



INFORMATIONS MÉDICALES AVANT RÉALISATION DE L'EXÈRESE D'UN NEURINOME DE L'ACOUSTIQUE (SCHWANNOME VESTIBULAIRE)

Madame, Monsieur,

Vous présentez une tumeur du nerf cochléovestibulaire, nerf de l'audition et de l'équilibre, appelée neurinome de l'acoustique ou schwannome vestibulaire. Les risques de son évolution nécessitent son ablation. Les autres possibilités de prise en charge de votre neurinome (surveillance, radiothérapie), ont été discutées avec votre ORL.

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 de l'aspirine ou des anticoagulants qui augmentent le risque hémorragique postopératoire. 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 de l'audition et de l'équilibre, examens d'imagerie (scanner, IRM...) 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, acouphènes (sifflements ou bourdonnements d'oreille) et troubles de l'équilibre sont les principales manifestations initiales de la tumeur. A 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 pour confirmer la nature de la lésion par un examen anatomopathologique et éviter une compression cérébrale ou nerveuse.

Le but de l'intervention est de retirer la tumeur, tout en préservant l'ensemble des structures cérébrales et les

nerfs au contact de la tumeur. Dans certains cas, l'exérèse tumorale pourra être incomplète pour préserver le tronc cérébral ou les nerfs atteints, en particulier le nerf facial, impliquant ultérieurement un suivi clinique, radiologique et, éventuellement, un traitement complémentaire postopératoire.

RÉALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention peut être réalisée soit par l'oto-rhino-laryngologiste, soit par le neurochirurgien, soit en double équipe par l'oto-rhino-laryngologiste et le neurochirurgien, en fonction des caractéristiques de la tumeur, de son extension vers le cerveau et dans le conduit auditif interne vers l'oreille interne.

Plusieurs voies d'abord peuvent être utilisées. Le choix de la voie d'abord est essentiellement fonction du volume de la tumeur, de l'importance de la surdité, 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 pour atteindre le neurinome dans l'angle pontocérébelleux.

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, pour assurer l'étanchéité de la voie d'abord et éviter des fuites de liquide céphalorachidien.

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. Quand elle persiste totalement, une intervention peut être envisagée pour corriger les manifestations liées à l'immobilité de l'hémi-face.

Des troubles de l'équilibre peuvent exister dans les premières semaines post-opératoires. En cas de persistance, ces troubles de l'équilibre pourront bénéficier de soins spécifiques, en particulier d'une rééducation spécialisée.

La surdité, du côté opéré, est totale, définitive, obligatoire, lorsque la voie d'abord choisie passe au travers de l'oreille interne (voie trans-labyrinthique). Quelle que soit la voie d'abord une perte d'audition partielle ou complète peut être observée.

L'acouphène, souvent présent avant l'intervention, peut persister en post-opératoire, ou survenir 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 hémorragiques à type d'hématome intracrânien nécessitent une réintervention d'urgence. Les lésions neurologiques, par atteinte vasculaire ou spasme artériel, sont très exceptionnelles et seront prises en charge en milieu spécialisé.

L'ouverture des espaces méningés peut être responsable d'une méningite et d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien au niveau de la cicatrice ou par le nez. Des traitements locaux, la mise en place d'un drain lombaire ou une réintervention de comblement de la cavité opératoire seront mis en œuvre selon le siège et l'évolution de l'écoulement.

Des crises comitiales (épilepsie) à distance de l'intervention ou des troubles de l'élocution (aphasie) sont exceptionnels.

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. Comme pour toute intervention intracrânienne et bien que minime, le risque de complication grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital, de séquelle, en particulier neurologique, ne peut être totalement exclu.