

Chirurgie de la névralgie du trijumeau

Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré pour une névralgie du trijumeau. Ces informations restent très générales, et servent de complément aux informations particulières et personnelles vous concernant, que seul le neurochirurgien qui vous prend en charge est à même de vous donner.

Qu'est-ce qu'une névralgie du trijumeau ?

Le nerf trijumeau (V) est le cinquième nerf crânien. C'est un nerf mixte c'est-à-dire composé de fibres nerveuses assurant une fonction motrice (pour mordre, mâcher, avaler) et une fonction sensitive (sensibilité de la face et d'une partie de la sphère ORL).

Il donne naissance à 3 nerfs : le nerf ophtalmique (V1), le nerf maxillaire (V2) et le nerf mandibulaire(V3).

La névralgie du trijumeau est une douleur fulgurante avec décharges électriques intéressant un ou plusieurs territoires (V1, V2, V3) du nerf trijumeau. Elle évolue par salves, de durée variable, séparées d'intervalles libres sans douleurs.

Quand faut-il opérer ?

Le traitement initial est toujours médical, avec la prescription de médicaments antalgiques (anti douloureux) appartenant prioritairement à la classe des antiépileptiques. Il est parfois nécessaire d'associer plusieurs traitements pour bien calmer les douleurs.

Cependant, une partie des patients vont développer une résistance au traitement ou une intolérance aux effets secondaires. Le traitement chirurgical peut alors être proposé en alternative.

Trois grandes options chirurgicales sont disponibles, à discuter au cas par cas :

- La décompression neurovasculaire microchirurgicale
- Les techniques lésionnelles percutanées
- La radiochirurgie lésionnelle en conditions stéréotaxiques

La décompression neurovasculaire microchirurgicale

La névralgie essentielle du trijumeau est souvent en rapport avec un conflit entre un vaisseau et le nerf trijumeau à son émergence du tronc cérébral. Le vaisseau conflictuel est le plus souvent une artère, parfois une veine.

Il est nécessaire d'établir la présence d'un tel conflit vasculonerveux. L'IRM cérébrale est l'examen de référence et obligatoire avant d'entreprendre un tel geste.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale, par voie sous occipitale rétrosigmoidienne. Cette voie d'accès va se situer en arrière de l'oreille, dans la région occipitale basse et latérale, et passer juste en arrière d'une veine située dans la dure-mère, nommée sinus sigmoïde.

Votre tête sera fixée dans têteière comportant 3 pointes et un mécanisme de serrage, afin d'éviter toute éventuelle mobilisation de votre tête pendant l'acte chirurgical.

Il y aura certainement un rasage limité des cheveux. Le chirurgien réalise ensuite la craniotomie (ouverture du crane) puis l'ouverture de la méninge. Il va ensuite identifier le vaisseau conflictuel. Ce vaisseau est éloigné du nerf grâce à un petit tissu biocompatible (Dacron ou Teflon) qui est interposé de façon à ce que le conflit ne se reproduise pas. Il n'y a pas de geste spécifique sur le nerf en lui-même. La douleur diminue ou disparait généralement très rapidement après l'intervention. Les médicaments anti douloureux ne sont cependant pas arrêter brutalement après la chirurgie. Après la chirurgie, vous serez transféré, encore sous anesthésie générale, dans l'Unité de Soins Intensifs ou de Réanimation pour surveillance. Lorsque l'anesthésiste-réanimateur estime que vous êtes en sécurité, il vous fait regagner votre chambre, généralement 24 heures plus tard. Le lever est en général autorisé 24 ou 48 heures après l'intervention. La sortie du service pour le domicile est généralement possible à partir du 5^{ème} jour.

Les risques sont faibles. Ils comprennent :

- **L'infection du site opératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie et des antibiotiques pendant plusieurs semaines.
- **L'hématome postopératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie.
- **L'occlusion d'une artère**. Cela peut rester sans aucune conséquence s'il s'agit d'une petite artère dans une zone du cerveau peu fonctionnelle mais cela peut aussi entraîner un véritable infarctus cérébral (privation d'oxygène dans un territoire irrigué par l'artère en question). Selon son importance, cet infarctus cérébral peut laisser des séquelles plus ou moins graves (paralysies, troubles du langage), voire exceptionnellement être mortel.
- Une fuite de liquide céphalorachidien, appelée **méningocèle**, qui peut se résoudre spontanément ou nécessiter la réalisation de ponctions lombaires déplétives ou une reprise chirurgicale.
- **Une crise d'épilepsie**, qui évolue très rarement vers une épilepsie définitive
- Les risques propres à **l'anesthésie générale**, au positionnement sur la table d'opération, la phlébite ou l'embolie pulmonaire

Techniques de lésions percutanées :

2 techniques peuvent être proposées : la thermocoagulation au ganglion de Gasser (ou radiofréquence) ou la technique de compression au ballonnet au ganglion de Gasser.

La thermocoagulation au ganglion de Gasser.

Cette technique, qui a de bons résultats, est proposée lorsqu'aucun conflit vasculo-nerveux n'a été authentifié, lorsque le patient est trop âgé ou fragile pour une chirurgie de décompression neurovasculaire.

Elle consiste à réaliser une lésion thermique en regard des fibres sensitives du nerf trijumeau, regroupées au sein du ganglion de Gasser.

Le geste est réalisé sous sédation profonde, au bloc opératoire. Le neurochirurgien ponctionne la joue selon des repère précis et s'oriente vers le foramen ovale, siège du ganglion de Gasser, sous radioscopie. Une fois l'aiguille en place, le patient est réveillé. Une stimulation non douloureuse est

réalisée afin de s'assurer du bon positionnement de l'aiguille au sein des fibres. Une fois la vérification faite, le patient est rendormi et l'électrode de thermo-lésion est activée. L'aiguille est alors enlevée et le patient réveillé. L'effet anti-douloureux est immédiat, au prix d'une hypoesthésie, c'est-à-dire une diminution de la sensibilité au toucher, dans le territoire anciennement douloureux.