

LE JOURNAL FAXÉ DE L'O. R. L.

Sous l'égide du Conseil National de l'O. R. L.
C. F. O. R. L. – S. F. O. R. L. – S. N. O. R. L. – F. F. O. R. L.

Comité Scientifique : F Chabolle • JM Faugère • EN Garabedian • R Hanlet • P Lerault • P Nancy • P Tran Ba Huy • F Vaneecloo • A Vuong
Comité Editorial : D Ayache • O Deguine • F Denoyelle • J-M Faugère • O Laccourreye • R Véricel

La neurotomie vestibulaire Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? Pour quoi ?

POUR QUI ?

La maladie de Ménière est une maladie qui touche 10% de l'ensemble des patients vertigineux examinés en spécialité ORL. Son diagnostic est clinique : les crises itératives associent la nécessaire et suffisante triade symptomatique acouphène, hypoacousie homolatérale et vertiges. Parmi tous ces "Ménière", et chez 10% d'entre eux environ, la maladie devient invalidante du fait de la répétition et de la sévérité des crises de vertiges. Il s'agit donc d'une éventualité rare mais lorsqu'elle survient, la neurotomie vestibulaire représente une solution élégante et sûre pour guérir définitivement ces patients de leurs accès vertigineux.

POURQUOI ?

L'un des vestibules, du fait de son dysfonctionnement dû à la maladie adresse en permanence de fausses informations aux centres supérieurs créant une incohérence responsable de la sensation vertigineuse. La section du nerf vestibulaire qui véhiculait ces fausses informations les supprime définitivement mais permet de rétablir une situation stable et cohérente au niveau central. Grâce aux phénomènes de "plasticité neuronale" la compensation peut alors se faire. Lorsqu'elle est achevée, et c'est le plus souvent le cas à la fin du deuxième mois postopératoire, le malade a développé une nouvelle stratégie posturale : il retrouve alors une situation d'équilibre en étant définitivement débarrassé de ses crises invalidantes.

Pratiquée au début de façon empirique, la neurotomie vestibulaire trouve maintenant sa justification sur de solides bases physiopathologiques.

COMMENT ?

La voie rétrosigmaïde est, à notre sens, l'un des abords les plus directs et les plus sûrs du nerf vestibulaire dans sa traversée de l'angle pontocérébelleux. Chez un patient en position otologique, une craniotomie de un centimètre de diamètre est réalisée de telle façon qu'elle admette pour tangente en son avant le sinus sigmaïde. Un volet dural à charnière antérieure permet de pénétrer sans l'aide de rétracteur dans l'angle pontocérébelleux. Le paquet acoustico-facial apparaît au milieu du champ opératoire, les constituants vestibulaires et cochléaires du paquet acoustico-facial se présentant face à

l'opérateur. Le facial est plus en avant et plus profond, et l'intermédiaire de Wrisberg est repéré au cœur du paquet. Le nerf vestibulaire, toujours situé vers le haut est séparé de son homologue cochléaire puis il est sectionné en totalité, condition nécessaire pour obtenir l'indispensable aréflexie vestibulaire postopératoire sans laquelle la guérison ne pourrait être complète. La dure-mère est refermée, l'étanchéité assurée par de petits fragments musculaires ou graisseux, la craniotomie est comblée par la poudre d'os récupérée au départ et les plans superficiels sont fermés à points séparés. Le malade regagne sa chambre d'hospitalisation et 95% des patients sortent au septième jour.

POUR QUOI ?

Plus de 300 patients ont bénéficié de cette intervention dans notre service.

Effets sur le vertige : guérison définitive des crises invalidantes dans plus de 96% des cas. Il peut persister un certain niveau d'instabilité dans certaines conditions environnementales mais elles n'ont "rien à voir" avec les crises vertigineuses d'antan lorsqu'on demande au patient d'en évaluer le retentissement sur la qualité de leur vie.

Effets sur l'audition : sans que nous puissions l'expliquer, la neurotomie vestibulaire semble stopper la dégradation auditive. En effet, celle-ci devient, 5 ans après l'intervention, comparable à celle mesurée dans une cohorte de patient comparable mais indemne de maladie de Ménière.

Par ailleurs, la bilatéralisation est exceptionnelle dans la population des opérés alors qu'elle est fréquente dans chez les patients non opérés. L'audition controlatérale paraît donc préservée par le geste de neurotomie là encore sans explication physiologique actuelle.

Effets sur les acouphènes : ils sont difficiles à évaluer car subjectifs : n'occupant pas le devant de la scène en période de vertige invalidant, ils sont dits le plus souvent "améliorés" en postopératoire immédiat mais, la mémoire des crises rotatoires s'effaçant peu à peu, ils deviennent, de longues années après l'intervention, l'une des principales doléances du patient.

Nous dirons donc que la neurotomie est sans effet sur les acouphènes.

André CHAYS, Marseille, 10 mai 2001

- 1- J. Magnan, G. Freyss, C. Conraux. Troubles de l'équilibre et vertiges. Rapport de la Société Française d'oto-rhino-laryngologie. Paris, 1997.
- 2- J. Magnan, A. Chays. La neurotomie vestibulaire. J.F. ORL, 1992, 41 : 89-97.

TRIVASTAL 50 mg
PIRIBÉDIL LIBÉRATION PROLONGÉE

Troubles neurosensoriels* du sujet âgé
*1 comprimé par jour

Composition et forme : Boîte de 30 cp dosés à 50 mg de piriédil à lib. prol. **Indications** : Trait. d'appoint à visée sympt. **du déficit pathologique** cognitif et **neurosensoriel chronique du sujet âgé** (à l'exclusion de la maladie d'Alzheimer et des autres démences). Trait. de la maladie de Parkinson : soit en monothérapie (formes essentiell. tremblantes), soit en assoc. à la dopathérapie d'emblée ou secondairement en part. dans formes tremblantes. Trait. d'appoint de la claudication intermit. des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inf. (au stade II). NB : Cette indic. repose sur des études en faveur d'une amélior. du périmètre de marche. Proposé dans les manif. ischémiques en oph-talmo. **Posologie et mode d'administration** : Déficits cognitifs et neurosensoriels : 1 cp/j à la fin du repas principal. CTJ : 2,39F. Cas sévères : 2 cp/j en 2 prises. CTJ : 4,77 F. Parkinson : 150 à 250 mg en 3 à 5 prises/j. En compl. dopathérapie : 80 à 140 mg, à raison de 20 mg de piriédil pour 100 mg de L-dopa. CTJ : 1,96 à 11,93 F. Autres indications : 1 cp/j à la fin du repas principal. CTJ : 2,39F. Cas sévères : 2 cp/j en 2 prises. CTJ : 4,77 F. **Contre-indications** : Hypersens. au piriédil, collapsus cardiovasc., infarctus du myoc. à la phase aiguë, en assoc. avec les neuroleptiques (sauf clozapine). **Interactions** : Assoc. contre-indiquée : Neuroleptiques (sauf clozapine). **Grossesse et allaitement** : Trait. déconseillé. **Effets indésirables** : Troubl. digest. mineurs, pouv. cesser si ajust. poso. Rares troubles psy. cessant à l'arrêt du trait. Exceptionnels troubl. ou instabilité tensionnels.

LE JOURNAL FAXÉ DE L'O. R. L.

Sous l'égide du Conseil National de l'O. R. L.
C. F. O. R. L. – S. F. O. R. L. – S. N. O. R. L. – F. F. O. R. L.

Comité Scientifique : F Chabolle • JM Faugère • EN Garabedian • R Hanlet • P Lerault • P Narcy • P Tran Ba Huy • F Vaneecloo • A Vuong
Comité Editorial : D Ayache • O Deguine • F Denoyelle • J-M Faugère • O Laccourreye • R Véricel

Pharmacodynamie : Agoniste dopaminergique. Le piribédil stim. récep. de la dopamine et voies dopaminergiques cérébrales. Antiparkinsonien. Vasodilatateur périphérique . Liste II. **AMM** n° 318 906.7. Prix : 71,60 F/10,92 e . Remb. Séc. soc.35 %. Coll. Pour plus d'info. : cf. Vidal. Info. médicale : **Euthérapie** 27, rue du Pont 92200 Neuilly-sur-Seine. Tél. : 01 55 72 60 00. Les Laboratoires Servier – 22, rue Garnier – 92200 Neuilly-sur-Seine.