

## Cervicotomies isolées

### GÉNÉRALITÉS :

- Actes très divers, de la simple biopsie ganglionnaire au curage ganglionnaire radical
- Chirurgie en principe peu hémorragique ; douleur postopératoire fonction de l'étiologie
- Le contexte clinique est donc prépondérant

### PRÉOPÉRATOIRE :

- Consultation : estimation EG, dénutrition, alcool-tabagisme, douleur préopératoire
  - examen cardiovasculaire et respiratoire ; recherche d'intubation difficile
- Bilan : selon examen clinique ; Groupe et RAI si gros curage ganglionnaire
  - bilan d'extension (RP, écho hépatique, fibro œsogastrique) fait par les chirurgiens
- Prémédication : classique + traitement habituel sauf CI + antalgiques si douleur préopératoire

### PEROPÉRATOIRE :

- Durée : très variable selon l'intervention
  - Adénectomie simple : ¾ h
  - Tractus thyroïdienne : 1 h
  - Glande sous-maxillaire : 1 h
  - Curage ganglionnaire unilatéral : 2 h 30
- Installation :
  - tête toujours très en haut de la table, rond de tête, billot sous les épaules
  - bras le long du corps, cale-pieds pour proclive
  - voie d'abord veineux 20 G, monitoring classique, couverture chauffante et sonde thermique
- Induction :
  - pas d'antibioprophylaxie sauf cas particulier
  - AG classique ; IOT ou ML armé ; sonde fixée du côté opposé puis tête sur le côté
- Entretien :
  - O<sub>2</sub> ± N<sub>2</sub>O + halogéné ou propofol mode AIVOC ; si possible sans curare (dissection nerfs)
  - éviter les hypotensions pour permettre une hémostase chirurgicale optimale
  - O<sub>2</sub> + N<sub>2</sub>O (sans halogéné ni propofol) en attente du résultat de l'extemporanée
- Réveil : en principe, sur table
  - 30 à 45 min avant la fin : Perfalgan® 1 g ; prévention des NVPO selon protocole

### POSTOPÉRATOIRE :

- Analgesie :
  - Perfalgan® 1g / 6 h ± morphine SC si EVA ≥ 40 ;
  - relais à J1 *per os* par paracétamol (± codéine ou dextropoxyphène ou tramadol)
- Bilan : en SSPI, RP si gros curage (paralysie phrénique), NFS si intervention hémorragique
- HBPM si intervention longue et/ou facteurs de risque
- Alimentation le soir et arrêt de la perfusion à J1 si TVB
- Traitement habituel : reprise le jour même