

NEURINOME DE L'ACOUSTIQUE*

Dénomination

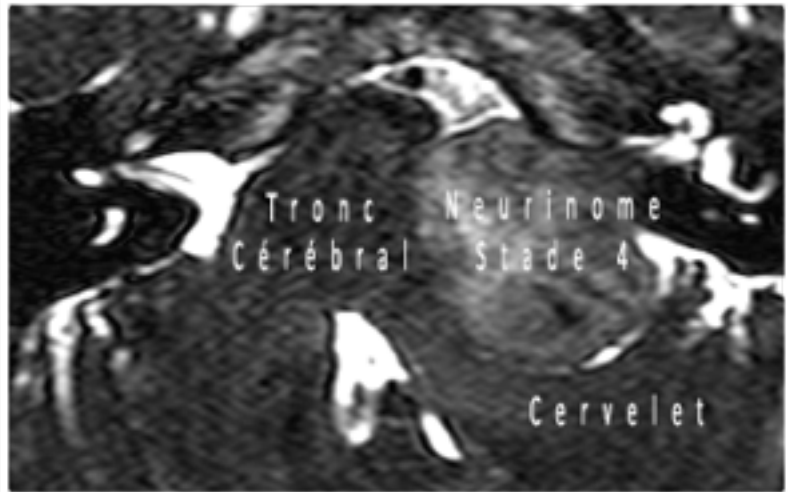
Le neurinome de l'acoustique devrait plutôt être dénommé Schwannome vestibulaire. Il s'agit d'une tumeur bénigne qui provient d'une prolifération de la gaine du nerf de l'équilibre dans la plupart des cas. Le nerf auditif et le nerf facial peuvent rarement être les nerfs à l'origine de cette tumeur.

Incidence

L'incidence des neurinomes est d'environ 15-20 cas pour 1 million d'habitants.

Problématique

La principale conséquence du développement d'un neurinome est la perte de la fonction d'équilibration, qui est dans la plupart des cas déjà compensée par le cerveau, et surtout la perte de l'audition. Le nerf facial est rarement atteint dans l'évolution naturelle du neurinome. Les neurinomes les plus volumineux entrent en contact avec les structures neurologiques centrales et peuvent entraîner des complications vitales.



Prise en charge

Les **neurinomes de petite taille** (stade 1) sont généralement surveillés radiologiquement, sauf s'ils entraînent des symptômes invalidants ou qu'ils s'accroissent de volume.

Les **neurinomes de taille moyenne** (stade 2 et 3) sont traités soit par exérèse microchirurgicale et endoscopique, soit par irradiation focalisée.

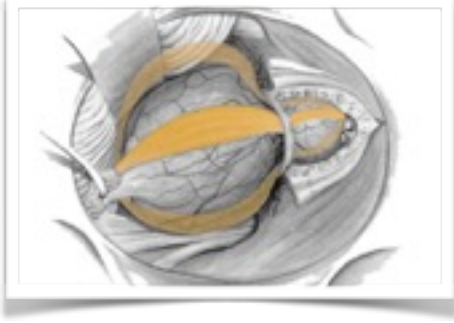
Les **neurinomes de grande taille** (stade 4 et 5) sont traités par chirurgie d'exérèse microchirurgicale et endoscopique.

Un résidu de neurinome peut être laissé en place pour éviter une atteinte neurologique définitive. ce résidu doit être surveillé par IRM et peut être irradié.

Le pronostic

Dans la plupart des cas, le pronostic est bon, mais reste dépendant de la taille du neurinome et de ses rapports intimes avec les structures neurologiques, ce qui ne peut être que rarement prédit avec certitude sur les seules données radiologiques, en particulier pour les plus grosses tumeurs.

L'intervention et ses suites.



Préservation des nerfs crâniens

Le neurinome se développe au sein d'un groupe de 3 nerfs: auditif, vestibulaire, et facial. La position de ces nerfs est variable en fonction de la croissance initiale du neurinome. Le nerf facial est repéré au moyen d'un système de monitoring électrique (NIM).

La préservation de la fonction des nerfs dépend de 2 facteurs principaux:

- L'étalement du nerf à la surface du neurinome (qui fragilise sa structure)
- La vascularisation du nerf qui peut être compromise lors de la dissection.

Une **atteinte temporaire du nerf facial** est possible du fait de la dissection de celui-ci qui reste une des étapes essentielles de la résection du neurinome.

La **fonction auditive** sera évaluée à 1 mois postopératoire. Une surdité pourra être partiellement compensée.

La **fonction d'équilibration** se compense par une rééducation spécifique et peut prendre plusieurs mois. En règle générale, le neurinome a déjà détruit tout ou partie de cette fonction.

L'**intervention chirurgicale** dure entre 2 et 6 heures en règle générale, et sa durée dépend de la taille et des rapports de la tumeur avec les structures neurologiques (nerfs facial et cochléaire; tronc cérébral et cervelet).

Elle se déroule en collaboration entre une équipe ORL spécialisée en otoneurologie et une équipe neurochirurgicale.

La **voie d'abord** dépend de la taille du neurinome et de la possibilité ou non de conserver une audition utile.

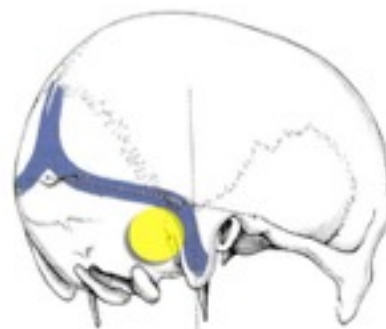
Les **techniques endoscopiques minimales invasives** permettent de minimiser les effets de la dissection sur les structures nerveuses.

La première nuit postopératoire se passe en unité de soins intensif, puis 5 à 7 jours d'hospitalisation sont nécessaires.

Une **convalescence** de 2 mois est la règle, notamment pour recouvrer une autonomie sur le plan de l'équilibre (rééducation vestibulaire).

Les **complications immédiates et retardées** les plus fréquentes sont l'hémorragie et l'infection, la fuite du liquide cérébro-spinal et la paralysie faciale. Ces complications peuvent nécessiter une reprise opératoire.

Des traitements de séquelles éventuelles (surdité, paralysie faciale) peuvent être mis en place dans les suites opératoires.



Voie d'abord minimale invasive rétro-sigmoïde

Vue endoscopique de la position des nerfs crâniens

