



**Intubation trachéale difficile sous fibroscopie pour une
chéiloplastie en chirurgie maxillo-faciale**

Rakotonomenjanahary S, Razafindrainibe T , Rasolondraibe AF ,

Andriamanantena RH Razafindrabe JAB

Introduction

L'intubation est un acte fréquent en anesthésie et plus particulièrement pour une chirurgie maxillo-faciale. Elle pose rarement des difficultés lors de sa réalisation. En effet, l'incidence d'une intubation difficile (ID) est 1% - 8% (1), mais elle est plus élevée en chirurgie maxillo-faciale 15% (2). Cette fréquence est liée à l'interférence de la lésion à l'accès des voies aériennes. De nombreux moyens ont été mis en œuvre pour surmonter cette difficulté, parmi lesquels la fibroscopie bronchique. Elle est considérée comme un moyen de référence dans la gestion d'ID. D'où l'objectif de notre étude qui est de rapporter un cas d'intubation sous fibroscopie vue au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné Rakotovao (CHUJDR) Antananarivo Madagascar.

Observation

Il s'agit d'une femme de 31 ans présentant une séquelle de noma évoluant depuis l'âge de 13 ans, laissant une cicatrice au niveau de la commissure labiale gauche. L'examen clinique a permis d'objectiver une cicatrice rétractile commissurale gauche (*Photo 1*) avec une limitation de l'ouverture buccale non douloureuse. Une indication de chéiloplastie commissurale a été posée.

Lors de la consultation pré anesthésique, la patiente a été classé ASA I avec un IMC à 19kg/m². Elle a présenté une limitation de l'ouverture buccale fixe à 10mm rendant l'évaluation de la Mallampati impossible (*Photo 2*). Le reste de l'examen a été normal notamment une distance thyromentonnière (DTM) plus de 6cm et un cou mobile. Une anesthésie générale sous

intubation naso-trachéale (INT) avec une fibroscopie a été décidée.

Après la pose d'une voie veineuse périphérique, une pré oxygénation de 5min a été réalisée. L'induction a été réalisée avec du Fentanyl 50 µg/ kg et du Propofol 2,5mg/ kg. En apnée, après l'induction, la patiente a été ventilable. La sonde d'intubation CH6 avec ballonnet montée sur la fibroscopie bronchique a été introduite par

la narine droite. Après avoir franchi la glotte, la progression de la fibroscopie a été arrêtée au-dessus de la carène et la sonde a été introduite dans la trachée. L'intubation a duré 7 minutes. L'intervention consistant en chéiloplastie commissurale a été réalisée sans aucun problème particulier. L'extubation a été effectuée au bloc opératoire à la fin de l'intervention après le réveil complet de la patiente.

Commentaires

La fibroscopie est connue comme un outil de référence pour une intubation difficile (3). Pour notre cas, elle a été indiquée devant une limitation serrée de l'ouverture buccale. En effet, la limitation de l'ouverture buccale est une situation fréquente en anesthésie pour chirurgie maxillo-faciale. Elle constitue une très bonne indication de l'intubation sous fibroscopie (4).

Les autres situations d'ID en chirurgie maxillo-faciale nécessitant l'utilisation de fibroscopie sont : l'existence d'obstacles mécaniques pouvant rendre difficile voire impossible la laryngoscopie classique (tumeur intrabuccale, blocage intermaxillaire...) ; une intubation laryngoscopie trop dangereuse à réaliser (association de traumatisme maxillo-faciale

à une fracture instable du rachis cervical par exemple)(4).

Chez notre patiente, l'acte a été réalisé sous anesthésie générale, la patiente étant en apnée totale. La littérature préconise le choix entre une intubation vigile sous anesthésie locale ou loco-régionale et une intubation sous anesthésie générale en ventilation spontanée (5). Le souci d'une ventilation difficile associé à une intubation difficile pourrait justifier ces choix. Mais comme notre patiente n'avait pas présenté de signes prédictifs de ventilation difficile à savoir : patiente non obèse, pas de barbe, non édentée, nous avons opté pour une apnée totale de peur d'un laryngospasme en cas d'anesthésie légère (6) ; qui serait brutal donc plus catastrophique pour la patiente

qu'une désaturation progressive lors du difficulté à ventiler, si elle survient malgré l'absence de critères prédictif de ventilation difficile, qui de plus, serait minimiser par une bonne pratique de préoxygénation (7). Du fait de la pathologie, la voie nasale pour l'introduction de la sonde est obligatoire pour notre cas. D'ailleurs, la littérature recommande de privilégier la voie nasale par rapport à la voie orale car non seulement la voie nasale est plus facile et demande moins de temps pour l'intubation mais également du fait des contraintes chirurgicales ; toutefois elle est plus traumatisante et requiert une préparation nasale importante avec des vasoconstricteurs (6).

Après avoir franchi la glotte, la sonde a été introduite au-dessus de la carène. Il s'agit d'un des avantages de l'utilisation de la fibroscopie pour une intubation. En effet, cette technique permet d'avoir un contrôle visuel de tout le trajet nasotrachéal ainsi que la position de la sonde par rapport à la carène (4) ; évitant ainsi d'avoir une

intubation sélective. Il existe d'autres avantages de l'utilisation de la fibro-intubation comme le fait qu'elle soit moins traumatisante que la trachéotomie et l'intubation rétrograde (4). Ces deux techniques seraient incontournables pour notre cas en absence de fibroscopie (8).

Mais même s'il s'agit d'une technique de référence, la fibro-intubation a des limites : le fibroscope est un appareil coûteux et fragile qui n'est pas accessible à tous les centres hospitaliers, la fibro-intubation nécessite une compétence suffisante au praticien pour pouvoir obtenir un taux de réussite élevée (3), mais surtout, l'opérateur doit faire face à de nombreux difficultés techniques comme l'obscurcissement de l'objectif (sécrétion, sang), de la modification du tonus de l'oropharynx (anesthésie, curarisation) ou des repères anatomiques (œdème, traumatisme), ou de l'obstruction des voies aériennes (tumeur ou sténose postradique) (1)(9).

Conclusion

Toutes les causes d'une ID peuvent être rencontrées en chirurgie maxillo-faciale. Il existe ainsi de nombreux moyens de prise en charge. Mais parmi ces moyens, il faut choisir celui qui est le plus sûr et le moins invasif. L'intubation sous fibroscopie semble remplir ces critères. La fibroscopie doit alors figurer dans les matériels à avoir dans le charriot d'ID. Ainsi, il est

souhaitable d'intégrer sa manipulation dans la formation des apprenants pour la gestion des voies aériennes difficiles.



Photo 1 : Cicatrice rétractile commissurale droite



Photo 2 : Limitation de l'ouverture buccale

Références

- 1- Bourgain J-L. Intubation difficile en chirurgie cervicofaciale. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2009; 13(4): 291-5.
- 2- Tuzuner-Oncul AM, Kucukyavuz Z. Prevalence and prediction of difficult intubation in maxillofacial surgery patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66(8): 1652-8.
- 3- Binczak M, Le Guen M, Fischler M. Reste-t-il une place pour l'intubation sous fibroscopie en 2018 ?. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2018; 22(3): 160-3.
- 4- Kalfon F, Dubost J. Utilisation du fibroscope bronchique pour l'intubation difficile en chirurgie maxillofaciale. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1993; 12(3): 278-83.

- 5- Boisson-Bertrand, Bourgain JL, Camboulives J, Crinquette V, Cros AM, Dubreuil M, et al. Intubation difficile: Société française d'anesthésie et de réanimation Expertise collective. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1996; 15(2): 207-14.
- 6- Favier J-C, Da Conceicao M, Levron A, Argo V. Fibro-intubation. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* 2015; 19(1): 45-8.
- 7- Bourgain J-L, Chastre J, Combes X, Orliaguet G. Désaturation artérielle en oxygène et maintien de l'oxygénation pendant l'intubation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 2008; 27(1): 15-25.
- 8- Vadepally AK, Sinha R, Kumar AVSSS. Retrograde intubation through nasal route in patients with limited mouth opening undergoing oral and maxillofacial surgery. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research.* 2018; 8(1): 30-4.
- 9- Cros A-M. Réactualisation de la conférence d'experts sur l'intubation difficile : et après ?. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 2008; 27(1): 1-2.