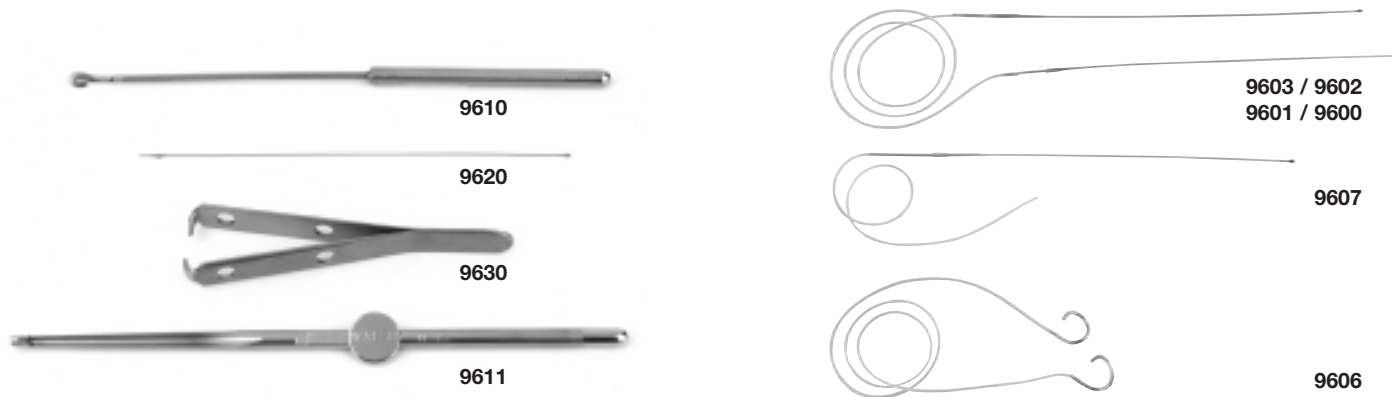


SYSTÈME D'INTUBATION DU CONDUIT LACRYMAL DE CRAWFORD



- 9600 *Ensemble d'intubation du conduit lacrymal de Crawford (sans suture) :**
Deux sondes souples en acier inoxydable (fils de 0,40 mm de diamètre) comportant une extrémité en forme d'olive, les autres extrémités étant reliées à l'aide d'un tube en silicone (diamètre externe de 0,64 mm, diamètre interne de 0,30 mm). Il s'agit de l'ensemble d'intubation du conduit lacrymal de Crawford d'origine.
- 9602 *Ensemble d'intubation du conduit lacrymal de Crawford II (sans suture) :**
Identique à l'ensemble 9600 ci-dessus, sauf que le tube en silicone a un diamètre externe de 0,94 mm et un diamètre interne de 0,51 mm.
- 9601 *Ensemble d'intubation du conduit lacrymal de Crawford (avec suture) :**
Identique à l'ensemble 9600 (ci-dessus), sauf que cette version comporte une suture ligaturée en soie 6-0 dans la lumière (centre) du tube en silicone qui permet d'attacher plus facilement les extrémités du tube après l'intubation.
- 9603 *Ensemble d'intubation du conduit lacrymal de Crawford II (avec suture) :**
Identique à l'ensemble 9601 (ci-dessus), sauf que le tube en silicone a un diamètre externe de 0,94 mm et un diamètre interne de 0,51 mm.
- 9607 *Ensemble d'intubation monocanaliculaire de Crawford :**
Cet ensemble d'intubation monocanaliculaire comprend toutes les mêmes caractéristiques remarquables que le système d'intubation du conduit lacrymal de Crawford d'origine. Un mécanisme de rétention fin maintient le tube en silicone bien en place dans le point lacrymal.
- 9606 *Sonde en queue de cochon de Crawford Bellan :**
Cet ensemble fait appel au même tube en silicone et à la même suture ligaturée en soie 6-0 que le système d'intubation de Crawford normal. Les deux sondes ont été modifiées pour en faciliter la mise en place dans le conduit lacrymal supérieur. Ce produit sera particulièrement utile dans le cas de traumatismes concernant le sectionnement d'un canalicule supérieur ou inférieur.
- 9620 *Extracteur de tube de Crawford :**
Sonde spécialement conçue sur laquelle le tube en silicone peut être monté. Consulter la section « Problèmes postopératoires » de la page en regard pour obtenir de plus amples détails.

- 9630 Coupe-tube de Crawford :**
Sert à couper et à retirer le tube qui dépasse de la suture en soie. Cela permet d'exposer la suture et de faire un nœud sans obstacle. Cet appareil n'est nécessaire que lorsqu'on utilise les ensembles d'intubation du conduit lacrymal de Crawford avec suture (9601, 9603, 9606).
- 9610 Crochet d'extraction de Crawford :**
Sert à récupérer la sonde (après son insertion) sous le cornet inférieur à l'intérieur du nez.
- 9611 Guide cannelé d'Anderson-Hwang :**
Ce guide cannelé simplifie grandement l'extraction de la sonde à bout olivaire. Le guide cannelé offre les avantages suivants : 1) minimise le traumatisme et le saignement de la muqueuse nasale; 2) simplifie grandement la technique d'intubation en bloquant la sonde à bout olivaire; 3) permet de percer le cornet inférieur, le cas échéant. Le guide cannelé simplifie également la mise en place de tubes au cours d'une DCR. Le bout olivaire de l'ensemble de Crawford peut être inséré soit en visualisation directe soit à l'aide d'un endoscope.
- 9650 Vidéo didactique :**
Il est possible de se procurer gratuitement une vidéocassette expliquant l'utilisation du système d'intubation du conduit lacrymal de Crawford. Il suffit de communiquer avec notre service à la clientèle.
- 9651 Intervention endonasale de Codère :**
Il est possible de se procurer gratuitement le CD-ROM expliquant la technique de DCR endonasale du Dr François Codère.

**Nota : Les ensembles d'intubation sont livrés dans un emballage stérile et sont à usage unique. Le crochet, le coupe-tube et le guide cannelé doivent être stérilisés à l'hôpital et peuvent être réutilisés à condition de n'avoir subi aucun dommage.*

Le système d'intubation du conduit lacrymal de Crawford, mis au point par le regretté Dr John Crawford, ophtalmologiste en chef au Hospital for Sick Children de Toronto, au Canada, et professeur d'ophtalmologie à l'Université de Toronto, s'est avéré un outil simple mais efficace pour réaliser l'intubation du conduit lacrymal (1) (2).

Références

1. Crawford, J.S. *Intubation of Obstruction in the Lacrimal System*, *Journal canadien d'ophtalmologie*, 12-289-292 (1977)
2. Kraft, S.P. and Crawford, J.S. *Silicone Tube Intubation in Disorders of the Lacrimal System in Children*. *Amer J. Ophthalmol* 94.290-299 (1982)



Walsh Medical Devices Inc.

1200 South Service Rd., W., Unit 3, Oakville, ON L6L 5T7

Tél : (905) 844-8344 Télécopieur : (905) 338-0488

Sans frais : 1 800 449-7615

❖ ATTENTION

Ces dispositifs ne doivent être utilisés que par un médecin autorisé.

⚠ AVERTISSEMENT

Le tube en silicone peut se détacher de la sonde lorsque l'on intube des patients ayant une obstruction ou une sténose importante du canal lacrymo-nasal inférieur ou une protubérance osseuse marquée. Consulter la section « Problèmes liés à l'intervention ».

⚠ AVERTISSEMENT

La facilité d'introduction des sondes par le conduit lacrymal variera grandement d'un patient à l'autre; la mise en place de tubes chez certains patients est très difficile en raison des ouvertures étroites du conduit lacrymal, particulièrement à l'extrémité inférieure du canal osseux.

DIRECTIVES GÉNÉRALES D'INSERTION

Chaque point lacrymal doit être dilaté.

Afin de débloquer le conduit lacrymal, y introduire une sonde lacrymale standard telle que la sonde de Bowman 00. On suggère d'insérer une deuxième sonde dans le méat inférieur de la fosse nasale et d'établir un contact de métal à métal afin de s'assurer que l'intervention est réussie.

Introduire la sonde de Crawford par le point lacrymal supérieur et à travers le canalicule supérieur pour ensuite l'acheminer vers le bas par le conduit lacrymal et jusque dans le nez en la laissant sortir d'environ 4 cm (fig. 1). S'il est difficile de localiser la sonde à fil, il est possible d'utiliser une sonde de Bowman pour établir un contact de métal à métal et établir la position du fil.

Pour localiser la sonde dans le nez, utiliser le crochet d'extraction de Crawford. Noter que la partie plate du manche du crochet indique l'orientation du crochet dans le nez. Les personnes qui n'effectuent pas souvent cette intervention ou qui n'en sont qu'à leurs premiers essais peuvent avoir de la difficulté à localiser la sonde dans le nez. Elle se trouve en général plus sur le côté et en arrière qu'on serait tenté de le croire. En imaginant la jonction de la cloison nasale et du plancher nasal, il est en général possible de repérer la sonde à fil en insérant le crochet à la verticale afin qu'il suive cette jonction. Localiser ensuite le fil à côté du cornet inférieur dans le méat inférieur de la fosse nasale. Toucher au fil à l'aide du crochet et l'introduire grâce à une rotation de 90° du crochet dans le sens du fil. Retirer ensuite légèrement la sonde afin de loger le bout olivaire de cette dernière dans le crochet. À l'aide du crochet, retirer la sonde du nez (fig. 1). Il faut souvent faire appel à la technique du pousser-tirer et à quelques mouvements du crochet et du fil pour terminer l'intubation.

Consulter la section « ATTENTION » au haut de la présente page ainsi que le paragraphe intitulé « Problèmes liés à l'intervention ». Il faut s'assurer que la sonde est suffisamment retirée afin que le bout olivaire soit bien logé dans le crochet.

Le guide cannelé peut servir de solution de rechange pour extraire la sonde du nez. Il suffit de le placer sous le cornet inférieur en dessous de l'orifice du canal lacrymo-nasal inférieur. À l'aide du guide, recueillir la sonde pour l'acheminer dans la fente, ce qui coince le bout olivaire de la sonde à l'avant du guide cannelé. Il est possible d'utiliser, si on le désire, le guide cannelé pour percer le cornet inférieur.

Ensuite, faire descendre la deuxième sonde dans le canalicule inférieur pour la faire sortir par le nez de la même façon.

PROBLÈMES LIÉS À L'INTERVENTION

À l'occasion, en introduisant la sonde à fil à l'aide du crochet, on constate une résistance importante. Cela peut se produire étant donné que la jonction du fil et du tube est coincée à l'extrémité inférieure du canal lacrymo-nasal. Dans un tel cas, le canal lacrymo-nasal est orienté vers le bas et légèrement vers l'arrière, et il faut contourner la protubérance osseuse en tirant sur le fil. Même si le tube est extrêmement élastique et très résistant pour son diamètre, il est tout de même nettement plus fragile que le fil et peut être facilement rompu ou arraché de la sonde à fil.

Lorsqu'une résistance importante est présente, faire glisser l'extrémité arrondie d'une curette auriculaire sur le fil puis vers le bas afin de pousser le fil vers l'arrière jusqu'à ce que le tube soit réinséré dans le nez sans toucher à la protubérance osseuse (fig. 3). Faire ensuite passer le fil et le tube qui y est attaché autour de la protubérance osseuse, puis faire sortir le tout du nez en tirant.

N° de cat. 9600 / 9602 (sans suture)

Insérer l'ensemble de Crawford d'origine (sans suture) exactement comme il est décrit ci-dessus; cependant, il faut attacher et nouer le tube à proprement parler. Fixer le tube en silicone à l'aide d'une ligature fine choisie par le chirurgien, par exemple de la soie 8-0. Replacer ensuite les tubes noués dans le nez. Étant donné la masse formée par le nœud, ce dernier ne pourra passer par le canalicule et les tubes devront être retirés par le nez. Chez les patients âgés, faire expulser le nœud en demandant aux patients de se moucher; cependant, chez les jeunes enfants, il faudra peut-être avoir recours à une deuxième anesthésie générale pour localiser le nœud et retirer les tubes.

N° de cat. 9601 / 9603 (avec suture)

Une fois le tube de silicone en place, retirer les sondes à fil et appliquer une légère tension aux tubes de silicone à l'aide d'une pince munie de mâchoires à tube protecteur (fig. 2). Retirer ensuite le tube en silicone qui dépasse en utilisant le coupe-tube de Crawford afin de dégager la suture en soie 6-0 (fig. 2). Nouer ensuite la suture afin de maintenir les tubes en place. Retirer la suture qui dépasse et enlever la pince afin de pouvoir monter les tubes dans le nez. Il faut s'assurer que ces derniers sont assez serrés au niveau du canthus médial et relâcher la tension, le cas échéant. Pour retirer les tubes, localiser le tube dans l'œil entre le point lacrymal supérieur et le point lacrymal inférieur et tirer le tube vers le haut. Par la suite, couper le tube et le retirer. Il se peut que la suture en soie 6-0 doive être retirée séparément des tubes. Il est possible de réaliser cette méthode de retrait au cours d'une consultation au cabinet, permettant ainsi d'éviter une deuxième anesthésie.

PROBLÈMES POSTOPÉRATOIRES

Lorsqu'on utilise le produit sans suture d'origine, le gros nœud peut être tiré à l'occasion vers le haut dans le sac lacrymal. Il est alors possible d'utiliser l'extracteur de tube de Crawford. Ce dernier consiste en une sonde semblable à celles qui sont fournies avec les ensembles de Crawford, mais il comporte un renflement supplémentaire situé près de l'extrémité du fil. Au moment de tirer un nœud vers le haut dans le sac lacrymal, localiser le tube dans l'œil et tirer dessus vers le haut afin de créer un relâchement. Faire ensuite passer l'extracteur par le conduit lacrymal le long du tube afin de le positionner dans le nez à l'aide d'un crochet de Crawford. Placer l'extracteur de façon que son renflement se trouve tout juste à l'extérieur du point lacrymal. Couper alors le tube et en acheminer l'extrémité, qui se trouve maintenant le long de l'extracteur, jusque sur la sonde et sur le renflement de l'extracteur. À l'aide d'une ligature fine, fixer le tube afin qu'il ne déloge pas l'extracteur. Retirer délicatement l'extracteur du nez avec le tube. Acheminer le nœud vers le bas et le sortir du sac lacrymal en tirant doucement sur le tube (fig. 4).

Il se peut que, à l'occasion, un patient retire le tube d'entre le point lacrymal supérieur et le point lacrymal inférieur. Dans ce cas, il faut retirer l'ensemble. Il est possible d'insérer, si on le désire, un ensemble de remplacement de la façon habituelle.

L'extracteur peut servir dans toute situation où le chirurgien souhaite fixer de nouveau un tube à une sonde.

Il est important de noter que le larmolement peut persister pendant que les tubes sont en place, étant donné qu'ils ne servent pas de passage aux larmes.

