



Le traitement des cancers laryngés supraglottiques est en évolution permanente. Les cliniciens sont soucieux de préserver au mieux la fonction laryngée tout en assurant un contrôle tumoral optimal. Les options thérapeutiques offertes aux patients atteints d'une tumeur supraglottique limitée incluent des techniques de résection trans-orales endoscopiques ou sous microscope, une chimioradiothérapie, une laryngectomie supraglottique ou supracricôïdienne par voie externe.

La laryngectomie supraglottique fut introduite initialement aux USA il y a plus de 50 ans. Elle contrôle effectivement des cancers limités intéressant la partie supraglottique du larynx. La très grande majorité des patients opérés d'une laryngectomie supraglottique peuvent s'alimenter par voie orale 10-14 jours après l'intervention. Cependant, le risque de pneumopathie de déglutition est plus élevé chez les patients ayant une toux inefficace et une insuffisance respiratoire. Elle ne doit pas être indiquée en cas d'antécédents cardiorespiratoires car l'état respiratoire pourrait se décompenser lors d'épisodes de fausses routes.

Évaluation préopératoire du patient

Caractéristiques tumorales

Tous les patients avec un cancer laryngé supraglottique nécessitent un bilan soigneux qui inclut un bilan endoscopique et une imagerie. Les candidats idéaux sont les patients avec une tumeur limitée à l'étage supraglottique sans atteinte aryénoïdienne. Les métastases ganglionnaires cervicales sont fréquentes dans les cancers de la région supraglottique. Du fait que le larynx est en situation médio-cervicale, le risque métastatique ganglionnaire est bilatéral. De ce fait, le traitement par curage

ganglionnaire doit inclure les territoires II, III et IV pour tous les patients traités chirurgicalement. En cas de métastase ganglionnaire bilatérale ou volumineuse, la laryngectomie supraglottique peut être reconsidérée. C'est une contre-indication relative liée au statut ganglionnaire imposant une irradiation post-opératoire. Bien que la plupart des patients tolèrent assez bien la radiothérapie post-opératoire, les troubles de déglutition peuvent se prolonger et le risque de fausse route plus conséquent.

La résection tumorale peut être étendue depuis le repli ary-épiglottique jusqu'à la paroi interne du sinus piriforme, ces modifications permettant de réaliser une pharyngo-laryngectomie partielle. Les vallécules ou la base de la langue peuvent être réséquées, mais une extension à ces structures nécessite une résection linguale conséquente, qui peut compromettre les résultats fonctionnels. De plus, une extension basi-linguale nécessite presque toujours une irradiation post-opératoire, qui, une fois de plus, est mal tolérée après une laryngectomie supraglottique.

La **seule contre-indication absolue** à la laryngectomie supraglottique est l'extension vers le bas à l'espace paraglottique, car le plan de résection passant dans le fond des ventricules risque de laisser en place un reliquat tumoral. De même une extension vers les aryénoïdes est une contre-indication absolue. Dans ces cas, il existe d'autres alternatives thérapeutiques qui incluent une chimioradiothérapie ou une laryngectomie totale.

Caractéristiques liées au patient

L'état cardiorespiratoire du patient est un critère essentiel avant de confirmer l'indication de laryngectomie supraglottique.

que. Tous les patients nécessitent une trachéotomie temporaire permettant le contrôle de la fonction respiratoire et des aspirations trachéales. Cependant, en cas d'insuffisance respiratoire, une laryngectomie supraglottique est contre indiquée. Aucune recommandation n'existe concernant l'indication d'une spirométrie ou de gaz du sang. D'une façon générale, les patients ayant une capacité fonctionnelle respiratoire correcte permettant aisément de monter des étages peuvent être opérés d'une laryngectomie supraglottique. Ceux qui ne peuvent se déplacer sans dyspnée de devraient pas être opérés.

Les étapes de l'intervention

Elle est menée sous anesthésie générale. Une antibioprofylaxie est mise en route.

Le patient est installé en décubitus dorsal, la tête en extension, un billot sous les épaules. L'incision bimastoïdienne forme un lambeau cervical à charnière supérieure et passe devant le 2° ou 3° anneau trachéal (*Figure 1*). Il est disséqué à la face profonde du plathysma.

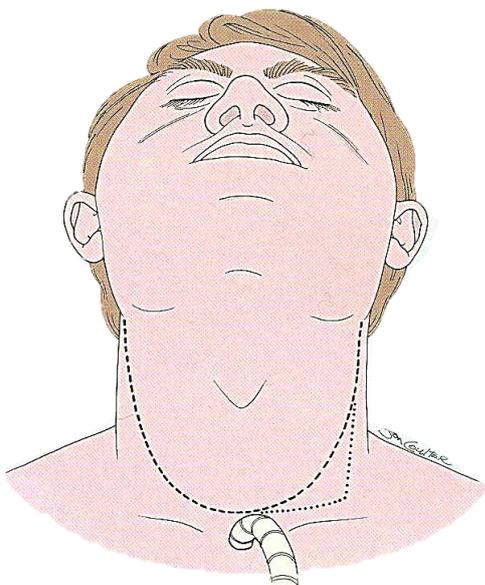


Figure 1: La laryngectomie supraglottique est réalisée à travers un lambeau à charnière supérieure. La partie inférieure

de l'incision doit être à distance de la clavicule pour éviter une ischémie cutanée.

Un évidement ganglionnaire bilatéral est effectué en premier lieu. Chez tous les patients. En l'absence d'adénopathie Clinique et radiologique, on réalise un évidement sélectif qui emporte l'environnement graisseux des ganglions avec l'aponévrose du muscle SCM des territoires II, III et IV. Il doit emporter aussi le territoire IIb retrospinal. La branche externe du nerf spinal, la veine jugulaire et le muscle SCM sont préservés.

Une trachéotomie est alors effectuée. Dans la plupart des cas, elle est réalisée par une ligature et une section de l'isthme thyroïdien.

Les **muscles sous-hyoïdiens** sont libérés de l'os hyoïde au bistouri électrique. Ils sont disséqués de l'os en haut. Les muscles sous-hyoïdiens sont réclinés vers le bas avec l'os hyoïde jusqu'à exposer le cartilage thyroïde.

Le périchondre externe du cartilage thyroïde est ruginé pour exposer le bord supérieur et les bords latéraux du cartilage pour le récliner vers le bas (*Figure 2*).

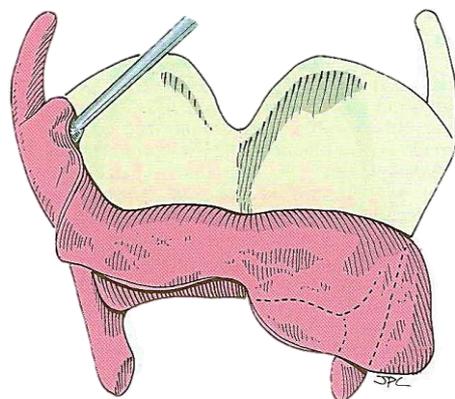


Figure 2: Le périchondre externe est incisé sur le bord supérieur du cartilage thyroïde puis libéré du cartilage pour être récliné vers le bas en respectant son intégrité

Le cartilage est alors sectionné horizontalement avec une scie oscillante (Figure 3), en ayant présent à l'esprit que la section devra passer dans le fond des ventricules (Figure 4). Ceci nécessite que le trait de section se situe au niveau du milieu du bord inférieur et de l'échancrure thyroïdienne. La section cartilagineuse peut épargner la grande corne du côté le moins atteint par la tumeur pour préserver l'insertion des constricteurs de ce côté.

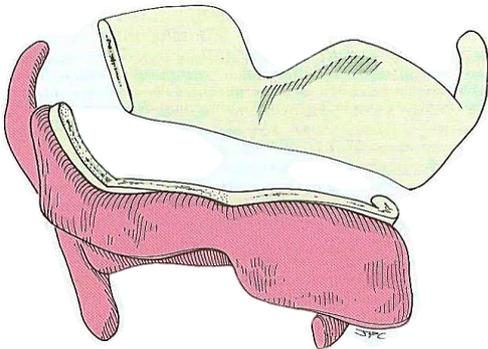


Figure 3: La section du cartilage est menée horizontalement à mi-chemin entre l'échancrure thyroïdienne et le bord inférieur du cartilage. IL inclut du côté atteint par la tumeur la grande corne. La grande corne peut être préservée du côté sain à l'appréciation du chirurgien

La pharyngotomie est faite à travers les vallécules si la tumeur est limitée à l'endolarynx. Ceci permet ensuite de faire la résection sous contrôle visuel direct.

La muqueuse est ensuite incisée le long des replis ary-épiglottiques qui sont ensuite sectionnés juste devant la face antérieure des aryténoïdes pour réséquer la totalité de l'épiglotte et les bandes ventriculaires. Les sections inférieures sont réalisées dans le fond des ventricules pour rejoindre le trait de section du cartilage (Figure 4).

La pièce opératoire est soigneusement examinée et des recoupes extemporanées réalisées pour confirmer la qualité de la résection (Figure 5).

On complète ensuite l'hémostase. Ceci peut être plus difficile dans le plan de la base de la langue où des sutures peuvent s'imposer.

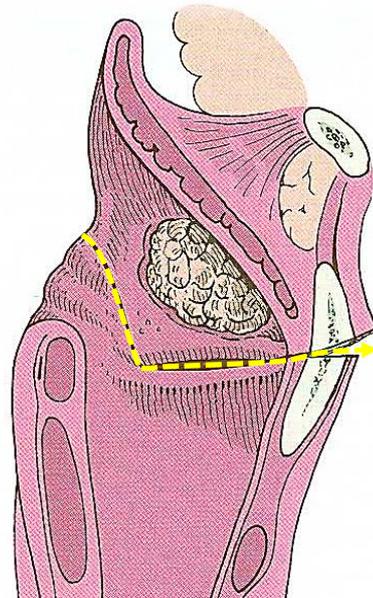


Figure 4: Les sections muqueuses sous contrôle visuel direct. En bas, le trait passe dans le fond des ventricules juste au-dessus des cordes vocales. En arrière, l'incision muqueuse passe devant la face antérieure des aryténoïdes sauf si l'extension tumorale nécessite une résection plus large

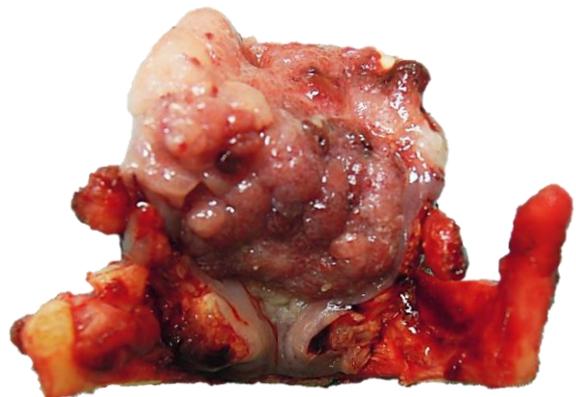


Figure 5: Pièce opératoire incluant l'épiglotte, l'os hyoïde, les bandes ventriculaires et la moitié supérieure du cartilage thyroïde

Une **sonde nasogastrique** est glissée avant le temps de fermeture.

La reconstruction débute en amarrant la base de langue à la région glottique en prenant soin que la base de langue recouvre le plan glottique pour limiter le risque de fausse route (*Figure 6*). Ceci nécessite que le tissu fibro-graisseux de la langue soit suturé directement au péri-chondre externe du cartilage thyroïde. En cas de traction trop importante, les sutures peuvent être faites directement à travers le cartilage thyroïde. Le 1^o plan de suture peut être renforcé en rapprochant les plans des muscles sus et sous-hyoïdiens. La fermeture latéralement est soigneusement contrôlée pour éviter une fistule à partir des sinus piriformes.

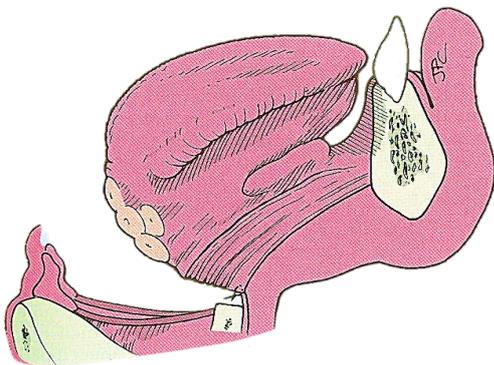


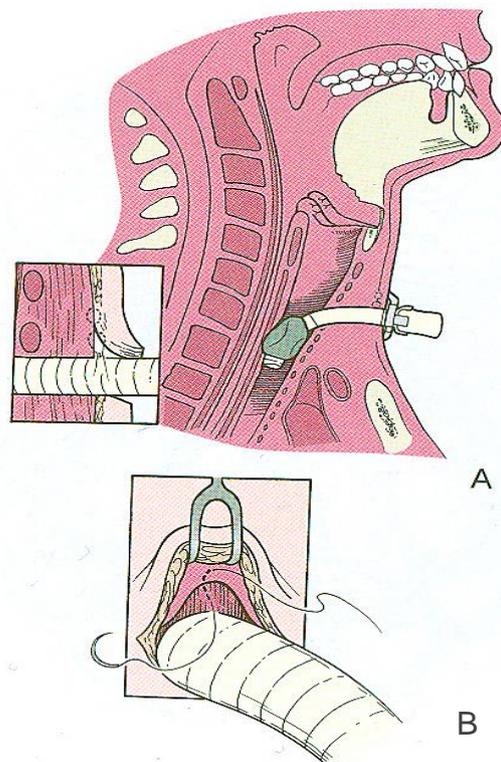
Figure 6: Le péri-chondre externe du cartilage thyroïde est suturé à la couche fibro-aponévrotique de la base de la langue. Ceci permet à la langue de recouvrir en arrière la glotte.

Après ce temps de fermeture, on place des **drains type Redon** de chaque côté et devant les sutures muqueuses.

Le **lambeau cutané cervical** est remplacé en prenant soin **d'isoler la région de la trachéotomie** des sites des curages ganglionnaires par des sutures (*Figures 7A & B*). Un échec d'étanchéité des sutures vis à vis des sites de curage peut conduire à une contamination par des sécrétions

trachéales et une surinfection du site opératoire.

La sonde d'intubation est retirée et remplacée par **une canule de trachéotomie**.



Figures 7A & B: A la fin de l'intervention, le site de la trachéotomie doit être isolé des sites de dissection des curages ganglionnaires.

Soins postopératoires

Il faut s'assurer du bon fonctionnement des drains. Les soins de trachéotomie doivent être suivis selon une procédure reconnue et mise en place de routine. Tous les patients doivent être précocement mobilisés.

La **décanulation** est effectuée quand la respiration est correcte avec une canule parlante clapet fermé et qu'il n'existe plus de fausses routes. Elle est habituellement décidée entre le 7^o et le 14^o jour post-opératoire. Sur un plan pratique, on dégonfle dans un 1^o temps le ballonnet de la

canule de façon temporaire chez un patient assis, puis définitive en l'absence de sécrétions témoignant de fausses routes. Ensuite, la canule à ballonnet est remplacée par une canule parlante (fenêtrée). Quand cette canule est tolérée autorisant une respiration aisée avec le clapet fermé entre 24 et 48h, le patient peut être décanulé.

La plupart des patients peuvent commencer à s'alimenter par **voie orale**, une fois l'orifice de trachéotomie refermé. L'introduction d'une alimentation orale avant la décanulation reste difficile dans la mesure où la trachéotomie rend la toux moins efficace, gêne la mobilisation du larynx et diminue la sensation proprioceptive laryngo-trachéale, pouvant faciliter des fausses routes.

Après la convalescence et la cicatrisation, après une laryngectomie supraglottique, les patients ont une voix remarquablement conservée et une alimentation diversifiée. Cependant, ces résultats fonctionnels peuvent être contrariés par **une radiothérapie post-opératoire**. La radiothérapie peut être responsable d'un lymphoedème, de stase salivaire, qui peut altérer la déglutition et la respiration. Des cas de syndrome d'apnée du sommeil après traitement ont été rapportés.

Une laryngectomie supraglottique peut être effectuée en rattrapage après **radiothérapie**. Cependant, la cicatrisation est plus lente, la reprise de la déglutition plus tardive, et une nécrose du cartilage thyroïde a pu être observée. Tous ces facteurs peuvent être prévenus et traités et les résultats fonctionnels sont bons chez des patients bien sélectionnés.

Auteur

Jonas T. Johnson, M.D.
The Dr Eugene N. Myers Professor and
Chairman
Department of Otolaryngology
Eye and Ear Institute
200 Lothrop Street
Suite 500, Pittsburgh, PA 15213
USA
johnsonjt@upmc.edu

Editeur

Johan Fagan MBChB, FCORL, MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

Traduction

Emile Reyt
Professor
Otolaryngology department
CHU Michallon BP 217
38043 Grenoble Cx9, France
emilereyt@gmail.com

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**
www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

