

A l'endroit où la muqueuse est fortement adhérente, une incision, de 2 cm environ, est pratiquée parallèlement au bord gingival. L'extrémité de la pince pénètre dans la bouche et écarte le trajet pour permettre d'y introduire la sonde endotrachéale. Celle-ci est saisie à l'intérieur de la bouche, par la pince hémostatique toujours située dans le trajet. Le ballonnet est dégonflé momentanément pour permettre les manœuvres de changement de trajet de la sonde endotrachéale. Un spéculum nasal introduit par voie sous mentonnière peut faciliter le passage de la sonde endotrachéale.

Lorsque la sonde endotrachéale est correctement placée, elle sera fixée au niveau sous mentonnier comme un drain thoracique.

À l'intérieur de la cavité buccale, la sonde endotrachéale doit pouvoir être déplacée de chaque côté de la langue afin de faciliter les manœuvres intrabuccales. Le retrait de la sonde s'effectue de la même façon que pour une intubation habituelle.

L'incision sous mentonnière est suturée, lâchement afin de permettre un léger drainage.

► DISCUSSION

Ce trajet sous mentonnier évite l'entre-croisement des muscles génio-hyoïdien et génio-glosse, et l'insertion du ventre antérieur du muscle digastrique, en raison de sa première partie sous périostique réalisée derrière l'insertion de celui-ci (Fig. 1, 2), grâce à de bonnes bases anatomiques.

Cette technique permet d'éviter de léser des structures telles que le canal de Wharton et son méat, le nerf lingual et les glandes sublinguales et sous maxillaires.

Ainsi la sonde endotrachéale glisse le long du ventre antérieur du muscle digastrique, sous la portion la plus antérieure du muscle myohyoïdien et au bord inférieur de la mandibule en position paramédiane.

Grâce à cette innovation certains gestes de la chirurgie buccale et maxillo-faciale peuvent être effectués sans interférence avec l'intubation trachéale, par les orifices naturels, et il n'est plus nécessaire de recourir à la trachéostomie.

Lorsque l'intubation trachéale classique, nasale ou orale est réalisable et qu'elle ne gêne pas le chirurgien, elle est préférée à la voie sous mentonnière plus hémorragique et dont on découvrira peut-être des complications que notre expérience encore très limitée ne nous a pas permis de trouver.

– L'infection du plancher de la bouche peut être prévenue par une hygiène buccale préopératoire active et passive.

pra di questo spazio con le nostre pinze, osserviamo la punta delle pinze vicino all'area dove la mucosa alveare linguale va a piegarsi per costituire la mucosa del pavimento della bocca.

Nella sede dove la mucosa si trova fortemente aderita, si esegue un'incisione parallela al bordo gengivale che misura approssimativamente 2 cm di lunghezza. Con le pinze emostatiche si separa il bordo inferiore di quest'ultima incisione.

Viene inserito il tubo endotracheale attraverso questo spazio. Con la pinza emostatica si raggiunge il tubo endotracheale dentro la bocca, sgonfiando momentaneamente il palloncino per passarlo prima dal nostro spazio, e, successivamente, passare il tubo endotracheale. Uno speculum nasale introdotto per via submentoniera può facilitare il passaggio del tubo endotracheale.

Quando il tubo endotracheale si trova correttamente posizionato, viene ancorato a livello submentoniero in modo simile all'ancoraggio di un tubo di drenaggio toracico.

Dentro il cavo orale, il tubo endotracheale deve poter spostarsi da una parte all'altra della lingua, per facilitare le manovre intraorali.

La estubazione si esegue nello stesso modo che in qualsiasi paziente intubato per via abituale.

Viene suturata la ferita submentoniera approfittando delle suture eseguite precedentemente, senza chiudere sotto tensione, per permettere un certo grado di drenaggio.

► DISCUSSIONE

Abbiamo sviluppato questa tecnica perché così i muscoli genioidei e genoglosso non si devono incrociare, e salviamo anche facilmente l'inserzione del ventre anteriore del muscolo digastrico, poiché la nostra subperiosteia si esegue dietro l'inserzione di questo (Fig. 1, 2).

Devono evitarsi le lesioni strutturali come il dotto di Wharton ed i suoi orifizi, il nervo linguale e le ghiandole sublinguali e submascellari. Tutto questo si ottiene facilmente con una corretta applicazione della tecnica ed una buona conoscenza dell'anatomia e della funzione della zona.

Per tanto, il tubo endotracheale passa da uno spazio che è in rapporto al ventre anteriore del muscolo digastrico, la porzione più anteriore del muscolo mioioideo ed il bordo inferiore della mandibola in posizione paramediana.

Con l'innovazione proposta, le manovre chirurgiche della chirurgia orale e maxillofaciale, possono eseguirsi senza interferenza dell'intubazione dagli orifizi naturali e senza dover ricorrere alla tracheostomia.