

STAPEDOTOMIE

1 - Introduction

Les vibrations sonores de l'environnement sont transmises à l'oreille interne, la cochlée, par la membrane du tympan puis par une chaîne de 3 osselets, le marteau, l'enclume et l'étrier. Ce dernier, le plus petit os du corps humain, est en contact direct avec l'oreille interne.

2 - Indication opératoire

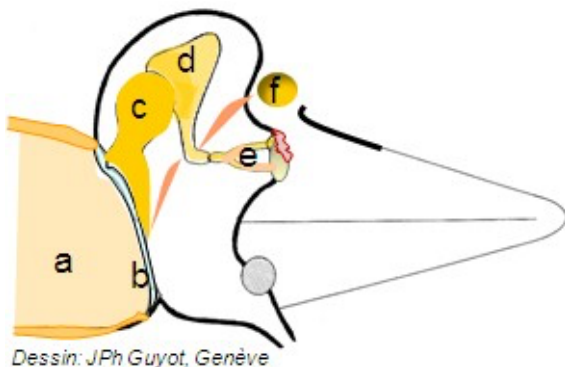
L'étrier peut être fixé lors d'une maladie, l'otosclérose, ou par une rigidité congénitale empêchant la bonne transmission du son à l'oreille interne. On parle alors de surdité de transmission. Dans de tels cas, une chirurgie, la stapédotomie, peut être proposée. Elle permet de remplacer l'étrier fixé par une prothèse. L'opération peut être faite en anesthésie locale ou générale. L'audition redevient normale et reste stable dans la grande majorité des cas. L'adaptation d'un appareil acoustique, très efficace en cas de surdité de transmission, peut être envisagée comme une alternative à la chirurgie.

3 - Prise en charge par l'assurance-maladie

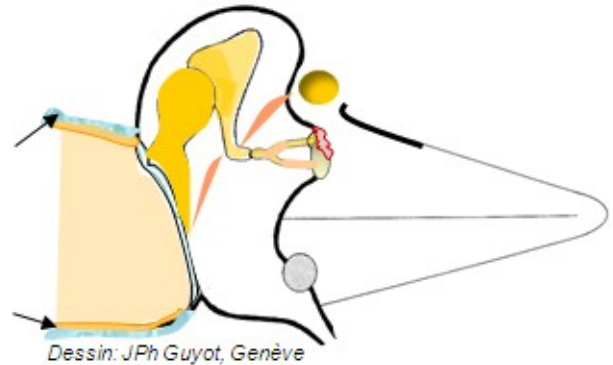
Cette intervention est prise en charge par votre assurance-maladie de base.

4 - Déroulement de l'intervention

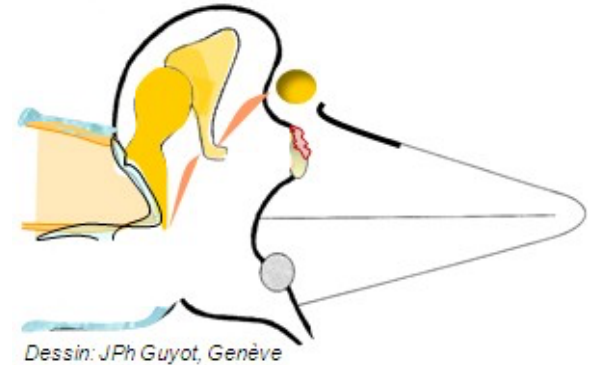
Schéma de l'oreille, montrant a) le conduit auditif externe, b) la membrane du tympan, c) l'enclume, d) le marteau et e) l'étrier avec la platine et un foyer d'otosclérose, f) le nerf facial.



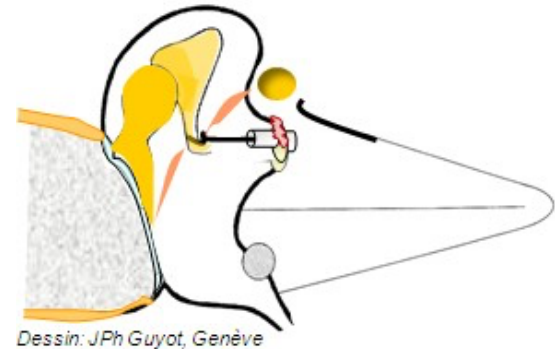
La peau du conduit est incisée puis soulevée, ainsi que la membrane du tympan. L'oreille moyenne est alors visible. Le chirurgien peut tester la mobilité des osselets et confirmer que l'étrier est fixé.



Les piliers de l'étrier sont fracturés et retirés puis la platine est perforée. Pour ce faire, on utilise soit une fraise minuscule soit un laser. L'oreille interne est ouverte.



Une micro-prothèse (piston) est insérée au travers de la perforation de la platine, reliée à l'enclume par un fil métallique. C'est elle qui transmettra les vibrations du son à l'oreille interne. La membrane du tympan est remise en place et maintenue par un pansement placé dans le conduit auditif externe.



5 – Complications possibles de l'intervention

Tout acte médical et intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes à l'art et à la réglementation en vigueur, comporte un risque de complication.

Risques immédiats:

Un **saignement** léger au niveau du conduit auditif peut, rarement, survenir. Les **douleurs** post-opératoires sont en général peu intenses et facilement contrôlables par de simples antidouleurs.

Des **vertiges** ou un **acouphène** (sifflement, bourdonnement) peuvent survenir, mais disparaissent en règle générale en quelques jours ou quelques semaines.

Risques tardifs:

L'**audition reste médiocre** dans de rares cas. Il s'agit vraisemblablement d'un problème technique, par exemple un fil de platine mal serré sur l'enclume ou une prothèse de biais dans l'orifice de la platine. L'opération peut être refaite.

Le **goût peut être altéré**, avec des sensations 'bizarres' sur le bord de la langue du côté opéré. Ceci est dû à la chorda tympani, un petit nerf (en orange sur les schémas) qu'il faut parfois déplacer pendant l'opération. Les choses s'arrangent dans la plupart des cas en quelques semaines, parfois mois.

Très, très rarement, une **paralysie** plus ou moins marquée peut survenir quelques jours après l'opération sur la moitié du visage, du côté opéré. Il s'agit d'une réaction du nerf facial dont la cause n'est pas connue. Tout s'arrange en quelques jours ou semaines.

Complications graves, mais exceptionnelles

Dans 1 à 2% des cas, il y a une **perte importante de l'audition** du côté opéré, voire une perte totale et définitive, accompagnée parfois d'un **déséquilibre persistant**. La cause est inconnue.

Il existe aussi le risque, rarissime, d'une **lésion du nerf facial**. Le nerf facial passe très près de la platine de l'étrier. Dans la plupart des cas, il se trouve protégé dans son canal osseux. Toutefois, le canal osseux peut être défectueux ou le trajet du nerf peut être anormal. Tout à fait exceptionnellement, il peut couvrir la platine de l'étrier, rendant la chirurgie impossible. Le risque que le chirurgien blesse le nerf est très faible. Les chirurgiens connaissent son trajet et ses variantes possibles. De plus, la chirurgie est réalisée sous contrôle microscopique direct du champ opératoire.

6 – Précautions à prendre avant l'intervention

- lisez attentivement ce document d'information et posez toutes vos questions au chirurgien;
- informez-vous sur le diagnostic exact et d'éventuelles autres modalités de traitement;
- donnez une liste des médicaments que vous prenez régulièrement, et en particulier **Aspirine, anticoagulants...**
- apportez les documents médicaux en votre possession relatifs à cette intervention, notamment les examens radiologiques ;

- une consultation d'anesthésie pré-opératoire est obligatoire. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Renseignez-vous sur les risques généraux dans votre cas ;
- il ne faut ni boire ni manger plusieurs heures avant l'anesthésie. Cela vous sera précisé par votre anesthésiste et/ou votre chirurgien.

7 – Après l'intervention

A l'hôpital:

- après l'opération vous serez surveillé pendant quelques heures en salle de réveil puis reconduit dans votre chambre;
- vous aurez un pansement dans le conduit auditif externe que vous garderez en quittant l'hôpital.
- signalez toute douleur significative à l'infirmier(ère). Des antidouleurs sont à votre disposition;
- signalez à l'infirmières l'apparition de vertige ou bourdonnement;
- l'alimentation (légère) peut être reprise dès le jour de l'opération;
- vérifiez que vous prenez de nouveau vos médicaments habituels. Pour les médicaments tels **qu'Aspirine, anticoagulants...**, demandez l'avis de votre chirurgien;
- l'intervention est pratiquée ambulatoirement ou dans le cadre d'une courte hospitalisation.

A la maison:

- dans les semaines suivant l'opération, évitez les exercices et les efforts trop importants. Evitez aussi de tousser ou d'éternuer avec la bouche fermée. Ainsi vous éviterez des changements trop brusques de pression dans l'oreille opérée ;
- le pansement sera enlevé environ 7 à 14 jours après l'opération. Il se peut alors que les sons soient perçus de façon désagréable. Il faut un certain intervalle de temps pour s'habituer à une perception auditive d'intensité redevenue normale;
- la durée de l'arrêt de travail et la fréquence des visites postopératoires seront déterminées par votre chirurgien;
- un rapport médical (lettre de sortie) sera envoyé à votre médecin traitant. Vous pouvez demander au chirurgien de vous en adresser copie si vous le souhaitez.

Contacts

Tél hôpital:

Tél du médecin:

Points essentiels pour le/la patient(e):

Type d'anesthésie:

Durée de l'intervention:

Durée de l'hospitalisation:

Temps de récupération:

Autre: