

EN AMBULATOIRE

Ambu® aScope™ 4 RhinoLaryngo Intervention



Ambu

La référence absolue pour l'obtention de tissus diagnostiques pour les lésions du larynx, de l'oropharynx et de l'hypopharynx a été sous anesthésie générale en bloc opératoire. Cette procédure a des exigences plus élevées en matière de ressources, par exemple la planification du passage au bloc opératoire, la nécessité d'un lit d'hôpital de nuit ou de jour, et comporte un risque d'anesthésie générale inadaptée pour certains patients. Pendant la pandémie de COVID-19, l'accès au bloc opératoire a été considérablement réduit, ce qui a prolongé les temps d'attente de diagnostic, compromettant le diagnostic et le traitement précoces.¹

L'avènement des endoscopes flexibles avec un canal de biopsie a techniquement permis aux cliniciens de pratiquer des biopsies en cabinet avec un anesthésique local pendant

l'étude initiale. Les publications sur la biopsie des voies aériennes supérieures en cabinet ont conclu que cette procédure était sûre, faisable, rentable et facile à réaliser.²⁻⁶ Plus important encore, une biopsie en cabinet peut souvent être réalisée pendant la visite initiale en ambulatoire ou lors de la visite de suivi, ce qui entraîne une réduction du délai de diagnostic.⁷

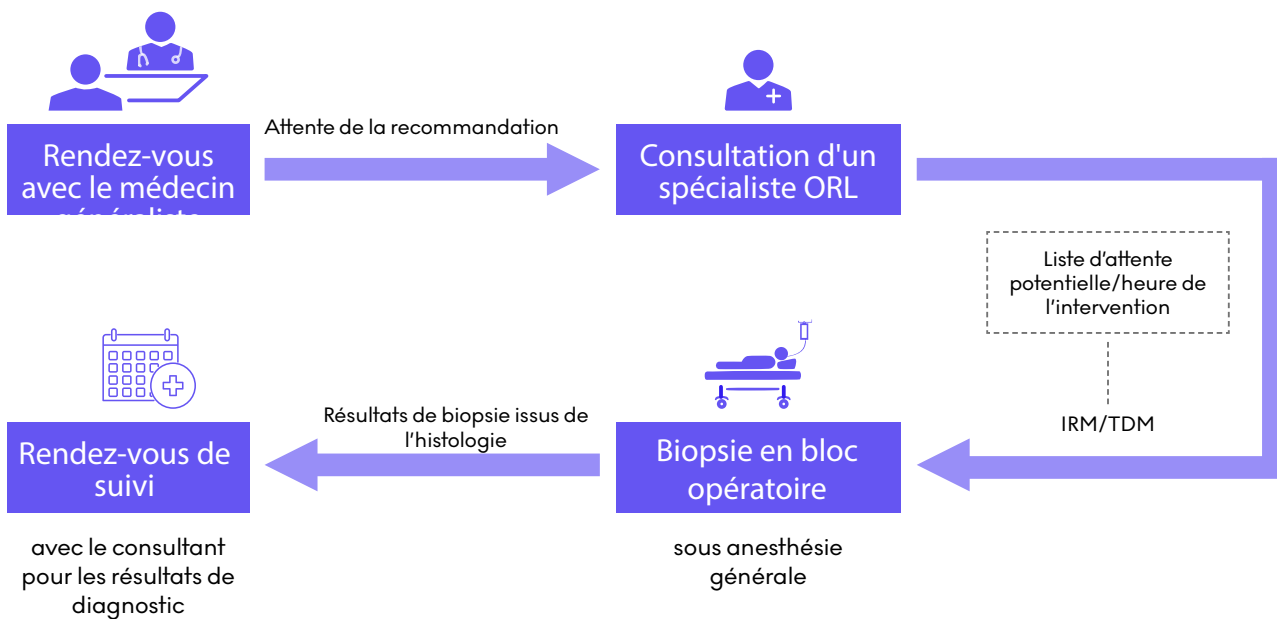
L' Ambu® aScope™ 4 RhinoLaryngo Intervention est livré avec un canal opérateur de 2,2 mm pour l'insertion de pinces de biopsie et d'autres accessoires endoscopiques et constitue un bon choix pour les procédures thérapeutiques. Toujours prêt à l'emploi, il ne nécessite aucune manipulation avant procédure et son coût est faible, ce qui le rend particulièrement adapté aux biopsies en ambulatoire.

BIOPSIE EN CABINET COMME MÉTHODE COMPLÉMENTAIRE

Déplacement des procédures DE BIOPSIE INTERNE du bloc opératoire au service de consultation externe

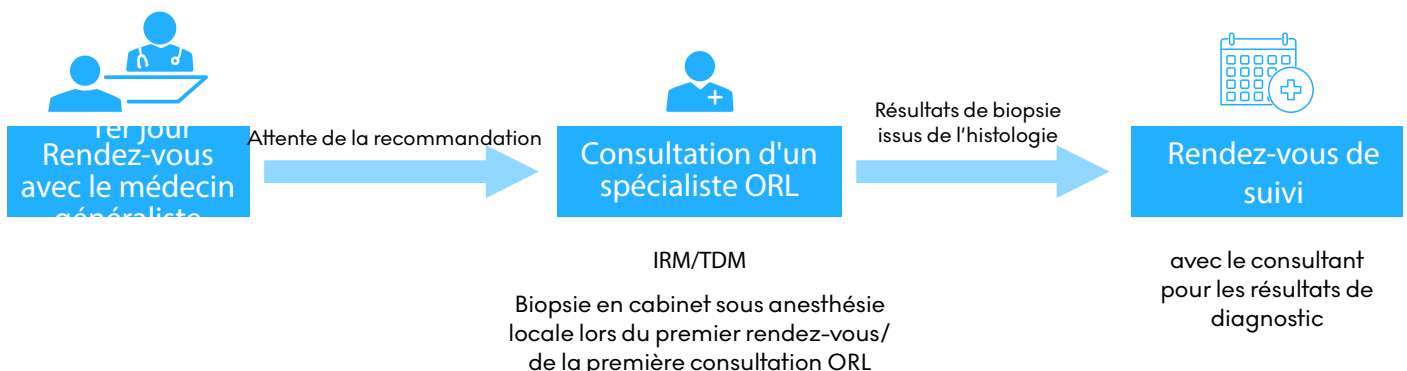
Norme actuelle du parcours de soins

Biopsie en bloc opératoire



Un parcours patient optimisé

Biopsie en cabinet à l'aide d'un rhinolaryngoscope flexible



Avantages de la biopsie en cabinet



Réduction des coûts

De nombreuses études européennes ont également conclu que la biopsie en cabinet permettait de réduire les coûts. Le coût moyen rapporté par procédure pour la biopsie en cabinet à partir de trois études est de 899 € contre 3 669 € pour la biopsie en bloc opératoire.³⁻⁵

Au Royaume-Uni, le Scottish Health Technologies Group a mené une analyse de l'impact budgétaire et a constaté que l'économie moyenne de ressources avec des biopsies en cabinet par an sur 5 ans était supérieure à 400 000 £2



Améliore le parcours et les résultats du patient

Sûr et efficace :

La biopsie en cabinet a montré une sensibilité et une spécificité de 71 % et 97 % pour l'identification de la tumeur maligne chez les patients présentant des lésions suspectes du larynx et du pharynx. La biopsie en cabinet s'est révélée généralement sûre avec de faibles taux de complications.²

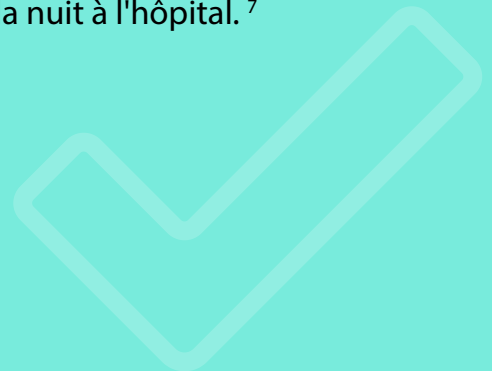
Raccourcit le temps de diagnostic :

La biopsie au cabinet a réduit le temps entre la consultation et la biopsie à 8 jours en moyenne.⁷ Le temps global jusqu'au début du traitement a également été considérablement réduit (**en cabinet : 24,2 ± 13,9 jours par rapport à la norme : 48,8 ± 49,4 jours**). Cela a été conclu par un examen rétrospectif de 116 patients subissant une biopsie de l'oropharynx, du larynx ou de l'hypopharynx en cabinet¹³.

Le paramétrage en cabinet permet des procédures sans avoir recours à l'anesthésie générale²

Avantages pour le prestataire

- Possibilité de raccourcir la liste d'attente des patients qui attendent une opération et de hiérarchiser les procédures ORL plus complexes.⁷
- Visualisation de la lésion désignée car le patient éveillé peut contrôler la fonction laryngée.⁶
- Service ambulatoire, évite au patient de passer la nuit à l'hôpital.⁷



PREUVES CLINIQUES

Exemples de cas de biopsie en cabinet avec l' aScope 4 RhinoLaryngo¹⁴

M. Vivek Kaushik, consultant ORL, chirurgien spécialiste de la thyroïde et responsable clinique ORL à l'hôpital ENT Stepping Hill, Stockport

CAS N°1

TUMEUR VALLÉCULE, T3 N0 M0

PRÉSENTATION CLINIQUE : Anomalie épiglottique accidentelle détectée au cours de la gastroscopie pour étudier l'hématémèse. L'évaluation anesthésique a conclu que l'anesthésie générale présentait un risque élevée pour le patient. L'imagerie par tomodensitométrie et RM a révélé une masse d'amélioration solide de 16 mm dans la vallécule droite. Deux biopsies ont été réalisées avec succès sur le site principal à l'aide de l'Amбу aScope 4 RhinoLaryngo Intervention.

SERVICE : Hospitalisation

DIAGNOSTIC DE BIOPSIE : carcinome épidermoïde in situ avec foyer suspect de carcinome épidermoïde invasif

RÉSULTAT DU TRAITEMENT : traitement par radiothérapie radicale avec intention curative

CAS N°2

TUMEUR RÉSIDUELLE DES AMYGDALES, T3 N2B M0, P16+

PRÉSENTATION CLINIQUE : Le patient présentait une dysphagie progressive et une tumeur du côté droit a été observée lors de la laryngoscopie fibroscopique. La tumeur n'était pas visible lors de l'examen oral car le patient était de type Mallampati de classe 3. Cela signifiait également que la tumeur n'était pas compatible avec une biopsie trans-orale. Les comorbidités chez les patients comprenaient l'apnée obstructive du sommeil, l'hypertension, la goutte et le reflux gastro-œsophagien. Au moment de la présentation, il y avait une pénurie de lits d'hôpital en raison de la COVID-19. Le patient était impropre à l'IRM ; cependant, l'imagerie par tomodensitométrie a montré une importante amélioration de la masse des amygdales droites, ce qui a sévèrement réduit l'oropharynx et mesuré 48 mm dans une mesure crano-caudale. Deux biopsies ont été réalisées avec l'aScope 4 RhinoLaryngo Intervention sur le site primaire le même jour.

SERVICE : Consultation au service des urgences

DIAGNOSTIC DE LA BIOPSIE:Le résultat de la biopsie a montré une dysplasie modérée. Une biopsie ultérieure au trocart sur les ganglions du cou (au jour 11) a confirmé le carcinome épidermoïde métastatique, qui était P16+

TRAITEMENT RECOMMANDÉ : chimioradiothérapie avec intention curative

CAS N°3

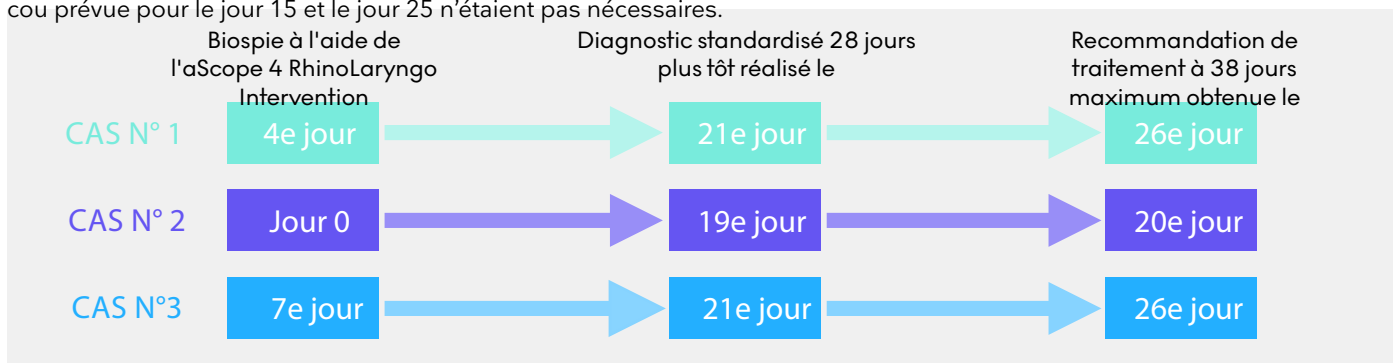
TUMEUR SUR LA BASE DE LA LANGUE, T2 N2B M0, P16+

PRÉSENTATION CLINIQUE : Le patient a été envoyé à la clinique après deux mois de dysphagie progressive et d'épisodes de régurgitation. Le patient décrivait une grosseur au niveau du cou du côté gauche, une perte de poids et un étouffement de la voix audible lors de la consultation. Le patient était en forme et en bonne santé et devait se soumettre à une panendoscopie et à une biopsie sous anesthésie générale. Un biopsie au trocart des ganglions du cou guidée par ultra-sons a été demandée. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ont montré une masse de 25 x 34 mm à la base de la langue postérieure gauche, ce qui contractait l'oropharynx. Après discussion, ce cas était adapté à la biopsie avec l'aScope 4 RhinoLaryngo Slim. La biopsie du site primaire sous anesthésie générale et la biopsie au trocart des ganglions du cou prévue pour le jour 15 et le jour 25 n'étaient pas nécessaires.

SERVICE : Visite ambulatoire

DIAGNOSTIC DE LA BIOPSIE: SCC, P16+

TRAITEMENT RECOMMANDÉ : chimiothérapie avec intention curative



CONCLUSION

Dans les trois cas, la biopsie au cabinet utilisant l'aScope 4 RhinoLaryngo Intervention a raccourci le parcours du patient jusqu'à son traitement. Dans les trois cas, le recours à l'anesthésie générale, à la chirurgie et le besoin d'un lit chirurgical post-opératoire ont été évités. Ceci a permis d'atteindre le diagnostic standardisé 28 jours plus tôt, garantissant la conformité avec la date limite de 38 jours une recommandation fiable de traitement. Par conséquent, les patients ont pu commencer des traitements contre le cancer plus tôt. Ces trois cas montrent que l'aScope RhinoLaryngo Intervention et une biopsie précoce en anesthésie topique présentent des performances prometteuses et peuvent avoir une place dans le diagnostic du cancer ORL. D'autres preuves doivent indiquer le rôle/le service exact.



First experiences with a new flexible single-use rhino-laryngoscope with working channel - a preliminary study

Becker et al., 2019¹⁵

OBJECTIF

Acquérir une première expérience avec le nouvel aScope 4 Rhino Laryngo Intervention.

MÉTHODE

10 patients d'affilée ont été examinés avec l' aScope 4 RhinoLaryngo Intervention par 6 médecins ORL différents au cours de 18 procédures.

Les procédures comprenaient la rhino-laryngoscopie (n = 15) et la rhino-laryngoscopie avec biopsie (n = 3 ; respectivement de la cavité nasale, du larynx et de l'hypopharynx).

Les cliniciens ont rempli un questionnaire concernant la qualité de l'image, la maniabilité, l'ergonomie de la poignée et l'impression générale du système sur une échelle de 5 points (1 très mauvaise à 5 très bonne).

Les complications (épistaxie ou douleur) ont été évaluées.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- L'évaluation globale, l'ergonomie de la poignée, la maniabilité et la qualité de l'image ont en moyenne été évaluées au-delà de « bonnes » (Fig.1).
- La maniabilité sans instrument et avec instrument a été évaluée à 4,50 et 4,0, respectivement (Fig. 2).
- Un cas d'épistaxie légère est apparu, et a été traité de manière conservative.¹⁵
- L'étude préliminaire indique que l'Ambu® aScope™ 4 RhinoLaryngo Intervention à usage unique peut constituer une bonne alternative aux autres systèmes conventionnels. D'autres études avec davantage de patients et qui se concentrent sur le canal opérateur doivent suivre¹⁵

RÉFÉRENCES

1. Al-Jabir A, Kerwan A, Nicola M, Alsafi Z, Khan M, Sohrabi C, et al. Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 1. *Int J Surg.* 2020 ; 79:168-79.
2. Écosse, H.I., 2018. What is the clinical and cost effectiveness of outpatient biopsy for diagnosis of suspicious lesions of the larynx, pharynx and tongue base?. En réponse à une demande du Queen Elizabeth University Hospital, NHS Greater Glasgow and Clyde, [en ligne] Evidence Note (Number 84). Disponible à l'adresse : <http://file:///C:/Users/smpe/Downloads/Evidence-Note-84-Outpatient-Biopsies.pdf> ; [Consulté le 9 avril 2021].
3. Wellenstein DJ, Honings J, Schutte HW, Herruer JM, van den Hoogen FJA, Marres HAM, et al. Cost analysis of office-based transnasal esophagoscopy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019;276(5):1457-63.
4. Schimberg AS, Wellenstein DJ, van den Broek EM, Honings J, van den Hoogen FJA, Marres HAM, et al. Office-based vs. operating room-performed laryngopharyngeal surgery: a review of cost differences. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019; 276(11): 2963-73.
5. Wellenstein DJ, Schutte HW, Takes RP, Honings J, Marres HAM, Burns JA, et al. Office-Based Procedures for the Diagnosis and Treatment of Laryngeal Pathology. *J Voice.* 2018;32(4):502-13.
6. Wellenstein DJ, de Witt JK, Schutte HW, Honings J, van den Hoogen FJA, Marres HAM, et al. Safety of flexible endoscopic biopsy of the pharynx and larynx under topical anesthesia. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274(9):3471-6.
7. Cooper, F., Baig, H., Asimakopoulos, P., Kim W Ah-See, & Shakeel, M. Successful adaptation during COVID-19 pandemic: suspected head and neck cancer biopsies under local anaesthetic. *MedNEXT Journal of Medical and Health Sciences,* 2020;1(1), 15-18.
8. Cancer Research UK. Statistiques sur le cancer de la tête et du cou. Disponible à l'adresse : <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/head-and-neck-cancers>. Consulté le 12/02/21.
9. Araghi AS, Harris Y, Kyzas P. An audit to analyse the two-week wait pathway at an oral cancer specialist district general hospital. *Br Dent J.* 2020;228(9):693-699.
10. National Cancer Waiting Times Monitoring Dataset Guidance - Version 11.0. Disponible à l'adresse : <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2020/09/national-cancer-waiting-times-monitoring-dataset-guidance-v11-sep2020.pdf>. Consulté le 25/02/21.
11. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *Bmj.* 2020;371:m4087.
12. Sud A, Torr B, Jones ME, Broggio J, Scott S, Loveday C, et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. *Lancet Oncol.* 2020;21(8):1035-44.
13. Lippert D, Hoffman MR, Dang P, McCulloch TM, Hartig GK, Dailey SH. In-office biopsy of upper airway lesions: safety, tolerance, and effect on time to treatment. *Laryngoscope.* 2015;125(4):919-23.
14. Utility of RhinoLaryngo Intervention scopes in the outpatient setting. Disponible à l'adresse : <https://www.ambu.co.uk/education/educational-videos>. Consulté le 25/02/21.
15. Becker S, Hagemann J, O'Brian C, Weber V, Döge J, Helling K, et al. First experiences with a new flexible single-use rhino-laryngoscope with working channel - a preliminary study. *Laryngorhinotologie.* 2019;98(S 02):11333.

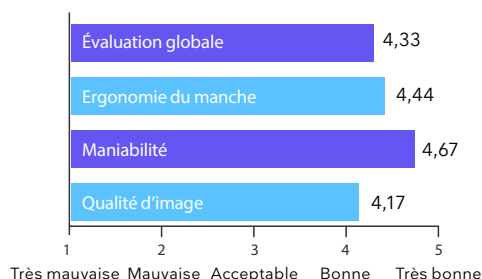


Fig 1. Évaluation des caractéristiques de l'aScope 4 RhinoLaryngo Intervention

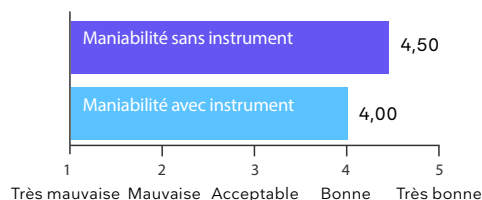


Fig 2. Évaluation de la maniabilité de l'aScope 4 RhinoLaryngo Intervention avec et sans instrument



Ambu

Ambu A/S
Baltorpbakken 13
2750 Ballerup
Danemark
12345
ambu.fr
www.ambu.fr/endoscopie/orl-otorhinolaryngologie