

# Intervention pour exérèse d'un méningiome de la fosse cérébrale postérieure

Madame, monsieur,

Vous devez être opéré(e) / l'un de vos proche doit être opéré d'un **méningiome de la fosse cérébrale postérieure (MFPCP)** et vous vous posez un certain nombre de questions sur la façon dont cette intervention va se dérouler ainsi que sur la période qui entoure cette chirurgie. Cette fiche a été élaborée par les neurochirurgiens sous l'égide de la SFNC. Elle répond à vos interrogations toutefois elle reste générale et ne rentre pas dans le détail de votre cas personnel ; par conséquent, elle ne se substitue pas aux informations que vous délivre le chirurgien qui doit vous opérer et à qui vous devez poser toutes les questions qui vous semblent utiles à votre prise en charge »

## 1. Quelle est l'affection dont vous êtes porteur ?

**Le méningiome** est une prolifération cellulaire anormale, dite tumorale, mais en général bénigne c'est-à-dire à croissance lente et évoluant sur plusieurs années. Cette tumeur se développe sur une enveloppe fibreuse que l'on appelle méninge et qui est située à la face interne de l'os crânien. Cette méninge, en l'occurrence la dure-mère, protège et compartimente le cerveau. Ainsi, partout où il existe de la méninge (crâne et colonne vertébrale), un méningiome peut se développer, à la manière d'un polype qui se développerait dans la paroi de l'intestin. Aujourd'hui, même si l'on comprend les mécanismes biologiques de la croissance de ces tumeurs, la cause exacte de leur naissance n'est pas identifiée, sauf dans certaines maladies génétiques rares (neurofibromatose). Enfin, il faut noter que le méningiome est la plus fréquente des tumeurs bénignes intra-crâniennes (15%) et qu'elle prédomine chez la femme pour des raisons hormonales.

**La fosse postérieure** est la partie qui se situe à l'arrière de la boîte crânienne et au dessus des vertèbres cervicales ; elle contient le cervelet qui régule l'équilibre, la marche et la coordination des mouvements, ainsi que le tronc cérébral qui est la zone du cerveau où se concentrent tous les centres qui régulent les fonctions vitales (éveil, respiration, rythme cardiaque, ...). Dans cette fosse postérieure se situent la plupart des nerfs crâniens qui mettent en relation le cerveau avec les organes des sens et de la vie de relation (mouvements des yeux et du visage, sensibilité du visage, audition, équilibre, déglutition, phonation, goût).

## Illustration de diverses méningiomes infra-tentoriels sur une IRM



### Méningiome de la fosse cérébrale postérieure (MFCP)

#### 2. Quel est le comportement naturel de ce méningiome ?

Il s'agit d'une lésion à croissance lente qui, en moyenne, grossit de quelques millimètres par an mais avec d'importantes variations selon les personnes, voir chez la même personne en fonction des périodes. On sait par exemple qu'une grossesse peut favoriser cette croissance. Le volume qu'exerce le méningiome dans l'enceinte crânienne va dans un premier temps être bien toléré, raison pour laquelle ces méningiomes peuvent être découverts tardivement ; ensuite, la croissance de cette tumeur va comprimer ou irriter le cerveau et/ou les nerfs crâniens qui sont à son contact et provoquer des signes d'appels. Ces signes peuvent être généraux, tels des maux de tête ou des difficultés d'attention ; ils sont aussi locaux et dépendent de l'endroit où la lésion se développe. Comme mentionné dans le point précédent, la fosse postérieure est une zone fonctionnellement riche et également assez étroite, ce qui explique la complexité des tableaux cliniques.

#### 3. Pourquoi recommande-t-on de m'opérer de ce méningiome ?

L'ablation (exérèse chirurgicale) de ce méningiome reste le traitement de référence car il n'existe pas de médicament qui permette de le faire disparaître.



L'objectif de l'exérèse chirurgicale de ce méningiome est de décompresser les tissus normaux pour stabiliser ou améliorer les symptômes et en tout cas éviter qu'ils ne s'aggravent. En effet, si rien n'est fait, cette compression aura des conséquences neurologiques sévères qui pourront conduire au handicap voir même menacer votre vie.

L'autre objectif est aussi de confirmer sa nature bénigne grâce à l'analyse histologique qui en sera faite au laboratoire. Enfin, le but de la chirurgie est si possible d'éviter, au moyen d'une exérèse complète, que cette lésion ne revienne à long terme. Dans certains cas, en fonction de la taille de la tumeur, de ses relations avec les tissus environnants et de votre situation individuelle, il peut être envisagé de ne pas enlever la totalité de cette tumeur afin de réduire le risque de l'intervention. On parle alors d'exérèse incomplète ou subtotale. Parfois, il est difficile de prédire le caractère complet ou non de l'exérèse avant l'opération et le chirurgien peut être amené à le décider pendant l'intervention. Il abordera ce point avec vous au décours de la chirurgie.

Les alternatives à l'intervention existent t'elles ? Oui, elles sont doubles

La surveillance de ce méningiome est possible lorsque la tumeur est de petite taille, asymptomatique ou découverte par hasard. Il est aussi possible de proposer cette surveillance dans un premier temps avant d'envisager la chirurgie en cas de croissance du méningiome et à la condition que vous soyez prêt à répéter les examens de suivi.

L'autre alternative est un traitement par radio-chirurgie c'est à dire une irradiation de la tumeur à forte dose, en condition stéréotaxique et donc de très grande précision, en général en une séance. L'objectif est ici de stabiliser le volume tumoral à long terme. Cette technique ne s'adresse qu'aux lésions de petites tailles ou de taille moyenne, surtout lorsqu'elles sont situées dans un endroit qu'il serait très délicat d'aborder chirurgicalement. Elle peut être proposée dans un second temps, après la chirurgie si l'exérèse n'a pas été totale.

#### 4. Quels sont les principes techniques de l'acte chirurgical ?

Après votre accueil en salle de bloc, et une fois le temps anesthésique effectué, l'équipe chirurgicale va procéder de la sorte :

**Temps d'installation et de neuro-monitoring :** Les MFCP nécessitent parfois que vous soyez installés sur le côté, sur le ventre, ou plus rarement en position assise.

Ces installations sont maîtrisées par l'équipe et un soin tout particulier est apporté à votre confort ainsi qu'à la protection de votre peau (éviter toute compression excessive) pendant l'intervention. En fonction des nerfs qui sont au contact de votre tumeur, il est possible d'en surveiller l'activité durant la chirurgie en positionnant de petites aiguilles (micro-electrodes) au travers de la peau. Ce premier temps de mise en

oeuvre est important et parfois long. Ensuite, le tracé de l'incision sera choisi et une tonte des cheveux sera pratiquée en fonction de ce tracé.

**Temps d'abord :** L'approche des MFCP est rendue complexe par les limites étroites de cette loge et par son environnement très riche ; il est donc parfois nécessaire de proposer des approches complexes, par exemple au travers de l'os de l'oreille (rocher). Dans ce cas, la participation d'un chirurgien ORL peut être décidée, ce qui vous sera dit avant l'intervention. Lorsque la méninge est ouverte, le temps de l'approche est terminé et l'ablation démarre.

**Temps d'exérèse :** Il s'agit d'un temps minutieux, réalisé le plus souvent sous microscope avec des techniques de microchirurgie et une instrumentation spécifique dont dispose tous les centres de neurochirurgie. Ce temps peut durer plusieurs heures car l'objectif est d'enlever la tumeur en respectant au maximum l'environnement neurovasculaire. Au terme de cette ablation, le chirurgien vérifie l'absence de saignement actif (hémostase) et aborde la fermeture. La pièce opératoire est adressée au laboratoire d'anatomopathologie.

**Temps de fermeture :** Elle se fait en plusieurs plans (méninge, os, muscle, puis peau). Ensuite, vous ne verrez que ce qui a été fait sur votre peau selon des pratiques variables (Points ou agrafes – Pansement ou non). En général, il n'y aura pas de drain à ce niveau. Si une approche au travers de l'os de l'oreille a été faite, alors, elle aura été obturée par de la graisse qui vous aura été prélevée dans la région abdominale par une autre petite cicatrice.

**La durée opératoire** est donc variable mais il faudra se baser sur plusieurs heures.

## **5. Comment les choses vont t'elles se dérouler en pratique pendant l'hospitalisation ?**

En pré-opératoire / le chemin patient

Accueil dans le service– vérification de votre dossier

La visite préopératoire du médecin qui répondra à vos questions.

Vous devrez être à-jeun à partir de la veille vers minuit

Une prémédication vous sera administrée le soir puis le matin de l'intervention pour une meilleure relaxation au moment de votre arrivée au bloc.

Vous devrez vous doucher et laver vos cheveux avec une solution antiseptique.

Le jour de l'intervention La prise en charge à l'arrivée au bloc : Juste avant votre intervention, vous serez interrogé pour une ultime vérification de votre identité et de votre pathologie dans le cadre de la check-list pré-opératoire

Au réveil / en post-opératoire immédiat :

En général vous passerez une nuit en salle de réveils ou dans un secteur de soins intensifs pour une surveillance étroite avant de rejoindre votre chambre le lendemain de la chirurgie. **La prise en charge de la douleur est une de nos priorités selon des protocoles adaptés**

Le premier lever / la reprise de l'alimentation / la kinésithérapie / le retrait de la perfusion, du drain ou de la sonde urinaire éventuellement mis en place en post-opératoire seront autorisés par l'équipe soignante en fonction des pratiques et de votre état clinique.

Certaines mesures spécifiques telles que des prélèvements sanguins, la réalisation d'un scanner, des consultations spécialisés (ORL, ophtalmologiste,...) seront fonction de votre intervention.

L'ensemble de l'équipe sera à votre écoute et vous pourrez si besoin bénéficier d'une aide psychologique

## 6. Quels sont les risques de l'acte proposé ?

**Généralité sur le risque :** La culture du risque est enracinée dans la pratique chirurgicale et le maximum sera fait pour prévenir, dépister et traiter d'éventuelles complications. Beaucoup de complications sont transitoires et ont peu de conséquences. D'autres, plus rares, sont graves et peuvent entraîner des séquelles neurologiques ou exceptionnellement entraîner le décès. Par conséquent le binôme chirurgien / anesthésiste a le devoir de vous informer sur les risques liés à votre intervention et il répondra aux questions que vous lui posez.

**Le risque anesthésique / péri-anesthésique** est abordé par l'anesthésiste lors de la consultation de pré-anesthésie

**Les complications générales** sont liées à votre état et à vos antécédents pré-opératoires. Cette chirurgie peut en effet être suivie d'une

Décompensations d'organes liées à vos problèmes de santé préalables

Maladie thromboembolique

**Les complications liées à l'abord chirurgical de la fosse postérieure**



Hématome : Il s'agit dans le cas présent d'un hématome qui se constitue dans la cavité opératoire (fosse postérieure) dans les 48 heures post-opératoires. Cette complication est rare, inférieure à 2% des cas, mais elle peut être grave et doit être dépistée très rapidement.

Infections de site opératoire : Elles sont découvertes au-delà des 3-4 jours post-opératoires. Elles peuvent être superficielles (peau et tissus sous-cutanés) et facilement traitables après prélèvement local. Les infections profondes concernent l'espace où la lésion a été enlevée, en l'occurrence la méninge. Ces méningites nosocomiales sont rares (<2%) mais elles nécessitent un traitement antibiotique à forte dose et au départ en perfusions. Elles peuvent prolonger votre durée d'hospitalisation.

Le déficit focal : en fonction de la zone exposée au contact du méningiome, des signes de souffrance du cerveau ou des nerfs crâniens peuvent être observés. Ils sont majoritairement précoces, constatés dès votre réveil, peuvent être temporaires ou permanents en fonction de leur degré d'irritation. Dans la fosse postérieure, il s'agit d'un déficit partiel ou complet (paralysie) de certains nerfs crâniens mais parfois, le cervelet lui-même ou, de manière plus grave, le tronc cérébral peuvent être atteints et expliquer certains déficits sévères heureusement rares mais qui peuvent entraîner des séquelles neurologiques.

Fuite de liquide cébrospinal (LCS). Dans la mesure où la méninge a été ouverte et même correctement refermée, ce liquide a tendance à s'extérioriser au travers de la cicatrice, sous la peau « chignon », ou bien par l'os de l'oreille (<10%). Différents traitements sont possibles.

Hydrocéphalie : Dans de rares cas (<2%), la circulation du LCS dans la méninge peut être altérée au décours de la chirurgie : cette accumulation est responsable d'une hydrocéphalie que l'on doit traiter par diverses procédures. Cicatrice & déformation cosmétique ( ?)

L'objectif de l'équipe soignante est de prévenir / réduire au mieux le risque de survenue de telles complications. Si ces complications surviennent l'équipe aura pour préoccupation de les dépister précocement, de vous en informer et de les traiter selon les règles de bonne pratique

## 7. A votre sortie

Avant votre sortie, le neurochirurgien, le médecin anesthésiste et les infirmières vous donneront leurs recommandations (nécessité d'un repos, d'une rééducation, activités déconseillées ou conseillées, prescriptions de médicaments, durée de l'arrêt de travail). Un numéro de téléphone du service vous sera précisé, vous permettant de joindre l'interne de garde de Neurochirurgie les jours suivants si quelque chose vous inquiète.

Les papiers qui vous seront remis comportent les ordonnances de prescriptions médicales, un arrêt de travail d'une durée variable selon la situation, une date de rendez-vous de consultation avec le neurochirurgien.

Votre médecin traitant recevra quelques jours plus tard le compte-rendu opératoire, le compte-rendu de votre hospitalisation, ainsi que le résultat de l'analyse de la tumeur par le laboratoire. Parfois ce dernier parvient au neurochirurgien alors que vous aurez déjà quitté le service. Vous avez la possibilité de recevoir à votre demande les mêmes documents que ceux adressés à votre médecin, afin que vous disposiez de tous les éléments pour votre dossier médical personnel.

## 8. Le suivi à distance de l'intervention

Le lien avec votre médecin traitant et les médecins spécialistes qui vous connaissent, seront assurés par le compte-rendu d'hospitalisation, le compte-rendu opératoire et les courriers de suivis qui leur seront adressés, ainsi qu'il est indiqué ci-dessus.

La surveillance est de deux types chronologiques, immédiat et à distance : - *dans les semaines qui suivent votre hospitalisation et jusqu'à votre consultation de contrôle* : le neurochirurgien et le médecin anesthésiste vous auront alerté, avant votre sortie, sur la survenue secondaire ou retardée de symptômes ou troubles, qui pourront, en fonction de leurs recommandations, vous inciter à reprendre contact avec le service ; si un quelconque événement survient durant cette période, ou si vous vous inquiétez, parlez-en d'abord avec votre médecin traitant qui jugera s'il doit appeler le neurochirurgien qui vous a opéré. Il faut insister à nouveau sur la nécessité absolue de reprendre contact avec le service si les troubles suivants survenaient : *fièvre inexplicée, gonflement ou écoulement de la cicatrice, fuite de liquide cébrospinal* (clair comme de l'eau et de goût sucré) par la narine ou dans la gorge.

Par ailleurs, vous aurez peut-être à faire des examens sanguins en fonction notamment des médicaments que vous prenez : cela vous aura été précisé et prescrit juste avant votre sortie du service. Il en est de même d'éventuels examens radiologiques.

Dans tous les cas, si vous ressentez un trouble nouveau, même non indiqué dans ce qui vous aura été dit, ne restez pas sans rien faire et parlez-en à votre médecin.

- à distance : lors de la consultation de contrôle, le neurochirurgien fera le point avec vous sur votre évolution, vos troubles éventuels, votre reprise d'activités, ainsi que la programmation d'une IRM de suivi et la surveillance ultérieure.

J'ai compris et j'accepte les principes de la chirurgie qui m'est proposée.

Fait à :

Le :

Signature :

