

# Traitement des fuites sur prothèse phonatoire

## Résultats préliminaires

T. Solans, J.-C. Merol, A. Chays, M. Labrousse

Service d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Robert Debré avenue du General Koenig C.H.U. Reims 51092 Reims cedex.

Tirés à part : T. Solans, adresse ci-dessus.

E-mail : tsolans@chu-reims.fr

Reçu le 8 juin 2004. Accepté le 9 mai 2005.

### Treatment of Voice Prosthesis Leakage. Preliminary Results

T. Solans, J.C. Merol, A. Chays, M. Labrousse

*Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2005 ; 122, 4 : 202-205*

Numerous voice prostheses have been developed since the early eighties. The device, located in the tracheo-esophageal wall, can generate local complications. The most frequent and the hardest to treat is peri-prosthetic salivary leakage.

**Objective :** To present a new management scheme for peri-prosthetic salivary leakage by BIOPLASTIQUE® injection.

**Patients and method :** Five patients, with residual peri-prosthetic salivary leakage after different treatments were managed by peri-prosthetic injection of BIOPLASTIQUE®, a medical silicone elastomere. The injection was performed under general anesthesia in four points around the prosthesis: above, below, left and right.

**Results :** Leakage disappeared after one or two injections in all patients. No technical problem was encountered.

**Conclusion :** Although this method still has to pass the test of time, our preliminary results are encouraging. Such a procedure could be performed under local anesthesia in order to minimize its cost.

**Key words:** Tracheo-oesophageal fistula, prostheses and implants, treatment complications.

### Traitement des fuites sur prothèse phonatoire. Résultats préliminaires

Depuis les années quatre-vingts, de nombreuses prothèses phonatoires ont été mises au point. La seule présence de l'implant au sein du mur trachéo-œsophagien entraîne des complications locales inévitables.

La complication la plus fréquente et la plus difficile à traiter est la fuite salivaire péri-prothétique.

**Objectif :** Présenter une nouvelle technique de prise en charge des incontinences salivaires péri-prothétiques par injection de BIOPLASTIQUE®.

**Patients et méthode :** Cinq patients, consultant fréquemment pour des problèmes de fuites péri-prothétiques traitées de façon diverses, ont bénéficié d'une injection de BIO-PLASTIQUE®.

Le BIOPLASTIQUE® est un élastomère de silicone médical.

L'injection se réalise au bloc opératoire, sous anesthésie générale aux quatre points cardinaux autour de la prothèse laissée en place.

**Résultats :** Aucun problème technique ni aucune récurrence de fuite péri-prothétique ne sont à rapporter.

**Conclusion :** Le recul est insuffisant mais les résultats préliminaires sont encourageants.

La réalisation de l'injection sous anesthésie locale permettrait de diminuer fortement les coûts liés à la technique.

**Mots-clés :** Fistule trachéo-œsophagienne, implants et prothèses, traitement des complications.

### INTRODUCTION

Depuis l'apparition de la prothèse de Blom et Singer en 1980, de nombreuses prothèses phonatoires ont été évaluées et utilisées pour la réhabilitation de la communication orale des patients traités par une laryngectomie totale [1].

Depuis 1994, dans le service, nous utilisons exclusivement la prothèse PROVOX® avec des résultats satisfaisants sur le plan fonctionnel : 115 prothèses ont été implantées entre 1994 et 2003 et 5 patients seulement en ont demandé l'ablation définitive.

L'apparition de cette nouvelle méthode de réhabilitation vocale a entraîné une augmentation du nombre des consultations pour prise en charge des complications locales liées à la présence de l'implant [2, 3].

Parmi celles-ci, la fuite salivaire péri-prothétique par élargissement de la fistule trachéo-œsophagienne est non seulement la complication la plus fréquente, mais est aussi particulièrement difficile à traiter de façon définitive.

De nombreux traitements ont été proposés avec un succès relatif : le changement simple de prothèse [4, 5], la réalisation d'une bourse péri-prothétique au fil résorbable, la mise au repos de l'œsophage par mise en place d'une sonde naso-gastrique [4, 5], la calibration de la fistule par une sonde gastrique mise en place directement au sein de la ponction [4, 5], l'injection péri-prothétique de graisse autologue ou de collagène [6-8].

Quelle que soit la méthode employée, le délai d'efficacité (période comprise entre deux épisodes de fuite péri-prothétique) oscille entre quelques jours et quatorze mois [4, 5], la durée moyenne étant de huit mois.

Le BIOPLASTIQUE® étant utilisé dans la médialisation des cordes vocales avec de bons résultats stables dans le temps et sans complication majeure [9, 10], il nous est apparu intéressant de pratiquer l'injection de BIOPLASTIQUE® en péri-prothétique pour diminuer le calibre de la fistule et tarir ainsi la fuite.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le BIOPLASTIQUE®, fabriqué et commercialisé par le laboratoire Medtronic™, est un élastomère de silicone médical conditionné dans une seringue adaptable sur un pistolet injecteur autoclavable (*fig. 1*).

Les patients sont hospitalisés le matin même de l'intervention, l'équipe médicale et paramédicale s'assure qu'il n'existe pas de contre-indication à l'anesthésie générale.

L'injection de BIOPLASTIQUE® s'effectue sous anesthésie générale au bloc opératoire.

L'intubation à l'aide d'une canule de Montandon n'est pas nécessaire car le geste peut se faire en ventilation spontanée.

Le patient est installé en décubitus dorsal, la tête légèrement en hyperextension afin de bien exposer le trachéostome et la prothèse phonatoire.

Le Kit d'injection comprend (*fig. 2*) :

- une seringue de lubrifiant,
- une seringue contenant le BIOPLASTIQUE® adaptable sur le pistolet injecteur,
- une aiguille d'injection à usage unique.



Figure 1 : Pistolet injecteur.



Figure 2 : Matériel pour injection de BIOPLASTIQUE®.

Après avoir lubrifié l'aiguille, la seringue de BIOPLASTIQUE® est positionnée sur le pistolet injecteur et l'aiguille vissée sur celui-ci.

L'injection se fait en quatre points cardinaux : midi, trois, six et neuf heures (*fig. 3 et 4*).

Pendant l'injection, la prothèse est laissée en place.

Si celle-ci n'est plus fonctionnelle, elle est remplacée ultérieurement en consultation, au moins une semaine après l'injection.

L'aiguille ponctionne la muqueuse trachéale postérieure afin de pouvoir injecter dans l'espace virtuel inter-trachéo-œsophagien.

L'opérateur actionne le pistolet injecteur en contrôlant en temps réel la diminution de calibre de la fistule trachéo-œsophagienne dont les berges viennent buter contre la prothèse.

Il n'est pas nécessaire de sur-compenser puisque le silicone est un matériel inerte qui n'est pas soumis à une résorption.

Le geste effectué, il n'est pas nécessaire de réaliser des soins post-opératoires particuliers mais il est recommandé aux patients de ne pas utiliser leur prothèse pendant vingt-quatre heures afin de ne pas soumettre la région à des contraintes mécaniques trop précocement.

L'alimentation peut être reprise le soir même sans restriction particulière.

Les patients sont hospitalisés pendant vingt-quatre heures afin de vérifier l'absence de réaction allergique ou d'irritation locale liées à la présence de l'élastomère de silicone. Ces réactions ont déjà été décrites lors de l'utilisation du silicone dans d'autres indications [11] mais pas en ORL.

Les patients quittent le service après la nuit de surveillance et sont systématiquement revus en consultation un mois après.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9361472>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9361472>

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