

INFORMATIONS MEDICALES AVANT LA REALISATION DE L'EXERESE D'UN NEURINOME DE L'ACOUSTIQUE

Madame, Monsieur,

Vous présentez une tumeur du nerf acoustique, nerf de l'audition et de l'équilibre. Elle a été objectivée par l'examen clinique, les examens d'audition, de l'équilibre et le bilan d'imagerie.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier Aspirine, anticoagulants... N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses. Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens radiologiques notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Le neurinome est une tumeur bénigne, non cancéreuse. Les risques évolutifs de cette tumeur sont liés à sa situation profonde entre l'os du rocher où se situe l'oreille, d'une part, le cerveau et le cervelet, d'autre part. Surdité et troubles de l'équilibre sont les principales conséquences initiales de la tumeur ; à moyen ou à long termes peuvent apparaître des signes liés à la compression du cerveau ou d'autres nerfs, principalement le nerf trijumeau (sensibilité de la face) et le nerf facial (mobilité du visage). Compte-tenu de ces menaces, l'intervention chirurgicale vous est proposée.

Le but de l'intervention est de retirer la tumeur dans sa totalité, tout en préservant l'ensemble des structures cérébrales et les nerfs au contact de la tumeur.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention se fait soit par l'oto-rhino-laryngologiste, soit en double équipe par l'oto-rhino-laryngologiste et le neuro-chirurgien, en fonction des caractéristiques de la tumeur, de son extension vers le cerveau principalement, et en fonction des habitudes des équipes.

Plusieurs voies d'abord peuvent être utilisées ; elles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Le choix de la voie d'abord est essentiellement fonction du volume de la tumeur, de l'importance de la surdité et de la possibilité de conserver une audition utile, et du risque de paralysie faciale lui-même lié au volume et au siège de la tumeur.

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale et sera suivie d'une phase de surveillance post-opératoire spécialisée. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Quelle que soit la voie d'abord, l'intervention comporte une incision cutanée dans le cuir chevelu, au-dessus et en arrière de l'oreille, une ouverture de l'os et des espaces méningés.

L'intervention est réalisée sous microscope opératoire, qui permet une dissection très fine pour libérer la tumeur du cerveau, du cervelet et des autres nerfs crâniens, notamment le nerf facial qui est toujours accolé à la tumeur. Une surveillance électrique de votre nerf facial est effectuée pendant l'intervention.

Dans certains cas, le comblement de la cavité opératoire est réalisé par du tissu graisseux ou musculaire pris sur la paroi de l'abdomen ou sur la cuisse, avant la fermeture cutanée.

Les soins post-opératoires et la durée d'hospitalisation vous seront précisés par votre chirurgien.

RISQUES POST-OPERATOIRES

Une paralysie faciale peut apparaître après l'opération, le plus souvent dès le réveil. Elle peut être partielle ou totale. Elle est due aux manoeuvres de libération de la tumeur intimement liée au nerf facial, qui est refoulé, étalé et, ainsi, fragilisé. Elle régresse progressivement en quelques semaines ou mois. Quand elle persiste totalement au-delà d'un an, une intervention peut être envisagée pour récupérer une mobilité de votre face.

Des troubles de l'équilibre peuvent exister dans les premières semaines post-opératoires, ils sont liés à la suppression du nerf vestibulaire (partie du nerf auditif responsable de l'équilibre) ou à des troubles neurologiques, et seront corrigés par une rééducation spécialisée.

La surdité, du côté opéré, est totale, définitive, obligatoire, lorsque la voie d'abord choisie passe au travers



du rocher et de l'oreille (voie trans-labyrinthique) ; cette voie d'abord est souvent choisie pour les tumeurs de gros volume, responsables d'une altération importante de l'audition. La surdité est souvent aggravée lorsque la voie d'abord passe en arrière du rocher (voie rétro-sigmoïde) ou au-dessus du rocher (voie sus-pétreuse), même quand les conditions locales de l'acte chirurgical s'avèrent favorables.

L'acouphène, bruit intime perçu dans l'oreille et la tête, à type de bourdonnement ou de sifflement, souvent présent avant l'intervention, persiste en post-opératoire, ou survient après l'opération.

Un trouble de la sensibilité de la face peut persister ou apparaître après ablation d'une tumeur de volume important.

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Les risques infectieux, qui sont liés à l'ouverture des espaces méningés, peuvent être responsables d'une méningite immédiate. La persistance d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien au niveau de la cicatrice ou par le nez peut être responsable d'une méningite d'apparition secondaire. La mise en place d'un drain lombaire peut être proposée pour faciliter la cicatrisation ; une réintervention de comblement de la cavité opératoire pourra être secondairement proposée.

Les risques hémorragiques à type d'hématome extra-dural nécessitent une réintervention d'urgence.

Selon la voie d'abord, la possibilité de crises comitiales (épilepsie) à distance de l'intervention ou de troubles de l'élocution (aphasie) doivent être signalés.

D'une manière générale, les risques post-opératoires sont proportionnels au volume de la tumeur ; ils ne sont jamais totalement absents même si la tumeur est petite.