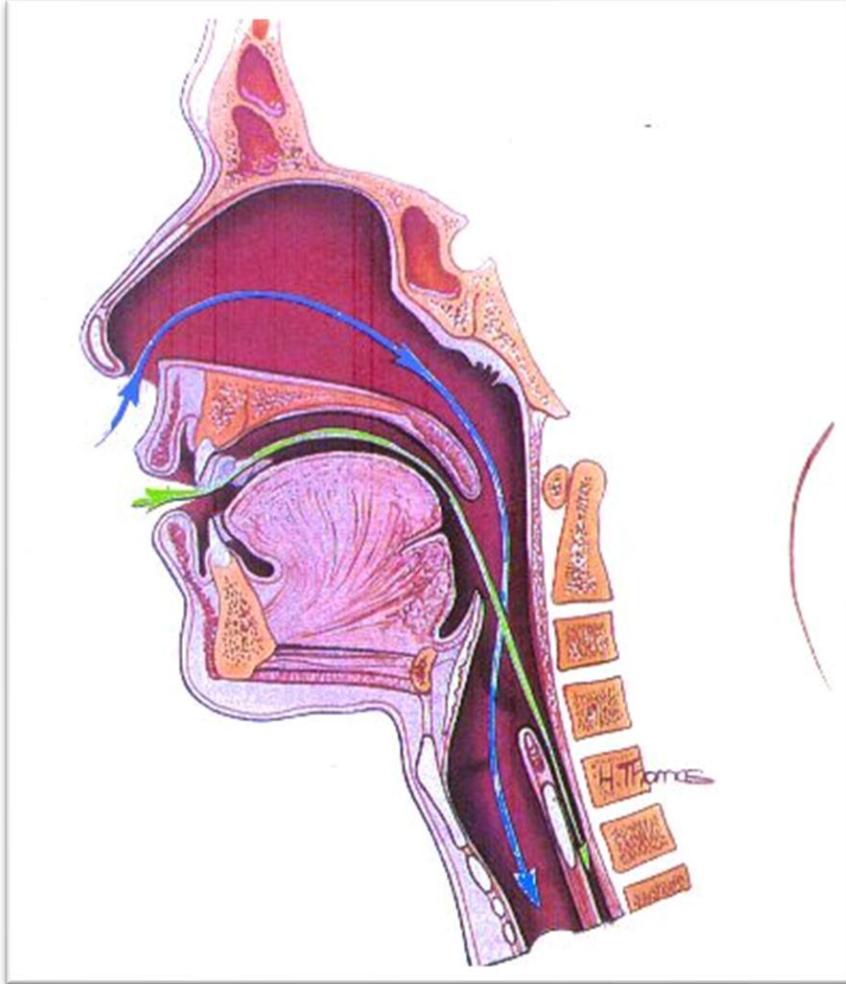
Dysfonction de prothèse phonatoire

- Fuites per-prothétique
- Fuites péri-prothétique
- TEST AU BLEU



Trachéotomie

Principe



Indications

- En urgence: Détresse respiratoire (œdème de Quincke , obstruction des VAS)
- Protection des voies aériennes (fausses routes)
- Intubation difficile
- Intubation prolongée
- Chirurgies Orl: Laryngectomie partielle, BPTM, autres chirurgie carcinologiques lourdes

Deux techniques

Percutanée

Avantages: Simple, Rapide, peu de complications
De plus en plus pratiquée dans les réanimations

Chirurgicale

Sous Anesthésie générale ou locale
Incision cervicale: pansements plus larges
Pour les cas plus difficiles

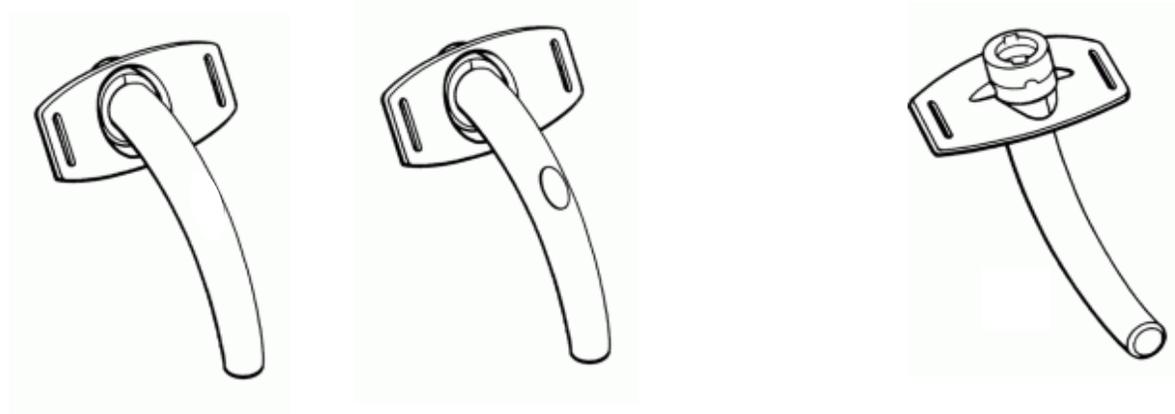
Trachéotomie

Composants d'une canule

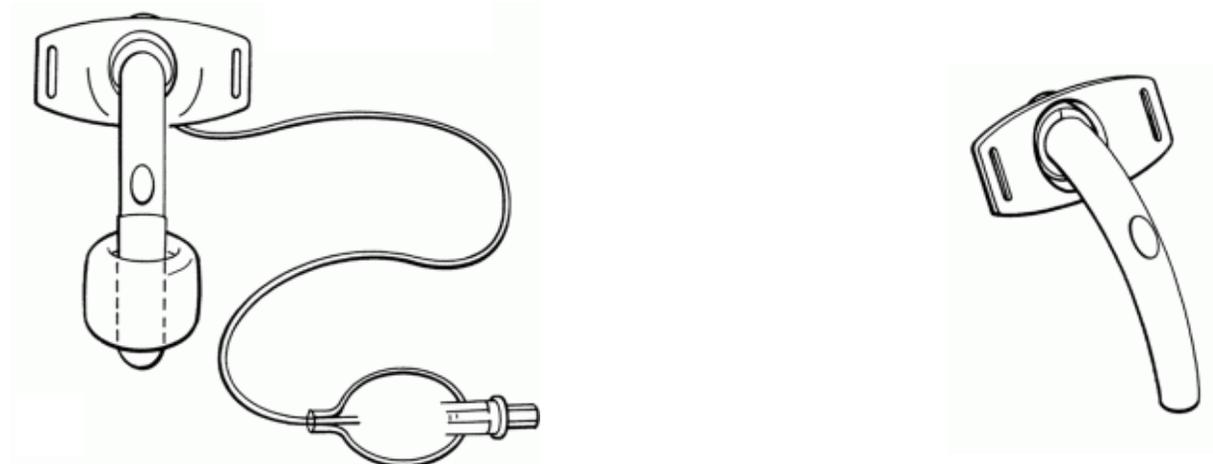


Types de canule

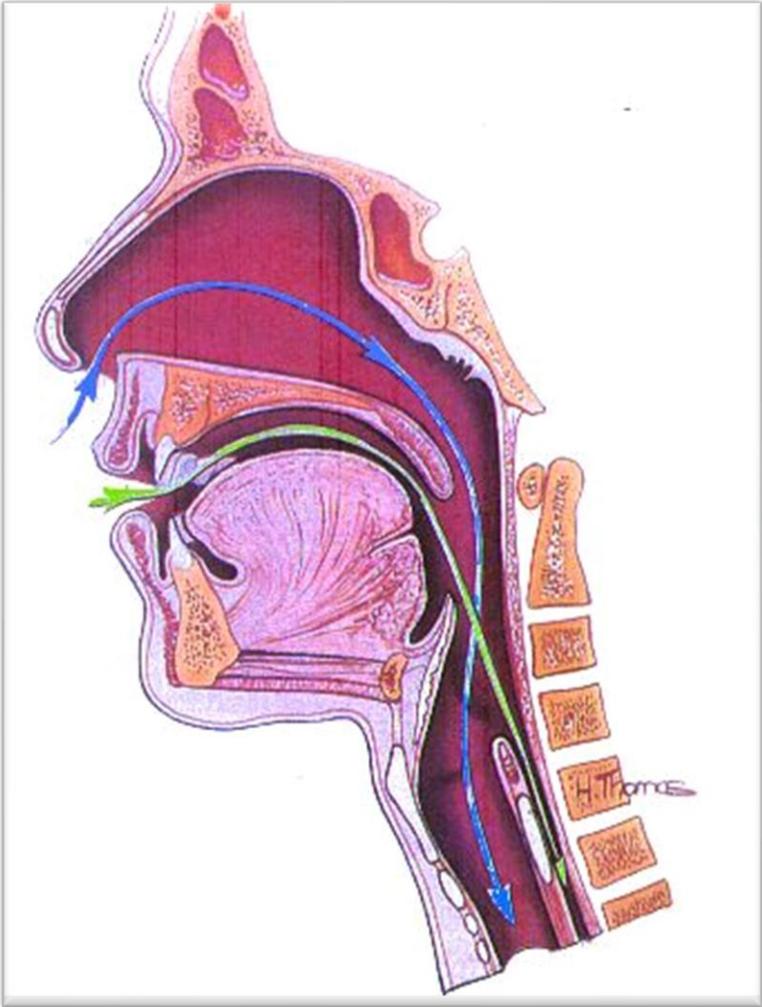
Canule fenêtrée ou non fenêtrée



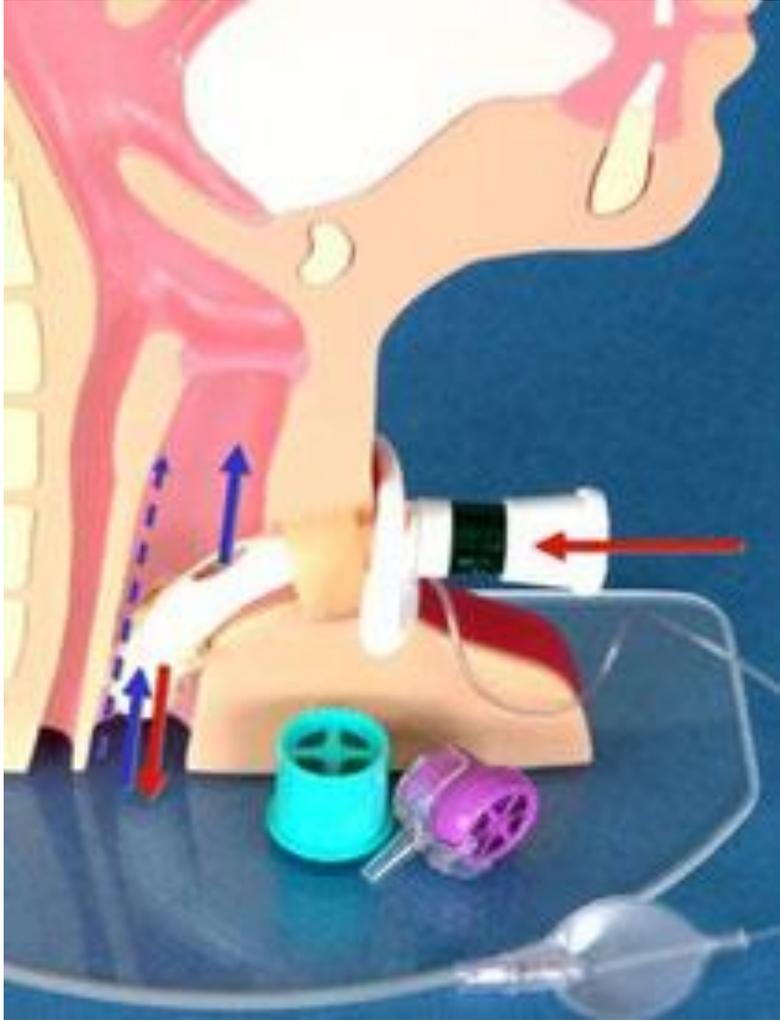
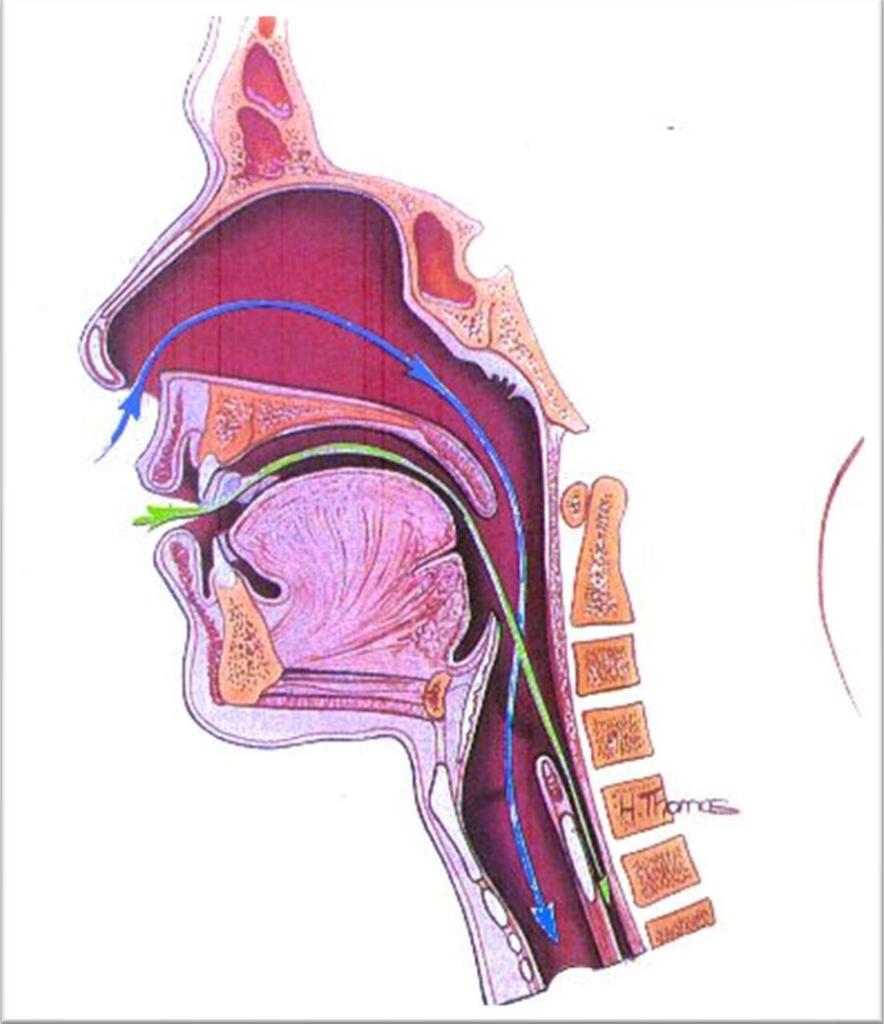
Canule avec ou sans ballonnet



Types de canule



Types de canule



Complications

Lors de la pose de la trachéotomie:

- Saignements ++
- Pneumothorax, pneumomédiastin, emphysème sous cutané
- Lésions des structures adjacentes: nerfs récurrents, vaisseaux.

Post trachéotomie:

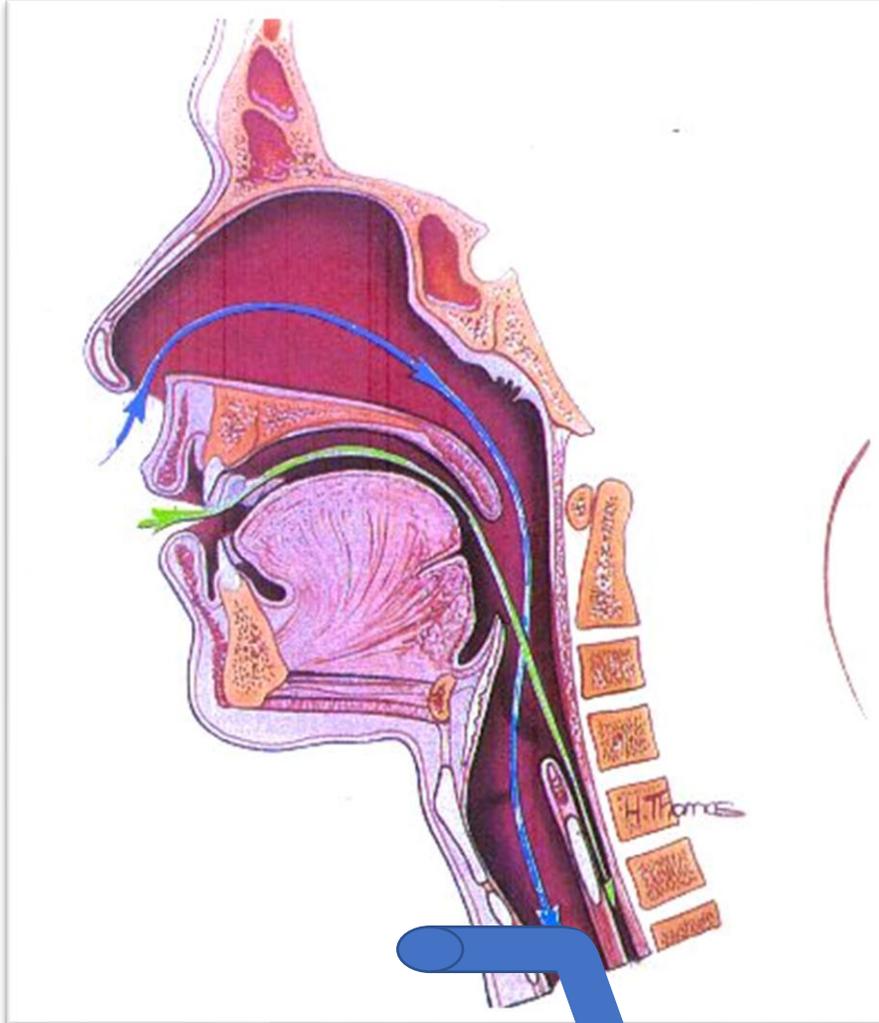
- Déplacement canule
- Sténose trachéale, granulomes
- Saignements
- Infection, pneumonie
- Fistule trachéo-œsophagienne
- Sécheresse et croûtes (Suppression de l'humidification et du réchauffement de l'air)
- Toux moins efficace
- Perte de la phonation

Chronologie trachéotomie

- Canule initiale avec ballonnet gonflé au moins 24h
-
- Obturation de la canule
- Retrait
- Fermeture chirurgicale du site de trachéo: exceptionnelle

Soins: Aspirer les sécrétions et les éventuels débris ou caillots

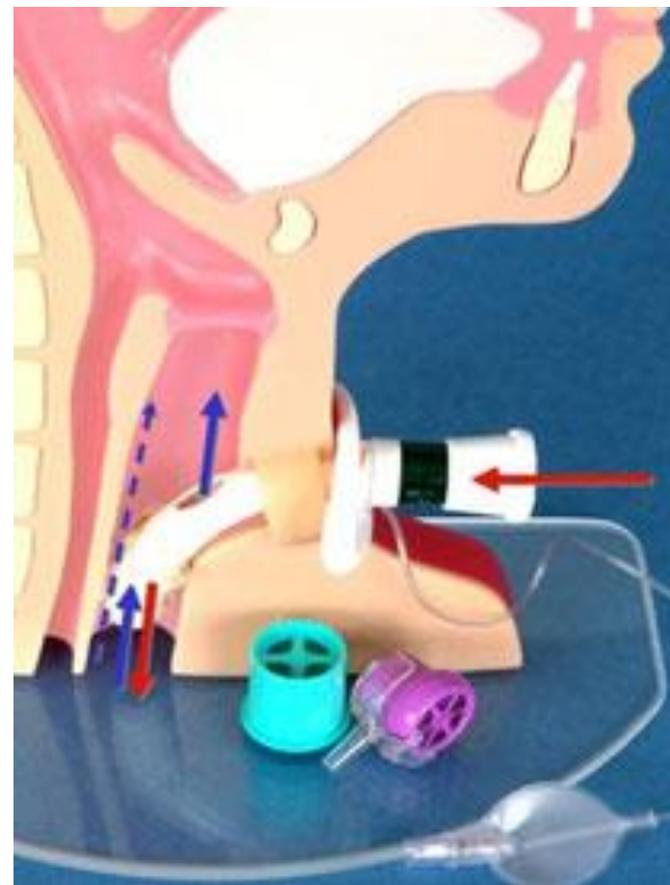
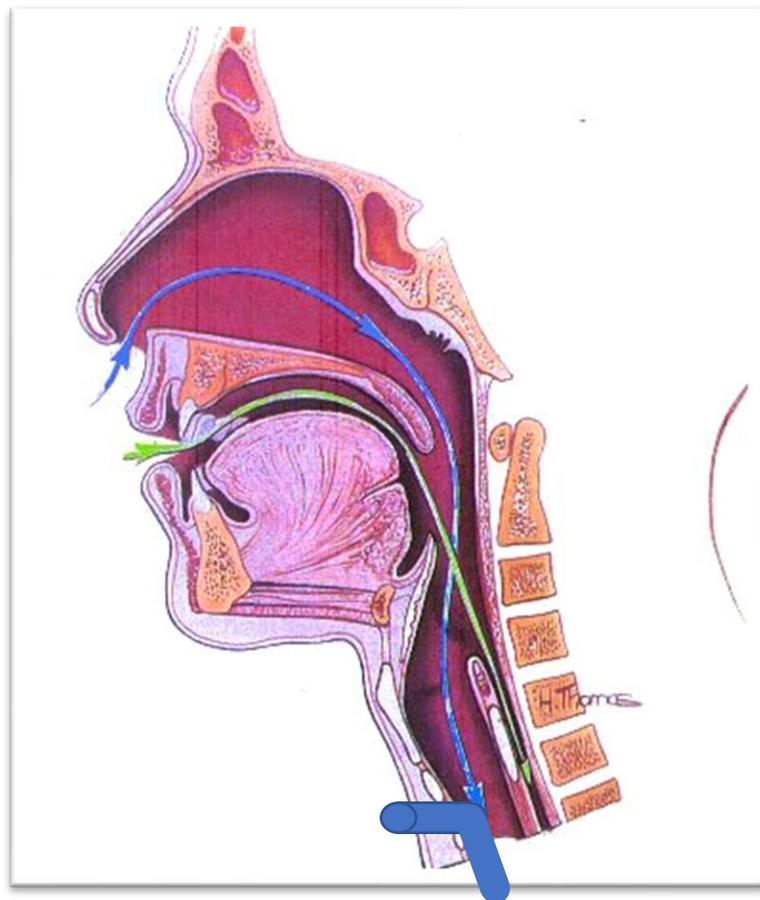
Modifications physiologiques induites par la trachéotomie



- Respiration
- Voix
- déglutition

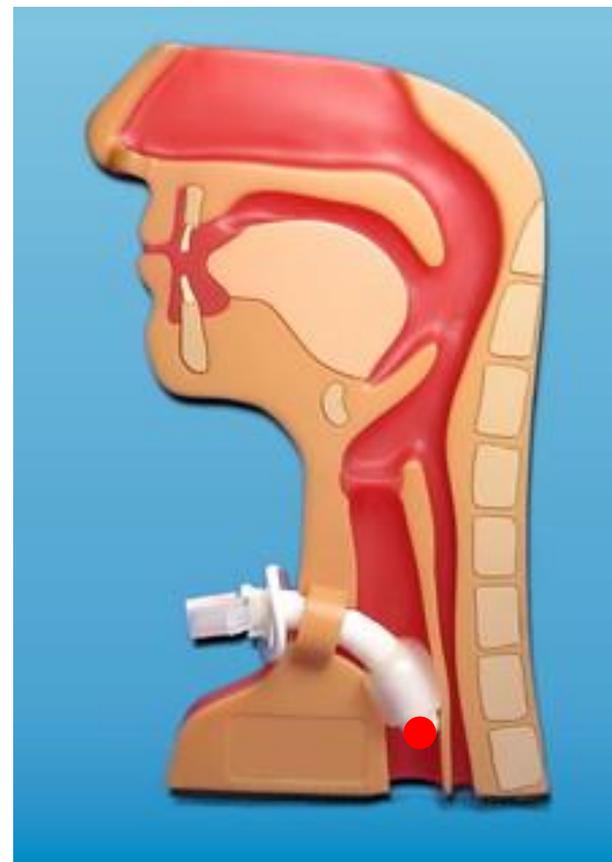
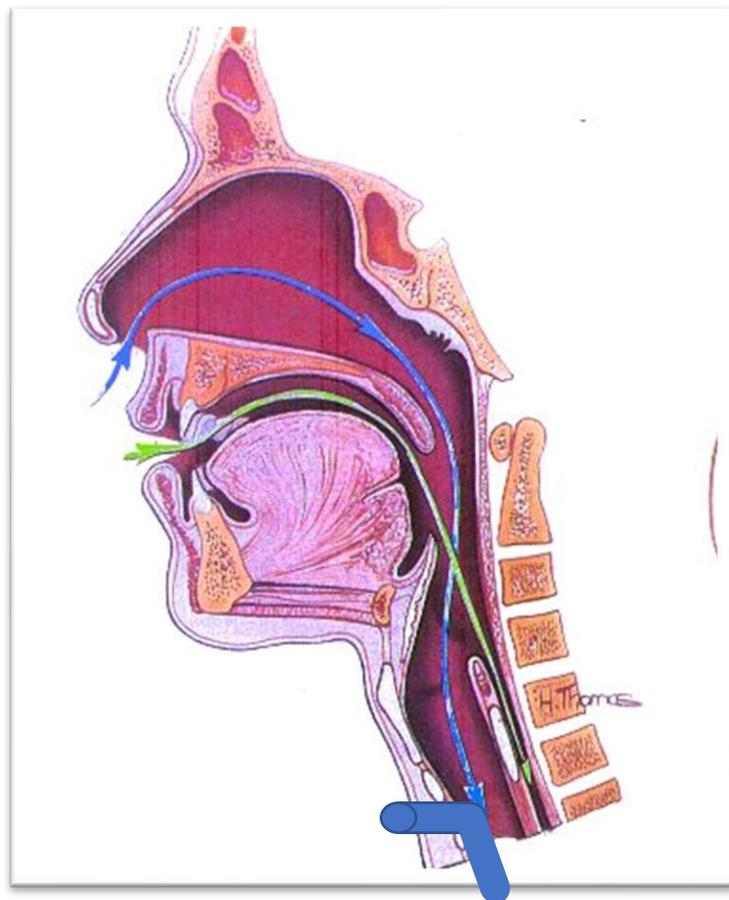
Trachéotomie et respiration?

- Nez artificiels, valves, bouchons

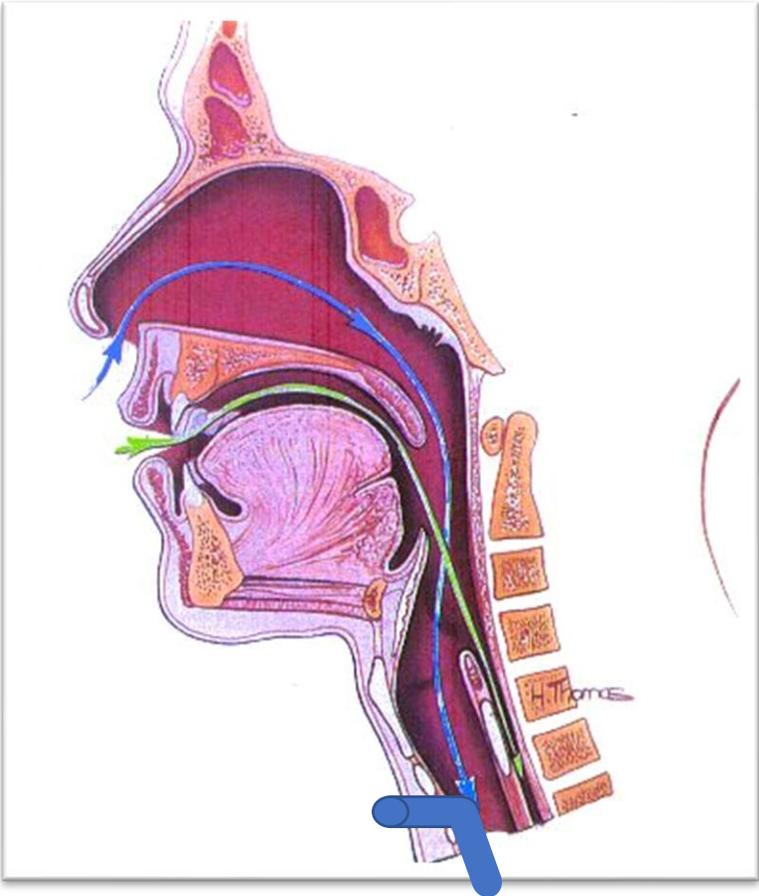


Trachéotomie et respiration?

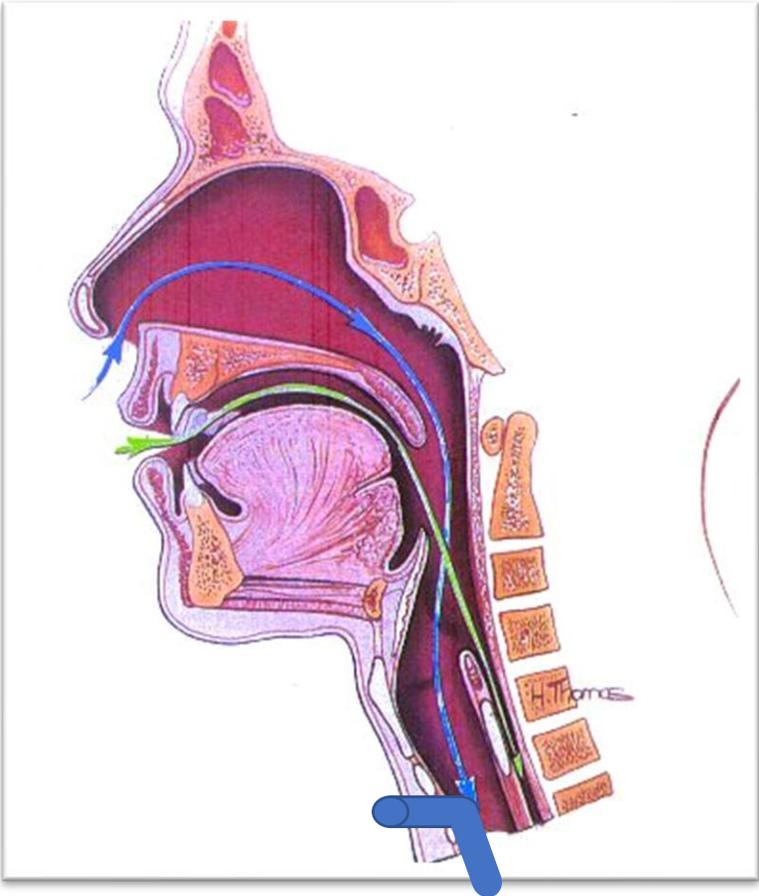
- Nez artificiels, valves, bouchons



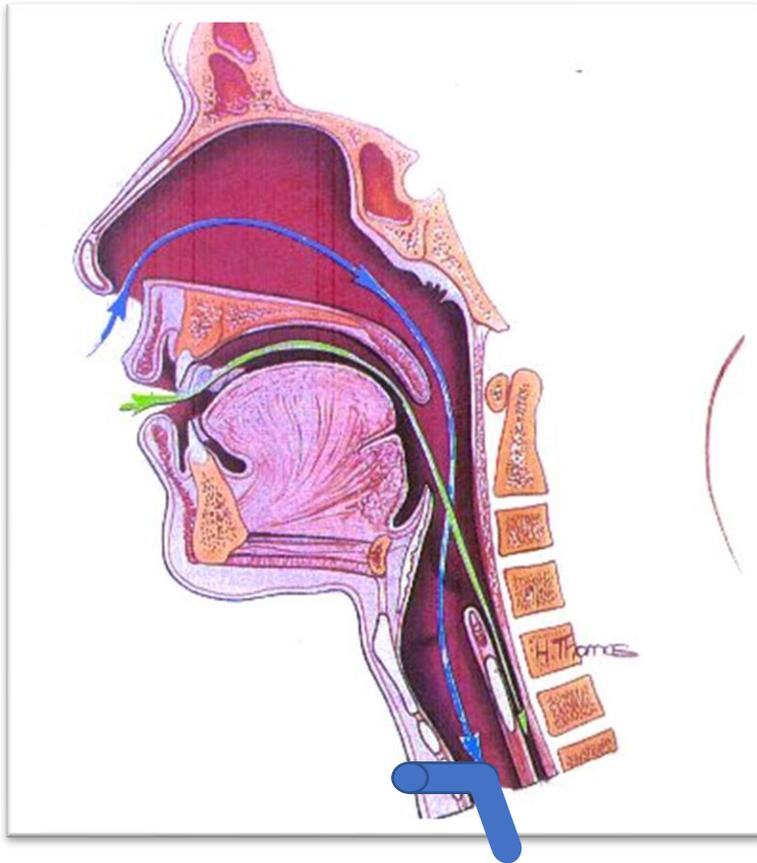
Trachéotomie et voix?



Trachéotomie et voix?

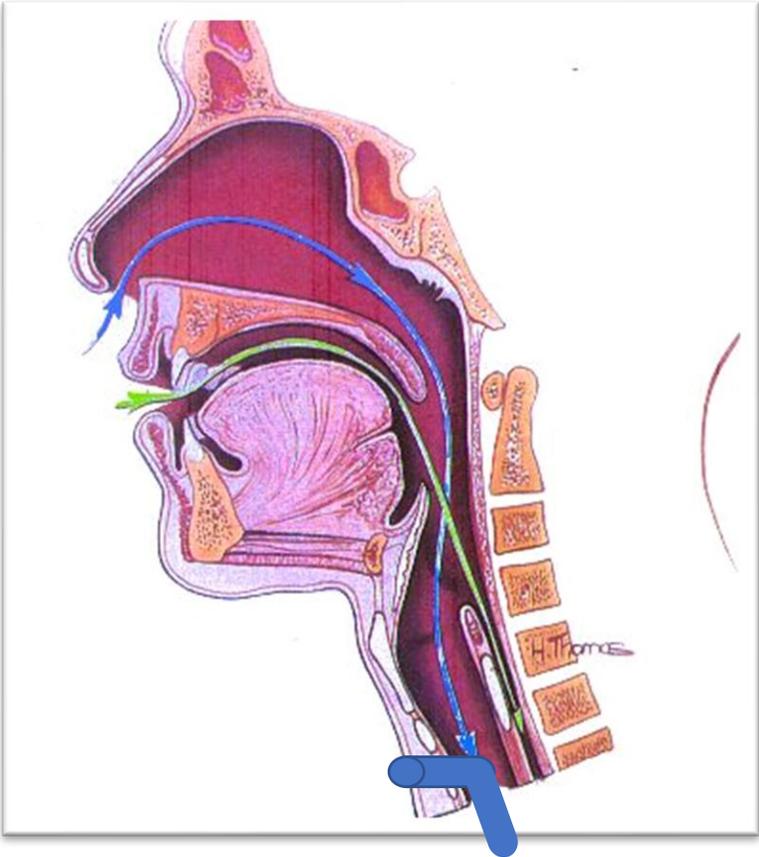


Trachéotomie et déglutition?



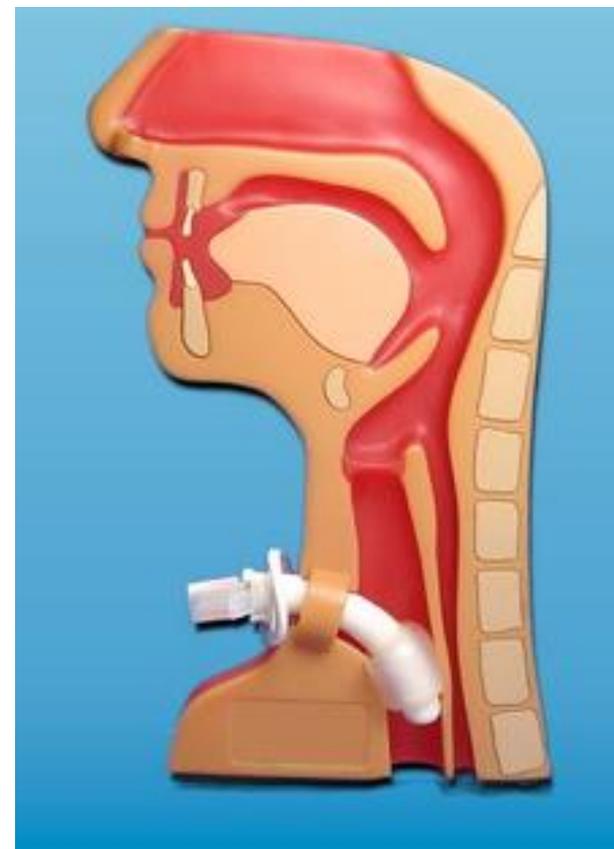
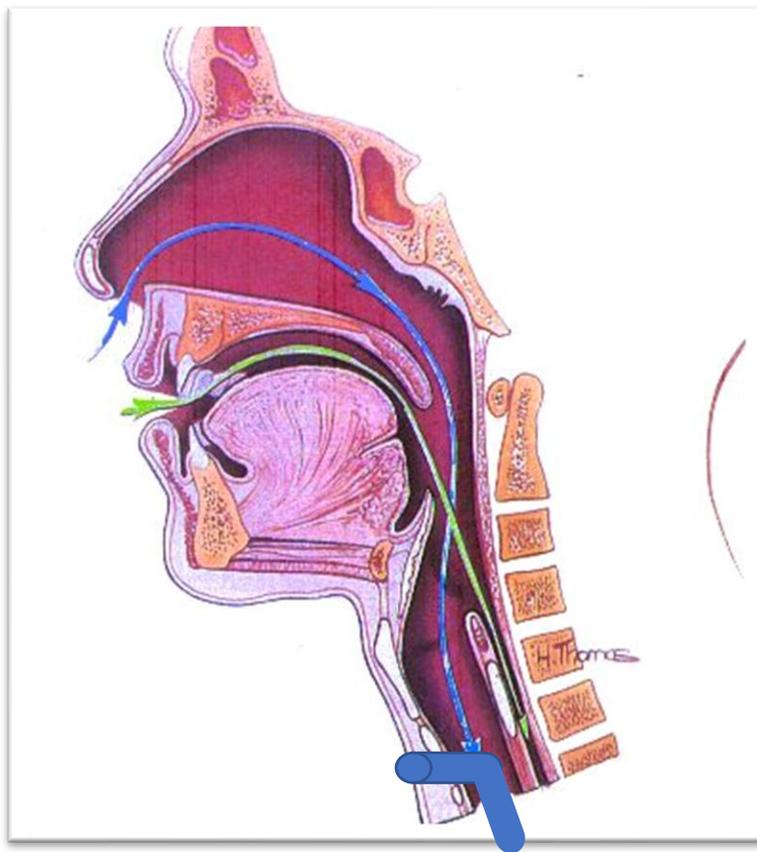
- Temps oral: OK
- Temps pharyngé:
 - Propulsion: OK
 - Fermeture laryngée: fonction de la pathologie
 - Hyperpression sous-glottique: KO
 - Coordination respiration: KO
 - Ascension laryngée: KO au début, puis variable
- Temps œsophagien: attention au ballonnet

Trachéotomie et déglutition?



Trachéotomie et déglutition?

- Le ballonnet



Trachéotomie et déglutition?

- Modification de la déglutition par la canule?

[Changes of swallowing function after tracheostomy: a videofluoroscopy study.](#)

Ceriana P, Carlucci A, Schreiber A, Fracchia C, Cazzani C, Dichiarante M, Cattani B, Fassio C, Segagni D, Nava S.

Minerva Anesthesiol. 2015 Apr;81(4):389-97. Epub 2014 Sep 15.

- Effet de la valve phonatoire?

[The effect of a speaking valve on laryngeal aspiration and penetration in children with tracheotomies.](#)

Ongkasuwan J, Turk CL, Rappazzo CA, Lavergne KA, Smith EO, Friedman EM.

Laryngoscope. 2014 Jun;124(6):1469-74. doi: 10.1002/lary.24457. Epub 2013 Nov 13.

[Effect of a tracheostomy speaking valve on breathing-swallowing interaction.](#)

Prigent H, Lejaille M, Terzi N, Annane D, Figere M, Orlikowski D, Lofaso F.

Intensive Care Med. 2012 Jan;38(1):85-90. doi: 10.1007/s00134-011-2417-8. Epub 2011 Nov 24.

- Effet de l'occlusion de la trachéotomie?

[Occlusion of Tracheostomy Tubes Does Not Alter Pharyngeal Phase Kinematics But Reduces Penetration by Enhancing Pharyngeal Clearance: A Prospective Study in Patients With Neurogenic Dysphagia.](#)

Ledl C, Ullrich YY.

Am J Phys Med Rehabil. 2017 Apr;96(4):268-272. doi: 10.1097/PHM.0000000000000602.

Trachéotomie et déglutition?

- Quand faire les premiers tests?
 - Possibles dès le lendemain de la trachéotomie
 - En fonction de l'état neurologique du patient
 - En fonction des troubles déjà existants
 - Réintroduction progressive de l'alimentation
 - Commencer par des textures faciles: éviction aliments à risque,
 - Posture pour les liquides

->Sécurité de l'aspiration par la canule

Trachéotomie et déglutition?

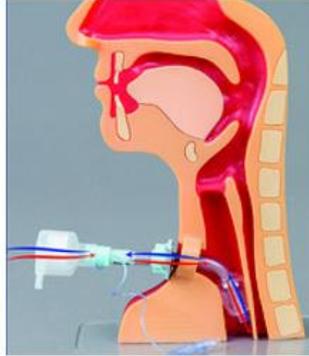
- Ballonnet et tests de déglutition?
 - Pas de sécurité liée au ballonnet, mais pas plus de difficulté non plus
 - Tests seulement si le pourtour de la canule est propre
 - Points à surveiller :
 - Toux, hémorragie,
 - Apparition des aliments autour de la canule
- N'est pas une contre-indication à la reprise de l'alimentation

Trachéotomie et aspiration

- Savoir-faire nécessaire pour la sécurité du patient
 - Même si la logo n'est pas habilitée à le faire
 - Idéalement, être avec un professionnel qui est autorisé à la faire
- Principe:
- Introduction sans aspiration, pas plus loin que l'extrémité de la canule, et aspiration en se retirant

En pratique

Ventilation invasive



Pas d'essai logopédique

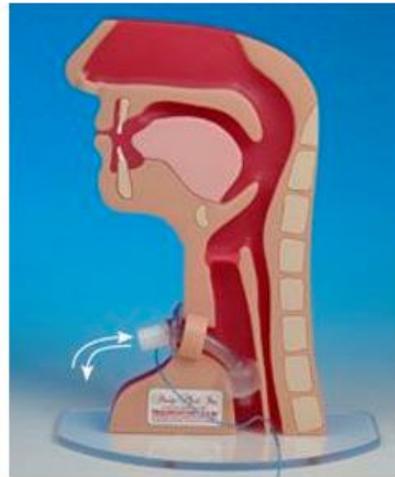
Ventilation assistée ou à l'air ambiant



En pratique



Canule avec ballonnet gonflé



Si ballonnet gonflé

➔ Pas de voix possible

Canule avec ballonnet dégonflé ou sans ballonnet



Canule avec ballonnet dégonflé ou sans
ballonnet



Valve phonatoire



Essai voix

Pas de valve phonatoire



Obstruer la canule de trachéo pour vérifier
la filière translaryngée au niveau de la
respiration puis essai voix

Entretien d'une canule au long cours

- Matériel pour rentrer à domicile
- Éducation du patient
- Et prise en charge par l'assurance santé

Conditions de sevrage de la trachéotomie

- Respiration haute OK
 - Canule de calibre inférieur à celui de la trachée
 - Obstruction complète de la canule (bouchon) pendant 48 heures sans signe de lutte, et sans désaturation
 - Examen laryngé (avis ORL) au moindre doute
- Pas de besoin d'aspirations trachéales
 - Moins de 3 aspirations trachéales/jour
 - Témoin de l'efficacité de la toux
 - Témoin de l'absence ou faible quantité des FR salivaires
- Les troubles de déglutition alimentaire isolés ne sont pas une indication de trachéotomie