

Auteur : marie (195.93.34.xxx)

Sujet : rien ne va plus

Date : 04/10/2002 11:26:04

en ce beau jour, rien ne va plus.

sourde complète, plus d'audition du tout.

comme j'ai la maladie de ménière avec la particularité du syndrome de lermoyer, je sais ce que cela signifie: il faut un vertige pour réentendre.

c'est la particularité de lermoyer: "le vertige fait entendre", mais soyons rassurés, avec une perte toujours à l'issue.

alors, que faire à part attendre?

justement , j'ai trop attendu.

votre déprimée, marie

Auteur : " size=2MUMU (164.138.45.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire

Date : 10/10/2002 19:29:49

😊njour

J'ai bien reçu tes mails. Je suis prête à te donner tous les renseignements que tu souhaites concernant l'opération que j'ai subie le mois dernier.

J'attends tes questions à moins que le bref résumé ci dessous ne te satisfasse:

Voici donc mon état après l'opération:

J'ai eu des vertiges pendant 6 jours consécutifs (rien à voir avec les grands vertiges rotatoires causés par la maladie elle même) et de légères nausées soulagées par les perfusions.

Ce fut pénible à un tel point que je me disais que ça ne s'arrêterait jamais.

Je me suis levée avec beaucoup de difficultés deux jours après l'opération avec l'aide indispensable d'une aidesoignante (qui soit dit en passant a tenté de me dissuader de le faire).

La perte d'équilibre à la marche a duré environ 10 jours.

Plus d'un mois après j'ai toujours des petits déséquilibres en cas de fatigue, ou dans l'obscurité...

Je suis très loin de faire des bonds ou courir sans risque de me casser le nez!

Cependant, je peux désormais bouger la tête autant que je veux sans risque de déclencher une crise.

J'estime que je vais mettre beaucoup plus de temps que je ne le pensais pour retrouver le parfait équilibre. Je vais souvent de travers dans les couloirs et je préfère éviter certaines choses comme courir ou conduire la voiture.

J'ai toujours les accouphènes, la baisse d'audition continue vraisemblablement.

La cicatrice est discrète, mais toujours un peu sensible.

Les infirmières de l'hôpital sont très serviables! (eh! c'est un détail important tu sais!)



Et enfin pour clore le tout: JE N'AI PLUS DE VERTIGES

Il reste tout de même quelques inquiétudes au fond de moi...

Auteur : marie (195.93.32.xxx)

Sujet : Re : neurotomie vestibulaire

Date : 10/10/2002 20:45:33



oh, quelle heureuse surprise, mumu!!

je suis ravie pour toi.

l'équilibre à la marche, il faut compter 3 mois, mais si j'ai bien compris , tu n'as pas, sur ton île, de kiné spécialisé dans les vertiges.
ceci est dommage car l'aide apporté est importante.

j'ai plein de questions, bêtes peut-être:

1) je sais qu'ils rasant la tête, mais dis moi, beaucoup ?
le font-ils avant l'opération ou lorsque tu es endormie?

2) en post-opératoire, peux tu te lever quand tu veux, ou t'obligent ils à rester coucher 2 jours?

3) au réveil, as tu vraiment beaucoup mal à la tête? pendant combien de temps te font-ils du nubain (morphine) ?

4) je pense que tu dois avoir, pour un temps assez court, un traitement médical: vastarel ?

5) je ne comprends pas ce que tu dis en parlant de baisse d'audition. ils ont du te faire un audiogramme avant et après l'opération (en tout cas, c'est prévu comme ça pour moi), qu'a t il révélé. cette baisse dont tu parles est-elle réelle ? normalement, cette intervention est faite justement pour préserver l'audition !
par contre, le professeur M m'a bien prévenu qu'elle n'aurait aucun effet d'amélioration sur les acouphènes.

quant aux vertiges, c'est vrai ,tu ne peux plus en faire.

tu sais, marcher de travers dans les couloirs ou dans la rue , c'est mon lot quotidien, alors, ca me changera pas trop!!

en fait, mumu, si c'était à refaire, le ferais tu ?

bisous, merci de ton témoignage, j'espère que mes questions ne t'embarrassent pas trop, mais tu sais, plus la date avance, plus j'ai la trouille.

marie

Auteur : marie (195.93.33.xxx)

Sujet : Re : neurotomie vestibulaire

Date : 11/10/2002 16:24:58

non, non, tournesol,

la neurectomie vestibulaire est justement faite pour conserver l'audition. sinon, pourquoi le chirurgien prendrait il des risques journallement à ouvrir le "crâne" des gens, alors qu'il serait plus simple de faire une injection de gentamycine.

ces 2 traitements ont le même but, arrêter définitivement les vertiges. mais avec une grosse nuance.

dans le cas de la neurectomie vestibulaire, le chirurgien coupe le nerf vestibulaire(de l'équilibre) sans toucher au nerf de l'audition. il agit sur la liaison oreille-cerveau en la détruisant (la liaison).

ne touchant pas le nerf de l'audition, cette dernière ne doit donc pas varier.

dans le cas de l'injection de substances toxiques chimiques, le chirurgien agit directement sur l'organe malade en le détruisant (l'oreille). cette injection ne se pratique que lorsqu'il n'y a plus d'audition à sauver.

mais je reviendrai la-dessus.

a +

marie

Auteur : " [size=2mumu](mailto:2mumu@164.138.133.xxx) (164.138.133.xxx)

Sujet : Re : neurotomie vestibulaire

Date : 12/10/2002 19:21:49

Hello

1) en ce qui me concerne, ils ont très peu rasé, c'est extrêmement discret si tu portes les cheveux longs, en revanche s'ils sont coupés à la garçonne, évidemment ça se verra puisque le champ opératoire se situe derrière l'oreille. Mais c'est une question de deux ou trois centimètres

Il y a douze points de suture (la cicatrice fait environ huit centimètres)

Le rasage a lieu la veille au soir de l'opération, et tu n'es donc pas endormie! Ils te rasent puis te mettent un pansement.

2) tu n'es pas obligé de rester couchée mais je peux t'assurer que tu n'auras pas le courage de te lever avant le deuxième jour!

3) je pense que je n'ai eu de la morphine que les premières heures suivant l'opération, ensuite les perfusions classiques prennent le relais, et je n'ai pas eu mal à la tête dutout. Il s'agissait juste d'une brulure au niveau de la plaie

4) j'ai eu du tanganil en perfusion les cinq premiers jours qui ont suivi l'opération et je n'ai pas suivi de traitement contre le vertige depuis!

Je n'ai pas encore eu ma visite post opératoire, elle aura lieu ce vendredi avec mon orl, et je te dirais si mon audition a effectivement diminué ou s'il ne s'agit que d'une fausse impression.

Si c'était à refaire je le referais mais avec mille fois plus d'angoisse, de peur et d'appréhension.

Je comprends que tu aies peur, moi je n'avais pas très peur mais avec le recul je t'assure que cette opération est la chose la plus effrayante que j'ai faite dans ma vie.

Je te le dis franchement, et je pense que dans quelques mois, tu me répondras que "ce n'était pas aussi terrible que ça"...

En ce qui concerne la kiné le professeur M m'a dit que les séances de rééduc n'étaient absolument pas indispensables, que la meilleure rééduc consiste à marcher et bouger normalement dès qu'on se sent capable de le faire!

Par conséquent je n'ai eu que trois séances de kiné et j'ai arrêté car je ne voyais pas l'utilité. Si je te raconte ce que je faisais pendant ces fameuses séances, tu me diras que j'ai eu raison d'arrêter.

a +

Auteur : " [size=2MM \(212.129.47.xxx\)](mailto:212.129.47.xxx)

Sujet : Neurectomie

Date : 16/10/2002 19:14:58

Concernant la neurectomie vestibulaire :

Je pense que la plupart d'entre vous espèrent une bonne explication sur la neurectomie vestibulaire. Et malheureusement les chirurgiens ne consacrent pas suffisamment de temps pour expliquer les choses !!!!

Si vous permettez je vais sommairement expliquer quelques points :

- Neurectomie pourquoi : elle est réservée aux Ménières rebelles (aux traitements) et/ ou invalidantes (crises de vertige fréquentes ou invalidante).

- Neurectomie vestibulaire comment : c'est la section la plus parfaite du nerf vestibulaire. Soit dans sa partie proximale (l'angle ponto-cérébelleux : voie rétro-sigmoïde) soit dans sa partie distale (le conduit auditif interne : voie sus pétreuse) ; Section du nerf vestibulaire dans sa partie distale permet la résection du ganglion géniculé et les anastomoses cochléo-vestibulaire donc efficacité plus certaine.

- Résultat à long terme après la neurectomie (Etude réalisée en 2000 sur 80 neurectomie et sur 10 ans d'évolution) : la disparition des vertiges (dans 95% des cas) , persistance des troubles de l'équilibre (73%) ; aggravation de la surdité (40%) ; aggravation des acouphènes (21%)

- Action de la neurectomie : la section du nerf vestibulaire ne fait que déconnecter l'appareil vestibulaire du système nerveux central. Aucune action théorique sur l'hydrops. Mais il ne faut pas oublier que entre chaque organe et le cerveau (notamment l'oreille) il existe une voie afférente et une voie efférente. Le cerveau reçoit des informations de l'organe et envoie des informations (rétro- contrôle). Après une crise de vertige (à priori destructive) on peut bizarrement trouver une hyperexcitabilité de l'oreille malade. Ceci n'est que le résultat des messages de correction d'origine centrale qui peut être non adaptée et / ou exagérée. Ainsi, on peut expliquer une certaine accalmie de l'hydrops après la neurectomie (notamment stabilité de l'audition). Ceci veut dire que une partie des symptômes sont dus à la réaction inadaptée du système nerveux central en réponse de l'hydrops. Une fois que l'oreille est déconnectée, donc l'inhibition ou stimulation d'origine centrale disparaît et la part réelle de l'hydrops apparaît. Qui peut être souvent minime mais exagérée par le panique cérébral !!! (Ce phénomène existe plus simplement par exemple dans les Hépatite virales : ce n'est pas le virus qui détruit le foi, mais c'est la réponse inadaptée et exagérée du système immunitaire qui détruit le foi).

Merci de votre patience.

Auteur : Tournesol (195.93.49.xxx)

Sujet : Re : Neurectomie



Date : 16/10/2002 19:45:37

Excellente explication c'est vrai...

La neurectomie doit donc être à mon avis réservée uniquement aux cas de vertiges invalidants, s'il n'y a pas d'autres solutions..

L'aggravation me semble tout de même un risque trop important pour ne pas tout tenter avant..

Cette neurectomie permet d'éviter les vertiges mais ne soigne malheureusement pas le reste..

Auteur : "[size=2MM](#) (212.129.47.xxx)

Sujet : Re : Neurectomie

Date : 16/10/2002 22:01:57

Non la neurectomie reste la meilleure solution dans les formes où il y a des vertiges.

Ceux qui ont bénéficié de cette intervention ne la regrette pas. Le symptôme vertige est le symptôme le plus invalidant quelle que soit sa fréquence.

Une Ménière du moment qu'elle est déstabilisée (traitement débuté tardivement, traitement hésitant, traitement irrégulier, ...) doit bénéficier d'un traitement radical type neurectomie. Un état de vertige chronique n'est pas acceptable.

Ce que j'ai expliqué, c'est de la théorie mais tout dépend bien sûr de la souffrance de malade. Une Ménière opérée est plus facile à maîtrisée dans tous les cas.

Pour Marie , ça va marcher. Dommage pour l'audition, mais les vertiges doivent disparaître

.

Sujet : Re : Neurectomie

Date : 17/10/2002 08:13:06

il y a semble-t-il des moyens moins radicaux que la neurectomie, qui peuvent l'éviter, stabiliser les vertiges et donc permettre de sauvegarder de l'audition...

certains en témoignent d'ailleurs ...

selon moi la neuroctemie... c'est la dernière solution, quand les vertiges prennent le dessus sur tout, et meme sur l'audition, mais pas avant...

d'ailleurs MM, tu le disais dans les post précédents !

Auteur : "[size=2MM](#) (172.179.100.xxx)

Sujet : Re : Neurectomie

Date : 17/10/2002 13:25:40

Tout à fait d'accord avec Xény. On en parlera. en premier c'est un bon traitement médical (régulier, et débuté tôt)

Mais, je viens de voir une erreur majeur dans mon message sur la neurectomie :

Dans la neurectomie : on section le nerf vestibulaire et le ganglion SCARPA (et non pas Genuculé) désolé de cette faute.

La neurotomie est tout simplement la section du nerf vestibulair dans l'angle ponto-cérébelleux (voie rétro sigmide)

Auteur : marie (195.93.50.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire-post-opératoire

Date : 29/10/2002 16:15:52

je stipule que qu'il soit dit dans mes messages, ce n'est rien d'autre que mes vécus personnels et ne veut être en aucun cas académique.

entre l'entrée au bloc et le retour à la chambre, il s'est écoulé 5 heures.

le reveil:

- en ce qui me concerne, je me suis réveillée avec un mal atroce au cou, aucun rapport avec l'opération en elle-même, c'est la position de la tête durant l'intervention qui a été la cause de cette douleur. cela m'a valu deux injections de morphine.

- sinon, aucune autre douleur due à l'intervention, ni au réveil, ni par la suite.

- aucun vertige au réveil ni depuis - les 3 premiers jours, strabisme du coté opposé au nerf sectionné, donc dans mon cas, nerf gauche, oeil droit.

- vision floue de loin les 3 premiers jours, effet très désagréable. la vision revient vite.

- je me suis levée 6 heures après l'intervention accompagnée d'une infirmière.

voilà en ce qui concerne le post-opératoire direct.

Marie

Auteur : marie (195.93.50.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire-suite

Date : 29/10/2002 19:29:16

après l'opération a commencé un protocole en perfusion:

- cortisone
- vasodilatateur
- antibiotique
- anti-viral
- calmant

cela devait durer 5 jours, mais devant mes voies veineuses inexistantes et le refus de l'anesthésiste de me placer une voie centrale (pas assez sérieux comme intervention pour courrir le risque d'une septicémie, qu'il a dit), le relais a été pris par voie buccale.

en ce qui concerne mes déplacements, dès le lendemain, je me déplaçais, accompagnée le matin, puis toute seule.

j'avoue que la rééducation que je suivais depuis des années m'a bien servie là.

la kiné venait me faire faire des exercices, le plus dur a été la descente des escaliers.

j'ai été opérée le mardi, le vendredi, je me baladais seule dans le hall de l'hopital.

comme j'étais un peu craintive, je prévenais l'infirmière lorsque je m'absentais du service, mais elle m'a répondu: " de quoi avez-vous peur, il ne peut plus rien vous arrivez maintenant".

je crois que c'est à ça, qu'il va falloir que je m'habitue, à ne plus avoir peur, mais ça fait tellement longtemps que je faisais des vertiges, que je ne sais plus ce qu'est la confiance ni vivre sans une épée de Damocles au dessus de la tête.

aujourd'hui, avant ma sortie de l'hôpital, j'ai eu droit aux tests posturographiques, la conclusion est impressionnante.

je ne pouvais plus avant l'intervention , rester 3 mn immobile sans perdre l'équilibre, je ne pouvais plus regarder quelque chose bouger sans que cela ne me provoque soit un vertige soit de grandes instabilités.

et bien là, ils ont tout essayé, lol !!!, je ne bouge plus du tout.

même eux étaient impressionnés, ils m'ont dit que mes tets étaient parfaits et étaient en tout point communs à ceux d'une personne non atteinte de vertige.
donc, je dois réapprendre à sortir seule sans aucune crainte et ça , il va falloir du temps, c'est un travail à faire sur moi-même.

Marie

Auteur : marie (195.93.34.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire-audition

Date : 29/10/2002 20:17:39

alors, sur le sujet, je ne me permettrai que de dire ce qu'est mon expérience.

tout d'abord, à droite, j'ai fait en 2000, une surdité brusque, rien à voir avec ménière.
à gauche, mon cas est très complexe.

j'y ai perdu 60 dcbs par la maladie de ménière (surdité de perception) et 30 dcbs par surdité de transmission (et, oui, ou on a de la chance ou on n'en a pas).

donc, en résumé, j'en suis à -90dcbs sur à peu près toutes les fréquences. il ne reste pas grand chose.

en juin, j'ai subi pour la deuxième fois une exploration de l'oreille moyenne, un bloc osseux a été retiré, mais pas en entier car vu son emplacement, si on me l'otait complètement, je risquais la cophose. un yoyo a été mis en place.

en même temps une recherche de fistule a été faite: négatif.

le professeur qui m'a opéré m'a dit que :

1- la neurotomie arrête la perte de l'audition, j'ai bien redemandé, il a été très clair sur le sujet.

2- selon les cas , cette intervention peut même faire remonter l'audition. il a été aussi très clair la dessus.

dans mon cas, les orl du service m'ont dit qu'il fallait attendre car en retirant le yoyo, ils se sont aperçu que mon oreille moyenne contenait toujours du liquide.

voilà, alors, moi, j'en sais pas plus, mais quand même, c'est pas le premier venu et l'expérience qu'il a de cette intervention doit lui permettre d'affirmer ce genre de chose.

alors, je vais attendre, sans trop d'espoir, mais sait-on jamais?

j'espère être assez clair dans mes explications.

Marie

Auteur : marie (195.93.34.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire-conclusion

Date : 29/10/2002 20:31:10

je ne suis qu'à 7 jours de l'intervention, mais voici mes impressions qui je le répète n'ont aucune valeur de jugement.

1- j'ai subi 2 décompressions du sac endolymphatiques.

les suites opératoires, le protocoles de perfusions, les risques encourus sont les mêmes.

2- avec la décompression du sac endolymphatique, l'arrêt des vertiges n'est garanti qu'à 60% et laisse une SURDITE FLUCTUANTE.

3- avec la neurotomie vestibulaire, l'arrêt des vertiges et de la perte d'audition est garanti.
à part le savoir, on ne s'aperçoit absolument pas d'une opération "mutilante" comme disent

certain (pour moi, ce qui est mutilant, c'est 4 h de vertiges quotidiens, l'arrêt de toute vie sociale et conviviale).

CONCLUSION: j'aurais du le faire plus tôt, certes à droite je serai quand même sourde, mais à gauche non.

je n'aurai pas perdu mon emploi, ma confiance en moi.

je dois continuer pendant 7 jours les anti-viraux et puis terminé, plus aucun médicament (ni d'ailleurs de régime alimentaire).

adieu, serc, tangananil, vastarel, etc.....

voilà, voilà, je crois avoir tout dit.

si j'ai oublié quelque chose je n'hésiterai pas à le dire.

je vous remercie de m'avoir lu.

marie

Auteur : marie (195.93.50.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire-cicatrice

Date : 30/10/2002 09:20:54

la cicatrice se situe à peu près à 2 cm au dessus de l'oreille.

j'ai 14 points de suture.

elle part de 1 cm en dessous de l'oreille (dans le cou) et remonte pratiquement jusqu'en haut.

les points me seront retirés mardi prochain, soit 15 jours après l'intervention.

marie

Auteur : marie (195.93.34.xxx)

Sujet : neurotomie vestibulaire-audition

Date : 29/10/2002 20:17:39

alors, sur le sujet, je ne me permettrai que de dire ce qu'est mon expérience.

tout d'abord, à droite, j'ai fait en 2000, une surdité brusque, rien à voir avec ménière. à gauche, mon cas est très complexe.

j'y ai perdu 60 dcbs par la maladie de ménière (surdité de perception) et 30 dcbs par surdité de transmission (et, oui, ou on a de la chance ou on n'en a pas).

donc, en résumé, j'en suis à -90dcbs sur à peu près toutes les fréquences. il ne reste pas grand chose.

en juin, j'ai subi pour la deuxième fois une exploration de l'oreille moyenne, un bloc osseux a été retiré, mais pas en entier car vu son emplacement, si on me l'otait complètement, je risquais la cophose. un yoyo a été mis en place.

en même temps une recherche de fistule a été faite: négatif.

le professeur qui m'a opéré m'a dit que :

1- la neurotomie arrête la perte de l'audition, j'ai bien redemandé, il a été très clair sur le sujet.

2- selon les cas , cette intervention peut même faire remonter l'audition. il a été aussi très clair la dessus.

dans mon cas, les orl du service m'ont dit qu'il fallait attendre car en retirant le yoyo, ils se sont aperçu que mon oreille moyenne contenait toujours du liquide.

voilà, alors, moi, j'en sais pas plus, mais quand même, c'est pas le premier venu et

l'expérience qu'il a de cette intervention doit lui permettre d'affirmer ce genre de chose.

alors, je vais attendre, sans trop d'espoir, mais sait-on jamais?

j'espère être assez clair dans mes explications.

Marie

Auteur : marie (195.93.48.xxx)

Sujet : Re : Bonjour à Marie

Date : 30/10/2002 08:36:31

exact, ma réserve vestibulaire était faible.

j'y suis allée sur un coup de dé.

il m'avait prévenu que vu l'état des 2 oreilles, il ne pouvait à l'avance me dire quel serait mon état en ce qui concerne mon équilibre post-opératoire.

mais comme je l'ai dit dans un message précédent, les tests posturographiques sont très bons. donc, je suppose que ma réserve controlatérale est bonne.

alors, pourvu que ça dure !

j'ai eu peur de cette intervention à cause des ragots que l'on peut entendre.

comme m'a dit le professeur: "moins on en sait, plus on s'inquiète".

et là, il avait raison.

une chose est sûre, je regrette la décompression du sac endolymphatique, là a été la grosse erreur.

arrivée à ce stade, j'aurai du directement aller à la neurotomie.

je répète, je faisais des crises journalières, pas un vertige tous les ans.

mais, bon, ce qui est fait est fait, on ne peut revenir en arrière.

marie.

Auteur : ["size=2MM \(212.83.135.xxx\)](#)

Sujet : Bonjour à Marie

Date : 07/11/2002 22:03:35

Je suis très content pour toi. A priori tout va bien.

Les troubles visuels post neurectomies sont rares mais ils existent .

Ils correspondent au syndrome destructif engendré par la neurectomie avec une cyclo-torsion oculaire et des perturbations neuro végétatifs parasymphatiques. Ils doivent disparaître avec la rééducation.

Amitié à tous

Auteur : marie (195.93.33.xxx)

Sujet : Re : Bonjour à Marie

Date : 07/11/2002 23:00:51

😊 fait, tournesol, en français, je crois que ça veut dire que suite à la neurotomie vestibulaire gauche, mon côté droit doit prendre le relais.

donc, s'en suivent des troubles tels que nausées, vision floue, instabilité.

tout ce qui est proprioceptif doit se remettre en place progressivement aidé en cela par la rééducation.

mais je préfère que MM confirme.

marie

Auteur : " [size=2MM](#) (212.83.135.xxx)

Sujet : Re : Bonjour à Marie

Date : 08/11/2002 00:21:36

En français : YES

La disparition totale de l'activité d'un appareil vestibulaire (oreille opéré : nerf vestibulaire coupé) entraîne un bascule totale de l'autre côté : nystagmus controlatéral , déviation corporelle et de toute les repères visuels homolatérale (= côté opéré) avec typiquement une rotation - élévation de l'orbite oculaire (cyclo-tortion) qui donne une diplopie (vision double et flou visuel par défaut de convergence)

Sur le plans neurovégétative il ya : nausées , vomissements ,

Tout ça est possible mais pas obligatoire et dépend surtout de l'activité de l'appreille vestibulaire avant l'intervention (destruction ou deconnexion)

Par exemple si avant l'intervention l'oreille à opérer travailler à 10% , il y aura bcp moins de symptômte que si elle avait une activité à 80%.

J'espère que c'est claire. Tout dépend de l'asymétrie créée par l'intervention. Comme une balance, vous enlever le poids d'un côté

Amitié

Auteur : " [size=2Tournesol](#) (195.93.50.xxx)

Sujet : Audition



Date : 11/11/2002 13:28:12

Dis, Marie, ou en es-tu de ton audition ?

Revient-elle comme on te l'a promis ou est-elle stable ?

J'avais posé la question à Mumu mais mon post a été englouti au milieu des autres et elle ne l'a pas vu ...

C'est peut-être un peu tôt pour savoir mais ce sujet m'intéresse..

Bises

Auteur : marie (195.93.49.xxx)

Sujet : Re : Audition

Date : 11/11/2002 21:32:00

je comprends tout à fait que cela t'intéresse !

si tu as lu mon dernier message, tu as compris que mon audition n'est pas revenue. nulle avant l'opération, nulle maintenant.

mais, car il y a un mais, pendant la neurotomie, ils m'ont enlevé le yoyo et ce faisant , ils ont rincé l'oreille.

le produit est passé dans l'oreille moyenne (normal puisqu'il y avait un trou dans le tympan). j'ai donc l'oreille pleine d'eau, je te dis pas le bruit que ça fait, c'est horrible.

je dois donc attendre qu'elle parte pour savoir exactement où en est cette oreille gauche, niveau audition.

le professeur qui m'a opéré m'a dit que normalement l'audition devait remonter, alors, pour le moment, j'attends. de tpute façon je le vois mercredi, j'aurais droit à un audigramme. je te dirai.

depuis hier, j'entends les bruits style entrechoquements d'assiettes, briquet qu'on allume mais toujours pas les voix ni la sonnerie du téléphone et pourtant ce dernier est fort.

je suis un mauvais exemple.

voilà pour moi, j'espère que MUMU répondra, mais elle nous a dit dans son dernier post qu'elle n'avait pas fait d'autre audiogramme.

voilà tout ce que je peux dire pour l'instant.
en tout cas, plus de vertiges depuis maintenant 3 semaines et surtout plus de médicaments.

marie



Auteur : marie (195.93.50.xxx)
Sujet : pour tous !



Date : 13/11/2002 15:42:39

bien, je n'ai rien dit pendant 2 jours, car je ne voulais avoir de fausse joie et préférerais attendre, la consultation d'aujourd'hui avec le chirurgien qui m'a opérée de la neurotomie vestibulaire.

il m'avait dit que cette intervention devait enlever la fluctuation de l'audition due à la décompression du sac endolymphatique et augmenter l'audition.
moi, je ne suis pas médecin, j'écoute quand un professeur me parle.

la mascotte du service (c'est ainsi qu'il m'appelle), s'est donc rendue à la consultation.
en ce qui concerne les suites opératoires, RAS.
tout va bien, cicatrisation et tests posturo-cinétiques.

en ce qui concerne l'audition, après confirmation, j'ai la joie de vous annoncer que, malgré l'eau que j'ai toujours derrière le tympan, par rapport à l'audiogramme pré-opératoire, on note:

- fréquence 125hertz: + 25 dcbs
- fréquence 250 hertz: + 05 dcbs
- fréquence 500 hertz: + 05 dcbs
- fréquence 1000 hertz: + 15 dcbs
- fréquence 2000 hertz: + 15 dcbs
- fréquence 4000 hertz: + 25 dcbs

et donc, cette audition doit encore progresser avec l'élimination du liquide contenu dans mon oreille moyenne.

voilà, alors je ne sais pas quel est le rapport entre neurotomie vestibulaire et audition, je ne veux même pas le savoir.

ce que je sais, c'est que ce qu'il m'avait promis arrivé: "après une neurotomie vestibulaire, il ya de grande chance de retrouver une partie de son audiion".

je vais rester avec cette idée, elle me fait du bien.

bon, je n'en suis pas encore à discuter avec les gens dans la rue, mais à la maison, ca va à peu près.

quelle changement en quelques jours !
pourvu que ça dure !

marie

Auteur : Marie (195.93.73.xxx)

Sujet : audiogramme



Date : 06/01/2003 15:44:26

bonjour tous,

depuis quelques jours, je vous disais avoir l'impression de mieux entendre.
aujourd'hui, mon orl m'a fait un audiogramme.
effectivement, j'ai gagné de l'audition.

l'audiogramme effectué la veille de la neurotomie (21/10) accusait une perte de 85 dcbs en moyenne.
celui d'aujourd'hui a un tracé plat sur la ligne des - 60 dcbs.

donc, **j'ai gagné 25 dcbs** en moyenne, c'est quand même une performance, avouez!!!!

alors , est-ce dû à la neurotomie, au diamox, à la désensibilisation ??

je ne sais pas, toujours est-il que je vais encore attendre et constater.

voilà, je vous invite à partager ma joie et mon mieux vivre.



Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : petit bilan



Date : 20/01/2003 11:03:02

je fais un petit bilan, pour ceux que ça interesse, concernant la neurotomie vestibulaire à 3 mois.

mais oui, 3 mois déjà, je n'ai pas vu le temps passer !!!

niveau vertige:

l'opération avait cette visée, effectivement, je ne fais plus de vertige.
ça change quand on en faisait 4 à 5 heures par jour.

j'ai toujours, quelques fois, un hydrops, mais d'une ampleur et durée nettement plus faibles qu'avant l'intervention. est-ce un hasard ??

niveau équilibre:

les tests pratiqués au CHU à 1 semaine, 1 et 3 mois montrent un rétablissement normal de l'équilibre.

les séances chez le kiné (2 fois par semaine) montrent la persistance d'un nystagmus et d'un strabisme controlatéral (chose qu'on me dit normale jusqu'à la compensation centrale définitive).

il reste tout de même des moments que je décrirais comme destabilisants, durant une dizaine de secondes (ce que j'appelle "état d'ébriété").

mais il est impressionnant de constater que quoiqu'il se passe, les images restent **fixes**.

niveau audition:

l'audiogramme pratiqué il y a quelques jours montre une stabilisation au même niveau qu'avant la neurotomie.

mais , je vous rappelle qu'ayant un problème niveau oreille moyenne, je ne peux entrer



dans des statistiques quelconques à ce sujet.
tous mes espoirs, maintenant, ne résident qu'entre les mains d'un orl.

en qui concerne l'état psychologique:

je pète un câble quand vraiment je n'entends rien, ça me déprime.
par contre, dès que j'entends la moindre chose, je suis euphorique !!

mais là, rien de scientifiquement mesurable.

la neurotomie, même si dans mon cas, était incontournable, reste une amputation.
mais, il faut bien comprendre que vivre avec des vertiges invalidants n'était plus possible.

ma décision a été prise après 2 décompressions du sac endolymphatique, qui
malheureusement, n'ont été efficaces que quelques mois.

en conclusion:

si mon audition n'était pas si mauvaise, je serai HEUREUSE.

marie

Auteur : " [size=2Guy Sadet \(193.248.126.xxx\)](#)

Sujet : Re : ORL compétent.



Date : 03/02/2003 15:26:38

Bonjour;

Je suis atteint comme vous par cette maladie de m....

Sur Paris il y a évidemment le service OR.L. de l'hôpital Lariboisière dont la Patron est le professeur T.

...Mais à mon avis le meilleur spécialiste se trouve dans le Nord de la France (à une heure de T.G.V. de la capitale) Il s'agit du docteur M , à Wattrelos (près de Roubaix)

Amicalement ...et bon courage!

Auteur : " [size=2Guy Sadet \(193.248.126.xxx\)](#)

Sujet : Re : ORL compétent.

Date : 03/02/2003 15:45:20

Bonjour Marie;

Pour clarifier les choses, et sans mettre en cause les qualités des médecins de Lariboisière, et en ce qui me concerne, leurs conclusions étaient fausses,et c'est bien le Dr M.M. de Wos près de Roubaix qui en a fait le bon diagnostic.

C'est vrai que je suis un cas particulier.J'ai bénéficié comme toi - je pense- d'une neurectomie vestibulaire par voie sus-pétreuse voilà pratiquement trois ans maintenant.

Si depuis l'intervention je n'ai plus de vertiges, la pathologie reste néanmoins très invalidante.

Bien à toi

Guy

Auteur : " [size=2Guy Sadet \(80.9.218.xxx\)](#)

Sujet : Re : ORL compétent.

Date : 03/02/2003 16:09:00

Comme je l'écrivais tout à l'heure, j'ai donc bénéficié d'une neurectomie vestibulaire (voie sus-pétreuse) pour ton information c'est la voie d'abord qui est choisie par l'équipe du Prof V. du C.H.R. de Lille qui m'a opéré. Je réside comme tu t'en doutes dans la région de Lille. L'opération s'est très bien passée, mis à part une paralysie faciale qui est apparue à J 4 de l'intervention qui a été complètement traitée par corticothérapie, avec soins soins oculaires et contrôles ophtalmiques.

La récupération a été obtenue un mois plus tard.

Depuis l'intervention je n'ai pratiquement pas connu une journée normale. J'évolue dans un état pseudo-ébrioix permanent qui a tendance à s'aggraver au fil des heures.

Le soir mon équilibre devient précaire, et marcher dans la pénombre ou dans l'obscurité même partielle m'est très difficile.

La gêne la plus importante est cette instabilité crânienne que le ressens pendant la marche, mais également lorsque je suis passager d'un véhicule. Les sensations sont alors plus fortes et plus désagréables. J'ai l'impression que la tête produit des mouvements que le cerveau n'a pas commandés. Ces désagréments sont amplifiés par une lourdeur et un sentiment de plénitude qui m'étourdissent et provoquent des perceptions vertigineuses.

Je suis obligé de fixer constamment des lignes verticales afin de garder une trajectoire correcte.

Je me sens vite mis en difficulté, et j'ai constamment besoin de mes repères.

Tout cela malgré la réalisation d'une soixantaine de séances de rééducation vestibulaire et orthoptique.

Sur le plan visuel je note la présence d'un nystagmus résuduel avec diversion du regard gênant considérablement la déambulation.

Les examens réalisés montrent que l'oculomotricité met en évidence une exocyclotorsion de l'oeil droit avec rupture du parallélisme des images rétinienne.

...Je passe sur les acouphènes, la perte d'audition etc...

Mais je garde le moral.

Bien à toi

Auteur : marie (195.93.64.xxx)

Sujet : Re : bilan neurotomie

Date : 03/02/2003 16:37:56

Je viens de lire avec attention ton parcours suite à la neurectomie vestibulaire.

En ce qui me concerne, c'est plutôt une neurotomie vestibulaire par voie retro-sigmoïde qui a été pratiquée.

mais enfin, le résultat est le même, on nous a sectionné le nerf vestibulaire!!!

mon post-opératoire s'est bien passé puisqu'aucune anomalie comme une paralysie faciale ne s'est révélée.

la marche a été entreprise quelques heures après l'intervention.

L'état d'ébriété dont tu parles a été mon compagnon jusqu'à peu, mais je suis contente qu'il ait maintenant disparu.

j'ai obtenu cette disparition , certes en marchant, mais pas n'importe comment.

en fait, marcher en regardant droit devant soi, ne fait pas avancer la compensation centrale.

il faut marcher, plusieurs fois par jour, en tournant tous les 3 ou 4 pas la tête de gauche à droite et inversement.

ce n'est qu'à ce prix que l'état d'ébriété est passé.

Je passerai sur tout le reste dans le détail, mais ma verticale subjective est normale, ma démarche, aussi bien dans la pénombre que le jour est stable.

il persiste un nystagmus dans le sens controlatéral, avec un strabisme sans cyclotorsion.

en voiture, en tant que passager, je n'ai pas de problème particuliers, sauf que si le voyage dure trop longtemps (quelques heures), lorsque je descends du véhicule, il me faut quelques minutes pour bien "sentir" mes pieds au sol.

en ce qui concerne l'audition, avant l'intervention, mon oreille gauche se situait vers les - 85 dbcs, je suis aujourd'hui vers les - 60.

mais, depuis combien de temps souffrais-tu de cette maladie ?? quelle était la fréquence des crises ???

il n'y a que 3 mois que j'ai été opérée, mais pour moi, la vie a changé, je me sens dans un état normal.

je suis très contente de connaître un malade de Ménière qui a subi la même opération que moi, je me sentais seule.

restant à ta disposition pour tout renseignement, à te lire

marie



Auteur : " size=2Guy Sadet (193.249.178.xxx)

Sujet : Question à M.M.

Date : 17/02/2003 11:23:04



Cher M.M,

J'ai lu récemment dans une revue médicale américaine, très sérieuse une étude réalisée par un groupe de chirurgiens colombiens sur la neurectomie vestibulaire.

Si ces médecins ne contestent pas l'efficacité de cette intervention sur le contrôle des vertiges, ils préconisent en complément une décompression du sac endolymphatique dans le but de contrôler l'hydrops, qui selon eux, ne le serait pas avec une "simple" neurectomie.

Par ailleurs, trouvant la décompression du sac insuffisante, des chirurgiens de La Louisiane conseillent quant à eux une décompression du sinus sigmoïde.

J'aimerais, cher M.M. avoir votre avis autorisé sur la question.

Bien à vous.

Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : Re : Question à M.M.



Date : 17/02/2003 12:02:43

bonjour guy,

je me permets d'intervenir car avant la neurotomie vestibulaire, j'ai subi, du même côté, une décompression du sac endolymphatique.

si cette décompression n'a pas marché, dans mon cas, pour le contrôle des vertiges, je dois noter que depuis la neurotomie, les hydrops sont rares.

je ne sais pas par contre, s'il existe une relation de cause à effet entre ces 2 types d'intervention.

j'avais moi aussi, vu cette théorie américaine sur le net.

à bientôt

marie

Auteur : MM (212.232.62.xxx)

Sujet : Re : Question à M.M.

Date : 17/02/2003 23:17:49

Il est vrai que la neurectomie ne fait que déconnecter l'appareil vestibulaire et n'élimine que dans 95% des cas les crises de vertige typique de la maladie de Ménière. L'hydrops continue à exister dans l'oreille interne et donc les problèmes auditifs.

La chirurgie du sac endolymphatique et la décompression du sinus sigmoïde sont basées sur la théorie pathogénique selon laquelle l'hydrops résulte d'un défaut de réabsorption de l'endolymphe dans le sac endolymphatique. C'est à dire que c'est le sac endolymphatique qui ne réabsorbe pas suffisamment l'endolymphe et donc se crée un hydrops. Or, ce n'est qu'une théorie parmi d'autres. Et en réalité, on constate que pour expliquer l'hydrops il existe bien d'autres mécanismes. Par exemple Gibson vient de publier une théorie selon laquelle c'est l'obstruction de canal endolymphatique qui est le responsable de l'hydrops. Dans ce cas, une décompression du sac serait complètement inefficace car le problème est que le liquide n'arrive même pas au niveau du sac pour être réabsorbé.

En clair, c'est une démarche logique si l'hydrops était seulement du à un dysfonctionnement du sac endolymphatique. Mais, comment peut on savoir si c'est le cas ? Cette démarche thérapeutique donnera certainement des bons résultats dans certaines formes de Ménière.

En pratique, après la neurectomie l'hydrops est plus facile à maîtriser, à mon avis il faut rechercher la solution dans une logique médicale qui prendra l'hydrops en compte, sans se soucier de son mécanisme de genèse. Car les logiques chirurgicales restent souvent unidirectionnelles et il faut bien avoir visé le mécanisme de la genèse de l'hydrops.

Amitiés,

Auteur : " [size=2jean-pierre](#) (195.93.73.xxx)

Sujet : maladie de Ménière

Date : 07/03/2003 21:45:06

bonsoir à tous

depuis 1998 je souffre de ses vertiges ,des accouphenes permanent et la perte de mon oreille droite.j'ai 4 enfants et ce n'est pas facile car je ne peut pas sortir et bouger normalement . Au depart ,suite a un très gros vertige ,on m'a fait un IRM et on m'a annoncé que c'était une sclerose en plaque ,et on m'a dirigé en neurologie.De la,on m'a fait une ponction lombaire et les resultat etait negatif ouff! pui j' ai eu des tas de medicaments ,serc,vastarel,tanganil, et anxiolitique.je ne savais toujours pas que c'était une maladie de Ménière, et comme on ne donnais pas d'explications a ces vertiges j'ai decide de prendre contact avec le pr C. de LYON (specialiste de la sclerose en plaque) afin d'être sur que je n'avais pas cette maladie, et c'est apres avoir fait tous les examens et après avoir vu un orl a LYON que j'ai su que c'était un maladie de Ménière.Aujourd'hui ,je n'en peu plus de vivre avec ce mal, j'aimerais tant ne plus avoir ses vertiges et avoir la tête claire. je suis en arrêt maladie depuis le mois de juillet 2002 et cela devient insupportable! ne pas pouvoir travailler normalement, et ne pas pouvoir sortir,et jouer avec mes enfants.Je vis très mal cette maladie! je pense que ma dernière c'est la neurotomie vestibulaire q'en pensez-vous ?
MERCIE DE VOTRE AIDE

JEAN-PIERRE 39 ANS DE DIJON

Auteur : " [size=2Guy Sadet](#) (193.249.178.xxx)

Sujet : Re : maladie de Ménière

Date : 08/03/2003 09:24:23

Hélas Jean-Pierre nous connaissons tous ce que tu endures, car c'est malheureusement notre lot à tous.

Cette maladie est vraiment très difficile à supporter et engendre des retentissements psychologiques non négligeables.

Elle est dure à vivre non seulement pour nous, mais également pour notre entourage.

En ce qui concerne la chirurgie, il faut savoir que ce choix ne peut être fait que lorsque toutes les autres solutions thérapeutiques ont été exploitées.

La neurotomie, ou neurectomie vestibulaires sont des interventions très lourdes, et les risques ne sont pas nuls.

Par contre, si tu as perdu complètement l'audition, je crois qu'il serait préférable d'opter pour une destruction labyrinthique chimique (injection de Gentamicyne qui est en fait un antibiotique ototoxique puissant, par voie transtympanique).

Cette réalisation est bien tolérée par le patient, et les résultats sont similaires à ceux obtenus par voie chirurgicale, tout au moins en ce qui concerne le contrôle des vertiges. Il faut bien sûr en discuter avec ton O.R.L. avant de prendre une décision.

Bon courage !

Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : neurotomie ???



Date : 08/03/2003 10:42:29

voilà, Guy a répondu dans le même sens que moi !!!

effectivement, dans ton cas : cophose, j'opterais aussi pour la destruction chimique.

cela se fait facilement : pose d'un aérateur (yoyo) par lequel on instille le produit ototoxique.

pas de chirurgie lourde, ni de risque de complication !!!!!

vois ton professeur et fais toi bien expliquer toutes les possibilités, prends le temps de la réflexion !!!!!

à bientôt

Auteur : marie (195.93.73.xxx)

Sujet : question



Date : 28/07/2003 09:38:49

bonjour,

une question, car je suis curieuse.

depuis ma neurotomie vestibulaire, j'ai besoin de beaucoup plus d'heure de sommeil la nuit. de plus, si je ne dors pas assez, je suis dès le réveil et pour la plus grande partie de la journée en instabilité.

question : **est-ce normal ?** ou cela n'a-t-il aucun rapport ?

oui, oui, je ressemble à une marmotte (pas celle du papier alu tournesol)

Auteur : [" size=2Guy \(80.15.50.xxx\)](#)

Sujet : Re : question



Date : 30/07/2003 18:03:45

Coucou Marie,

Tu peux te rassurer, Marie, je suis dans le même cas que toi, et que tous les patients-je suppose- qui ont bénéficié de cette intervention.

Les problèmes d'instabilité que nous connaissons nous amènent à contrôler l'équilibre en permanence, ce qui a tendance à augmenter de manière notable une fatigabilité en fin de journée.

Cette fatigue doit alors être compensée par un sommeil plus long.

D'où l'importance de passer de bonnes nuits afin de ne pas majorer ces problèmes d'instabilité et d'équilibre le lendemain.

J'espère avoir répondu à ta question.

Bonne soirée à toutes et tous.

Auteur : jpr (195.93.32.xxx)

Sujet : neurotomie



Date : 16/03/2004 11:51:18

bonjour

voilà j'ai pris ma décision concernant la neurotomie et la date d'intervention est prévu pour le 10 mai 2004.

je ne vous cache pas que j'ai très peur mais je sais aussi que c'est ma dernière chance pour ne plus avoir de vertiges et retrouver une vie

normal enfin j'espère à bientôt

jpr

Auteur : [" size=2Guy Sadet \(81.51.114.xxx\)](#)

Sujet : Re : neurotomie

Date : 16/03/2004 14:21:34

C'est une sage décision que celle que tu viens de prendre cher JPR.

Dans ton cas -comme dans le mien- c'est la seule issue.

Je suppose que ta maladie était devenue très invalidante, et que tu as exploité tous les traitements médicaux avant de te décider.

La neurectomie (ou neurotomie) est la seule intervention chirurgicale capable d'éradiquer les vertiges à presque 100%.

Je suppose que tu as choisi une équipe chirurgicale habituée à ce type d'intervention très pointue .

Je te conseille - mais ton O.R.L. - a dû le faire avant moi ; l'accomplissement d'une vingtaine de séances de rééducation vestibulaire auprès d'un kinésithérapeute spécialisé sitôt après l'opération.

Sois confiant tout se passera bien, en attendant je te souhaite bon courage.

Auteur : marie (195.93.32.xxx)

Sujet : Re : neurotomie

Date : 16/03/2004 16:24:48

et pour compléter ce que vient de dire à juste titre Guy, il est recommandé aussi, de faire des séances de kiné AVANT la neurotomie vestibulaire.

il est exact que la neurotomie va changer ta vie, tu vas renaître



marie

Auteur : MM (212.232.1.xxx)

Sujet : Re : jpr de retour

Date : 21/03/2003 22:43:28

Bonsoir

Il est évident que dans une ménière l'audition doit être préservée au maximum. Cette maladie peut se bilatéraliser et parfois sous la forme d'une surdité importante. Les injections des aminosides étaient fréquemment utilisées à l'époque où la chirurgie et surtout l'anesthésie n'était pas fiable, mais à notre époque il est plus logique de profiter de la chirurgie et en particulier ici d'une neurectomie ou neurotomie vestibulaire. Son résultat sur les vertiges est largement supérieur par rapport aux autres moyens thérapeutiques et surtout par rapport aux injections d'aminosides.

Alors pour notre ami JPR : si ses médicaments ne sont pas adaptés et qu'il continue de faire les vertiges, seule une intervention de neurectomie ou neurotomie vestibulaire est logique. Les aminosides sont souvent inefficaces à faible dose ou toxiques pour l'audition à forte dose. Il faut trouver un bon chirurgien et pas autre chose.

Amitié

Auteur : ["size=2olivier26" \(193.248.44.xxx\)](#)

Sujet : neurectomie?

Date : 07/07/2003 13:14:56

est ce que la labyrinthectomie chirurgicale selon MM est la même chose que la neurectomie vestibulaire?

on m'a dit aussi récemment que les ototoxiques n'étaient pas très efficaces et que pour certains cas, il avait été rapporté une altération de l'autre oreille du même coup. Comment est ce possible?

Autant vous dire que je rame terriblement pour choisir la bonne solution si il en existe une. Et actuellement les vertiges sont toujours très présents au quotidien.

Pour la neurectomie, doit on ouvrir le crâne? N'est ce pas trop lourd et risqué comme opération?

Amicalement

Auteur : MM (81.51.91.xxx)

Sujet : Re : neurectomie?

Date : 07/07/2003 14:38:34

Par passage dans le sang, si on utilise de forte dose d'aminoside, l'autre oreille peut être abîmée.

Non, la labyrinthectomie n'est la même chose que la neurectomie ou neurotomie. Moins de risque chirurgical pour une labyrinthectomie, car il n'y a pas d'ouverture du crâne.

Labyrinthectomie = destruction d'oreille par voie mastoïdienne : moins de risque chirurgicale, mais pb pour un éventuel implant cochléaire plutarde (oreille est détruite).

Neurectomie ou neurotomie : section du nerf vestibulaire par voie endocrânienne, avantage oreille reste intacte.

En tout vous avez rien à craindre si vous choisissez un bon chirurgien, par exemple sur Marseille. Il faut pas rester inutilement avec les vertiges. Complétez le bilan et choisissez une chirurgie de préférence la neurotomie par voie rétrosigmoïde ou même une simple labyrinthectomie chirurgicale.

Auteur : MM (81.51.207.xxx)

Sujet : Re : Neuro et neurec...

Date : 08/07/2003 08:26:52

Neurotomie = section du nerf vestibulaire au niveau de l'angle ponto cérébelleux par voie rétro-sigmoïde (section proximale)

- ouverture méningée (risque encéphaliques) ; risque de persistance d'anastomose cochléo-vestibulaire en aval de la section ; simplicité technique.

Neurectomie = section du nerf vestibulaire avec résection du ganglion du Scarpa au fond du conduit auditif interne par voie sus-pétreuse (section distale)

- pas d'ouverture méningée ; risque cochléaire (cophose) ; risque facial (paralysie faciale) ; risque de persistance d'anastomose cochléo-vestibulaire en aval faible ; complexité technique.

Résultat des 2 techniques : idem ; environ 95% de très bon résultat.

Ganglion de Scarpa : est le siège des corps cellulaires des neurones vestibulaires qui relient les cellules sensorielles de l'appareil vestibulaire (dans les ampules des canaux, le saccule et l'utricule) au noyau vestibulaire (dans le tronc cérébral). Résection de ce ganglion assure la mort définitive du nerf vestibulaire.



Auteur : MM (62.39.241.xxx)

Sujet : Neurotomie/Neurectomie

Date : 23/04/2004 22:58:54

Bonjour

Voici comme promis :

Neurotomie rétro sigmoïde = couper le nerf vestibulaire dans l'angle ponto cérébelleux.

Neurectomie sus pétreuse = couper le nerf vestibulaire et résection du ganglion du Scarpa (situé au fond du conduit auditif interne)

(Les corps cellulaires des neurones vestibulaires – premier relais - sont dans le ganglion du Scarpa ; pour le nerf cochléaire : les corps cellulaires sont dans la cochlée)

1) Efficacité : la neurectomie sus pétreuse est supérieure. Car le ganglion du Scarpa est détruite (plus de corps cellulaires pour le nerf vestibulaire) et le nerf est sectionné dans sa partie la plus distale (au fond du conduit auditif interne) ; ce qui fait éviter la persistance des anastomoses vestibulo-cochléaire.

2) Technique : la neurotomie est plus facile et moins risqué pour l'oreille interne (l'abord se fait loin de l'oreille interne, la visibilité et la place pour manœuvrer est plus grande dans l'angle ponto cérébelleux – sous réserve d'une bonne vidange du citerne)

3) Pourquoi on pratique plus souvent la neurotomie que la neurectomie : parce que peu de chirurgien pratique ou sait pratiquer la neurectomie sus pétreuse.

4) Résultats : tout technique confondu : 95% de bon résultat. Notre étude qui était uniquement sur 80 neurectomie sus pétreuse donne à peu près ce résultat. Mais je pense que si on affine mieux on verra que l'abord sus pétreuse a plus de résultat. 100% n'existe jamais, ça dépend du nombre de sujet et de chirurgien. Il est vrai que dans mon étude il y avait les interventions de 3 chirurgiens et on prenant chirurgien par chirurgien, j'avais des

résultats différents. Enfin, déjà 95% ce n'est pas mal et c'est un très bon résultat pour une telle intervention et une telle complexité de l'affection !

Amitiés

Auteur : " [size=2erry](#) (212.234.117.xxx)

Sujet : Re : Décompression du sac

Date : 30/03/2004 17:42:01

La neurectomie a-t-elle vraiment un effet bénéfique sur l'audition ? Et dans ce cas, serait elle indiquée pour des ménières caractérisés par des vertiges légers et espacés mais par une audition fluctuante mais en baisse constante ?

Auteur : MM (81.53.24.xxx)

Sujet : Re : Décompression du sac

Date : 31/03/2004 16:55:45

Bonjour

Je suis tout à fait pour la neurotomie ou la neurectomie.
Efficacité prouvée de 95% sur les vertiges.

En ce qui concerne son effet sur l'audition : ceci n'est pas prouvé, dans certains cas l'intervention stoppe la dégradation de l'audition mais pas tjs.
Cette intervention est seulement pour les ménières avec vertiges invalidants t résistants aux traitements osmotiques, elle reste la meilleure solution.

bon courage

Auteur : " [size=2Guy Sadet](#) (81.51.21.xxx)

Sujet : Re : pour JP

Date : 22/04/2004 18:45:43

Cher M.M.

Je partage votre point de vue concernant les commentaires dispensés par un anesthésiste concernant une intervention chirurgicale.

C'est bien entendu le chirurgien qui pratiquera l'opération qui donnera au patient toutes les informations que celui-ci souhaite obtenir.

Dans le cas d'une neurectomie ou neurotomie vestibulaire, qui comme vous le soulignez très justement qui reste une intervention délicate, le chirurgien entretiendra le patient sur les risques de l'intervention, notamment concernant le nerf facial.

Il doit également renseigner le malade sur l'état post-opératoire de ce dernier.

Pour être un peu plus "technique"- sans toutefois entrer dans les détails, je m'aperçois que toutes les équipes chirurgicales qui pratiquent la neurectomie n'utilisent pas la même voie d'abord.

Vous parlez dans le cas de notre ami J.PR - que je salue ici- de la voie rétro-sigmoïdale.

J'ai quant à moi bénéficié d'une neurectomie qui fut réalisée par voie sus-pétreuse.

Pouvez-vous nous dire, Cher M.M. si le résultat de l'intervention est le même (en ce qui concerne le contrôle des vertiges) en utilisant la voie sus-pétreuse ou l'autre.

Si le résultat est le même, pourquoi prendre plus de risques?

J'ai lu récemment un article dans une revue médicale étrangère qui disait en gros que la section du nerf vestibulaire inférieur était plus aisée par la voie sus-pétreuse, donc de ce fait le contrôle des vertiges était assuré à presque 100%.

Que pensez-vous de tout cela?

Auteur : MM (81.248.216.xxx)

Sujet : Re : pour JP

Date : 23/04/2004 13:33:25

Lisez d'abord ceci (si vous avez le courage !!!) , ensuite je ferai une récapitulatif :

Traitement chirurgical conservateur :
Neurectomie/ neurotomie vestibulaire :

Décrite par Dandy (1927), introduite en France par Aubry et Ombredanne (1935), la neurotomie ou la neurectomie vestibulaire représente l'intervention symptomatique la plus efficace pour guérir les crises de vertige de la maladie de Ménière.

Le principe consiste à désafférenter le système vestibulaire périphérique par la section du nerf vestibulaire : « neurotomie » ; ou la section et résection d'une partie des nerfs vestibulaires supérieur et inférieur et du ganglion de Scarpa (voie sus - pétreuse) : « neurectomie », tout en respectant l'intégrité des nerfs cochléaire et facial. La neurotomie vestibulaire présente l'avantage théorique d'une manipulation nerveuse moins traumatisante, tandis que la neurectomie celui d'interdire toute possibilité ultérieure de régénération nerveuse.

Les résultats cliniques rapportés par les différents auteurs, toutes voies d'abord confondues, font état d'une amélioration de la symptomatologie vertigineuse dans plus de 95% des cas, avec disparition des crises de vertige. L'audition est théoriquement préservée, voire même améliorée, grâce à la section des anastomoses acoustico-faciales [Brackmann et coll., Cannoni et coll., De la Cruz et coll., Fisch, Tran Ba Huy et coll., Vaneecloo et coll. Zini et coll. (13, 16, 20, 26, 94, 98, 102)].

La neurectomie vestibulaire est indiquée en présence des vertiges invalidants et rebelles aux traitements médicamenteux bien conduits. Dans le chapitre suivant, nous allons décrire la neurectomie vestibulaire et en particulier la voie d'abord sus pétreuse. Un chapitre est ensuite consacré à l'analyse clinique des interventions réalisées entre 1989 et 1999 par cette voie d'abord, qui est l'abord préférentiel de notre maître Mr le Pr Vaneecloo et pratiqué par lui depuis plus de 20 ans dans la clinique ORL de Lille.

En effet, la neurectomie vestibulaire peut être réalisée par plusieurs voies d'abord chirurgicales. Ce sont (fig. 4) :

- La voie sus-pétreuse : (Cet abord chirurgical sera détaillé dans le chapitre suivant.)
- La voie rétro-labyrinthique :

Décrite par Hitselberger et Pulec en 1972, cette voie d'abord permet la réalisation d'une neurotomie du nerf vestibulaire à son émergence du sillon bulbo-protubérantiel (fig. 5).

Techniques opératoires :

Patient en décubitus dorsal, tête tournée vers le côté opposé, sous anesthésie générale, l'intervention est débutée par une mastoïdectomie avec repérage de l'enclume, des canaux semi-circulaires externe et postérieur, et du nerf facial. Le sinus sigmoïde est ensuite exposé, ainsi que la dur-mère rétro-sigmoïdienne (jusqu'à un centimètre en arrière), puis rétracté par un écarteur auto-statique.

On incise la dur-mère juste en avant du sinus sigmoïde et en arrière du sac endolymphatique. En haut l'incision se recourbe vers l'avant le long du sinus pétreux supérieur. Le contenu de l'angle ponto-cérébelleux est alors exposé.

La neurotomie vestibulaire est réalisée après le repérage et identification du nerf facial, qui se situe en avant et légèrement en haut, et du nerf cochléaire. Les nerfs vestibulaire et cochléaire, se situant en arrière et en bas, sont séparable par un instrument mousse glissé entre eux. Cependant, cette séparation est moins nette par cette voie d'abord, car la voie rétrolabyrinthique expose le paquet acoustico-facial dans son segment proche du tronc cérébral où le nerf cochléo-vestibulaire n'est pas bien séparé en nerf vestibulaire et cochléaire [Magnan et coll., Sterkers et coll.(50, 92)].

Avantages et inconvénients :

La voie rétro-labyrinthique est un abord simple, transmastoïdienne et permet une ouverture de la dur-mère de la fosse postérieure au voisinage des citernes arachnoïdiennes de l'angle ponto-cérébelleux.

L'étroitesse de cet abord, limité en avant par le labyrinthe et en arrière par le sinus sigmoïde, ne donne qu'un champ d'accès chirurgical limité et n'expose que la partie interne du pédicule acoustico-facial. A ce niveau, l'identification et la séparation des contingents du nerf cochléo-vestibulaire sont moins aisées.

Cet abord expose, entre outre, aux risques post-opératoires de méningite et de fuite du LCR.

· La voie rétro-sigmoïde :

Décrite par Brémond, Garcin et Magnan (1974), elle permet d'aborder la face postérieure endocrânienne du rocher. Cet abord, oto-neurochirurgical, offre une vision directe sur le paquet acoustico-facial à sa pénétration dans le conduit auditif interne, en dedans du ganglion de Scarpa [Magnan et coll., Sterkers et coll., Vaneecloo et coll. (50, 92, 98)].

Techniques opératoires :

Patient est placé en décubitus dorsal, la tête est maintenue en rotation forte du côté opposé et en flexion antérieure dégageant ainsi la zone de craniotomie.

1) Incision cutanée :

L'incision cutanée débute au-dessus du pavillon de l'oreille, puis se courbe en arrière pour atteindre la région rétro-mastoïdienne à un ou deux travers de doigt en arrière de la pointe de la mastoïde. Toute la surface mastoïdienne, puis espace situé entre lignes nuchale supérieure et nuchale inférieure sont exposés par rugination.

2) Craniotomie :

En arrière du sinus sigmoïde et entre les deux lignes nuchales, un volet osseux ovalaire, de 2 à 3 cm de diamètre est taillé à la fraise, exposant ainsi la dure-mère cérébelleuse. Ce volet est retiré, et est remplacé ou non en fin d'intervention.

3) Exposition de l'angle et du porus du CAI :

L'incision dure-mérienne est tracée à 1 cm en arrière du sinus. Deux incisions supplémentaires, l'une supérieure à l'aplomb du sinus transverse et l'autre inférieure à l'aplomb de la trépanation, découpent un lambeau dural à charnière postérieure. Le cervelet est ainsi exposé.

Pour accéder à l'angle, il faut obtenir une rétraction suffisante du cervelet. cette rétraction est obtenue par la vidange de la citerne latérale et éventuellement par l'administration simultanée du Mannitol et/ou une hypocapnie modérée. Une fois l'angle exposé, on aperçoit

en bas les nerfs mixtes, au milieu le paquet acoustico-facial et en haut la veine de Dandy et la tente du cervelet (fig. 6).

4) Neurectomie vestibulaire :

Après repérage du plan du clivage inter cochléo-vestibulaire, la séparation se fait par un instrument mousse. Le nerf facial est repéré et identifié, on peut alors réaliser la neurectomie vestibulaire par section sélective du nerf vestibulaire en dedans du ganglion de Scarpa (fig. 7).

5) Fermeture :

Après la suture étanche de la dure-mère rétro-sigmoïde, la voie d'abord est comblée par des greffons adipeux. Les sutures sont musculaires, sous cutanées et cutanées, sans drainage.

Avantages et inconvénients :

Il s'agit d'un abord simple, rapide au travers d'une craniotomie limitée. La vision directe et satisfaisante sur le paquet acoustico-facial permet une neurectomie aisée avec une conservation de l'audition et de la motricité faciale plus certaine que dans les autres voies d'abord.

Néanmoins, cette voie d'abord expose à des risques et des complications qui sont :

- Hémorragie per-opératoire : les artères cérébelleuses, en particulier antéro-inférieure, étant constamment dans le champ opératoire peuvent être à l'origine d'une hémorragie importante. D'où la nécessité d'une collaboration neurochirurgicale active.
- Difficulté de séparation des nerfs vestibulaire et cochléaire : avec risque de blessure des nerfs cochléaire et/ou facial.
- Fuite post-opératoire du liquide céphalorachidien : ce risque est plus important que dans la voie sus pétreuse, et peut parfois nécessiter une reprise chirurgicale.
- Méningite post-opératoire.
- Céphalées post-opératoires.

Neurectomie vestibulaire par voie sus - pétreuse

L'abord sus-pétreux de la fosse cérébrale moyenne fut tenté dès 1901 par Lannois et Jaboulay. Il fut décrit, ensuite en 1954 par Clerc et Batisse. Les améliorations successives de cette technique, apportées en particulier par W. House (1961) et U. Fisch (1970), facilitèrent l'abord du conduit auditif interne avec un minimum de risque vital (en comparaison avec la voie sous occipitale) et également fonctionnel (préservation de l'audition et le respect de la motricité faciale).

Définition :

Cette voie d'abord permet d'aborder la face antéro-supérieure du rocher, grâce à une craniotomie de l'écaille temporale et un soulèvement extra-dural du lobe temporal [Cannoni et coll., Sterckers et coll., Vaneecloo et coll. (16 et 17, 92, 98)]. Les structures accessibles par cette voie d'abord sont :

1) Techniques opératoires :

La technique décrite dans ce chapitre correspond à la technique chirurgicale habituelle, pratiquée dans notre service par notre maître Mr le Pr F.M. Vaneecloo. L'intervention est réalisée sous microscope opératoire avec un focal de 250 mm.

a) Monitoring per-opératoire :

La neurectomie vestibulaire par voie sus-pétreuse est une intervention fonctionnelle qui doit respecter d'une part la motricité faciale et d'autre part la fonction cochléaire. En effet, comme nous allons voir plus loin, l'abord du conduit auditif interne par cette voie est délicat et le risque d'atteint des nerfs facial et cochléaire est important.

Les deux facteurs qui permettent de minimiser ces risques sont d'une part l'expérience du chirurgien et d'autre part l'installation d'un monitoring fiable et efficace. Nous utilisons pour toute intervention de neurectomie un double monitoring facial et cochléaire.

- Monitoring facial : il est assuré par deux appareils.

1) Opalarm : cet appareil détecte toute excitation du nerf facial, grâce à un ballonnet gonflé et disposé dans l'espace intermaxillaire sous la joue ipsilatérale de l'opéré. Le signal sonore est déclenché par excitation du nerf lors de sa manipulation, qui se manifeste sous forme d'une contracture musculaire de l'hémiface détectée par le ballonnet. Il ne permet pas de réaliser une stimulation électrique.

2) Neuromoniteur de NIM II : il s'agit d'un monitoring électrophysiologique à deux canaux permettant une électromyographie continue et des stimulations per-opératoires du nerf facial. Des électrodes de type sous cutané (en aiguille), à usage unique, sont placées au niveau de la commissure labiale et le canthus externe ipsilatérale. Chaque canal comporte deux électrodes. L'électrode masse (neutre) est placée sur le front et l'électrode négative servant à véhiculer le courant électrique lors des stimulations est placée sur la poitrine de l'opéré. La stimulation électrique, lors de repérage du nerf facial, se fait grâce à une électrode monopolaire à usage unique.

- Monitoring cochléaire :

Ce monitoring se fait tout au long de l'intervention. L'appareil de recueil est de type Centor, le même que pour la réalisation des potentiels évoqués auditifs. Un écouteur est placé avant l'abord du CAI, dans le conduit auditif externe. Le procédé informatique employé permet un enregistrement continu des potentiels évoqués auditifs. La figure 4 montre un exemple de graphique obtenu pendant le fraisage du conduit auditif interne.

b) Installation de l'opéré :

Le patient endormi est installé en décubitus dorsal, la tête tournée sur le côté opposé à l'intervention, légèrement relevée en proclive ou à l'horizontale. Après le rasage d'une zone de la largeur d'une main de la région sus-auriculaire antérieure, on installe le double monitoring facial et le monitoring cochléaire (photo 3). On effectue, ensuite, le badigeonnage cutané par un antiseptique et l'infiltration xylo-adréalinée, cutanée et sous cutanée, de la zone de l'incision.

Les champs opératoires ainsi que la table d'instrumentation peuvent être enfin mis en place et le microscope en position opératoire.

L'intervention débute, avant l'incision cutanée, par un contrôle otoscopique du tympan avec éventuel nettoyage du conduit auditif externe et mise en place de l'écouteur du monitoring

cochléaire.

c) Incision :

L'incision cutanée débute à 1 cm en avant du tragus au niveau de la racine du zygoma et remonte vers le haut, selon un trajet vertical, sur 6 cm. Le plan sous cutané et le muscle temporal sont ensuite incisés. L'incision doit ménager, dans la partie basse, l'artère temporale superficielle qui sera, si nécessaire, réclinée voire coagulée.

L'incision périostée et la rugination expose l'écaille temporale. A ce moment, on prélève du tissu musculo-aponévrotique aux berges de l'incision pour la fermeture de la voie d'abord du conduit auditif interne.

La mise en place de l'écarteur auto-statique dégage la zone de craniotomie.

d) Craniotomie de l'écaille temporale :

Un volet osseux de forme carrée ou rectangulaire, d'environ 2,5 à 3 cm, est taillé à la fraise d'abord coupante puis diamantée, sous irrigation continue (fig. 5). la craniotomie est taillée de telle sorte que son bord postérieur dépasse d'un 1/3 de la largeur du volet en arrière du bord postérieur du conduit auditif externe (2/3 du volet en avant de l'axe du CAE ; 1/3 en arrière).

Un spatule mousse décolle ce volet osseux de la dure-mère, qui est ensuite gardé soigneusement dans du sérum physiologique. Il sera replacé en fin d'intervention.

Le saignement de la méninge temporale est contrôlé par coagulation à la pince bipolaire sous irrigation continue. Le tubulure d'une aiguille épicroténienne est monté sur une pince bipolaire et il est branché sur une poche de sérum physiologique. L'irrigation continue ainsi obtenu améliore la qualité de la coagulation.

Souvent, le bord inférieur de la craniotomie ne correspond pas au pied de l'écaille temporal. Ce bord est retaillé à la fraise diamantée jusqu'au pied de l'écaille.

e) Ab ord de la face antéro-supérieure du rocher :

C'est le temps le plus difficile de l'intervention.

La face antéro-supérieure du rocher est abordée par un décollement progressif de la dure-mère temporale à l'aide d'un décolleur mousse (photo 5).

Une petite incision de la dure-mère est souvent nécessaire pour diminuer la pression intracrânienne et obtenir une meilleur rétraction du lobe temporal.

Le décollement est débuté d'abord autour de l'orifice de craniotomie, puis selon l'axe bi-auriculaire vers l'eminencia arcuata. Les brides fibro-vasculaires rencontrées sur le trajet de décollement sont coagulées et incisées.

Après avoir décollé la méninge au niveau de l'arcuata, on poursuit le décollement d'abord vers l'arrière jusqu'au bord du rocher. A ce niveau, on aperçoit par transparence la couleur bleutée du sinus pétreux supérieur. C'est la limite interne du décollement. Les veines tendues entre tegmen antral et la dure-mère saignent parfois abondamment. Le décollement ayant atteint le bord du rocher, il est poursuivi vers l'avant permettant de découvrir d'abord l'aire méatale que circonscrit en arc à ouverture antéro-interne l'eminencia, puis la blancheur nacré du grand nerf pétreux superficiel. C'est le premier repère important après l'eminencia. Le décollement antérieur est souvent hémorragique. Le saignement provient de la rupture de petites veines qui entourent l'artère méningée moyenne et le pédicule pétreux. Il ne faut généralement pas chercher à faire l'hémostase à

la bipolaire pendant le décollement dure-mérien. Le décollement terminé, l'hémostase est obtenue en plaçant dans le dièdre postérieur et antérieur des tampons de Surgicel, maintenus par des cotons neurochirurgicaux, et en lavant au sérum.

Néanmoins, l'intervention peut être parfois non réalisable en raison d'une hémorragie trop importante. Il s'agit souvent des cas de malformations anatomiques intéressant le sinus pétreux qui est procident, ou une adhérence anormalement importante de la dure-mère à la face antéro-supérieure du rocher.

Le décollement d'arrière en avant a comme but de ne pas traumatiser le grand nerf pétreux superficiel (GNPS), ou même un ganglion géniculé déhiscent tendu entre le rocher et la dure-mère (12% des cas).

Le décollement terminé, on met en place l'écarteur auto-statique. Il s'agit de l'écarteur de Vaneecloo – Angot (photo 1, photo 2). Les particularités de cet écarteur sont :

- Un rebord vertical ajouté à la lame malléable, de côté droit pour l'oreille droite et de côté gauche pour l'oreille gauche, permettant un écartement méningé plus important au niveau de l'aire méatale.
- Deux boucles métalliques ajoutées sur les branches, permettent une double fixation supplémentaire sur le scalp du patient à l'aide de deux points de suture.

Le bord interne de la lame doit s'appuyer jusqu'à la limite interne du décollement et bien dégager toute la zone méatale. Il sera déplacé en fonction de la détermination de l'aire méatale (photos 3).

f) Abord du conduit auditif interne (CAI) :

Nous arrivons au temps le plus délicat et le plus déterminant de l'intervention. Le repérage de l'aire méatale représente l'obstacle principal. Il peut se faire par quatre méthodes [Sterkers et coll., Vaneecloo et coll. (92, 98) :

i. Méthode de W. House : il repère d'abord l'artère méningée moyenne puis le GNPS qui est situé juste en dedans et en arrière de l'artère. Il ouvre alors à la fraise diamantée l'hiatus de Fallope et découvre le GNPS, le ganglion géniculé, puis il poursuit l'ouverture du segment labyrinthique de l'aqueduc de Fallope et parvient ainsi au fond du CAI.

ii. Méthode de U. Fisch : observant que l'axe du canal semi-circulaire supérieur (CSC sup.) fait un angle constant de 60° avec l'axe du CAI, cet auteur repère d'abord le CSC sup. dans l'émentia. Ce repérage s'effectue en fraisant sous irrigation-aspiration continue, la partie la plus externe de l'émentia. Il découvre la couleur bleu-gris de l'endoste du canal sans l'ouvrir. Il reste à fraiser dans l'axe du CAI, qui forme un angle de 60° ouvert en avant et en dedans avec celui du CSC sup. Il découvre ainsi le fond du CAI au niveau de la fossette vestibulaire.

iii. Abord direct du CAI dans son segment moyen : Portmann, Cohadon et Castel fraisent une zone située à 8 mm en avant de l'émentia. Chouard creuse une cuvette au bord du rocher. Sterkers, après avoir effectué la manœuvre tournante, fraise à 28 mm du rebord interne de l'écaille temporale dans l'axe bi-auriculaire (la faîte du CSC sup. est à 24 mm). Une fois la dure-mère du CAI reconnue, on expose toute la largeur du plafond et on fraise de dedans en dehors jusqu'au fond du CAI (les nerfs ne sont visibles que près de leurs orifices osseux).

iv. Méthode de Pialoux, Freyss et Narcy : sachant que la tête du marteau est dans l'axe du CAI, ces auteurs ouvrent le tegmen, exposent la tête du marteau, puis ouvrent le CAI dans l'axe transversal bi-auriculaire, à une distance de 28 mm de l'écaille temporale. Legent repère l'oreille moyenne par une transillumination par le CAE.

Nous utilisons tous les repères décrits dans la littérature. L'abord du fond du CAI se fait, en général, selon la méthode de Fisch en repérant d'abord la ligne bleue du CSC sup. (photo 6, photo 7). Quelque fois repérable spontanément dès le décollement de la méninge.

Le bilan radiologique pré-opératoire, en particulier le scanner à haute résolution en coupe millimétriques axiales et coronales, permet de préciser la position du canal semi-circulaire supérieur et l'importance de la pneumatisation du rocher.

Dans les cas où le rocher présente une importante pneumatisation, le fraisage de l'eminencia de dehors en dedans, qui doit être prudente (risque d'ouverture du CSC sup. et cophose), permet d'une part le repérage de la ligne bleue et d'autre part facilite l'abord tangentiel du CAI (fig. 3).

Le fraisage de l'aire méatale sous irrigation-aspiration continue (canule d'aspiration de type Brackmann : munie à son extrémité de trous supplémentaires latéraux) permet enfin d'aborder le fond du CAI (photo 8). Arrivée à la gaine méningo-périostée du CAI au niveau de la fossette vestibulaire, on arrête le fraisage. A l'aide de la faux ou d'une pointe, on retire les lamelles osseuses restantes et on repère, avant l'ouverture de la gaine, le nerf facial à l'aide de stimulateur facial (NIM) (photo 9).

g) Neurectomie vestibulaire :

Le premier temps consiste à inciser la gaine méningo-périostée du CAI à l'aide d'une faux ou un micro-crochet coupant. L'incision se fait au niveau du bord postérieur de la face supérieure, évitant ainsi de léser le nerf facial qui est toujours placé en avant. Dès l'ouverture de la gaine, du liquide céphalo-rachidien s'échappe en jet.

Il ne faut pas hésiter à attendre la vidange de l'angle ponto-cérébelleux, ce qui permet aux nerfs de reprendre leur place normale. L'aspiration, à l'aide d'une canule de type Brackmann, du liquide échappé permet de nettoyer le champ et d'identifier les nerfs vestibulaire et facial. A ce moment, on utilise une deuxième fois le stimulateur de facial afin de bien repérer la position des deux nerfs. On repère, à l'aide d'un crochet mousse, la séparation exacte entre les nerfs vestibulaire et facial.

Le deuxième temps consiste à réaliser la neurectomie vestibulaire. A l'aide de micro-crochet coupant, sont sectionnés les anastomoses acoustico-faciales et le fragment distal du vestibulaire, permettant de découvrir de façon correcte le ganglion de Scarpa et de pratiquer ensuite la section distale du nerf vestibulaire inférieur puis la neurectomie par section proximale du nerf vestibulaire. (photo 10, photo 11)

h) Fermeture :

Fermeture de la voie d'abord comporte les temps suivants :

- Fermeture des cellules mastoïdiennes : si le fraisage des cellules au niveau de l'eminencia était important, elles sont comblées par de la poudre d'os ou un fragment de la corticale temporale.

- Fermeture du CAI : elle est réalisée par la mise en place d'un fragment de tissu conjonctif (fascia temporalis et muscle temporal) pris préalablement dans le champ opératoire (photo 12).

- Ablation de l'écarteur auto-statique : on enlève l'écarteur et on vérifie l'hémostase avec éventuelle micro-coagulation à la bipolaire et/ou tamponnement au Surgicel.

- Suspension de la dure-mère temporale : ce geste permet d'éviter la survenue d'un hématome extra-dural post-opératoire. Elle est réalisée par du fil non résorbable reliant la

méninge au muscle temporal.

- Repose du volet temporal : après avoir tapissé la méninge temporale par du Surgicel, le volet est reposé simplement à sa place initiale.

- Fermeture de la voie d'abord : elle est réalisée sans drainage en 3 plans : musculo-aponévrotique, sous cutané et cutané.

- Pansement.

2) Incidents per- et post-opératoire :

En per-opératoire, cette voie d'abord expose aux risques qui sont :

- Hémorragie : le décollement de la méninge temporale peut être particulièrement hémorragique. Parfois, le saignement est en rapport avec une blessure du sinus pétreux. Une technique irréprochable et un décollement doux et progressif minimisent ce risque. Néanmoins, l'importance de l'hémorragie peut contraindre le chirurgien à un arrêt prématuré de l'intervention.

- Découverte d'une boucle de l'artère cérébelleuse dans le CAI : variante anatomique rare, qui expose au risque d'une blessure de l'artère lors de la neurectomie. Dans ce cas, il est préférable de ne pas continuer l'intervention.

- Découverte d'un CAI vide : en rapport avec une ouverture trop interne qui est dangereuse car elle nécessite un fraisage du rocher de dedans en dehors avec des risques de section du nerf facial.

- Mauvaise individualisation du paquet acoustico-facial : avec un nerf vestibulaire atrophié et mal individualisable.

En post-opératoire, les complications de cette voie d'abord sont :

a) Complications à risque vital :

- Hématome extra-dural : survenant en l'absence de suspension de la dure-mère temporale, il peut être gravissime et d'évolution extrêmement rapide entraînant un syndrome d'engagement en quelques minutes. Une suspension correcte de la dure-mère empêche la survenue de ce risque.

- Ecoulement de liquide céphalo-rachidien : il peut s'agir d'un écoulement par la plaie, qui est rare et qui peut être secondaire soit à une ouverture trop importante de la méninge temporale, soit provenir directement du CAI. Un traitement médical d'attente (antibiotique, diurétique, ponctions lombaires déplétives) associé à des pansements compressifs suffisent habituellement à tarir l'écoulement. En cas de persistance, une réintervention afin de refermer la brèche est nécessaire. Une rhinorrhée cérébro-spinale est secondaire à l'ouverture des cellules mastoïdiennes lors du fraisage du toit du CAI, ou des cellules zygomatiques lors de la trépanation. Cette complication peut être évitée si les cellules sont refermées en per-opératoire.

- Méningite : rare, nécessite une surveillance et une antibiothérapie post-opératoire. Une asepsie rigoureuse en per-opératoire évite cette complication.

- Complications neurologiques tardives : en cas d'une compression trop importante voire une blessure du cortex temporal, peut survenir une comitialité, une aphasie (si côté gauche). Leur prévention nécessite l'absence de tout écartement traumatisant du lobe temporal.

b) Complications fonctionnelles (seront détaillées ci-après) :

- Cophose : par ouverture du canal semi-circulaire supérieur, du vestibule ou de la cochlée.
- Paralysie faciale : sans ou avec lésion apparente du nerf facial.

Entre les mains d'un chirurgien expérimenté, les risques de cette voie d'abord sont minimales. La mortalité est nulle grâce aux progrès de l'anesthésie-réanimation, et comme nous allons voir dans le chapitre suivant, les autres complications vitales sont restées extrêmement rares dans notre service, au cours de ces 10 dernières années.

3) Période post-opératoire :

a) Hospitalisation :

La durée de l'hospitalisation post-opératoire varie entre 5 et 15 jours. La sortie est autorisée, en moyenne, à j 10. Une antibiothérapie de couverture systématique est prescrite pendant 10 jours (pénicilline en l'absence d'allergie). D'autres médicaments peuvent être prescrits en fonction de l'état clinique ou de la survenue d'éventuelle complication. Une levée précoce (en général à j3) et une rééducation vestibulaire précoce sont préférées à une médication antivertigineuse.

b) Motricité faciale :

Une paralysie faciale immédiate est rare. Elle peut être en rapport soit un geste traumatisant involontaire per-opératoire, soit secondaire à une manipulation nerveuse appuyée en raison d'une séparation difficile des nerfs vestibulaire et facial. Dans ce dernier cas, il n'y a pas de lésion apparente et la sidération du nerf, souvent passagère, est d'origine vasculaire probablement ischémique.

Le plus souvent, il s'agit d'une paralysie faciale secondaire survenant entre j 3 et j 8. Elle est de bon pronostic avec, dans la quasi-totalité des cas, une récupération totale sans séquelle. L'explication physiopathologique peut en être le phénomène inflammatoire et l'œdème du foyer opératoire.

Après avoir été informé de la bénignité de cet incident, le patient bénéficie d'une corticothérapie (1 mg / kg) pendant 5 à 10 jours, le plus souvent en per-os. Une attention particulière est portée sur l'état oculaire. Il est indispensable de procéder à des contrôles ophtalmiques précoces et réguliers, ainsi qu'à des instillations de larmes artificielles.

c) Audition :

Une cophose peut survenir soit par l'ouverture intempestive de l'oreille interne notamment lors de fraisage de l'eminencia, soit lors de manipulation nerveuse dans le CAI d'origine lésionnelle ou ischémique. En effet, nous avons vu que le risque de l'ouverture du canal semi-circulaire supérieur existe lorsque le rocher présente une pneumatisation importante. Le fraisage de l'eminencia doit être particulièrement prudent.

Des cas d'améliorations des seuils auditifs en post-opératoire immédiate ont été notés dans la littérature. Il correspondrait à la section des anastomoses acoustico-faciales.

L'aggravation de la surdité en post-opératoire immédiate est, en général, modérée, et souvent en rapport avec soit une composante transmissionnelle surajoutée (présence du liquide ou du sang dans l'oreille moyenne), soit un œdème du foyer opératoire provoqué par la manipulation nerveuse. La survenue d'une aggravation majeure est rare. Elle est soit d'origine vasculaire ischémique, soit en rapport avec l'évolution naturelle de la maladie.

d) Syndrome vestibulaire destructif post-neurectomie :

La période post-opératoire immédiate d'une neurectomie vestibulaire est toujours marquée par l'apparition d'un syndrome vestibulaire périphérique de type destructif d'intensité souvent importante. Le patient a été, bien entendu, préalablement prévenu de cet incident. Mais le vécu de ce syndrome vestibulaire dépend de l'état psychique du sujet. Son intensité, souvent intense les 3 premiers jours post-opératoires, dépend de degré de destruction de l'appareil vestibulaire par la maladie en pré-opératoire.

En effet, toute perte de sensibilité vestibulaire périphérique brutale (ex : une neurectomie vestibulaire) entraîne :

- Des vertiges rotatoires spontanée (voies vestibulo-corticales) et une sensation de déplacement des objets (oscillopsie) lors des mouvements brusques de la tête et en particulier vers le côté opéré.
- Un nystagmus destructif de sens opposé à la lésion, initialement de degré 3 et une cyclo-torsion oculaire responsable d'une diplopie vertical (voies vestibulo-oculomotrices).
- Une attraction du corps du côté de la lésion, responsable des déviations segmentaires (voies vestibulo-spinales).
- Un syndrome neurovégétatif avec des perturbations digestives (nausées, vomissements) et vasculo-tensionnelles (voies vestibulo-végétatives).

L'évolution naturelle de ce syndrome, étant donné que la destruction vestibulaire est persistante, est une guérison progressive par la mise en jeu d'une réorganisation vestibulaire d'origine centrale dont la durée est fonction de la prise en charge entreprise et du sujet lui-même.

L'ensemble des processus de réorganisation neurologique permettant de retrouver l'équilibre, autrement dit compenser l'asymétrie périphérique, est appelé « compensation central ». C'est un mécanisme d'adaptation lentement progressif dont l'efficacité repose essentiellement sur l'apprentissage de nouveaux réflexes. D'où l'intérêt d'une prise en charge précoce associant une levée et une rééducation vestibulaire précoce [Locatelli et coll., Ulmer et coll. (47, 97)].

Les patients neurectomisés bénéficient d'une série de séances de rééducation vestibulaire post-opératoire, souvent débutée avant la sortie à domicile. Cette rééducation consiste à des séances de stimulations opto-cinétiques et à un apprentissage de nouveaux réflexes posturaux et dynamiques. La stimulation opto-cinétique est utilisée dès le réveil du patient.

En effet, la chambre du patient est maintenu dans l'obscurité et les points lumineux diffusés par l'appareil opto-cinétique sont projetés sur les murs et le plafond. L'objectif est de provoquer un nystagmus de sens inverse ce qui permet de bloquer le nystagmus périphérique et de diminuer les sensations vertigineuses. Le sens de la rotation des points lumineux est l'inverse du côté opéré.

Sujet : Neurotomie/Neurectomie
Date : 23/04/2004 22:58:54
Bonjour

Voici comme promis :

Neurotomie rétro sigmoïde = couper le nerf vestibulaire dans l'angle ponto cérébelleux.

Neurectomie sus pétreuse = couper le nerf vestibulaire et résection du ganglion du Scarpa (situé au fond du conduit auditif interne)

(Les corps cellulaires des neurones vestibulaires – premier relais - sont dans le ganglion du Scarpa ; pour le nerf cochléaire : les corps cellulaires sont dans la cochlée)

1) Efficacité : la neurectomie sus pétreuse est supérieure. Car le ganglion du Scarpa est détruite (plus de corps cellulaires pour le nerf vestibulaire) et le nerf est sectionné dans sa partie la plus distale (au fond du conduit auditif interne) ; ce qui fait éviter la persistance des anastomoses vestibulo-cochléaire.

2) Technique : la neurotomie est plus facile et moins risqué pour l'oreille interne (l'abord se fait loin de l'oreille interne, la visibilité et la place pour manœuvrer est plus grande dans l'angle ponto cérébelleux – sous réserve d'une bonne vidange du citerne)

3) Pourquoi on pratique plus souvent la neurotomie que la neurectomie : parce que peu de chirurgien pratique ou sait pratiquer la neurectomie sus pétreuse.

4) Résultats : tout technique confondu : 95% de bon résultat. Notre étude qui était uniquement sur 80 neurectomie sus pétreuse donne à peu près ce résultat. Mais je pense que si on affine mieux on verra que l'abord sus pétreuse a plus de résultat. 100% n'existe jamais, ça dépend du nombre de sujet et de chirurgien. Il est vrai que dans mon étude il y avait les interventions de 3 chirurgiens et on prenant chirurgien par chirurgien, j'avais des résultats différents. Enfin, déjà 95% ce n'est pas mal et c'est un très bon résultat pour une telle intervention et une telle complexité de l'affection !

Amitiés

Auteur : jpr et brigitte (195.93.102.xxx)
Sujet : neurotomie



Date : 04/05/2004 11:44:14
bonjour

j'aimerais savoir si cette intervention fais partie de la neurochirurgie et si elle se fait dans le service de la chirurgie orl ou dans le service de neurologie?

Auteur : MM (62.39.245.xxx)

Sujet : Re : neurotomie

Date : 04/05/2004 19:29:53

L'acte est ORL. Et l'ORL est considéré comme oto-neuro-chirugien.

La présence d'un neurochirurgien n'est pas obligatoire.

Auteur : " [size=2Suzanne](#) (82.225.95.xxx)

Sujet : Retour à la maison



Date : 17/06/2004 17:45:11

Bonjour à toutes et à tous!

Je ne sais pas si vous vous souvenez encore de moi, mais le 13 Mai dernier, j'ai subi une neurotomie vestibulaire.

Je suis restée 13 jours à l'hôpital Nord à Marseille puis dans une maison de convalescence.

Je suis rentrée chez moi mardi dernier.

Je me sens super bien. Je n'ai plus de vertige, plus de nausée, plus de vomissement. Enfin, la vie est belle!

Bon, bien sur, je ne marche pas encore très bien, je me sens un peu instable surtout lorsque je dois traverser la rue. J'ai du mal à regarder à gauche et à droite simultanément et j'ai parfois des maux de tête (supportables) au réveil. Le professeur Magnan qui m'a opéré m'a dit que tout rentrera dans l'ordre avec le temps.

Donc, pour ceux qui hésitent et qui ont peur de cette opération, je voulais simplement faire savoir que ça marche pour moi.

J'aimerais avoir des nouvelles de Marie. Je sais qu'elle n'allait pas très bien ces derniers temps et j'aimerais qu'elle sache que je pense toujours à elle.

Bisous,

Suzanne