



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Utilisation de la thérapie par pression négative dans le traitement des fistules pharyngo-cutanées[☆]



E. Loaec^{a,*}, P.-Y. Vaillant^a, L. Bonne^a, R. Marianowski^b

^a Service ORL-CCF, hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, rue Colonel-Fontferrier, CC 41, 29241 Brest, France

^b Service d'ORL-CCF, hôpital Morvan, CHRU de Brest, 2, avenue Foch, 29609 Brest cedex, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Thérapie par pression négative
 Fistule pharyngo-cutanée
 Tumeurs de la tête et du cou
 Laryngectomie totale
 Laryngectomie partielle

RÉSUMÉ

Introduction. – La fistule pharyngo-cutanée est une complication connue de la chirurgie cervicale carcinologique. L'objectif de cette étude est de préciser l'intérêt de la thérapie par pression négative (TPN) dans le traitement de ces fistules. La TPN est utilisée dans de nombreuses spécialités mais peu décrite en ORL. Elle permet d'accélérer la cicatrisation, tout en étant un dispositif intéressant sur le plan économique.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique concernant 7 patients ayant présenté une fistule pharyngo-cutanée dans les suites d'une chirurgie pour carcinome épidermoïde entre janvier 2011 et avril 2013. Le traitement de ces fistules a été réalisé grâce à l'utilisation de la thérapie par pression négative (TPN).

Résultats. – Les sept patients étaient des hommes. L'âge moyen était de 65 ans et 9 mois. La durée moyenne du traitement était de 23 jours (de 11 à 42 jours). Deux patients présentaient des antécédents de radiothérapie pour un cancer pharyngo-laryngé. Le traitement par pression négative a permis d'obtenir la guérison de la fistule chez tous les patients, avec une tolérance satisfaisante. La durée moyenne de suivi était de 10 mois (6 mois à 2 ans).

Conclusion. – La thérapie par pression négative représente dans certaines situations une alternative thérapeutique pour la prise en charge des fistules pharyngo-cutanées compliquant les chirurgies carcinologiques cervico-faciales.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les troubles de la cicatrisation en chirurgie carcinologique cervico-faciale sont fréquents. Ils surviennent souvent chez des patients dénutris, ayant reçu une radiothérapie et/ou une chimiothérapie. La muqueuse pharyngo-laryngée et les tissus cervicaux présentent une trophicité altérée et subissent l'agression de la salive, voire celle d'un reflux gastro-œsophagien.

La fistule pharyngo-cutanée augmente la morbi-mortalité et prolonge l'hospitalisation. Elle se situe fréquemment à proximité du trachéostome, rendant sa gestion délicate et pouvant imposer une reprise chirurgicale. La thérapie par pression négative (TPN) se pose en alternative pour leur prise en charge.

L'utilisation de la TPN en pansement a été rapportée par Fleischmann et al., en 1993 [1], puis 1995 [2]. Puis de nombreuses

publications l'ont décrite pour le traitement des lésions sternales, sacrées, des membres supérieurs et inférieurs, des plaies du périmètre et de l'abdomen [3]. Peu d'articles rapportent son utilisation en chirurgie cervico-faciale. En 2006, Schuster et al., [4] publient le premier succès de cette thérapie sur une lésion complexe du visage. La même année, Andrews et al., [5] rapportent le traitement de blessures complexes de la tête et du cou, puis en 2008, ils montrent l'intérêt de la TPN dans le traitement de fistules pharyngo-cutanées chez 2 patients en 6 et 11 jours, respectivement [6]. En 2005, Rosenthal et al., [7] traitent également par la TPN des complications après chirurgie carcinologique cervico-faciale chez 23 patients dont 4 avec une fistule pharyngo-cutanée. La durée moyenne du traitement était de 6,25 jours pour ces 4 patients.

Dans notre étude, nous décrivons l'utilisation spécifique de la TPN dans le traitement des fistules pharyngo-cutanées survenant après une chirurgie d'un cancer pharyngo-laryngé ou de la cavité buccale et les résultats obtenus.

2. Patients et méthodes

Une étude rétrospective monocentrique a été réalisée de janvier 2011 à avril 2013 sur les patients du service d'ORL et de chirurgie

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2013.12.001>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emilye.loaec@gmail.com (E. Loaec).

Tableau 1
Dispositifs et fabricants de la thérapie par pression négative.

Nom du dispositif médical	Fabricants ou distributeurs
ATMOS SO 41	ATMOS Médical, France
Engenex	Boehringer, Phoenix, États-Unis
Exsudex	Synergy Healthcare plc, Swindon, Royaume-Uni
VAC therapy	KCI, San Antonio, États-Unis
RENASYS	Smith & Nephew, Londres, Royaume-Uni
Venturi	Talley, Romsey, Royaume-Uni
WOUND assist	HNE Medical, Limonest, France

VAC : *vacuum-assisted closure*.

cervico-faciale de notre établissement ayant présenté une fistule pharyngo-cutanée suite à une laryngectomie partielle, totale ou à une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire, et pour lesquels la thérapie par pression négative a été utilisée.

Les données épidémiologiques étaient recueillies dans le dossier médical. La fistule pharyngo-cutanée était définie par une fuite de salive au niveau cervical. En cas de doute, elle pouvait être objectivée par le test au bleu de méthylène. Aucun patient n'a bénéficié en parallèle d'une oxygénothérapie hyperbare.

L'évolution de la plaie était évaluée à chaque changement de pansement, soit toutes les 48 à 72 h, jusqu'à cicatrisation. Le pansement était refait systématiquement par le chirurgien ou l'interne au lit du malade. Le pansement était conservé jusqu'à guérison de la fistule (absence d'écoulement visible lors de la réfection du pansement ± test au bleu de méthylène). La suite de la prise en charge consistait en une cicatrisation dirigée.

Plusieurs sociétés proposent actuellement le dispositif de TPN, notamment en France : RENASYS, *vacuum assisted closure therapy* (VAC) et WOUND ASSIT (Tableau 1). Dans notre étude, nous utilisons le système RENASYS de Smith et Nephew, en mode continu, avec des pressions allant de -100 à -125 mmHg. En effet, le mode est variable, avec une pression continue ou intermittente, ainsi que la puissance qui va de 25 à 200 mmHg. Les fistules salivaires nécessitent une pression relativement élevée pour obtenir un joint occlusif [7].

Sept patients ayant présenté une fistule salivaire en post-opératoire entre janvier 2011 et avril 2013 ont été inclus dans notre étude. Cette série est composée sept hommes. La moyenne d'âge est de 65 ans et 9 mois.

Les interventions réalisées ont été une laryngectomie totale, une pharyngo-laryngectomie totale circulaire, deux laryngectomies partielles, une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire et deux laryngectomies totales de rattrapage. Seuls ces deux derniers patients avaient des antécédents de radiothérapie externe pour un premier carcinome ORL. Un seul patient était diabétique insulinodépendant.

3. Résultats

Sept patients ont été inclus dans notre étude. Le pansement était bien toléré par tous les patients lors des changements mais aussi au long cours. La durée moyenne du pansement par TPN était de 23 jours, avec un maximum de 42 jours et un minimum de 11 jours. Tous les pansements par TPN ont permis la guérison de la fistule.

La durée moyenne de suivi était de 10 mois avec un maximum de 2 ans et un minimum de 6 mois. Une récurrence précoce a été constatée à une semaine, avec une fistule à faible débit de résolution simple en cinq jours sans utilisation de TPN.

Le patient 1 âgé de 77 ans a été traité par laryngectomie totale et évidemment jugulo-carotidien bilatéral pour un carcinome épidermoïde du larynx T3N2aM0. Le patient a présenté une pneumopathie à j3 post-opératoire imposant une hospitalisation en



Fig. 1. Mise en place d'un corps gras dans les plis cutanés.

réanimation de 5 jours et entraînant une altération de l'état général.

À j15, une fuite salivaire cervicale a été constatée à proximité du trachéostome. Compte tenu de l'état général, une chirurgie n'a pas été retenue. L'utilisation de la TPN a été décidée. Sept jours après le début du traitement par TPN, des difficultés pour obtenir un pansement étanche sont survenues du fait de la proximité avec le trachéostome et des plis cutanés. Grâce à l'utilisation de tulle gras qui était aspiré dans les zones de fuite, le pansement a pu être étanche (Fig. 1). Après 18 jours de TPN, la fistule était tarie. La cicatrisation dirigée avec méchage par alginate a été poursuivie 7 jours jusqu'à l'obtention d'une cicatrisation cutanée complète. Le suivi à 2 ans confirmait l'absence de récurrence de la fistule.

Le patient 2 âgé de 72 ans, éthylo-tabagique, a été opéré d'une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire avec évidemment jugulo-carotidien fonctionnel homolatéral pour un carcinome épidermoïde de l'oropharynx droit classé T3N2bM0. À j6 post-opératoire, on observait une désunion précoce de la cicatrice avec fuite salivaire. Une reprise chirurgicale a été décidée pour parage et fermeture avec mise en place d'un lambeau musculo-cutané de grand pectoral droit.

À j7, le patient a présenté une cellulite cervicale traitée médicalement entraînant l'apparition d'une nouvelle fistule pharyngo-cutanée.

La TPN a été installée à j12 post-opératoire, pendant 18 jours. À j26, on constatait également des fuites d'air liées à la conformation de la plaie et à la proximité du trachéostome. Ce problème a été contourné par l'utilisation de tulle gras.

À j30, la fistule était fermée et la TPN stoppée. La cicatrisation complète était obtenue à j40. Le contrôle clinique à 10 mois ne retrouvait pas de récurrence de fistule.

Le patient 3, âgé de 57 ans, diabétique, insulinodépendant aux antécédents de carcinome épidermoïde du larynx traité par radiothérapie (65 Gy) dix ans auparavant, a présenté un carcinome laryngé classé T3N0M0. Une laryngectomie totale de rattrapage a été proposée. L'évolution initiale a été satisfaisante, sans problème de cicatrisation malgré des difficultés d'équilibrage du diabète.

À j30, le patient a présenté un tableau infectieux brutal avec un abcès cervical responsable d'une désunion cervicale avec fistule pharyngo-cutanée droite à proximité directe du trachéostome. Une tentative de fermeture directe par suture muqueuse sous anesthésie générale a été inefficace. À j39, un lambeau musculo-cutané de grand pectoral gauche a été réalisé. Compte tenu de l'altération des tissus, il a été décidé de fermer en mettant en place la TPN en per-opératoire. L'intérêt était de diriger la fistule à distance du trachéostome afin de simplifier la réfection des pansements ultérieurs.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104897>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104897>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)