

INFORMATIONS MEDICALES AVANT REALISATION D'UNE ANASTOMOSE HYPOGLOSSO-FACIALE

Madame, Monsieur,

Vous-même ou votre enfant présentez une paralysie de l'hémiface, appelée paralysie faciale. Elle est la conséquence d'une atteinte du nerf facial qui bloque la conduction nerveuse jusqu'aux muscles du visage.

En l'absence de récupération de la motricité faciale, une intervention chirurgicale consistant à réaliser une anastomose hypoglosso-faciale peut vous être proposée pour réanimer votre visage.

Afin que vous soyez clairement informé du déroulement de cette intervention, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas de dire à votre chirurgien les traitements que vous prenez régulièrement, et en particulier de l'aspirine ou des anticoagulants qui augmentent le risque hémorragique postopératoire. N'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses.

Enfin n'oubliez pas d'apporter, lors de l'hospitalisation, les documents médicaux en votre possession : prises de sang, examens d'imagerie (scanner, IRM...) notamment.

BUT DE L'INTERVENTION

Chaque nerf facial (droit et gauche) est responsable de la motricité d'une hémiface. Le nerf facial émerge du cerveau, puis traverse l'os temporal (os de la base du crâne) au sein d'un canal avant d'émerger en dehors du crâne où il va se ramifier en plusieurs branches au sein de la glande parotide (glande salivaire).

Ces différentes branches vont innerver les différents muscles d'une hémiface. L'anastomose hypoglosso-faciale est destinée aux patients qui présentent une paralysie faciale complète ou subtotale, datant de moins de 3 à 4 ans et dont l'atteinte nerveuse est située en amont de la glande parotide. Les ramifications intra-parotidiennes du nerf doivent donc absolument être intactes.

L'innervation motrice de la langue est assurée par les deux nerfs hypoglosses (droit et gauche). Le nerf hypoglosse a un trajet anatomique extracrânien à proximité du nerf facial. L'intervention qui vous est proposée consiste à effectuer une suture entre votre nerf hypoglosse (du côté de votre paralysie) et votre nerf facial atteint, dans sa portion extracrânienne, juste avant sa ramification en branches terminales.

Une repousse nerveuse va avoir lieu depuis le nerf hypoglosse, à travers la suture, puis dans le nerf facial jusqu'aux muscles de la face. Ainsi, l'objectif est, au bout de plusieurs mois, de récupérer un tonus de repos et une certaine mobilité de votre héli-visage atteint, tout en limitant au maximum la gêne engendrée par l'atteinte linguale. Pour atteindre cet objectif, une rééducation par un/une orthophoniste ou kinésithérapeute sera nécessaire durant 12 à 18 mois.

REALISATION DE L'INTERVENTION

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Il est de la compétence du médecin anesthésiste-réanimateur, que vous verrez en consultation préalable à l'intervention, de répondre à vos questions relatives à sa spécialité.

Vous serez allongé sur le dos, la tête tournée vers le coté sain. Le tracé de l'incision est discret, proche de celui utilisé pour les liftings en chirurgie esthétique : vertical devant le pavillon de l'oreille, puis sous et en arrière du lobe de l'oreille, puis vers le bas dans un pli du cou.

Le nerf facial et le nerf hypoglosse seront repérés et libérés. Après avoir été l'un et l'autre sectionnés, le chirurgien procèdera à leur suture en utilisant du fil et/ou de la colle biologique.

Afin de limiter ou d'éviter la paralysie d'une hémilangue en postopératoire, une variante chirurgicale consiste à n'utiliser que la moitié du nerf hypoglosse. Cette technique nécessite une dissection du nerf facial plus en amont dans l'os temporal et n'est pas toujours possible en fonction de la cause de votre paralysie faciale. Votre chirurgien vous précisera la technique préconisée dans votre cas.

Une fois le geste terminé, le chirurgien refermera l'incision en laissant en place un drain qui sera retiré le lendemain ou surlendemain de l'intervention.

La durée d'hospitalisation et les soins post-opératoires vous seront précisés par le chirurgien.

RISQUES IMMEDIATS

Il est attendu qu'une paralysie plus ou moins importante de l'hémi-langue apparaisse immédiatement après l'intervention. Celle-ci sera corrigée par une rééducation bien conduite grâce à l'action du nerf hypoglosse du côté opposé. Vous éprouverez malgré tout, les premières semaines, une petite gêne à l'élocution et à la déglutition de votre salive.

Comme dans toute chirurgie cervicale, il peut exister un risque hémorragique ou infectieux de sévérité variable, et de fréquence rare.

RISQUES SECONDAIRES

La cicatrice peut être fibreuse, épaisse et douloureuse.

La récupération motrice de la face n'est jamais immédiate car elle requiert plusieurs mois de repousse nerveuse, guidée par la rééducation adaptée. L'échec (absence totale de motricité à 12 mois post-opératoire) est rare. Néanmoins, cette technique chirurgicale n'a pas pour vocation de rétablir un visage parfaitement symétrique. En effet, même en cas de récupération complète de la motricité de la face, peuvent être observés des mouvements ou des contractions inappropriées de la face ou au contraire des déficits sur certains groupes musculaires.

Votre chirurgien vous précisera ce que vous êtes en droit d'espérer en fonction de votre cas particulier.

COMPLICATIONS GRAVES ET/OU EXCEPTIONNELLES

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, recèle un risque de complication.

Les risques hémorragiques et infectieux peuvent exceptionnellement mettre en jeu le pronostic vital.