

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

RESUME

- L'anesthésie en ORL pose des problèmes très variés ; elle intéresse aussi bien l'adulte que l'enfant ; les actes pratiqués sont parfois simples et très courts ou longs et délicats.
- La liberté des VAS est néanmoins la préoccupation numéro 1 de l'anesthésiste : elle est souvent compromise par
 - la pathologie initiale,
 - par les gestes chirurgicaux peropératoires
 - ou leurs conséquences postopératoires.
- Seront envisagés:...
 - d'abord les problèmes d'évaluation et de maintien de la perméabilité de la filière aérienne,
 - puis les problèmes spécifiques aux différents types de chirurgie : nasale, otologique, pharyngolaryngée de l'enfant et carcinologique.
- Liberté des voies aériennes

- Principale préoccupation de l'anesthésiste liberté des VAS .
- Cet objectif doit être atteint en tenant compte....
 - des contraintes chirurgicales
 - et des impératifs anatomiques.
- Cinq points sont critiques :
 - l'évaluation de l'obstruction des VAS,
 - le choix de la voie d'abord trachéale,
 - celui de la méthode d'intubation,
 - le monitoring respiratoire
 - et les critères d'extubation.
- Liberté des voies aériennes
- Evaluation de l'obstruction des VAS
- Le diagnostic d'obstruction des VAS est important car il conditionne le choix de la voie d'abord trachéale et de la ventilation.
- La présence de signes cliniques d'obstruction des VAS (dyspnée inspiratoire, tirage, cornage) témoigne déjà d'une filière de calibre très réduit.
- Ce niveau d'obstruction rend dangereuse toute anesthésie, ou simple sédation sans la disponibilité du matériel de ventilation, ou du chirurgien (trachéotomie en urgence).

Liberté des voies aériennes

Evaluation de l'obstruction des VAS

- Le plus souvent, les obstructions des VAS sont asymptomatiques.
- Leur diagnostic repose donc essentiellement sur l'examen préopératoire par le chirurgien en laryngoscopie indirecte.
- D'autres facteurs jouent un rôle important, surtout en pathologie tumorale :
 - l'œdème,
 - l'infiltration
 - et le bourgeonnement (scanner cervical).
- Ceci est fréquent dans les tumeurs de base de langue et d'épiglotte.

Voies d'abord trachéales

- La voie d'abord trachéale est choisie en fonction du contexte, en accord avec le chirurgien.

Matériel d'intubation

- Globalement, il est superposable à celui utilisé dans n'importe quel bloc. Néanmoins, certaines techniques ont des applications particulières.
 - **Lame droite** utile :
 - pour mobiliser une tumeur glottique ;
 - pour éviter un obstacle sur la base de langue ou l'épiglotte en plaçant la lame dans la commissure labiale ; pour charger l'épiglotte en cas d'irradiation de l'oropharynx.
 - **Lames spéciales**: Le laryngoscope de Bullard possède une lame courbe sur laquelle sont fixées des fibres optiques qui permettent l'éclairage et la vision en bout de lame, laryngoscopes à miroir ou à prisme.
 - **Sondes d'intubation**
- Il est recommandé d'utiliser des sondes armées.
- En effet, elles ne se plient pas lors des mobilisations de la tête et elles peuvent être fixées dans différentes positions sans avoir besoin d'être coupées ou coudées.

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

- L'utilisation de sondes à usage unique est plus sûre dans la mesure où elles évitent les pièges des sondes réutilisables (obstruction par morsure, ballonnet défaillant).
- **Canules de trachéotomie**
 - o La canule de Shiley :
 - A angle droit avec un ballonnet à basse pression et un double corps.
 - Elle est largement utilisée en ORL : le double corps permet de traiter rapidement les obstructions mécaniques sans avoir à recanuler le patient.
 - Le ballonnet basse pression peut être gonflé en postopératoire en cas de saignement ou de fuite salivaire.
 - o La canule de Montandon :
 - très incurvée et s'applique parfaitement sur le thorax où elle peut être solidement fixée.
 - Deux inconvénients :
 - ✓ la longueur de la partie trachéale de la canule est fixe et ceci peut favoriser les intubations sélectives si le trachéostome est bas.
 - ✓ L'angulation importante gêne les aspirations trachéales et cette canule doit être changée en postopératoire.
 - o Des canules rigides en acrylique ou en argent,
 - de longueur variable, sont utilisées pour l'appareillage des trachéostomisés.
 - Le modèle doit être choisi en fonction de l'anatomie du patient.
- ✓ **Ventilation transtrachéale**
- ✓ Ses indications s'accroissent au prorata des progrès réalisés au niveau des cathéters d'injection et des respirateurs .
- **Ponction inter-crico-thyroïdienne**
- La technique de la ponction inter-crico-thyroïdienne est maintenant bien codifiée.
- Les repères sont facilement reconnaissables chez l'homme, où le cartilage thyroïdien est proéminent ; chez la femme, son identification par rapport au cartilage cricoïde peut être plus délicate (larynx haut situé, cricoïde plus volumineux parfois que le cartilage thyroïde).
- Les complications :
 - L'emphysème sous-cutané cervical est une complication fréquente, qui n'est en général pas préoccupante ; rarement il devient géant (touchant les paupières et le thorax), ou s'étend au médiastin, voire au péricarde.
 - Des complications hémorragiques ont été rapportées dans la littérature, surtout à l'occasion de ponctions chez des patients sous anticoagulants .
- " **Jet ventilation** "
- Une fois le cathéter en place, l'O₂ peut être administré soit de façon manuelle, soit à l'aide d'un respirateur à haute fréquence.
- La " jet ventilation " administrée par un injecteur de Sanders est facile à utiliser et efficace.
- L'injecteur de Sanders consiste en une gâchette que l'on actionne manuellement.
- La pression sur cette gâchette permet d'ouvrir une canalisation d'O₂ à la pression du système d'alimentation de l'hôpital (3 à 4 bars).
- Au niveau de l'injecteur, cette haute pression induit un débit élevé, indépendamment des conditions mécaniques d'aval.
- Il faut bien se garder d'appuyer trop longtemps sur la gâchette et veiller à la liberté des VAS par où s'échappent les gaz expirés.
- L'utilisation d'un respirateur de " jet ventilation " à haute fréquence (JVHF) permet de contrôler le débit administré par le réglage précis du temps d'insufflation (fréquence du respirateur et rapport I/E). Il est néanmoins difficile de conseiller un réglage optimal car celui-ci dépend du respirateur, de l'injecteur et de l'indication clinique.
- ✓ Quelle que soit la méthode choisie, le grand risque de la ventilation transtrachéale est le barotraumatisme pulmonaire.
- ✓ Les patients n'étant pas intubés, il survient essentiellement quand le gaz est injecté dans la trachée et qu'il ne peut sortir à l'extérieur du fait d'une obstruction des VAS.
- ✓ Le deuxième risque est représenté par l'hypercapnie, témoin de l'hypoventilation alvéolaire.
- ✓ Des pneumothorax parfois fatals ont ainsi été rapportés dans la littérature.
- ✓ Les méthodes de " jet ventilation " sont contre-indiquées chez l'obèse et chez le bronchopathe chronique car la qualité de l'hématose est médiocre.

Techniques d'intubation

- Elles n'ont rien de spécifique à l'anesthésie en ORL en dehors de trois particularités :
 - la laryngoscopie faite par l'anesthésiste peut créer des lésions (érosion muqueuse, œdème, hémorragie) qui peuvent gêner le chirurgien ;
 - la visualisation de la glotte est parfois plus aisée avec le laryngoscope des chirurgiens (lame droite munie d'un éclairage puissant) et leur collaboration est utile dans certaines intubations difficiles ;

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

- la compréhension des anomalies anatomiques du malade est souvent indispensable à la réussite de l'intubation.

Monitoring respiratoire

- Il débute dès l'arrivée au bloc opératoire, il sera même prolongé 24 heures (chirurgie de l'apnée du sommeil, laser laryngé, chirurgie carcinologique majeure en particulier).
- Il comporte systématiquement
 - l'oxymétrie de pouls
 - la capnographie
 - le monitoring cardiovasculaire.

Critères d'extubation

- L'extubation doit être faite soit chez un patient endormi (chez l'enfant) ou réveillé, ouverture des yeux à la commande.
- Une extubation dans un état de veille intermédiaire = risque de laryngospasme surtout s'il existe un encombrement des VAS.
- Antagonisation des curares+++.
- Risque d'inhalations postopératoires, extuber les malades complètement réveillés, après avoir aspiré le contenu gastrique.
- Risque d'œdème glottique (souvent transitoire) postextubation surtout chez:
 - Enfant (1 à 4 ans),
 - Diamètre du tube trop élevé,
 - Mouvements répétés de la sonde (mobilisation, toux...),
 - Ballonnet haute pression,
 - Sonde réutilisable.
- Les mesures préventives à suivre :
 - intubation douce,
 - sonde d'un calibre approprié (laissant une fuite audible pour des pressions trachéales de 20 cm H₂O).
- Le traitement : administration d'O₂ humidifié avec ± un aérosol d'adrénaline.
- L'injection de corticoïdes peut être utile.

Amygdalectomie, adénoïdectomie

- Fréquents surtout chez les enfants de moins de 6 ans.
- Les complications sont moins fréquentes et moins graves après adénoïdectomie qu'après amygdalectomie.

Les indications habituelles concernent:

- les obstructions des VAS
- les infections ORL à répétition (otite ou angine).

Les contre-indications sont:

- troubles de coagulation
- l'infection des VAS (à moins que le geste chirurgical soit nécessaire au traitement de l'infection comme pour la mononucléose infectieuse).

Deux techniques d'amygdalectomie sont pratiquées.

1. L'appareil de Sluder qui guillotine littéralement l'amygdale (geste très court sans hémostase) l'enfant est assis et l'anesthésie doit être très légère pour éviter les inhalations.
 - Avantages :
 - rapidité du geste
 - qualité du réveil
 - Inconvénients :
 - caractère " barbare " du geste,
 - l'absence de contrôle visuel de l'hémostase
 - incertitude sur le niveau réel de l'anesthésie pendant le geste.
2. L'autre technique utilise la dissection anatomique
 - Avantage:
 - permet une hémostase réglée sous couvert d'une intubation oro-trachéale.
 - Inconvénients :

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

- durée de l'intervention plus longue
- nécessité d'une surveillance prolongée au réveil.

Préparation préopératoire

- Recherche de saignement anormal ainsi que la notion de prise de dérivés salicylés.
- Il est souhaitable de pratiquer un bilan d'hémostase avant une amygdalectomie car les enfants présentant un saignement postopératoire ont un allongement du TP ou TCK activée en dehors de toute anomalie clinique.
- Dosage de l'Hb
- L'examen clinique apprécie l'ouverture de bouche, la mobilité des dents de lait, l'existence d'une infection ORL évolutive et les signes indirects d'obstruction chronique des VAS : hypertension artérielle pulmonaire, CPC.
- Il n'est pas nécessaire d'hospitaliser ces patients la veille de l'intervention à condition de bien prévenir le futur opéré et/ou ses parents des modalités du jeûne (dernier repas le soir, pas d'absorption liquide 3 heures avant l'anesthésie).

Périodes per- et postopératoire

- L'induction par inhalation (enfant).
- Halothane + N2O anesthésie de choix car peu irritant pour les VAS.
- Adulte : anesthésie avec induction IV (qualité du réveil meilleure).
- L'IOT avec ou sans curare est la règle lorsque le chirurgien utilise la technique de dissection.
- Ne pas utiliser de sondes à ballonnet chez les enfants de - 8 ans.
- Le diamètre de la sonde : l'absence de fuite pour une P° insp de 20 cm H2O ⇒ changement de la sonde pour un diamètre inférieur pour limiter l'incidence des laryngites postextubation.
- Assurer avec une bonne profondeur d'anesthésie un bon relâchement des masséters et l'absence de réflexes laryngés.
- L'administration de lidocaïne, en spray, en injection locale ou en IV, permet une diminution de la demande d'anesthésique en diminuant les incidents sur les VAS (laryngospasme, toux...) .
- L'injection intra-amygdalienne de lidocaïne adrénalinée facilite le geste chirurgical tout en réduisant le saignement.
- La surveillance Post op a lieu en salle de réveil pendant les 2 premières h, puis dans une chambre pendant 6 h au moins (accidents hémorragiques dans les 6 premières h +++).
- En salle de réveil, le malade est couché sur le côté, les jambes surélevées par un oreiller.
- L'examen de la cavité oropharyngée est systématique, avant le départ de la salle de réveil.
- En cas d'agitation, il faut craindre une hypoxémie et/ou une hypovolémie liées à un saignement postopératoire.
- Administration d'antalgiques type paracétamol précoce et systématique (suites opératoires douloureuses).

Complications

- Les complications les plus graves sont à mettre sur le compte de l'anesthésie dans deux tiers des cas.
- Il existe le plus souvent un dysfonctionnement grave au niveau de l'équipe :
 - absence de visite préopératoire,
 - absence de matériel,
 - défaut de surveillance postopératoire.
- C'est dire l'importance du respect rigoureux des règles de sécurité quel que soit le protocole d'anesthésie choisi.
- **Complications respiratoires:**
- laryngospasme survenant à l'induction favorisé par :
 - Réveil incomplet,
 - Présence de sang dans les VAS,
 - Infection ORL préexistante.
- Bronchospasme pendant l'opération, : insuffisance de profondeur d'anesthésie.
- Bronchospasme en postopératoire ⇒ inhalation.
- Amygdalectomie, adénoïdectomie
- Complications
- **Complications hémorragiques**
 - L'hémorragie est la complication la plus redoutable car responsable de la morbidité la plus grave per- et surtout postopératoire
- **Complications cardiaques.**
 - Les troubles du rythme dû à l'halothane, les troubles de l'hématose et surtout par une anesthésie trop superficielle.
- **Vomissements**
 - Fréquents, favorisés par la déglutition du sang.

Chirurgie du nez et des sinus

- Problème majeur : saignement (gêne le chirurgien, risque d'hypovolémie et d'inhalation).

Techniques d'anesthésie

- **Contrôle des voies aériennes**
 - congestion muqueuse et modifications anatomiques peuvent compromettre la perméabilité de la cavité nasale, et induire ainsi une obstruction complète des VAS dès l'induction.
 - ⇒ canule de Guedel pour la ventilation au masque.
 - Si AG ⇒ IOT+ tamponnement pharyngé postérieur.
- **Techniques spécifiques**
 - **Sinusite**
 - ✓ Pour certaines interventions, un bloc du nerf maxillaire supérieur peut être réalisé
 - **Chirurgie sinusienne sous endoscopie chir endo**
 - ✓ Certaines interventions sous contrôle endoscopique sont pratiquées sous anesthésie locorégionale et application de vasoconstricteurs.
 - ✓ pour des raisons de confort, l'AG est préférée.
 - ✓ Il faut éviter la neuroleptanalgie car les voies aériennes supérieures doivent être protégées contre l'inhalation de sang ou de pus.
 - ✓ Après l'opération, il faut éviter de ventiler les patients au masque et leur demander de ne pas se moucher (risque pneumoencéphale).
 - **Chirurgie plastique nasale**
 - ✓ sous anesthésie locale potentialisée par du midazolam sous contrôle de l'oxymétrie de pouls.
 - **Polypes nasaux**
 - Les polypes nasaux congénitaux sont très rares et souvent associés à des prolongements intracérébraux qui rendent périlleuse toute tentative d'exérèse.
 - Chez l'enfant plus âgé, ces polypes nasaux sont souvent associés à une mucoviscidose.
 - La technique d'anesthésie dépend de la fonction pulmonaire.
 - L'anesthésie doit être pratiquée chez un enfant dont l'état pulmonaire est proche de l'état de base.
 - La vitamine K sera prescrite en fonction du taux de prothrombine.
 - L'atropine n'est pas administrée systématiquement parce qu'elle peut rendre plus visqueuses les sécrétions bronchiques.
- Les complications respiratoires :
 - pneumothorax,
 - encombrement trachéobronchique et surtout la
 - colonisation trachéale avec des bactéries hospitalières (mesures d'asepsie rigoureuses lors des aspirations trachéales).
- L'humidification des gaz inspirés et la kinésithérapie respiratoire postopératoire sont débutées le plus tôt possible.
- Chez l'adulte, les polypes nasaux sont retirés sous anesthésie locale lorsqu'ils sont peu nombreux ou sous anesthésie générale dans les autres cas.
 - **Fibrome nasopharyngé**
 - ✓ Tumeur bénigne très vascularisée (épistaxis++) du jeune garçon ou adolescent.
 - ✓ Risque hémorragique +++
 - **Tumeurs malignes des sinus**
 - ✓ Leur type histologique est très varié (sarcome, adénocarcinome chez les anciens menuisiers, mélanome...).
 - ✓ Risque hémorragique+++
 - ✓ Lorsque l'exérèse est importante, un lambeau libre (péroné ou omoplate) peut être monté pour combler la perte de substance.

Chirurgie de l'oreille

Pose de drain transtympanique

- Intervention fréquemment pratiquée en ambulatoire chez des enfants présentant des otites à répétition ou une surdité liée à une otite séreuse.
- Geste court (5 minutes) pratiqué sous microscope.

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

- L'anesthésie est induite et maintenue au masque par l'halothane.

Microchirurgie de l'oreille moyenne

- Ces interventions sont faites sous AG + intubation.
- Plus délicates sont les interventions fonctionnelles des séquelles d'otites chroniques : tympanoplastie, ossiculoplastie par prothèse, stapéctomie (ablation de l'étrier).
- Nécessitent l'immobilité du patient ainsi que l'exsanguinité du champ opératoire (intervention sous microscope).
- Évitez N₂O car augmentation des P^o dans l'oreille moyenne .

Neurinome de l'acoustique

- Il s'agit d'un neurofibrome bénin, pronostic excellent si exérèse t complète.
- Trois voies d'abord sont possibles : translabyrinthique, sous-occipitale et rétrosigmaïde.
- La paralysie faciale est la complication la plus fréquente

Sténoses sous-glottiques

- Chez l'adulte, les sténoses sous-glottiques sont fréquemment liées à une tumeur maligne de la trachée.
- Rares sont les tumeurs bénignes et les sténoses post-intubation .
- Chez l'enfant, il s'agit souvent de sténoses post-intubation ou post-trachéotomie.

Impératifs anesthésiques

- Éviter l'hypoxémie en n'utilisant pas le N₂O : induction en O₂ pur et maintien d'une fraction inspirée en oxygène (FiO₂) suffisamment élevée pour obtenir une SaO₂ > 95 % (en dehors de la chirurgie laser).
- Contrôler les sécrétions trachéales par l'administration systématique d'atropine et les aspirations trachéales.
- Se méfier des inhalations de liquide gastrique en réduisant la sécrétion gastrique en préopératoire et en évitant de ventiler le malade au masque (induction en ventilation spontanée).
- Assurer l'absence de mouvement pendant l'intervention, ce qui n'est pas toujours facile en ventilation spontanée.
- Assurer à tout moment une ventilation adéquate en gardant le malade en ventilation spontanée tant que les voies aériennes ne sont pas sécurisées (introduction du bronchoscope et évaluation de la sténose).
- Assurer un réveil rapide pour diagnostiquer le plus tôt possible des complications précoces : paralysie récurrentielle, laryngo- ou trachéomalacie associée.
- Assurer l'absence de mouvement pendant l'intervention, ce qui n'est pas toujours facile en ventilation spontanée.
- Assurer à tout moment une ventilation adéquate en gardant le malade en ventilation spontanée tant que les voies aériennes ne sont pas sécurisées (introduction du bronchoscope et évaluation de la sténose).
- Assurer un réveil rapide pour diagnostiquer le plus tôt possible des complications précoces : paralysie récurrentielle, laryngo- ou trachéomalacie associée.

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

Caractéristiques

générales de la CMF

- Chirurgie céphalique: pas d'accès à la tête → installation minutieuse et sûre
- Incidence élevée d'intubation difficile

Chirurgie fonctionnelle et orthodontique

- Chirurgie traumatologique
- Chirurgie carcinologique

Un problème en CMF:

Liberté des voies aériennes supérieures

Maintien de l'oxygénation:

- Préoxygénation systématique:
 - FeO₂ > 0,9
 - Durée 3 minutes
- Détection des facteurs prédictifs de ventilation difficile:
 - Patient obèse
 - Barbu, édenté
- Profondeur d'anesthésie

Intubation trachéale:

- Prédiction d'intubation difficile
- Intubation oro ou nasotrachéale
- Type de sonde
- Intubation sous fibroscopie

Prédiction d'intubation difficile:

- Incidence fréquente en CMF et ORL.
- Critères classiques, Mallampati, ouverture de bouche+++
- ATCD chirurgicaux, ATCD de radiothérapie
- ATCD d'intubation difficile

Si suspicion d'intubation difficile:

2 choix:

- Induction à séquence rapide: propofol et succinylcholine
- Intubation vigile sous fibroscopie

Intubation oro ou nasotrachéale:

- Dépendant du site opératoire: dès qu'il existe un geste endobuccal ou blocage intermaxillaire nécessaire, intubation nasotrachéale.
- CI à l'intubation nasotrachéale: tache vasculaire, thrombopénie, CI anatomique
- Si chirurgie nasale ou chirurgie plastique, intubation oro-trachéale

Type de sonde:

- Geste endobuccal: Sonde armée+++
- Intubation nasotrachéale:

- Sonde armée souple (traumatisme des cornets), Magill indispensable
- Sonde préformée

- Intubation orotrachéale: sonde armée plus rigide
- Diamètre adapté

Fibroscopie:

- Nécessité de maîtriser la technique en CMF et ORL, geste médical
- Indications très larges
- Vérifier le score de Cormack après intubation
- Intérêt de l'AL +++: Xylocaïne® 5% en spray, préparer de la Xylocaïne® 1% dans une seringue de 10ml pour complément d'AL de la glotte.
- Doit débiter 10 à 15 minutes avant geste
- Geste pratiqué vigile++++
- Éventuellement très légère sédation (morphinique à proscrire)
- Beaucoup plus simple à réaliser en nasotrachéale mais orotrachéale possible.
- Vérification de visu de la position de la sonde
- AG uniquement après certitude de la bonne position de la sonde.

Critères d'extubation:

- Patient réveillé+++
- Ablation du packing vérifiée
- Analgésie post-opératoire débutée

Complications post-opératoires à éviter:

- Œdème glottique
- NVPO
- Blocage intermaxillaire (pince Bebee)

Chirurgie fonctionnelle et orthodontique

- Terrain sain, patient ASA I ou II
- Inclus la chirurgie plastique
- Contre-indications très larges à l'anesthésie: prise de risque minimale.

Chirurgie dentaire:

- AL ou AG
- Sédation périlleuse: kyste radulaire, dents incluses
- Hospitalisation en ambulatoire
- Souvent AG de confort

Anesthésie-Réanimation en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo faciale

Jean-Louis Bourgain: Assistant d'anesthésie Ancien interne et ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris, service d'anesthésie de l'Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif cedex France 36-618-A-30 (1994) • © 1994 Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS - Tous droits réservés. EMC est une marque des Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS./ Dr Ch. ROCHE-TISSOT

BMS

AG pour chirurgie dentaire:

- Intubation nasotrachéale
- Packing
- Pas de curare
- Anesthésie de courte durée
- Facteur de risque de NVPO (ingestion post-op. de sang)

Analgesie post-opératoire:

- Injection d'AL dans la région opératoire
- Analgesie post-op. débutée précocément (AINS+++)
- Rarement titration morphine en SSPI

Chirurgie de l'articulation temporo-mandibulaire:

- Fréquence élevée des trismus d'origine articulaire
- Trismus peu accessible à l'anesthésie
- Indication très large de la fibroscopie
- Curares souvent nécessaire
- Extubation au réveil complet+++
- Articulation fragilisée en post-op.immédiate

Chirurgie traumatologique

- Sujet jeune
- Recherche d'éventuelles lésions neurochirurgicales associées
- Curarisation souvent nécessaire
- Contexte d'urgence, estomac plein, problème hémorragique
- 1er temps: Parage des plaies
- 2ème temps: Ostéosynthèse osseuse

Chirurgie carcinologique

- Terrain débilite: souvent alcoolo-tabagique, BPCO, sujet âgé (tares associées)
- Incidence élevée d'intubation difficile: intérêt des ATCD chirurgicaux
- Chirurgie délabrante, de longue durée: information au patient++

Indication idéale de l'AIVOC

- Curarisation continue souvent nécessaire (curage ganglionnaire cervical)
- Cas particulier de la BPTM: pertes sanguines pouvant atteindre 2l
- Stratégie transfusionnelles per et post-op.
- Prévoir réanimation post-op.

Conditionnement de base:

- Intubation nasotrachéale
- SNG
- Packing
- 2 VVP de bon calibre
- Sonde urinaire
- Couverture chauffante

Conditionnement Suivant le terrain:

- KT artériel
- Gastrostomie d'alimentation
- Trachéotomie

Réanimation post-op.:

- Analgesie post-op.: traditionnelle, systématique, PCA, ± ALR
- Nutrition: alimentation par SNG pour préserver les sutures endobuccales
- Prévention DT: hyperhydratation, vitaminothérapie

Conclusion:

Problème essentiel: prise en charge des voies aériennes

Problèmes associés: risques hémorragiques, douleur post-op.

Prise en charge

anesthésique:

la prise en charge anesthésique se caractérise par une phase pré-opératoire particulièrement minutieuse

Pré-opératoire:

- Consultation d'anesthésie: évaluation conditions d'intubation+++
- Préparation de la salle: sonde armée dès qu'il y a un geste endobuccal.
- Protection contre le saignement
- Choix des agents anesthésiques

Per-opératoire:

Conduite tout à fait usuelle

- Induction
- Entretien
- Analgesie

Post-opératoire:

Veiller à respecter les Conditions et critères de réveil rigoureusement