

SCHWANNOME VESTIBULAIRE

Cher patient,

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

Vous allez bientôt bénéficier d'une chirurgie pour un schwannome vestibulaire.

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:



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



COMMU-DSO-136
décembre 2018

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

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

BROCHURE
À L'ATTENTION DES PATIENTS
ET DE LEUR FAMILLE

Qu'est-ce qu'un schwannome vestibulaire (ou neurinome de l'acoustique) ?

Le schwannome vestibulaire, également appelé neurinome de l'acoustique, est une tumeur bénigne du nerf cochléo-vestibulaire, nerf de l'audition et de l'équilibre. Il s'agit d'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, et 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 terme 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, une intervention chirurgicale peut parfois vous être proposée. Actuellement, beaucoup de schwannomes de petite taille sont pris en charge par de la radiothérapie. Le but de l'intervention est de retirer la tumeur dans sa totalité (ou quasi-totalité), tout en préservant l'ensemble des structures cérébrales et les nerfs au contact de la tumeur (essentiellement le nerf facial).

Comment vous y préparer ?

L'intervention chirurgicale aura lieu sous anesthésie générale (complétée par une infiltration locale de Xylocaïne®), et sera suivie d'une hospitalisation d'environ une semaine. 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.

source : www.orlfrance.org

Pour planifier la date de votre intervention chirurgicale sachez qu'il faudra compter environ 3 semaines d'incapacité professionnelle et que pendant 1 mois vous ne pourrez pas pratiquer d'activité sportive, porter de charges lourdes ni prendre l'avion.

L'intervention

L'intervention s'effectue sous anesthésie générale et sera suivie d'une phase de surveillance postopératoire 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. L'intervention peut être réalisée par l'oto-rhino-laryngologiste ou le neurochirurgien, en fonction des caractéristiques de la tumeur (en particulier de son extension vers le cerveau) et 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 de la localisation de la tumeur, de son volume, de l'importance de la surdité. 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, et 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. Une surveillance électrique de ce dernier est effectuée pendant l'intervention. Dans certains cas, la cavité opératoire est comblée par du tissu graisseux ou musculaire, pris au niveau de la paroi abdominale ou de la cuisse.

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

Vous resterez hospitalisé environ une semaine, avec un bandage céphalique compressif. Les fils ou agrafes seront retirés environ 10 jours après l'opération. Ne pas se laver les cheveux (prévoir éventuellement un shampoing sec) les 10 premiers jours après l'opération. Se présenter aux urgences en cas de vertiges, sifflement

important, paralysie faciale, écoulement de l'oreille ou du nez, et contacter le chirurgien au moindre doute. Pendant un mois : ne pas porter de charge lourde, ne pas avoir d'activité sportive, ne pas prendre l'avion. Interruption de l'activité professionnelle de minimum 3 semaines.

Risques postopératoires

Une fuite de liquide céphalo-rachidien peut apparaître dans la période post-opératoire immédiate. Lorsqu'elle ne se résout pas de manière spontanée en quelques jours, celle-ci doit parfois faire l'objet de mesures complémentaires.

Une paralysie faciale peut apparaître après l'opération, le plus souvent dès le réveil. Elle est souvent liée à la taille de la tumeur. 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 postopératoires. Ils seront corrigés par une rééducation spécialisée de kinésithérapie vestibulaire.

En fonction de la voie d'abord, l'audition pourra tentée d'être préservée.

L'acouphène, bruit intime perçu dans l'oreille et la tête, à type de bourdonnement ou de sifflement, souvent présent avant l'intervention, peut persister en période postopératoire, 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.

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.