

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



CURAGE CERVICAL SELECTIF

Johan Fagan

Le curage ganglionnaire cervical sélectif (CCS) comprend l'ablation des ganglions lymphatiques de certains niveaux ganglionnaires cervicaux. Elle est généralement effectuée sous forme de curage ganglionnaire cervical sélectif (CCS), en l'absence de métastases cervicales à l'examen clinique, lorsque le risque de métastases ganglionnaires cervicales occultes est estimé à plus de 15-20%, ou pour un nombre de métastases ganglionnaires très limité. Il peut être techniquement plus exigeant qu'un curage ganglionnaire cervical modifié (CCM) en raison d'une exposition plus faible et nécessite une bonne connaissance de l'anatomie en trois dimensions du cou.

Niveaux ganglionnaires

Le cou est classiquement divisé en 6 niveaux ; Le niveau VII se trouve dans le médiastin supérieur (*Figure 1*).

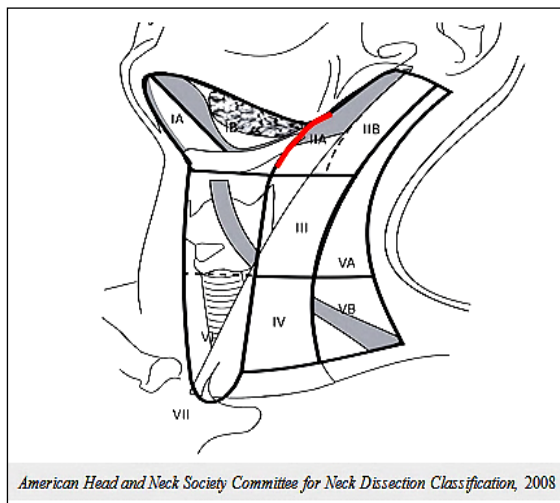


Figure 1 : Classification des niveaux ganglionnaires cervicaux (Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 134: 536–8)

Le niveau I est situé entre, en haut, le corps de la mandibule, en arrière, le muscle stylohyoïdien, en avant, le ventre antérieur du

muscle digastrique controlatéral. Dans la nouvelle classification (*Figure 1*), le bord postérieur de la glande submandibulaire représente la limite entre les niveaux I et II, limite, clairement identifiée à l'échographie, à la tomomodensitométrie ou à l'IRM. Le niveau I est subdivisé en niveau Ia, (triangle sous-mental) situé entre les ventres antérieurs des muscles digastriques et l'os hyoïde, et niveau Ib (triangle sous-maxillaire).

Le niveau II s'étend entre la base du crâne et l'os hyoïde. Le bord postérieur du muscle sternocléidomastoïdien constitue sa limite postérieure. La limite antérieure est le muscle stylohyoïdien (bord postérieur de la glande sous-maxillaire dans la nouvelle classification). Le nerf accessoire (XI) traverse le niveau II obliquement et le subdivise en niveau IIa (en avant du XI) et niveau IIb (en arrière du XI).

Le niveau III est situé entre l'os hyoïde et le bord inférieur du cartilage cricoïde. Sa limite antérieure est le muscle sternohyoïdien et le bord postérieur du muscle sternocléidomastoïdien constitue sa limite postérieure.

Le niveau IV est situé entre le bord inférieur du cartilage cricoïde et la clavicle. La limite antérieure est le muscle sternohyoïdien, et la limite postérieure est le bord postérieur du muscle sternocléidomastoïdien.

Le niveau V est situé entre, en avant, le bord postérieur du muscle sternocléidomastoïdien et, en arrière, le muscle trapèze. Il s'étend de la pointe mastoïdienne à la clavicle et est subdivisé par une ligne horizontale passant par le bord inférieur du cartilage cricoïde en niveau Va, supérieur, et en niveau Vb, inférieur.

Le niveau VI est le compartiment antérieur ou central du cou. Il est limité latéralement

par les artères carotides, en haut, par l'os hyoïde et, en bas, par l'échancrure sternale.

Classification des curages ganglionnaires

Les curages ganglionnaires cervicaux sont classés en fonction des niveaux ganglionnaires qui sont résectionnés (Figures 1, 2).

Les curages cervicaux sélectifs : Les CCS, fréquemment réalisés, sont représentés dans la Figure 2 et comprennent les CCS latéral, postérolatéral, supra-omohyoïdien, antérolatéral et central.

Le curage cervical latéral (niveaux II-IV) est réalisé pour les cancers de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx; **Le curage postérolatéral** (niveaux II-V) est réalisé pour les cancers cutanés situés en arrière de l'oreille; **Le curage supra omohyoïdien** (niveaux I-III) est réalisé en cas de cancers de la cavité buccale autres que les cancers de la langue mobile et du plancher de bouche pour lesquels **un curage antérolatéral** (niveaux I-IV) est réalisé de manière à emporter les "skip metastases" situées dans le niveau IV. Le curage cervical central qui emporte le niveau VI est indiqué en cas de cancer de la thyroïde (Figure 1).

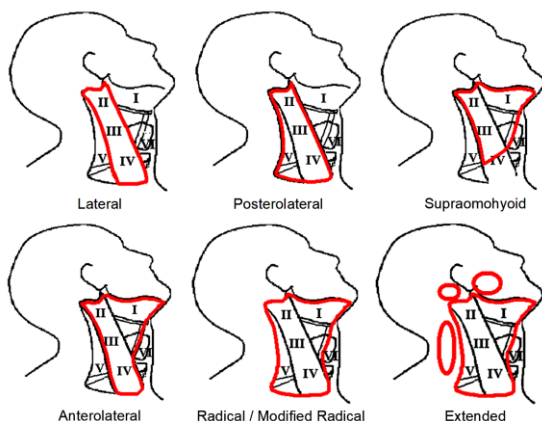


Figure 2 : les principaux curages cervicaux

Le curage ganglionnaire cervical complet ou thérapeutique comporte la résection des niveaux I-V et peut être un curage cervical radical (CCR) ou radical modifié (CCM).

Le CCR comprend la résection du muscle sternocléidomastoïdien (SCM), du nerf accessoire (XI) et de la veine jugulaire interne (VJI). Le CCM préserve le SCM et/ou le XI et/ou la VJI.

Le curage ganglionnaire cervical étendu comprend la résection de ganglions supplémentaires (parotidiens, occipitaux, niveau VI, médiastinaux, rétro-pharyngés) ou de structures non lymphatiques (peau, muscle, nerf, vaisseaux sanguins, etc.) qui ne sont généralement pas inclus dans un curage ganglionnaire cervical complet.

Il a été proposé de décrire et de classer les curages cervicaux de manière plus logique et plus précise en nommant les structures et les niveaux ganglionnaires résectionnés. (Ferlito A, Robbins KT, Shah JP, et al. Proposal for a rational classification of neck dissections. *Head Neck* 2011 Mar; 33(3): 445-50)

Curage cervical sélectif

Anesthésie, position et champage

L'intervention est faite sous anesthésie générale, sans curares pour certains auteurs pour pouvoir provoquer une contraction musculaire lors d'une stimulation mécanique ou électrique du rameau mandibulaire du VII, du grand hypoglosse (XII) et du nerf accessoire, permettant de localiser et de préserver ces nerfs. Il s'agit d'une intervention aseptique et les antibiotiques ne sont donc pas utiles à moins que les voies aérodigestives supérieures ne soient ouvertes. La transfusion sanguine est rarement nécessaire si l'intervention est réalisée par un chirurgien expérimenté.

Le patient est placé en décubitus dorsal, le cou en extension idéalement avec un billot sous les épaules et la tête tournée du côté opposé au chirurgien. Le drapage chirurgical doit permettre de surveiller le mouvement de la lèvre inférieure en cas de stimu-

lation du Rameau mandibulaire du VII et doit permettre, en bas, d'accéder à la clavicule, en arrière, au muscle trapèze, en haut, à l'extrémité du lobe de l'oreille et, en avant, à la ligne médiane du cou. Les champs opératoires sont collés ou suturés à la peau.

Incisions et lambeaux

Si nécessaire, les incisions doivent prendre en compte, l'accès permettant de réséquer la tumeur primitive, des facteurs esthétiques et la vascularisation des lambeaux cutanés. En cas de curage cervical sélectif, l'incision cutanée transversale est plus bas située qu'en cas de curage cervical radical modifié afin d'éviter une incision cutanée verticale et de faciliter la dissection des niveaux III et IV (Figure 3). L'incision cutanée transversale peut être étendue du côté opposé en cas de curage cervical sélectif bilatéral, ou peut être étendue vers le haut et inciser la lèvre inférieure sur la ligne médiane pour accéder à la cavité buccale, ou dans la région pré auriculaire pour une parotidectomie (Figure 3). La figure 4 illustre l'incision dite du bâton hockey. L'incision du bâton de hockey peut être prolongée dans un pli cutané pré-auriculaire et est particulièrement utile pour la dissection postérolatérale et une parotidectomie associée. Des précautions doivent être prises chez les patients qui ont déjà été irradiés car la partie postéro inférieure du lambeau a un apport sanguin ténu et peut se nécroser et nécessiter une cicatrisation dirigée en post opératoire. La laryngectomie totale avec dissection cervicale latérale est accessible par une large incision en U ou "tablier" (Figure 5).

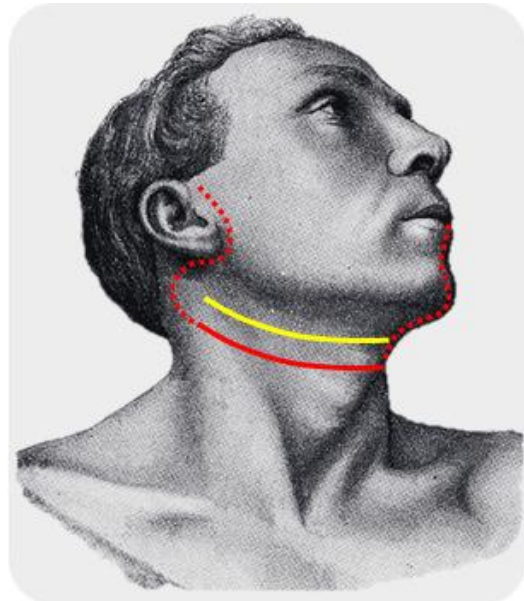


Figure 3 : Incision pour un CCS (Rouge) comparée à un CCM (jaune) ; les lignes en pointillé indiquent les extensions des incisions pour une parotidectomie ou l'exérèse d'une tumeur de la cavité orale

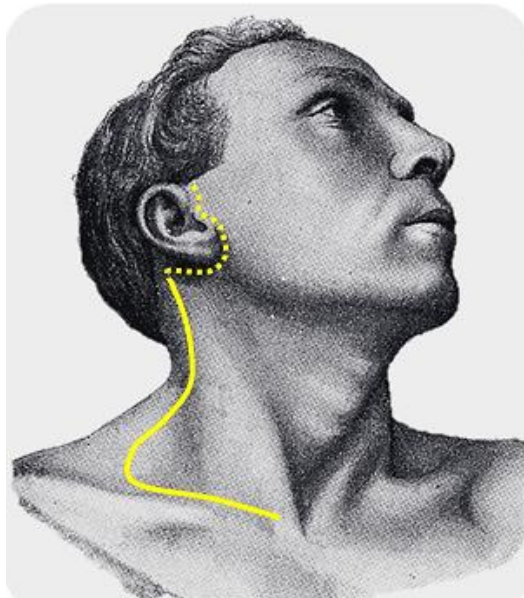


Figure 4 : Incision en crosse de Hockey en cas de curage cervical sélectif postérolatéral combiné à une parotidectomie



Figure 5 : Incision en U ou “ tablier”

Curage cervical sélectif supra-omohyoïdien : les différents temps opératoires

La description détaillée étape par étape du curage ganglionnaire cervical qui suit est celle d'un curage supra omohyoïdien du côté droit (niveaux I à III). Pour un curage latéral, le niveau I n'est pas réséqué et il convient d'étendre vers le bas la résection ganglionnaire, au-delà du niveau du muscle omohyoïdien, soit en le rétractant vers le haut, soit en le sectionnant, pour y accéder.

Exposition initiale

L'abord cervical est fait grâce à une incision horizontale placée dans un pli cutané juste en dessous du niveau de l'os hyoïde. L'incision est faite à travers la peau, la graisse sous-cutanée et le muscle platysma. La veine jugulaire externe et le nerf grand auriculaire qui recouvre le muscle SCM sont disséqués (Figure 6).

Ensuite, le lambeau cutané supérieur est disséqué vers le haut en passant dans le plan sous-platysmal jusqu'à ce que la glande sous-maxillaire soit identifiée. Le chirurgien peut utiliser soit un bistouri électrique, soit un scalpel pour disséquer ce lambeau permettant d'exposer le cou, en avant, jusqu'au muscle omohyoïdien (dont le bord

postérieur correspond à la limite antérieure des dissections cervicales supra omohyoïdiennes ou antérolatérales) et, en bas, la face externe du muscle SCM presque jusqu'à la clavicule. Lors de cette étape de la dissection, il faut veiller à ne pas blesser la veine jugulaire externe qui se trouve sur la face latérale du muscle SCM.

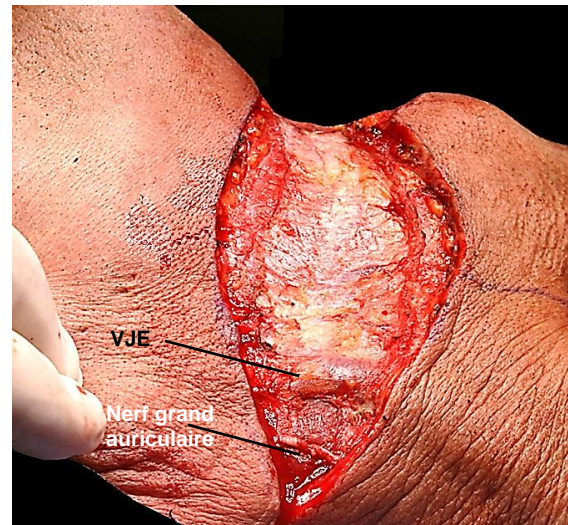


Figure 6 : Vue des berges du muscle platysma sectionné, ainsi que de la veine jugulaire externe et du nerf grand auriculaire recouvrant le muscle SCM

Les étapes ultérieures recommandées pour réaliser un curage supra omohyoïdien sont illustrées dans la Figure 7.

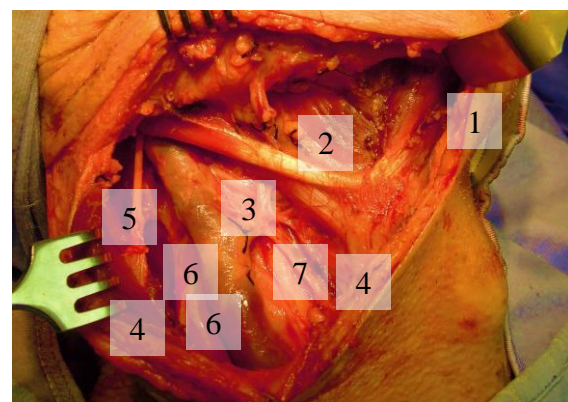


Figure 7 : Étapes chirurgicales recommandées pour le curage ganglionnaire cervical supra omohyoïdien

Étape 1 (Figure 7)

Le chirurgien *résèque la graisse et les ganglions lymphatiques du triangle sous-mental (niveau Ia)*. La peau est refoulée vers le haut grâce à un écarteur placé dans le plan sous-platysmal jusqu'au ventre antérieur du muscle digastrique opposé, permettant d'exposer les veines jugulaires antérieures. Le contenu du triangle sous-mental est réséqué avec un bistouri électrique jusqu'à l'os hyoïde. Le plan profond de dissection est le muscle mylo hyoïdien (Figures 8, 9).

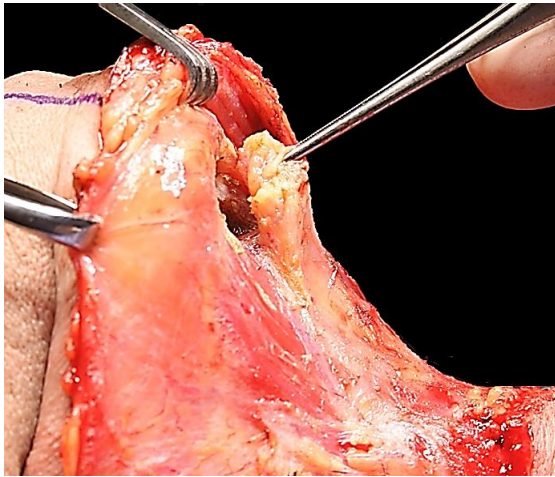


Figure 8 : Resection du triangle sous mental

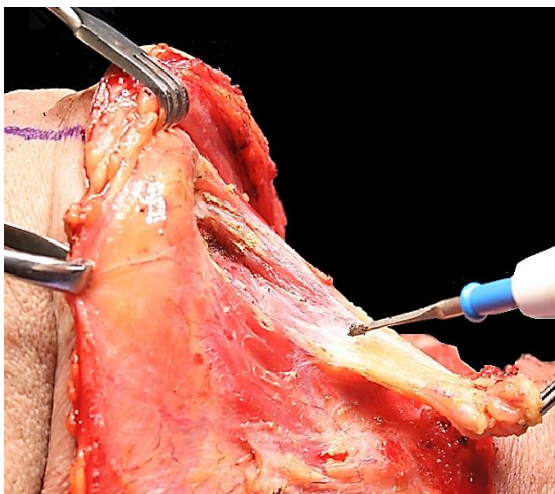


Figure 9 : Séparation du triangle sous mental du muscle mylo hyoïdien

Étape 2 (Figure 7)

Le chirurgien *dissèque ensuite le niveau Ib du cou*. Le fascia (capsule) recouvrant la glande submandibulaire est incisé à mi-hauteur de la glande et est disséqué de la glande vers le haut dans le plan sous-capsulaire pour éviter les lésions de la branche marginale du nerf facial (Figure 10). En utilisant cette technique, la branche marginale du nerf facial n'a pas besoin d'être identifiée systématiquement ; cependant, l'aide opératoire surveille les contractions de la lèvre inférieure car cela indique que la dissection a lieu à proximité du nerf. La branche marginale du nerf facial croise l'artère et la veine faciale (Figure 11). L'artère et la veine faciales sont identifiées en utilisant des ciseaux à bouts ronds et une pince coagulante fine (Figure 11).

L'étape suivante concerne *le tissu adipeux et ganglionnaire situés en avant, entre le ventre antérieur des muscles digastriques et le muscle mylo-hyoïdien* (Figure 11).

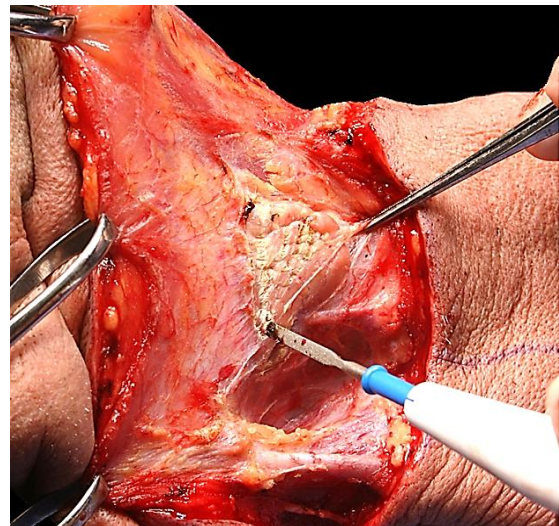


Figure 10 : Incision de la capsule de la glande submandibulaire

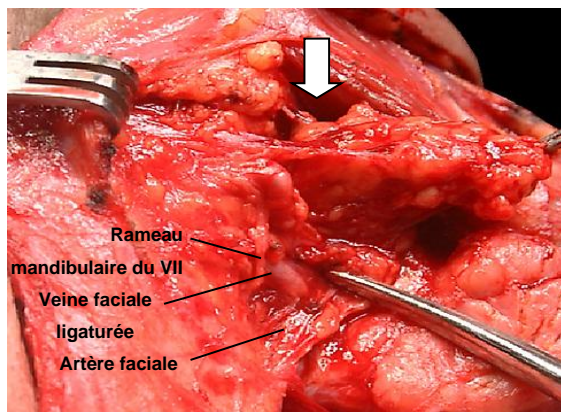


Figure 11 : La glande submandibulaire a été disséquée dans un plan sous-capsulaire ; la branche marginale du nerf facial croise l'artère et la veine faciale ; La graisse et les ganglions sont libérés de l'espace inter digastrique en les glissant sous le ventre antérieur du muscle digastrique (flèche blanche)

Ces ganglions sont particulièrement importants à réséquer en cas de cancer du plancher de bouche antérieur. Pour réséquer ces ganglions, on écarte le ventre antérieur des muscles digastriques et on détache le tissu adipeux et ganglionnaire du muscle mylohyoïdien situé en profondeur avec un bistouri électrique. (Figures 12, 13).

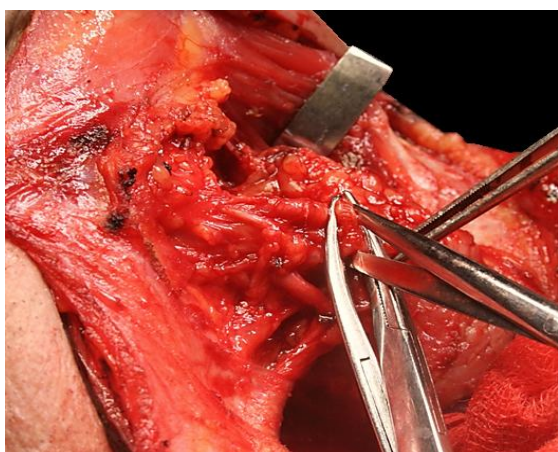


Figure 12 : Dissection des vaisseaux faciaux sous la branche marginale du nerf facial

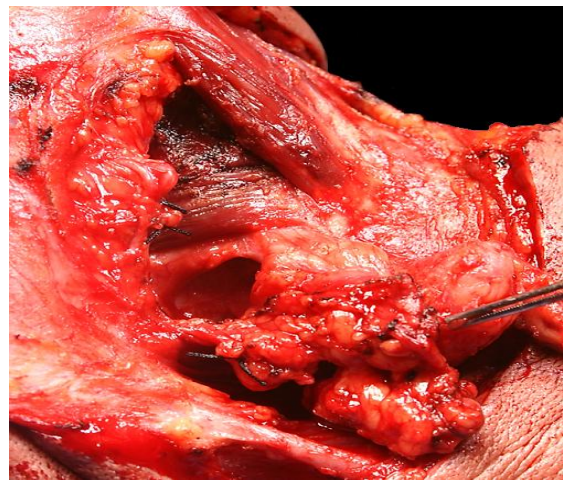


Figure 13 : La branche marginale du nerf facial est visible au-dessus des vaisseaux faciaux ; la glande est rétractée vers le bas ; le muscle mylohyoïdien est largement exposé

Mise à part le nerf mylohyoïdien et les vaisseaux qui pénètrent le muscle qui doivent être coagulés ou ligaturés, il n'y a pas de structures nobles jusqu'à ce que la dissection atteigne le bord postérieur du muscle mylohyoïdien.

L'étape suivante concerne **la région de l'artère et de la veine faciale**. Le chirurgien recherche par la palpation des ganglions autour des vaisseaux. En cas de ganglions présents, ils sont disséqués en utilisant une pince coagulante fine en prenant garde de ne pas léser le rameau marginal du nerf facial.

L'artère et la veine faciale sont ensuite ligaturées au contact de la glande submandibulaire de façon à ne pas léser le rameau marginal du nerf facial (Figure 12). Cela permet de libérer la partie supérieure de la glande qui peut ensuite être libérée de la mandibule (Figure 13).

Ensuite, le chirurgien aborde le nerf lingual, le canal submandibulaire et le XII. Le muscle mylohyoïdien est écarté en avant avec un écarteur à angle droit. Le plan de dissection situé entre le fascia de la face profonde

la glande submandibulaire et le fascia recouvrant le XII est ouvert avec un doigt en prenant soin de ne pas déchirer les veines à paroi mince accompagnant le XII. Le XII est ainsi visible sur le plancher du triangle sous-maxillaire (Figure 14). Une traction de la glande vers le bas met en évidence le nerf lingual et le canal submandibulaire (Figure 14).

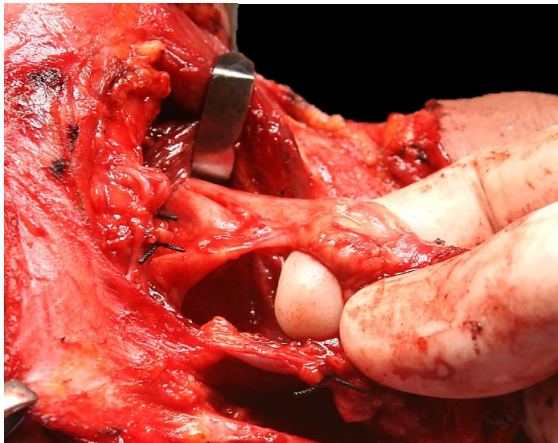


Figure 14 : La dissection au doigt libère la glande submandibulaire et son canal et expose le nerf lingual. Le tronc de l'artère faciale est visible sous le pouce, et le XII est visible derrière l'index

Le canal submandibulaire est séparé du nerf lingual, disséqué et ligaturé (Figures 15, 16). Le ganglion submandibulaire, accolé au nerf lingual est disséqué et les branches du nerf lingual à destination glandulaire sont mises sur pince en prenant garde de ne pas léser le nerf lingual (Figure 16).

L'artère faciale est disséquée et ligaturée juste au-dessus du bord supérieur du ventre postérieur du muscle digastrique.

Remarque : il existe une variante chirurgicale de la technique décrite ci-dessus, qui consiste à préserver l'artère faciale en disséquant et ligaturant les 1 à 5 petites branches à destination glandulaire et l'artère sous-mentale.

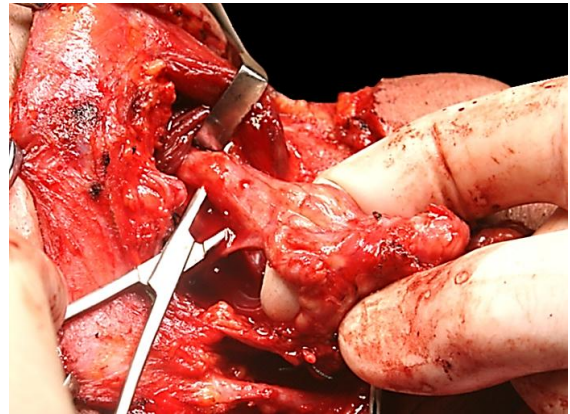


Figure 15 : Le canal submandibulaire

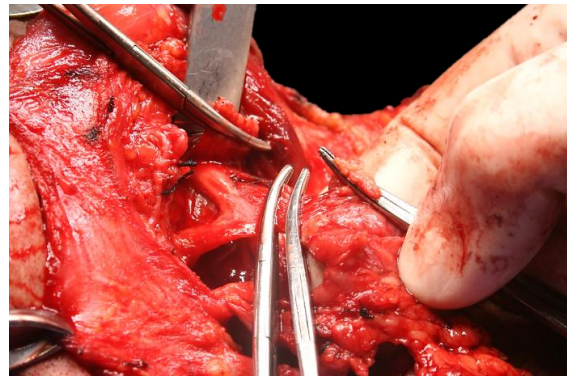


Figure 16 : Séparation des ganglions submandibulaires du nerf lingual

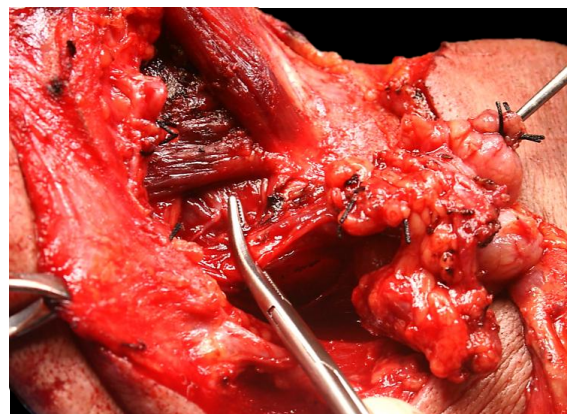


Figure 17 : Mise sur pince de l'artère faciale juste au dessus du bord supérieur du ventre postérieur du muscle digastrique

Ce geste est généralement simple à faire, il réduit le risque de blessure du rameau marginal du VII et permet de réaliser un lambeau de buccinateur vascularisé par l'artère faciale ou FAMM (Figure 18).

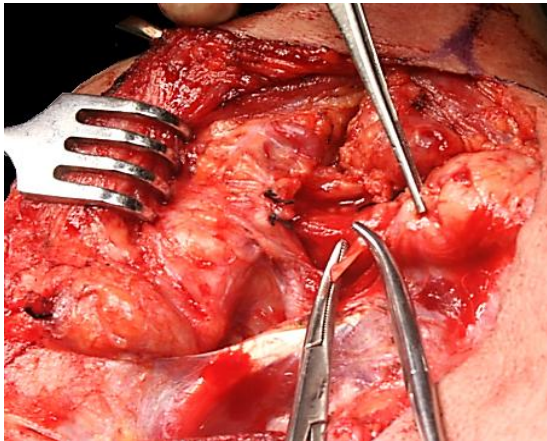


Figure 18 : L'artère faciale a été conservée ; une branche est disséquée

Étape 3 (Figure 7)

Cette étape consiste à **identifier le XII dans le niveau IIa et à le disséquer vers l'arrière jusqu'à la veine jugulaire interne (VJI).**

Disséquer la veine jugulaire externe (Figure 19). Il s'agit d'une étape importante en cas de curage cervical sélectif car elle améliore l'accès aux niveaux IIa et IIb. Le **nerf grand auriculaire est préservé.**

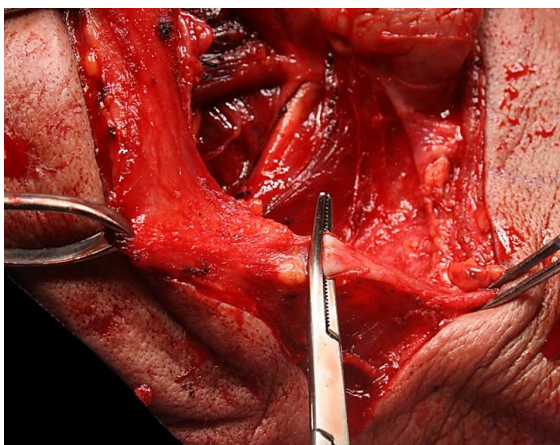


Figure 19 : Dissection de la veine jugulaire externe

Disséquer le fascia le long de la face latérale du ventre postérieur du digastrique (Figure 20). Cette étape est essentielle pour faciliter l'exposition ultérieure des VJI et du XI.

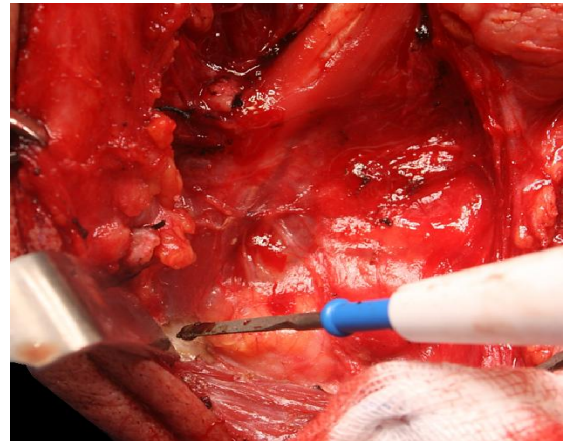


Figure 20 : Dissection de tout le trajet du ventre postérieur du muscle digastrique

Exposer le ventre postérieur du digastrique sur toute sa longueur, en prenant soin de ne pas s'égarer au-dessus du muscle car cela pourrait mettre en péril le nerf facial. Aucune structure significative ne croise le ventre postérieur autre que la veine faciale.

Ensuite, **identifier le XII** sous la grande corne de l'os hyoïde dans sa portion antérieure à l'endroit où il croise l'artère carotide externe. Il est généralement plus superficiel que ce que l'on imagine et est situé juste en profondeur des veines qui croisent le nerf.

Disséquer délicatement le long du nerf dans une direction postérieure et libérer toutes les veines qui croisent le nerf pour exposer toute la longueur du XII (Figure 21).

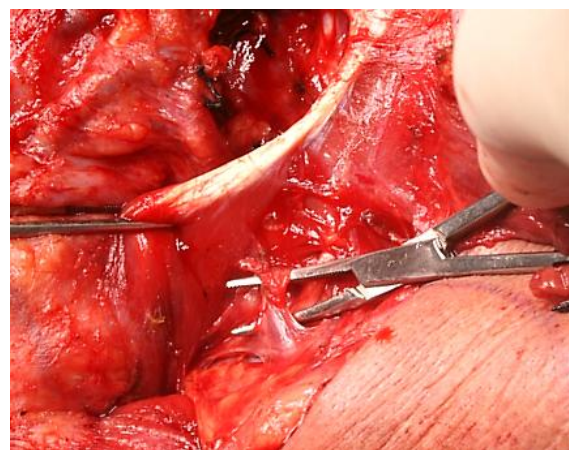


Figure 21 : Dissection des veines qui croisent le XII

Dans la zone où le nerf se situe au-delà du bord postérieur de l'artère carotide externe, **identifier la branche de l'artère occipitale qui vascularise le SCM**, qui "fixe" le XII (Figure 22).

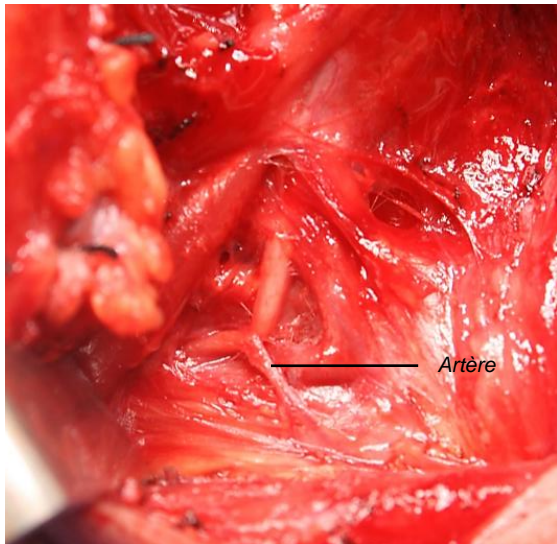


Figure 22 : Branche de l'artère occipitale qui "fixe" le XII

La ligature de cette artère libère le XII (Figure 23). Le nerf se décale ensuite vers le haut, le long de la face antérieure de la VJI ce qui permet au chirurgien d'accéder directement à la VJI (Figure 23).

À l'aide de ciseaux à disséquer ou d'une pince coagulante permettant de séparer le tissu adipeux en arrière de la VJI dans le niveau II, le chirurgien identifie ensuite le XI qui peut se situer latéralement (communément), en dedans (rarement) ou au travers (très rarement) la VJI. Le nerf est souvent localisé grâce aux mouvements de l'épaule dus à la stimulation mécanique du nerf (Figure 23).

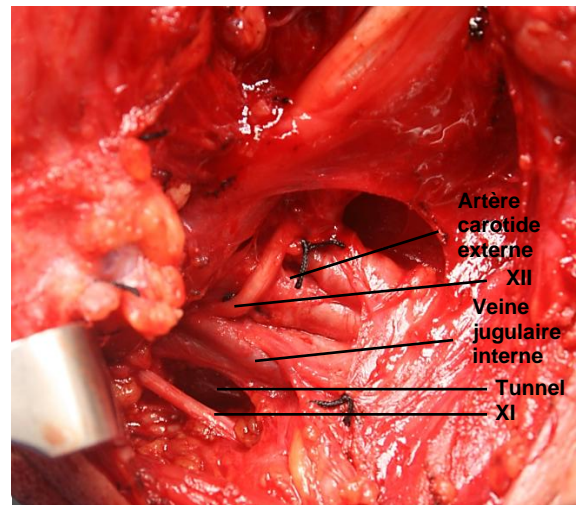


Figure 23 : La ligature de la branche de l'artère occipitale qui vascularise le SCM libère le XII ce qui permet d'accéder directement à la VJI. Identifier le XI et le tunnel créé par la dissection en arrière de la VJI

Étape 4 (Figure 7)

Disséquer avec un scalpel ou un bistouri électrique le long du muscle omohyoïdien et détacher le tissu adipeux dans les parties antérieures des niveaux II et III des muscles infra-hyoïdiens, en arrière, vers l'axe carotidien. Ouvrir l'aponévrose le long du bord antérieur du SCM à l'aide d'un bistouri électrique ou d'un scalpel (Figure 24). Cela expose les structures situées en dessous du SCM, c-à-d le reste des niveaux II et III et la face latérale du muscle omohyoïdien lorsqu'il croise la veine jugulaire interne.

Certains petits vaisseaux qui pénètrent dans le muscle sont exposés et cautérisés. La dissection est poursuivie en arrière le long de la face profonde du muscle dans un plan sous aponévrotique jusqu'au bord postérieur du SCM.



Figure 24 : Disséquer le long du bord antérieur du muscle sternocléidomastoïdien, dans un plan sous aponévrotique en prenant garde de ne pas blesser le XI lorsqu'il pénètre dans le muscle

Étape 5 (Figure 7)

L'attention est maintenant portée sur la dissection du niveau Iib qui est situé en arrière de la VJI et en profondeur du SCM. Les opinions divergent quant à savoir si le niveau Iib (postérieur au XI) doit être systématiquement disséqué afin de minimiser les traumatismes du XI.

La partie supérieure du SCM est rétractée en arrière, pour exposer le niveau Iib. Avec une pince coagulante, créer un tunnel immédiatement en arrière de la VJI jusqu'aux muscles prévertébraux (Figure 23). Cette manœuvre facilite la dissection ultérieure du niveau Iib en délimitant clairement la paroi postérieure de la VJI.

Le processus transverse de la vertèbre C1 peut être palpé immédiatement en arrière du XI et de la VJI et sert de point de repère supplémentaire pour la position de ces structures dans les cas chirurgicaux difficiles.

Afin de réséquer le niveau Iib, identifier le XI, le disséquer de manière atraumatique de la graisse environnante jusqu'à sa pénétration dans le SCM (Figure 23, 25-27).

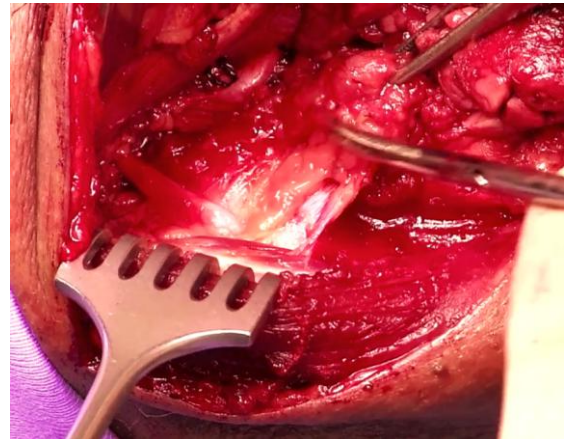


Figure 25 : libérer le XI de la graisse environnante

À l'aide d'un scalpel (en raison de la proximité de XI), ou d'une pince coagulante, **procéder à la libération du niveau Iib** en commençant par sa partie postéro-supérieure, l'aide opératoire tractant le tissu adipeux en avant. L'artère occipitale passe au sommet du niveau Iib ; ses branches peuvent nécessiter une cautérisation si elles sont sectionnées lors de la dissection de la partie supérieure du niveau Iib. En profondeur, disséquer la graisse au contact des muscles profonds du cou qui sont obliques en bas en arrière. Une fois que la graisse du niveau Iib a été complètement libérée des muscles sous-jacents, elle peut être glissée en avant, en passant sous le XI (Figure 26, 27).

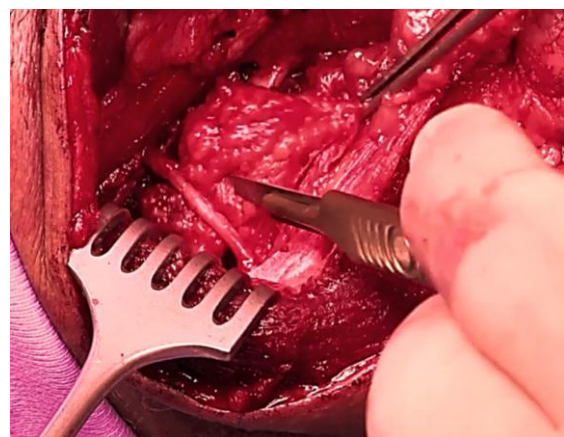


Figure 26 : La graisse du niveau IIB et glissée en avant, en passant sous le XI

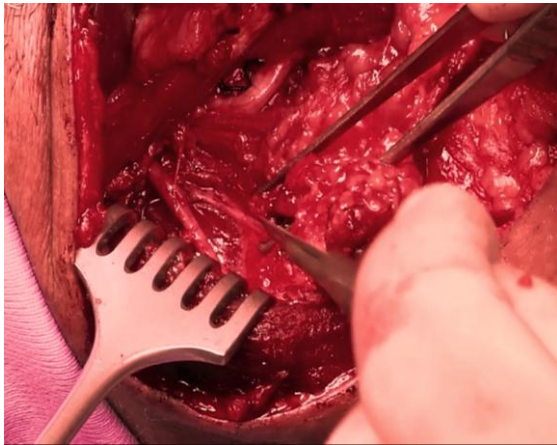


Figure 27 : Graisse du niveau IIb positionnée en avant du XI

Étape 6 (Figure 7)

Pour réséquer les niveaux II et III, étendre l'incision le long du bord postérieur de la face profonde du SCM, vers le bas, au travers du tissu adipeux du niveau III. Avec le(s) aides(s) opératoire(s) écartant le SCM en arrière et la graisse des niveaux II et III, en avant, grâce à des écarteurs munis de griffes, disséquer le tissu adipeux des niveaux II et III d'arrière en avant.

Le plan de dissection en profondeur est le plan musculaire situé entre *les branches du plexus cervical profond qui doivent être identifiées et préservées* (Figure 28).

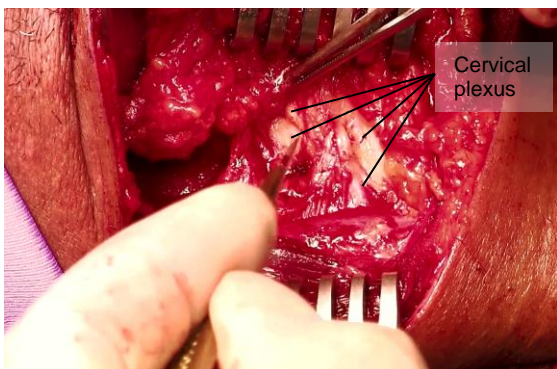


Figure 28 : Dissection d'arrière en avant des niveaux II et III préservant le plexus cervical profond

Le nerf phrénique et le plexus brachial ne sont pas visibles dans cette dissection, mais

peuvent être exposés si le niveau IV est disséqué. Poursuivre la *dissection d'arrière en avant* à l'aide d'un scalpel ou de ciseaux jusqu'à ce que l'anse cervicale et la gaine contenant les artères carotides commune et interne, le X et la VJI, soient exposés (Figure 29).

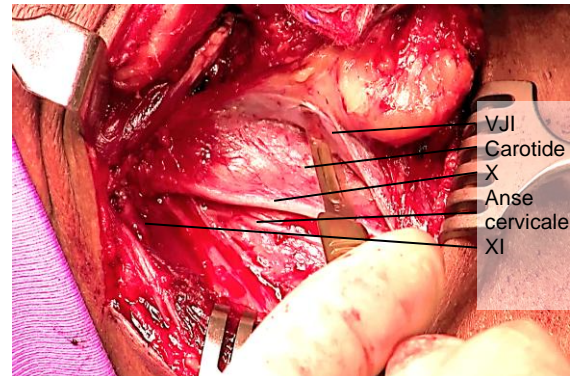


Figure 29 : VJI (Veine jugulaire interne), Carotide (artère carotide commune)

La gaine carotidienne est incisée sur toute la longueur du trajet du nerf vague et le tissu cellulo-ganglionnaire du curage est séparé de la VJI tout en disséquant à l'intérieur de la gaine carotidienne. L'anse cervicale qui se situe en profondeur ou en superficie de la VJI, peut être préservée (Figures 29 et 30).



Figure 30 : Dissection antérieure montrant la branche descendante du XII, composante de l'anse cervicale

Étape 7 (Figure 7)

Continuer à disséquer la graisse et les lymphatiques au contact de la face antérieure de la VJI jusqu'à atteindre l'artère carotide

commune. Disséquer et ligaturer les branches de la VIIJ avec un fil de soie (*Figure 31*).



Figure 31 : Dissection et ligature des branches de la VIIJ

En bas, le tissu adipeux à la jonction des niveaux III et IV est divisé au niveau du muscle omohyoïdien (dissection cervicale supraomohyoïdienne). Identifier et préserver l'artère thyroïdienne supérieure au niveau de son émergence de l'artère carotide externe (*Figure 32*).

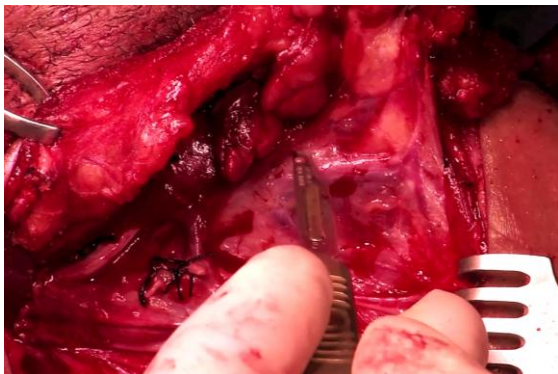


Figure 32 : Identifier et préserver l'artère thyroïdienne supérieure

En cas de curage cervical latéral, le niveau IV est réséqué en réalisant une traction du tissu adipeux situé sous le muscle omohyoïdien vers le haut tout en disséquant le niveau IV avec un scalpel; les vaisseaux cervicaux transverses doivent être exposés; la dissection au doigt peut être utilisée pour établir un plan de dissection entre la graisse du niveau IV, le plexus brachial et le nerf phrénique; être vigilant pour ne pas blesser

le canal thoracique, à l'origine d'une fuite de chyle (du côté gauche) ou la grande veine lymphatique (du côté droit).

La dernière étape consiste à disséquer le tissu cellulo-ganglionnaire des muscles infra-hyoïdiens en prenant soin, en haut, de ne pas blesser le XII et les veines qui l'accompagnent et à libérer la pièce de curage (*Figure 33*).

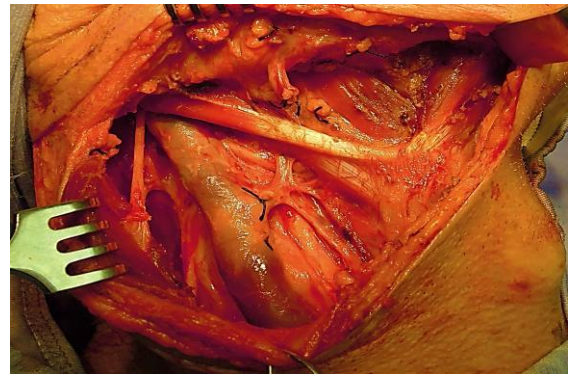


Figure 33 : Curage supra omohyoïdien terminé

Fermeture

Le cou est irrigué avec de l'eau tiède, on demande à l'anesthésiste de faire une manœuvre de Valsalva afin de vérifier qu'il n'existe pas de saignement ni de fuite de chyle, et un drain aspiratif de 5 mm est mis en place. Le cou est fermé en 2 plans avec un surjet (Vicryl) pour suturer le platysma et des points, des agrafes, ou colle cutanée pour fermer la peau.

Soins post opératoires

Le drain est maintenu en aspiration continue jusqu'à ce que le volume de drainage soit inférieur à 50ml/24h.

Comment citer ce chapitre

Fagan JJ. (2021) Selective neck dissection operative technique. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from

<https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Selective%20neck%20dissection%20operative%20technique.pdf>

Vidéos

- Technique chirurgicale de curage ganglionnaire cervical supra-omoyôidien : Johan Fagan <https://youtu.be/F2z8OczfiBQ>
- Technique chirurgicale de curage ganglionnaire cervical modifiée : Johan Fagan <https://youtu.be/0hthbf8he0o>
- Situation actuelle du curage ganglionnaire cervical sélectif et complet : Jesus Medina <https://youtu.be/FlwHFSC2Cqc>

Références utiles

Robbins KT, Shaha AR, Medina JE, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134:536–8

Ferlito A, Robbins KT, Shah JP, et al. Proposal for a rational classification of neck dissections. *Head Neck*. 2011 Mar;33(3):445-50

Harris T, Doolarkhan Z, Fagan JJ. Timing of removal of neck drains following head and neck surgery. *Ear Nose Throat J*. 2011 Apr;90(4):186-9

Autres chapitres pertinents de l'Atlas en libre accès de l'oto-rhino-laryngologie et de la chirurgie chirurgicale de la tête et du cou

- [Evidements ganglionnaires cervicaux](#)
- [Dissection du cou à l'aide de la technique du plan fascial](#)

Traduction

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Pr Christian Righini
Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, France
crighini@chu-grenoble.fr

Philippe Gorphe
Institut Gustave Roussy
Villejuif, France
p_gorphe@yahoo.fr

Auteur et Editeur

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**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 \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

