



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



## NOTE TECHNIQUE

# La labioglossopexie<sup>☆</sup>

P. Fayoux<sup>a,\*</sup>, G. Hosana<sup>a</sup>, N.-X. Bonne<sup>a</sup>, R. Nicollas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale pédiatrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, avenue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale pédiatrique, hôpital La Timone-Enfants, CHU de Marseille, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

### MOTS CLÉS

Technique chirurgicale ;  
Labioglossopexie ;  
Glossoptose ;  
Pierre Robin

## Introduction

La labioglossopexie est une intervention chirurgicale qui permet de lever l'obstruction respiratoire liée à la glossoptose, quelle qu'en soit l'origine, y compris en dehors des triades de Pierre Robin. Son principe repose sur la protraction de la langue vers l'avant, en suturant sa pointe sur la lèvre inférieure. La protraction de la langue réduit la verticalisation de la base de langue et son contact avec la paroi pharyngée, à l'origine de l'obstruction supraglottique des voies respiratoires. Bien que de multiples modifications techniques aient été apportées depuis sa description par Beverly Douglas [1], le concept technique reste inchangé [2].

## Indication

La labioglossopexie ne traite que l'obstruction pharyngée associée à la glossoptose. Elle est proposée en cas d'obstruction respiratoire sévère, soit en première intention, soit après échec ou difficulté de sevrage d'autres techniques telles que la ventilation non invasive ou l'intubation nasopharyngée. Avant de retenir son indication, il est donc essentiel d'examiner l'ensemble de la filière respiratoire. Il s'agit ainsi d'éliminer une lésion laryngotrachéale associée qui pourrait être cause d'échec thérapeutique ou justifier d'un geste associé à la pexie. Cette évaluation, généralement réalisée par fibroscopie laryngotrachéale, permet en outre d'évaluer les difficultés d'intubation potentielle.

L'enregistrement polysomnographique préopératoire est le moyen idéal pour objectiver et quantifier l'obstruction puis son retentissement. Cette évaluation initiale permet en outre de mesurer le bénéfice obtenu lors du bilan postopératoire. Elle n'est toutefois pas réalisable lorsque la détresse respiratoire nécessite une assistance ventilatoire.

La labioglossopexie est contre-indiquée en cas de troubles centraux avec risque d'inhalation chronique, ou

DOI de l'article original :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2012.07.006>.

☆ 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 : [pierre.fayoux@chru-lille.fr](mailto:pierre.fayoux@chru-lille.fr) (P. Fayoux).

de malformations laryngotrachéales qui ne pourraient pas bénéficier d'un geste concomitant. La littérature ne rapporte pas de facteurs prédictifs d'échec qui permettraient d'adapter les indications. La présence de malformations associées ou de formes syndromiques ne semble pas corrélée à un taux d'échec plus élevé [3,4].

## Intubation

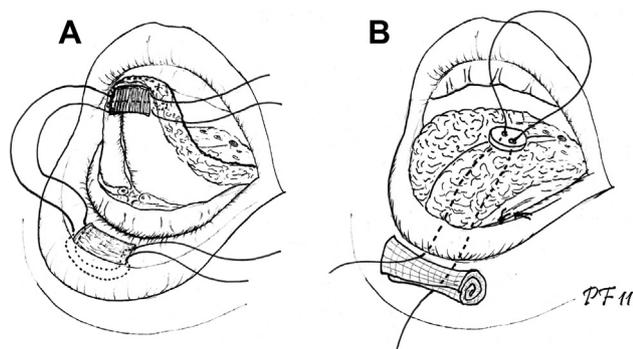
L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. L'intubation peut être difficile, notamment en cas de rétromandibulie associée, avec une glotte parfois très « antérieure ». Il est donc impératif d'anticiper ces difficultés. Il faut ainsi adapter le matériel et la technique soit en utilisant une vidéolaryngoscopie, soit une intubation vigile au fibroscope.

## Installation

Une fois l'enfant intubé, il est installé en décubitus dorsal. La région faciale est surélevée par un billot placé sous les épaules et un rond de tête maintient l'hyperextension cervicale.

## Confection des lambeaux

L'intervention débute par la confection des zones cruentées sur la face ventrale de langue et sur la face postérieure de la lèvre inférieure. Ces zones mesurent généralement 1 cm de long et 1 à 1,5 cm de large. La muqueuse et la sous-muqueuse sont réséquées, la dissection étant réalisée sur le plan musculaire. La position des zones cruentées est calculée pour que la pointe de langue atteigne la limite intrabuccale antérieure (Fig. 1A et 2). Certains auteurs proposent de conserver les lambeaux de muqueuse en les



**Figure 1** Schématisation de la technique chirurgicale. A. Les lambeaux de muqueuse labiale et linguale ont été réséqués, sur une largeur d'au moins 1 cm. Les fils de pexie sont passés successivement, prenant largement le muscle labial et lingual afin de réduire le risque de lâchage. Le serrage de la pexie est réalisé en débutant par le point inférieur afin de contrôler au mieux la congruence entre les structures linguales et labiales. B. Une fois la pexie réalisée, sa contention est assurée par un point transfixiant le menton et la langue en passant au-dessus de la mandibule. Ce point est bloqué sur un bouton au niveau de la face dorsale de la langue et serré sur un bourdonnet gras au niveau du menton.



**Figure 2** Vue peropératoire des résections muqueuses. Les zones cruentées sont réalisées sur la face ventrale de langue et sur la face postérieure de la lèvre inférieure, de forme rectangulaire mesurant généralement 1 cm de long et 1 à 1,5 cm de large.

suturant entre eux [5]. Dans notre expérience, le maintien des lambeaux muqueux n'apporte pas de bénéfice évident et nous préférons les réséquer ce qui simplifie le geste.

## Pexie

Avant de confectionner la pexie, il faut vérifier que la protraction linguale est suffisante pour une suture sans tension. En effet, dans certains cas d'ankyloglossie, une section du frein de langue peut être nécessaire. Dans les formes plus sévères, une section des muscles génioglosses [6] ou une désinsertion du plancher antérieur pourra faciliter la mobilisation linguale. Cette désinsertion du plancher peut aussi être obtenue par une incision de 5 mm sous la symphyse mandibulaire. Le décollement sous-périoste de la sangle musculaire sera alors plus aisé que par voie endobuccale notamment en cas de rétromandibulie sévère.

La pexie est réalisée par deux points transversaux. Le fil utilisé est d'assez gros calibre (Vicryl 00) afin d'éviter la section des fibres musculaire. Les points sont positionnés en profondeur, jusqu'en sous-cutané au niveau de la lèvre, afin d'obtenir une résistance suffisante à la traction. Sur la langue, les points ne doivent pas être trop latéralisés car il faut éviter une lésion des extrémités distales du XII et du pédicule lingual. Cette lésion ischémiant retarderait la cicatrisation et favoriserait l'échec de la suture (Fig. 3).

## Point de contention

Afin de réduire la traction sur la pexie durant la phase de cicatrisation, un point de contention est placé entre le menton et la langue. Sur la langue en arrière, ce fil est passé à travers un bouton de mercerie ou un tube de silicone. Cette astuce évite au fil de transfixier la muqueuse et la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105175>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105175>

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