

DÉCOMPRESSION DU NERF FACIAL

Cher patient,

Bienvenue au Service d'oto-rhino-laryngologie des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Vous ou votre enfant allez bientôt bénéficier d'une chirurgie pour la décompression du nerf facial.

Cette brochure vous donne de plus amples informations sur cette intervention et sur votre préparation à celle-ci.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information.

Si vous avez encore des questions, n'hésitez pas à les poser au chirurgien, au médecin ou à l'infirmière.

Votre rendez-vous (à compléter par vos soins)

Date:

Heure:

Lieu:

INFORMATIONS

DÉPARTEMENT DE NEUROPSYCHIATRIE
ET PATHOLOGIES SPÉCIALES

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
UNITÉ D'OTOLOGIE

CONSULTATION : +32 2 764 19 42

SECRÉTARIATS : +32 2 764 19 49

+32 2 764 19 76

+32 2 764 19 45



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



COMMU-DSO-132
décembre 2018

Éditeur responsable : Thomas De Nayer / Service de communication
Photos : Shutterstock

Cliniques universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles
www.saintluc.be

© Cliniques universitaires Saint-Luc

Aucun élément de cette brochure ne peut être repris sans accord préalable



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

BROCHURE
À L'ATTENTION DES PATIENTS
ET DE LEUR FAMILLE



Qu'est-ce qu'une chirurgie pour décompression du nerf facial ?

Vous-même ou votre enfant présentez une paralysie de l'hémiface, spontanée ou consécutive à une chirurgie de l'oreille ou à un traumatisme crânien avec fracture du rocher. Cette paralysie faciale s'accompagne d'une surdité d'intensité variable, parfois définitive, qui sera identifiée avant l'intervention.

Le nerf facial traverse le rocher dans un canal osseux. Le but de l'intervention est de lever la compression réalisée par l'œdème ou par les fragments osseux au niveau du foyer de fracture de ce canal et de réparer les lésions du nerf selon leur gravité. En fonction de la cause et de l'évolution de cette paralysie faciale, une intervention chirurgicale pourra vous être proposée.

Comment vous y préparer ?

L'intervention chirurgicale aura lieu sous anesthésie générale (complétée par une infiltration locale de Xylocaïne®), le plus souvent en hospitalisation de jour. Avant l'intervention, vous serez vu(e) par un anesthésiste. N'oubliez pas de lui parler de vos problèmes de santé éventuels (allergies, tension artérielle, problèmes thyroïdiens, problèmes de coagulation...) et de bien l'informer des traitements médicaux que vous suivez. Certains traitements devront être arrêtés ou modifiés avant l'intervention chirurgicale. L'anesthésiste répondra à vos questions concernant les risques éventuels de l'anesthésie. Si vous avez une copie de votre scanner ou IRM, n'oubliez pas de l'apporter le jour de votre opération. Si votre oreille coule endéans les 10 jours avant votre opération, vous devez prévenir votre chirurgien. Si vous faites de la fièvre ou si vous êtes malade endéans les 10 jours avant votre opération, contactez votre médecin traitant.

L'intervention

L'intervention chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale et complétée par une anesthésie locale à base de Xylocaïne®.

Selon le siège de la fracture, cette décompression peut s'effectuer soit par voie transmastoidienne (incision cutanée rétro-auriculaire avec ouverture de la mastoïde, l'os derrière l'oreille), soit par voie sus-pétreuse (incision cutanée au-dessus de l'oreille avec volet osseux).

Le nerf sera, le cas échéant, libéré de son foyer de fracture et/ou décomprimé. La réparation peut nécessiter une suture directe du nerf ou le recours à une greffe qui sera prélevée au niveau du cou ou du pied, ce qui donne lieu à une petite cicatrice supplémentaire.

La décompression du nerf facial dans sa deuxième portion nécessite parfois d'ôter l'enclume, qui sera transposée en fin d'intervention. Dans ce cas-là, une petite perte d'audition pourra exister après l'opération. En cas d'atteinte de la chaîne des osselets post-traumatique (surdité de transmission), une réparation peut être tentée au cours de la même intervention.

Que se passe-t-il après l'intervention ?

Le premier gros pansement à l'entrée de l'oreille et le bandage céphalique pourront être retirés 24 à 48h après l'intervention.

Rendez-vous 7 à 10 jours après l'opération pour retirer les fils ou les Stéri-Strips™, et commencer à retirer les pansements du conduit auditif externe.

Rendez-vous environ 3 à 4 semaines après l'opération pour retirer les derniers pansements.

Ne pas se laver les cheveux (prévoir éventuellement un shampoing sec) les 10 premiers jours après l'opération.

Il est normal que votre oreille coule un peu et que vous entendiez un peu moins bien. Se présenter aux urgences en cas de vertiges, sifflement important, écoulement de l'oreille, et contacter le chirurgien au moindre doute.

Pendant un mois : ne rien mettre dans l'oreille (EAU!, écouteur, appareil auditif, bouchon nageur), ne pas porter de charge lourde, ne pas avoir d'activité sportive, ne pas prendre l'avion.

Risques immédiats

Ceux-ci sont très rares.

Compte tenu de la proximité des structures de l'oreille interne, il existe un risque d'acouphènes (sifflements ou bourdonnements) et de vertiges.

Des phénomènes hémorragiques peuvent survenir.

Ceux-ci sont le plus souvent détectés et traités durant l'intervention.

Risques secondaires

On note parfois un décollement secondaire (temporaire) du pavillon de l'oreille (voie transmastoidienne) ou une déformation de la région temporo-pariétale liée au déplacement secondaire du volet osseux (voie sus-pétreuse).

Après l'intervention chirurgicale, la paralysie faciale sera toujours présente ! Le but de l'intervention est de faciliter la récupération de la fonction faciale, qui peut encore persister jusqu'à plusieurs mois.

Une prise en charge par kinésithérapie ou de la « gymnastique » faciale à faire quotidiennement pourra vous être proposée.

Il arrive parfois que le nerf facial ne récupère pas sa fonction normale ; dans ce cas, une chirurgie complémentaire sera parfois nécessaire

En cas d'audition pré-opératoire normale, celle-ci peut être légèrement diminuée après l'opération, secondairement au déplacement nécessaire des osselets.

Le risque de surdité totale, définitive, est extrêmement rare.

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.