

Chirurgie pour cancer laryngé

GÉNÉRALITÉS :

- 99 % des cas : carcinome épidermoïde
- Le tabac est le principal facteur de risque
- L'association tabac-alcool multiplie le risque : 96 % des patients sont alcoolo-tabagiques
- Le mauvais état bucco-dentaire est quasi constant
- Problèmes habituels :
 - abord trachéal, intubation difficile
 - intervention longue
 - risque de bradycardie lié à la stimulation des glomus carotidien
 - sevrage alcoolique
 - douleur postopératoire

PRÉOPÉRATOIRE :

➤ Consultation :

- évaluation EG, cardiovasculaire et respiratoire, dénutrition, douleur préopératoire
- recherche d'intubation difficile
- prévenir le patient d'une transfusion éventuelle
- information PCA morphine et éventuel séjour en SSPI la nuit suivant l'intervention

➤ Bilan :

- bilan d'extension (RP, écho hépatique, fibro œsogastrique) fait par les chirurgiens
- en fonction de l'examen clinique : NFS, TP-TCA, BES, BH, ECG et groupe Rh + RAI
- la veille de l'intervention : nouvelles RAI

➤ Prémédication :

- classique + traitement habituel sauf CI

PEROPÉRATOIRE :

➤ Durée :

- ½ h pour la trachéotomie
- + 1 h 30 à 2 h pour la laryngectomie (peu hémorragique)
- + 2 h par curage ganglionnaire
- + 1 h pour la fermeture, le changement de canule, le pansement

➤ Installation :

- tête toujours très en haut de la table, rond de tête, billot sous les épaules
- bras le long du corps, cale-pieds pour proclive
- voie d'abord veineux, monitoring classique, couverture chauffante, sonde d'alimentation
- si longue durée : matelas gel, sonde vésicale, sonde thermique
- si intervention lourde : PA sanglante, 2 voies veineuses, accélérateur-réchauffeur de sang

(suite)

➤ Induction :

- antibioprophylaxie : Augmentin® 2 g puis 1 g / 2h (ou QS si allergie)
- thiopental ou propofol selon durée prévue
- IOT après curarisation ou protocole intubation difficile
- si trachéo première, ventilation par sonde de Montandon ou par sonde armée ; ML possible
- faire coudre SNG

➤ Entretien :

- O₂ ± N₂O + halogéné (si BH correct) + morphinique en bolus
- en principe, pas de curare si curage ganglionnaire (dissection nerfs)
- si intervention longue : sufentanil et flunitrazépam en SAP
- remplissage adapté aux pertes sanguines ; contrôle régulier de l'hémoglobine
- la kétamine (un bolus de 0,15 mg/kg) améliore l'analgésie postopératoire

➤ Réveil :

- en fin d'intervention : mise en place d'une canule avec ballonnet et chemise interne (Shiley®)
- noter la couleur des fils repères de la trachéotomie sur la feuille d'anesthésie
- départ en SSPI sédaté et ventilé (réveil sur table si intervention de courte durée)

POSTOPÉRATOIRE :

➤ Analgésie :

- Perfalgan® 1 g x 4 ; relais par paracétamol ± codéine dans la SNG
- Acupan® 120 mg par 24 h à débit continu
- morphine : titration en SSPI puis PCA si patient coopérant ; sinon, administration en SC
- kétamine 0,1 mg/kg/h pour prévenir l'hyperalgésie

➤ Antibioprophylaxie :

- à continuer 48 h selon protocole

➤ Prévention du DT :

- hyperhydratation + Tiapridal®, diazépam, Tranxène®... (QS)

➤ HBPM :

- dose de risque élevé (le 1^{er} soir selon TP-TCA)

➤ Bilan :

- en SSPI :
 - RP pour contrôle de SNG et de trachéotomie + recherche de paralysie phrénique
 - si intervention hémorragique et longue : NFS, TP-TCA, BES, Ca-P-Mg et recherche de rhabdomyolyse (douleur, myoglobulinurie, CPK)
- idem à J1

➤ Alimentation : par la SNG uniquement

- Nutrison® par paliers progressifs : 500, 1000, 1500, 2000, voire 2500 kcal/j
- Nutrison® fibres ou Nutrison® hypercalorique possibles
- prévention de la constipation car morphiniques et trachéotomie

➤ Traitement habituel : reprise par la SNG