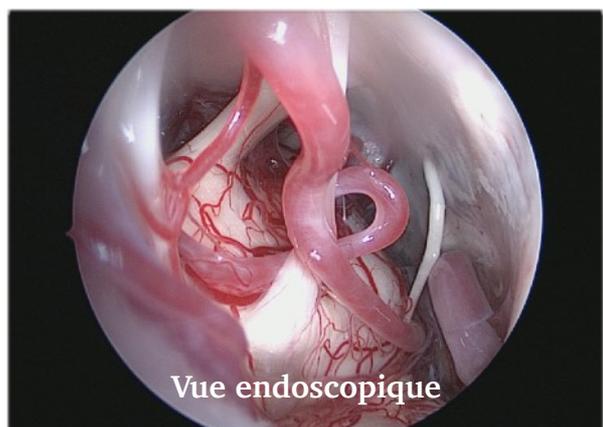


Le Spasme de l'Hémiface

Informations pré-opératoires

Qu'est-ce que le spasme Hémifacial ?

Le spasme ne concerne que la moitié du visage



Le spasme de l'hémiface se caractérise par l'apparition progressive de contractions involontaires des muscles de la moitié du visage. Le spasme débute le plus souvent au niveau de l'orbiculaire des paupières (blépharospasme) pour s'étendre vers le bas à toute l'hémiface en quelques mois ou années. L'origine de ce spasme est acquise. Il s'agit d'un "conflit artère-nerf", c'est-à-dire que

pour une raison encore mystérieuse, les pulsations d'une artère au contact du nerf facial vont créer des microtraumatismes, et donc la contraction des muscles sous sa dépendance. Cette hypothèse ancienne (1930) reste encore controversée et n'est pas universellement admise. **Pourquoi ?** Du fait de la difficulté à individualiser une boucle artérielle normale au contact du nerf d'une boucle artérielle pathologique responsable de la compression et du conflit irritatif, que cela soit au cours des explorations radiologiques ou au cours de l'acte opératoire.

Quelles sont les vaisseaux responsables?

L'artère vertébrale et la PICA

Le conflit est le plus souvent dû à un double conflit entre l'**artère vertébrale** et l'**artère cérébelleuse postéro- inférieure (pica)**. Cette anomalie résulte d'une malposition de l'artère vertébrale, qui, trop horizontale, entre non seulement en contact avec la zone d'émergence du nerf facial, mais fait naître aussi ses

1

SYMPTOMES CLINIQUES

Le spasme ne concerne que la moitié de la face.

2

IRM PROBANTE

L'IRM est la clé du diagnostic morphologique

3

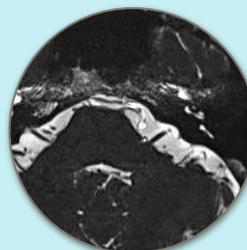
INTERVENTION ENDOSCOPIQUE

L'endoscopie apporte sécurité et fiabilité.



Conflit vasculo-nerveux

Conflit entre le nerf facial et l'artère PICA.



IRM

L'IRM permet dans la majorité des cas de montrer le conflit.



Décompression

Mise en place de téflons pour isoler la racine du nerf facial.

LE SPASME HEMIFACIAL

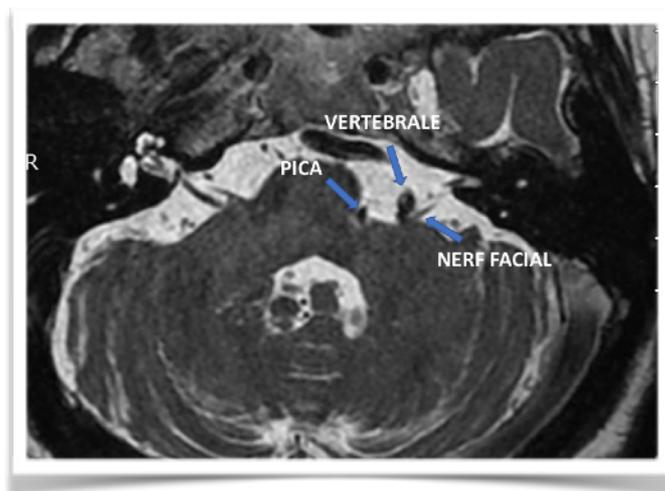
branches à proximité à proximité de celui-ci.

L'**artère cérébelleuse antéro-inférieure (aica)** est moins fréquemment responsable de spasme. Enfin, d'autres branches artérielles plus petites et moins systématisées peuvent également entrer en conflit avec le nerf. Les **veines** (voir cas cliniques ci-dessous) sont de manière exceptionnelle responsables d'un spasme (à la différence des phénomènes de névralgie faciale).

“L'endoscopie permet de minimiser les contraintes sur le cervelet et améliore le succès de l'intervention”

Quels sont les progrès actuels ?

Le **microscope opératoire** permet, par le grossissement qu'il procure, des gestes opératoires précis et atraumatiques tout en réduisant au minimum les dimensions de la voie d'abord et en préservant les fonctions de l'audition et de la motricité de la face. L'**endoscopie interventionnelle** permet une visualisation parfaite de toutes les structures anatomiques vasculaires et nerveuses sans aucune "zone d'ombre" et évite tout étirement et dissection



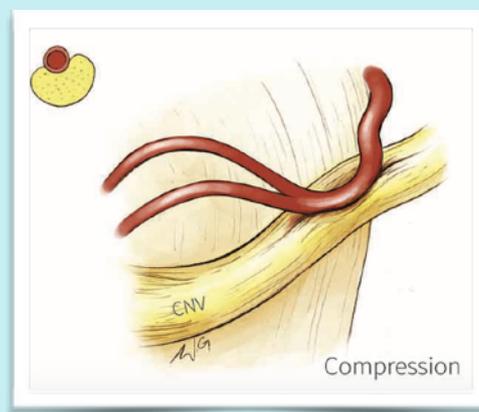
inutiles, sources de déficit neurologique sur l'audition. Le **monitoring du nerf facial** enregistre les contractions musculaires au cours de l'intervention et de ce fait permet de vérifier l'efficacité du geste : au moment de la décompression on constate à l'enregistrement la suppression du spasme. Le **monitoring du nerf auditif**, plus récent, permet de dépister une éventuelle atteinte involontaire de l'audition.

Comment se déroule la chirurgie ?

La **décompression** de la racine du nerf facial est une chirurgie endo-crânienne, qui, bien que minimale invasive, n'en demeure pas moins une intervention délicate. L'intervention nécessite une

POURQUOI AI-JE UN SPASME MAINTENANT ALORS QUE MON VAISSEAU EST PRÉSENT DEPUIS MA NAISSANCE ?

C'est une question encore non résolue de manière complète. En effet, de nombreuses personnes présentent un conflit du nerf facial mais n'auront peut-être jamais de spasme... On sait que l'irritation du nerf par le vaisseau au niveau d'une zone particulière (zone de transition) est plus susceptible d'entraîner une augmentation de l'excitabilité nerveuse (**hyperexcitabilité**). On sait également que cette excitabilité est "contrôlée" par le cerveau. On sait aussi que le spasme est augmenté lors des périodes de stress, de fatigue, d'anxiété... Il est fréquent que le spasme débute après un événement marquant soit psychologique soit médical (forte fièvre...). On estime donc que l'apparition du spasme correspond à une levée du contrôle du cerveau. En l'espèce l'intervention a pour but d'isoler le nerf pour



From. De Souza et al. 2016.

ouverture de l'angle ponto- cérébelleux en arrière de la mastoïde dans l'espace méningé entre d'une part l'os du rocher contenant l'oreille interne et d'autre part le cervelet, sous anesthésie générale. L'ouverture mesure 2 cms et l'incision cutanée 5 cms. L'**endoscope** assure le diagnostic et le repérage topographique exact du conflit artère-nerf. Le **microscope** assure un geste de décompression en sécurité. Le médecin anesthésiste contrôle en permanence les paramètres de la **neuro-anesthésie**.

Le chirurgien déplace la ou les artères responsables en les manipulant avec d'innombrables précautions, puis dispose 1 ou plusieurs pièces de téflon® pour isoler le nerf.

Après vérification de l'absence de saignement, la zone opératoire est remplie de sérum physiologique et le chirurgien ferme successivement la dure-mère, replace l'os et ferme le muscle et les tissus cutanés.

Quelles alternatives thérapeutiques ?

Les **traitements médicamenteux** sont inefficaces et ne diminuent en rien les spasmes. Les **injections de toxine botuliques** destinées à limiter les spasmes sont très souvent efficaces. Elles doivent cependant être répétées car l'effet de la toxine n'est que transitoire. Le seul traitement **curatif efficace** est le traitement chirurgical.

Quels sont les risques de la chirurgie*

Outre les risques habituels (hématome, infection), la décompression présente des risques spécifiques. **1) surdité et vertiges**: la manipulation du nerf facial impose d'intervenir à proximité du nerf auditif. Il est rare mais possible que ce nerf souffre de la dissection, ou qu'un spasme d'une artériole ne nourrisse plus l'oreille interne.

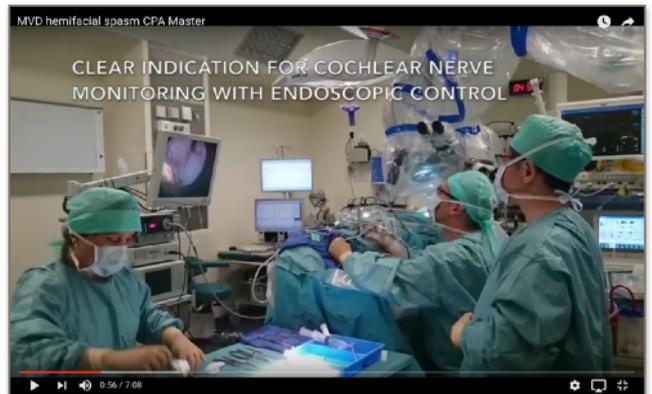
2) fuite de Liquide cérébro-spinal: l'étanchéité des méninges se fait par la suture mais surtout par la cicatrisation qui dure environ 1 mois. Pendant cette période, il est important de proscrire tout effort physique.

Quelles suites opératoires ?

L'intervention dure environ 1 heure à 1 heure 30 et nécessite 2 heures d'anesthésie générale. La première nuit après l'intervention se déroule en unité de surveillance continue puis un scanner de contrôle est réalisé le lendemain afin de dépister une complication. Le séjour en unité d'hospitalisation est de 7 jours environ. Un repos strict est nécessaire pendant 15 jours et une convalescence relative pendant 1 mois. Il n'est pas nécessaire d'être hospitalisé en maison de convalescence, aucune r education n'est utile en dehors de cas spécifiques (vertiges...).

Quels résultats ?

Le taux de guérison est de 96% sur une série de plus de 450 patients opérés. Dans 80% des cas, la guérison est immédiate au réveil, et pour les 20% elle survient au maximum dans les 3 mois.



<https://youtu.be/vksQMmdYdFs>

<https://youtu.be/uoHSP3yL2Lk>

Liens videos

*ce paragraphe est non exhaustif; se reporter à la note d'information de la société Française d'ORL et à la fiche des consignes postopératoires oto-neurologiques.