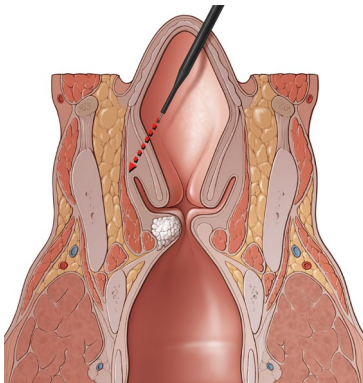
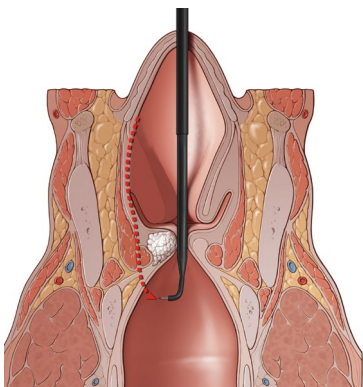


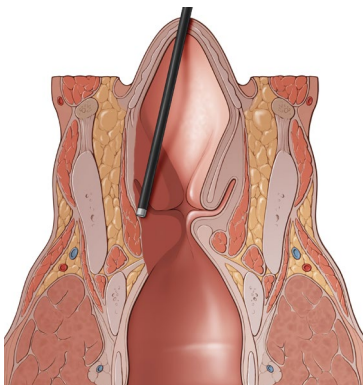
# Manuel opératoire chirurgicale pour l'ablation des tumeurs glottales du larynx à l'aide d'ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection



**Fig. 1 :** Ablation du pli vestibulaire à l'aide d'une ARROWtip™ électrode monopolaire de microdissection (réf. 36 03 71).



**Fig. 2 :** Coupe au niveau du bord sous-glottique et ablation des cordes vocales à l'aide d'une ARROWtip™ électrode monopolaire de microdissection, coudée 90° vers le bas (réf. 36 03 73).



**Fig. 3 :** Coagulation à l'aide d'un tube d'aspiration monopolaire non collant (réf. 71 50 17)

**Exclusion de responsabilité:** Nos manuels sont rédigés en collaboration avec des sommités médicales de divers domaines. Ils ne servent pas d'instruction de traitement et ne remplacent pas non plus le mode d'emploi des produits médicaux employés. Toute responsabilité est exclue quant au résultat du traitement si cette dernière excède la responsabilité légale du fabricant.

## Indications/Contre-indications

Les indications et contre-indications pour les ablations de tumeurs du larynx à l'aide d'électrodes monopolaires de microdissection ARROWtip™ correspondent à l'ablation chirurgicale de tumeurs bénignes et malignes dans la zone glottale. Une condition préalable est que le microlaryngoscope ou laryngoscope à section écartable pour l'ablation de la tumeur soit correctement positionné sur le patient.

## Préparation du patient

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale. Selon les préférences de l'opérateur, l'injection d'un anesthésiant local avec un vasoconstricteur peut être effectuée (par ex. Ultracain 1%-Suprarenin). Une électrode neutre est fixée sur le patient (par ex. sur le bras), car des aiguilles monopolaires seront utilisées.

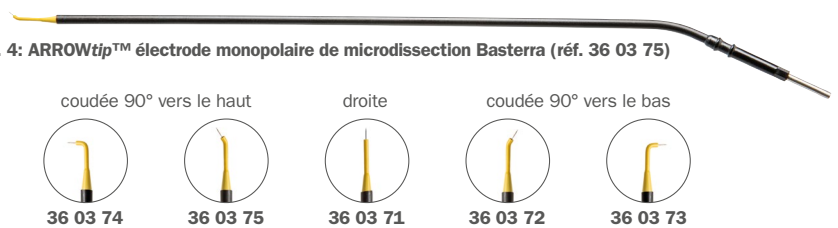
## Réalisation de l'intervention

L'intervention chirurgicale commence avec un laryngoscope opératoire (par ex. un microlaryngoscope de Kleinsasser). Les autres instruments à main nécessaires sont des ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection et un tube d'aspiration monopolaire non collant (réf. 71 50 17) pour l'hémostase, comme ils sont également utilisés dans la microchirurgie du larynx classique. Les petites lésions tumorales sont généralement retirées, lorsqu'elles ne se sont développées que de façon superficielle, par une biopsie excisionnelle. Il est ici judicieux de commencer en injectant un anesthésique locale dans les cordes vocales de surface. Si le résultat de l'analyse est clair, il faut considérer qu'il s'agit d'un processus superficiel et non d'un cancer profond. Dans un premier temps, la ligne d'incision doit être définie en respectant une certaine distance par rapport à la tumeur. Il est maintenant possible de procéder à l'ablation à l'aide d'une ARROWtip™ électrode monopolaire de microdissection droite (réf. 36 03 71) ou d'une ARROWtip™ coudée (réf. 36 03 75). En fonction du résultat de l'analyse, il peut être judicieux de procéder dans un premier temps à une ablation du pli vestibulaire (fig. 1). Cela doit cependant être sérieusement évalué, car en cas d'absence de cordes vocales, une prothèse vocale au niveau du ligament ventriculaire peut être envisagée en postopératoire. Si l'ablation du ligament ventriculaire s'avère nécessaire, celle-ci peut être effectuée à l'aide d'une ARROWtip™ droite. À l'étape suivante, l'ablation des cordes vocales peut être effectuée (fig. 2). L'avantage de l'électrode de microdissection monopolaire ARROWtip™ est que l'ablation peut être réalisée avec une ARROWtip™ coudée à 90° (réf. 36 03 73). Celle-ci est posée sur le bord sous-glottique des cordes vocales. Ensuite, l'incision est effectuée dans les zones antérieures (à proximité de la commissure antérieure) et postérieures des cordes vocales (à proximité du cartilage aryténoïdien) de caudal vers crânial pour définir les marges d'ablation selon l'antérieur et le postérieur. L'ablation des cordes vocales est effectuée de l'antérieur vers le postérieur le long de la délimitation latérale de la tumeur. Le cas échéant, une trachéotomie de protection temporaire doit être réalisée ainsi qu'une alimentation via une sonde gastrique. La décision doit être prise au cas par cas.

## Traitement post-opératoire

La sortie du patient s'effectue, selon l'ampleur de l'ablation, 1 à 5 jours après l'opération (peut varier en fonction des résultats de l'analyse). En cas d'ablation de grande ampleur, une trachéotomie de protection temporaire doit être réalisée. Un repos vocal doit être observé pendant les premiers jours. Le cas échéant, un traitement par des exercices logopédiques doit être suivi le cas échéant. Pour prévenir toute toux irritative, des antitussifs ou, en cas de risque d'œdème, des corticostéroïdes peuvent être utilisés. Le traitement postopératoire est comparable à celui des patients traités au laser à CO<sub>2</sub>.

**Fig. 4:** ARROWtip™ électrode monopolaire de microdissection Bastera (réf. 36 03 75)



**Réglage du CURIS® générateur de radiofréquence 4 MHz**  
(réf. 36 01 00-01)

Valable pour le CURIS® avec l'étiquette orange



ARROWtip™: Monopolar CUT 2  
Puissance: 5-25 watts  
Calvian®: Bipolar MACRO, Puissance: 20 watts

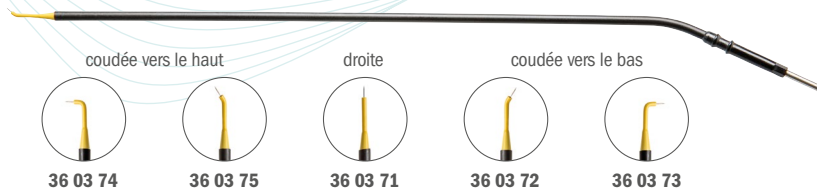
ARROWtip™: Monopolar CUT 2  
Puissance: 25-46 Watt  
Calvian®: Bipolar MACRO, Puissance: 20 watts



**Autres accessoires:** manche monopolaire (réf. 36 07 04), Calvian® (avec aspiration réf. 70 09 46, sans aspiration réf. 70 09 47), câble (réf. 36 02 38) et électrodes neutres à usage unique (réf. 36 02 22).

\* Veuillez noter que ceci ne représente pas une instruction thérapeutique détaillée. Il est fortement recommandé de toujours commencer le traitement par un réglage faible et de l'ajuster en fonction.

## Produits recommandés pour cette intervention



### ARROWtip™ électrode monopolaire de microdissection Basterra

quant.	réf.	déscription
2	36 03 71	ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection Basterra, longueur de travail: 210,5 mm, pointes droites
2	36 03 72	ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection Basterra, longueur de travail: 210,5 mm, 45° pointes coudées vers le bas
2	36 03 73	ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection Basterra, longueur de travail: 210,5 mm, 90° pointes coudées vers le bas
2	36 03 74	ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection Basterra, longueur de travail: 210,5 mm, 90° pointes coudées vers le haut
2	36 03 75	ARROWtip™ électrodes monopolaires de microdissection Basterra, longueur de travail: 210,5 mm, 45° pointes coudées vers le haut

C °134  
autoclavable



### tube d'aspiration monopolaire non collant

quant.	réf.	déscription
1	71 50 17	tube d'aspiration monopolaire non collant longueur de travail: 25,5 cm, Ø 3,3 mm

C °134  
autoclavable



### [réf. 87 00 10] CURIS® générateur de radiofréquence 4 MHz

Set de base avec électrodes neutres à usage unique

quant.	réf.	déscription
1	36 01 00-01	CURIS® générateur de radiofréquence 4 MHz (y compris cordon d'alimentation, mode d'emploi, rapport de test)
1	36 01 10	Commande au pied à deux pédales CURIS®, longueur de câble 4 m
1	37 01 54L	Câble bipolaire CURIS®, longueur 3 m
1	36 07 04	Manche monopolaire, Ø 2,4 mm, longueur du câble 3 m
1	36 02 38	Câble de raccordement pour plaques neutres à usage unique, longueur 3 m
1 (x50)	36 02 22	Plaques neutres à usage unique, 5 x 10 unités (pas illustrées)



SUTTER MEDIZINTECHNIK GMBH

TULLASTRASSE 87 · 79108 FREIBURG/GERMANY · TEL. +49(0)761-51551-0 · FAX +49(0)761-51551-30

WWW.SUTTER-MED.COM · INFO@SUTTER-MED.DE