



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 chimio radiothérapie, une laryngectomie supraglottique ou supracricoiïdienne 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 aryténoïdienne. 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 pharyngolaryngectomie 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 basilinguale nécessite presque toujours une irradiation postopératoire, qui, une fois de plus, est mal tolérée après une laryngectomie supraglottique.

La **seule contreindication 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 aryténoïdes est une contre-indication absolue. Dans ces cas, il existe d'autres alternatives thérapeutiques qui incluent une chimio radiothérapie 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. 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 supra-glottique. Ceux qui ne peuvent se déplacer sans dyspnée de devraient pas être opérés.

Les étapes de l'intervention

- Elle est menée sous anesthésie générale
- Un antibiotique à large spectre est administré pendant 24 heures
- Le patient est installé en position couchée avec le cou en légère extension sur un billot
- L'incision cervicale doit être prévue en regard du deuxième ou troisième anneau trachéal (*Figure 1*).
- Disséquer le lambeau cervical à la face profonde du platysma comme pour une laryngectomie totale

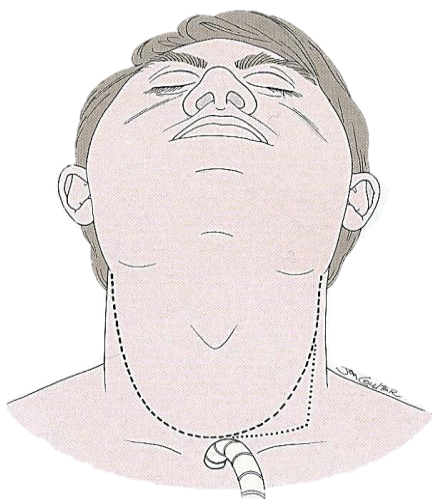


Figure 1 : La laryngectomie supraglottique est réalisée à travers un lambeau à charnière supérieure. La partie inférieure de l'incision doit être à distance de la clavicule pour éviter une ischémie cutanée

- **On fait ensuite une trachéotomie.** Généralement, la ligature de l'isthme thyroïdien est nécessaire.
- **Un curage ganglionnaire cervical bilatéral** est pratiqué chez tous les patients. En l'absence d'adénopathie, le curage ganglionnaire cervical sélectif doit emporter l'aponévrose du muscle sterno-cléiomastoïdien et les territoires 2, 3 et 4. Il n'est pas nécessaire de disséquer le niveau 2b appelé retrospinal. Le nerf spinal accessoire, les veines jugulaires et les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont préservés
- Sectionner les **muscles supra-hyoïdiens** du bord supérieur de l'os hyoïde avec le bistouri électrique
- Détacher les **muscles infra-hyoïdiens** environ 1 cm en dessous de l'insertion musculaire de l'os hyoïde et les rétracter vers le bas pour exposer le cartilage thyroïdien
- Détacher le **péricchondre externe** du cartilage thyroïde le long des faces supérieure et latérale des ailes thyroïdiennes afin qu'il puisse être rabattu vers le bas (*Figure 2*).

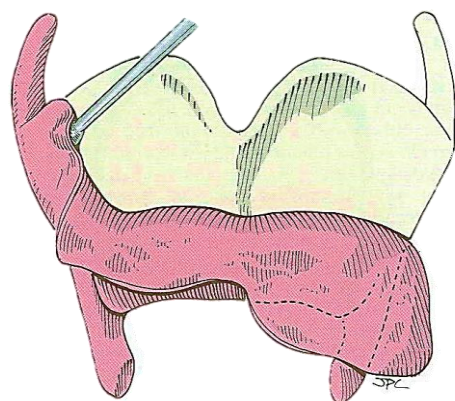


Figure 2 : Le péricchondre externe est incisé sur le bord supérieur du cartilage thyroïde puis libéré du cartilage pour être récliné vers le bas en respectant son intégrité

- Sectionner le cartilage thyroïde **horizontalement** à l'aide d'une scie oscillante (Figure 3)
- L'objectif étant **de réséquer le larynx à en passant dans le fond du ventricule** (Figure 4), l'incision est faite à peu près à mi-chemin entre l'échancrure thyroïdienne et le bord inférieur du cartilage thyroïde sur la ligne médiane pour inclure la grande corne du cartilage thyroïde du côté de la lésion (Figure 3)
- La section du cartilage peut être basculée vers la grande corne du côté le moins envahi, ce qui permet de préserver l'insertion du constricteur inférieur (Figure 3)
- La grande corne peut être conservée du côté controlatéral à la lésion ou peut être excisée selon l'appréciation du chirurgien (Figure 3)

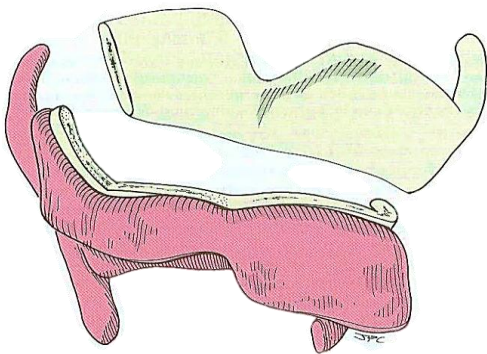


Figure 3 : L'incision du cartilage est réalisée horizontalement à mi-chemin entre l'encoche thyroïdienne supérieure et le bord inférieur du cartilage thyroïdien

- **On fait une pharyngotomie** à travers la vallécule lorsque la tumeur est confinée au larynx supraglottique. Cela permet de sectionner la muqueuse au large de la tumeur par contrôle visuel (Figure 4)
- **Les incisions muqueuses** sont pratiquées latéralement le long des plis aryépiglottiques, puis devant chaque aryténoïde pour réséquer l'ensemble de l'épiglotte et des bandes ventriculaires
- Les **incisions inférieures** sont pratiquées horizontalement à travers les ven-

tricules laryngés pour rejoindre en avant les sections muqueuses au niveau de l'incision du cartilage (Figure 4)

- La pièce opératoire est extraite (Figure 5)

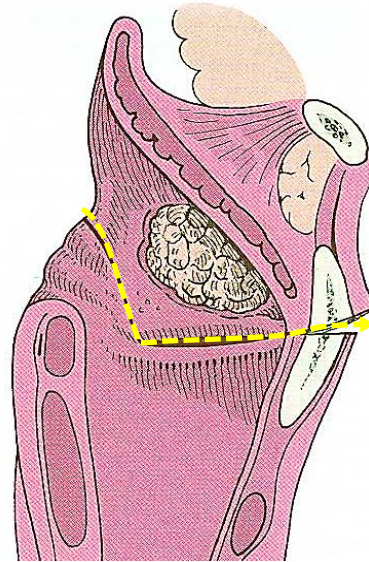


Figure 4 : Les incisions de la muqueuse sont effectuées en vision directe. Inférieurement, la coupure est faite à travers le ventricule au niveau de la véritable corde vocale. Vers l'arrière, l'incision de la muqueuse se fait sur la face de l'aryténoïde, à moins que l'extension de la tumeur ne nécessite une procédure prolongée

- La pièce opératoire est examinée soigneusement et des analyses extemporanées sont effectuées pour vérifier l'ablation complète de la tumeur (Figure 5).

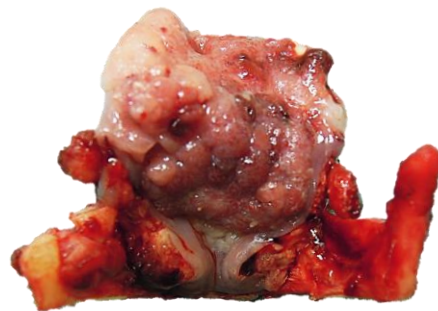
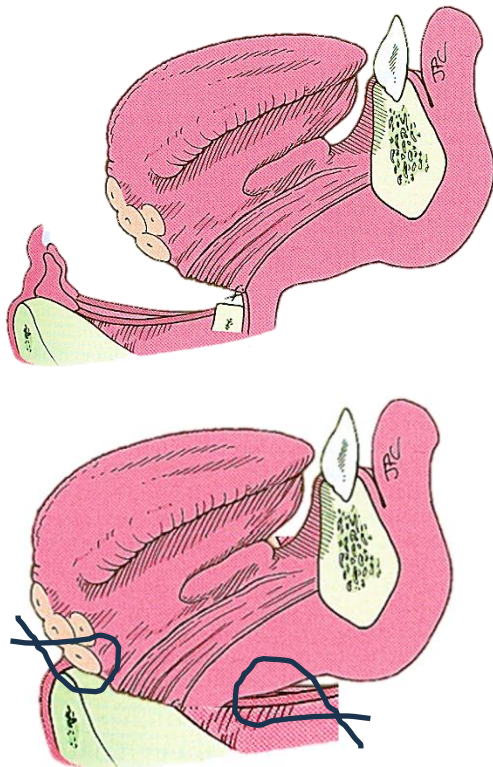


Figure 5 : L'échantillon comprend une épiglotte, un os hyoïde, de fausses cordes vocales et la moitié supérieure du cartilage thyroïdien

- On vérifie la qualité de l'hémostase, en particulier le long des sections de la base de la langue, où il est recommandé de faire des ligatures soigneuses et répétées
- Une *sonde nasogastrique* est insérée avant d'entreprendre la fermeture
- Fermer en rapprochant la base de la langue à la région glottique avec des points séparés de Vicryl de telle sorte que la base de la langue soit en retrait par rapport à la glotte pour réduire le risque de fausse route (*Figure 6*)
- Cela nécessite que la base de la langue soit au contact direct du perichondre externe du cartilage thyroïde (*Figure 6b*)

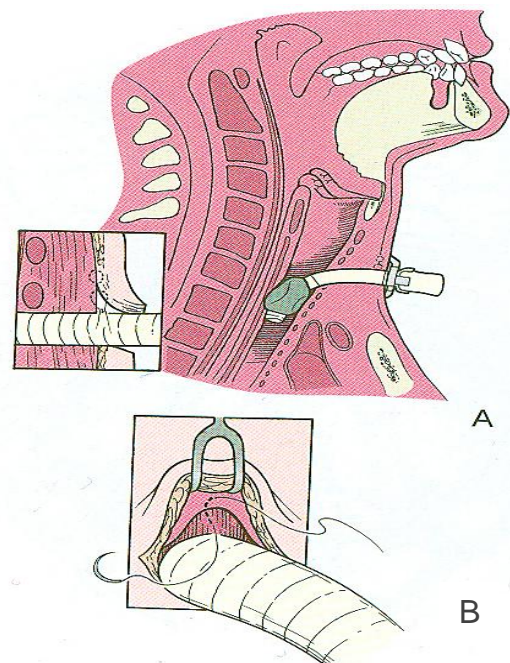


Figures 6a, b : Le périchondre externe du cartilage thyroïde est attaché à la couche fibroaponévrotique de la base de la langue pour placer la base de la langue au-dessus de la glotte

- En cas de déchirure du périchondre externe, les sutures peuvent être passées à

travers la partie inférieure du cartilage thyroïde restant

- La fermeture est ensuite renforcée par le rapprochement des muscles suprahyoïdiens avec les muscles infrahyoïdiens par des points séparés de Vicryl
- Compléter la fermeture latéralement en s'assurant qu'il n'y a aucun signe de fuite salivaire dans la région de chaque sinus piriforme
- Placez *des drains* en aspiration de chaque côté du cou et sur la ligne de suture de la muqueuse en les faisant sortir latéralement
- Remplacez le *lambeau cervical supérieur*
- Prenez grand soin de vous vérifier le *site de la trachéotomie est isolé* des espaces latéraux des curages ganglionnaires de chaque côté des dissections cervicales par des points de suture autour de la trachéotomie jusqu'à la face profonde du lambeau cervical (*Figures 7A et B*)



Figures 7A & B : À la fin de la procédure, le site de la trachéotomie doit être isolé de l'espace mort potentiel créé par l'élévation du lambeau et le curage ganglionnaire cervical

- Le fait de ne pas isoler la trachéotomie des espaces créés par le curage ganglionnaire cervical peut favoriser une contamination bactérienne par les sécrétions trachéales vers la région cervicale et majorer le risque infectieux
- La sonde d'intubation est retirée et remplacée par une **canule de trachéotomie à ballonnet**

Prise en charge postopératoire

- Des précautions sont prises pour vérifier le vide des drains d'aspiration
- Des soins de trachéotomie de routine sont instaurés
- Les patients sont mobilisés dès que possible pour assurer le rétablissement du volume courant et prévenir l'atélectasie
- L'orthophonie et la thérapie de la déglutition sont un élément essentiel pour surmonter les défis liés aux fausses routes
- La plupart des patients auront des fausses routes temporaires qui nécessite des soins d'aspiration trachéale
- La canule de trachéotomie peut être retirée lorsque le risque de fausse route est très faible. Cela prend généralement de 7 à 14 jours
- Une méthode pratique consiste à dégonfler le ballonnet de la canule de trachéotomie avec le patient assis
- Par la suite, déterminez si le patient peut tolérer une canule de trachéotomie ballonnet dégonflé sans toux excessive et sans fausse route pendant 24 heures
- Ayant franchi cette étape, la canule de trachéotomie à ballonnet est retirée et remplacée par une canule de trachéotomie parlante sans ballonnet, permettant de respirer à travers le larynx cela permet d'apprécier la liberté de la filière laryngée pour autoriser la décanulation
- La grande majorité des patients tolèrent mieux **l'alimentation orale** lorsque le site de la trachéotomie est cicatrisé

- L'introduction de l'alimentation orale avant la fermeture du site de trachéotomie est difficile car la trachéotomie est associée à une toux moins efficace, et empêche la mobilisation et l'ascension du larynx et peut ainsi favoriser les fausses routes

Suites opératoires à plus long terme

Après la cicatrisation, les patients ayant eu une laryngectomie supraglottique ont une voix remarquablement bonne et une déglutition favorable.

L'irradiation postopératoire peut nuire considérablement ou gravement à la récupération. La radiothérapie provoque un lymphœdème et une stase, ce qui compromet la déglutition et peut provoquer une obstruction des voies respiratoires et induire une apnée obstructive du sommeil.

Les patients qui ont déjà reçu **une irradiation** peuvent tolérer une laryngectomie supraglottique. Cependant, la cicatrisation est plus longue, la récupération de la déglutition peut être longue et une radionécrose du cartilage thyroïde en place peut survenir. Tous ces facteurs peuvent être considérés, et un bon résultat fonctionnel est habituel quand les patients ont été correctement sélectionnés.

Lignes directrices de pratique clinique AfHNS

- Cancer de la Glotte
<https://developingworldheadandneckcancerguidelines.com/index-page-glottic-cancers/>
- Cancer supraglottique
<https://developingworldheadandneckcancerguidelines.com/index-page-supraglottic-cancers/>
- Cancer de l'Hypopharynx
<https://developingworldheadandneckcancerguidelines.com/index-page-hypopharyngeal-cancers/>

Comment citer ce chapitre

Johnson JT. (2012). Supraglottic laryngectomy. 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/Supraglottic%20laryngectomy.pdf>

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

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

Auteur

Jonas T. Johnson, M.D.
Emeritus Professor & Chair
Department of Otolaryngology
Eye and Ear Institute
200 Lothrop Street, Suite 500
Pittsburgh, PA 15213, USA
johnsonjt@upmc.edu

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 \(Editor\)](mailto:johan.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/)

