

## Endoscopies ORL

### GÉNÉRALITÉS :

- Si pathologie cancéreuse :
  - patients généralement alcoolo-tabagiques
- Buts de l'endoscopie :
  - **examiner** : ⇒ liberté des vois aériennes supérieures (VAS)
  - **biopsier** (risque de saignement et d'inhalation) : ⇒ protection de l'arbre trachéo-bronchique
  - **intervenir**
    - microchirurgie, chirurgie au laser : ⇒ immobilité des cordes vocales
    - ablation de corps étrangers
- Un problème : l'obstruction des VAS
  - en préop : faire le diagnostic (tumeur, œdème) ⇒ attention à la prémédication
  - en perop : la sonde d'intubation peut gêner le chirurgien ; sans sonde ⇒ risque d'inhalation
  - en postop : œdème, saignement, hypotonie muscles laryngés ⇒ risque de dyspnée aiguë
- Problèmes anesthésiques :
  - instabilité cardiovasculaire liée aux réflexes pharyngo-laryngés
  - arrêt brutal de la stimulation douloureuse en fin d'intervention
    - ⇒ Anesthésie profonde et rapidement réversible pour les gestes les plus longs
    - ⇒ Sédation au propofol en ventilation spontanée si le geste est très court

### PRÉOPÉRATOIRE :

- Consultation :
  - évaluation EG, cardiovasculaire et respiratoire, dénutrition, douleur préopératoire
  - recherche une éventuelle contre-indication
    - à une JVHF : emphysème, tuberculose pulmonaire, risque hémorragique important
    - à la ponction trachéale : trb de l'hémostase, T sous-glottique, séquelles radiothérapie
- Bilan :
  - en fonction de l'examen clinique et de la future intervention envisagée :
    - NFS, TP-TCA, BES, BH et Groupe + RAI
    - prévenir le patient d'une transfusion éventuelle
  - bilan d'extension (RP, écho hépatique, fibro œsogastrique) fait par les chirurgiens
- Prémédication :
  - classique + traitement habituel sauf CI

### PEROPÉRATOIRE :

- Durée :
  - bilan cancérologique ± biopsies : ½ h
  - laryngoscopie en suspension pour polype CV : ¾ h
- Installation :
  - tête toujours très en haut de la table, rond de tête, parfois billot sous les épaules
  - bras le long du corps, voie d'abord veineux, monitoring classique

(suite)

- Si JVHF : brancher et vérifier l'appareil avant l'induction
- Induction :
  - pas d'antibioprophylaxie
  - propofol à la SAP ou en mode AIVOC
  - rémifentanil après l'induction (dilution 50 µg/ml ; bolus 1 µg/kg en 30 s)
- Ventilation :
  - intercricothyroïdienne :
    - ponction par cathéter de Cook 13 G ou Leader-Cath® 14 G
    - AL de la trachée avec 4 à 5 ml de xylocaïne à 1 %
  - transglottique (si CI à l'intercricothyroïdienne) :
    - sonde d'oxygénothérapie ou d'aspiration pour intuber le patient (par voie nasale)
  - trachéotomie préexistante :
    - sonde de Montandon ou sonde armée par l'orifice ; ventilation classique O<sub>2</sub> / N<sub>2</sub>O
- Entretien :
  - FiO<sub>2</sub> 1 (sauf si laser) ; JVHF : f 150, I/E 30 %, pression de travail 3,5 bar
  - propofol mode AIVOC ou 10 mg/kg/h
  - rémifentanil à la SAP (doses usuelles : 0,10 à 0,25 µg/kg/min)
  - si toux ou patient inventilable : curarisation (Célocurine®)
  - Perfalgan® 1 g dès que possible ; prévention des NVPO selon protocole
- Réveil :
  - reprise de la ventilation spontanée et ablation du KT intercricothroïdien
  - si laryngospasme, vérifier la décurarisation

## **POSTOPÉRATOIRE** :

- Analgésie :
  - Perfalgan® 1 g ; relais le soir *per os* par paracétamol (± codéine ou dextropoxyphène)
  - si biopsies, prévoir titration morphine en SSPI puis relais SC en salle selon EVA
- Prévention du DT :
  - hyperhydratation + Tiapridal®, diazépam, Tranxène®... (QS)
- Alimentation : reprise le jour même
- Traitement habituel : reprise le jour même