



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Service de Neurochirurgie – Pr H. DUFOUR – Pr Th. GRAILLON – Pr S. FUENTES – Dr M. MEYER – Dr
K. FARAH - Dr J D'ARTIGUES – Dr S LONIEWSKI
CHU Timone Adultes

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

I - INTRODUCTION

Vous devez être opéré(e) d'un adénome hypophysaire. L'adénome est une **tumeur**, c'est-à-dire une « masse », qui est pratiquement toujours de nature **bénigne et non cancéreuse**.

L'adénome se développe à partir de la **glande hypophyse**, petite glande située sous le cerveau. Cette glande contrôle une grande partie **des sécrétions hormonales** de l'organisme que ce soit directement (comme la prolactine ou l'hormone de croissance qui sont fabriquées par l'hypophyse elle-même) ou en agissant sur d'autres glandes comme la thyroïde (hormones thyroïdiennes) ou les glandes surrénales (produisant la cortisone). **Les hormones** sont des substances indispensables à la vie et participent à de nombreuses **fonctions essentielles** (croissance de l'enfant et de l'adolescent, grossesse, forme physique, température interne, adaptation et réaction au stress, aux émotions, aux agressions telle une infection, une maladie, une opération chirurgicale,...)

Un adénome hypophysaire peut donner **des symptômes selon 3 mécanismes, isolés ou associés** :

- certains adénomes sécrètent **une hormone hypophysaire en excès** dont le taux anormalement élevé dans le sang provoque des troubles qui amènent à consulter.
- lorsqu'un adénome atteint un certain volume, **il comprime la glande hypophyse**, dont le fonctionnement peut alors être perturbé et les sécrétions diminuées, ce qui a pour corollaire **une insuffisance** d'une ou plusieurs hormones dans l'organisme parfois accompagné d'une augmentation modérée de la prolactine. Les études montrent que l'ablation de l'adénome permet à la glande hypophyse de parfois retrouver ses fonctions antérieures, mais pas toujours car les mécanismes de sécrétions hormonales sont fragiles. Plus le nombre d'hormones est touché par l'adénome avant l'opération, moins les chances de récupération sont importantes. Ceci a une conséquence : si le bilan hormonal initial montre un déficit

hormonal, il sera potentiellement possible, après l'opération, de prendre un traitement comportant des hormones de synthèse, afin de remplacer et de substituer les hormones que votre hypophyse ne sécrèterait plus une quantité suffisante.

- Par son développement et son extension, un adénome hypophysaire peut provoquer une **compression des structures adjacentes**, notamment certains nerfs, voire le cerveau. Dans ce cas, les plus fréquemment touchés sont **les nerfs de la vision (les nerfs optiques)**, ce qui peut exceptionnellement, aboutir à une perte de la vision en l'absence d'opération. Si vous aviez des troubles de la vision avant l'intervention et que ces troubles étaient bien dus à l'adénome, l'amélioration (ou la disparition) de ces troubles est attendue dans plus de 80% des cas.

II - AVANT L'OPERATION

Lors de votre consultation avec le neurochirurgien, celui-ci vous a expliqué les modalités, les difficultés, les dangers et les risques de cette intervention chirurgicale. **Cette opération est rarement urgente.**

Après avoir rencontré le neurochirurgien, vous serez vu en consultation par le **médecin anesthésiste**, qui vous interrogera sur vos **antécédents** (autres maladies éventuelles, traitements suivis, opérations déjà subies) et vous renseignera sur l'anesthésie générale nécessaire à votre intervention chirurgicale. Certains examens ou consultations complémentaires (cardiologie, ...) seront parfois réalisés afin de compléter votre bilan pré-opératoire.

En préparation à l'intervention il vous sera demandé d'effectuer un prélèvement au niveau de chaque narines (une fiche explicative et deux ordonnances vont ont été délivrées à cet effet) afin de voir si vous êtes porteur sain de staphylocoque doré au niveau des narines. Si le prélèvement est positif, il vous sera prescrit une pommade antibiotique (BActroban ou Fucidine) à mettre dans chaque narine, 3 fois par jour durant les 5 jours qui précèdent l'intervention, ainsi que le matin de l'intervention.

Par ailleurs, en préparation à l'intervention, une prescription de lavage nasaux au sérum physiologique (Respimer) vous sera prescrite à débiter quelques jours avant l'intervention et à poursuivre trois semaines après l'intervention pour aider à la cicatrisation interne.

III - L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Elle se déroule sous **anesthésie générale**. Le temps opératoire varie entre **45 minutes et 2 heures**. Pour atteindre la « selle turcique », petite logette osseuse située dans la base du crâne, sous le cerveau où se trouvent la glande hypophyse et l'adénome, la méthode est la suivante : sous endoscope, en passant par une narine, le plus souvent la droite, l'on accède à la selle turcique par le fond de la fosse nasale. **Le principe de l'intervention réside dans l'ablation de l'adénome en essayant au maximum de respecter l'hypophyse.** Ceci n'est pas

toujours possible. En fin d'intervention, **une mèche** est parfois placé dans la fosse nasale pendant un à trois jours. Le jour de votre admission, pensez à signaler si vous présentez des allergies aux antibiotiques. Parfois il est nécessaire de mettre en place une lame de Silicone contre la cloison nasale, lame que l'on retire 2 à 3 semaines plus tard lors de la consultation. Ces lames sont totalement indolores et servent à maintenir en place les muqueuses de la cloison nasale.

IV - QUAND VOUS VOUS REVEILLEREZ

Vous serez en **salle de réveil**, afin d'être surveillé(e). la plupart du temps, le retour se fait vers la chambre sans passer par un séjour aux soins intensifs.

a) Souffrirez-vous ?

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la douleur est ici modérée et si jamais vous souffrez, vous recevrez des médicaments antalgiques. Les douleurs se limitent le plus souvent à des maux de tête. Si vous ressentez la présence de croutes sur le côté de la tête, il s'agit des stigmates de ce qui servait à maintenir votre tête pendant l'intervention. Vous ressentirez encore pendant quelques jours une sécheresse de la bouche, une sensation d'obstruction nasale, une perte du goût et de l'odorat. Ceci regresse entre 3 semaines et deux mois. Pendant trois semaines vous devrez vous rincer le nez avec des pipettes de sérum physiologique au moins trois fois par jour. Il faudra éviter de vous moucher et si vous éternuez, éternuez si possible bouche ouverte.

b) Existe-t-il des modifications esthétiques ?

Il n'existe pas de modification esthétique consécutive à cette intervention. Par contre si pendant l'intervention il y a eu une fuite de liquide céphalo-rachidien au niveau du site opératoire, ce qui arrive dans 25% des cas, il peut être nécessaire de prélever un peu de graisse sous la peau du ventre du côté droit.

c) Existe-t-il des risques infectieux ?

Ils sont de deux ordres :

- **sinusite** : 0,6 à 10 % des cas, selon les études, qui nécessite, si elle survient, un traitement approprié (antibiotique et corticoïdes). La sinusite se manifeste par des maux de têtes persistant plusieurs jours après l'intervention associé à de la fièvre.

- **méningite** (c'est-à-dire infection du liquide céphalo-rachidien, qui entoure et protège le cerveau). Elle survient entre 0,3 à 3 % des cas selon les études. La survenue d'une méningite impose bien sûr un traitement antibiotique par voie intraveineuse et une prolongation de l'hospitalisation.

V - EXISTE-T-IL DES COMPLICATIONS GRAVES À CETTE CHIRURGIE

Toute intervention chirurgicale est bien sûr un acte potentiellement dangereux et de nombreuses complications sont possibles, même le décès, malgré la qualité et l'expérience du chirurgien, ainsi que le démontrent toutes les études faites sur ce problème dans les pays occidentaux. « La liste » des complications n'est jamais exhaustive.

Cependant, plusieurs faits doivent être soulignés :

En pratique et sauf dans les cas de très gros adénomes hypophysaires, extensifs et à tendance envahissante, cette intervention n'est pas une intervention majeure, contrairement à beaucoup d'autres du domaine de la Neurochirurgie. Néanmoins, il est important de comprendre que les **risques dominants**, outre la fistule de liquide céphalo-rachidien évoquée plus haut, concernent les structures comprimées par l'adénome : l'artère carotide interne, les nerfs de la vision et l'hypophyse elle-même (régulation de l'eau dans l'organisme, cortisone, hormones thyroïdiennes, ce qui le cas échéant nécessiterait une supplémentation en hormones de synthèse) ;

Certaines complications sont inhérentes à tout acte chirurgical : **hématome** au niveau du site de l'opération, **thrombophlébites des membres inférieurs** liées à l'alitement et nécessitant un traitement préventif par héparine (anticoagulant) pour éviter une **embolie pulmonaire**.

La fréquence des conséquences et possibles complications sont listées si dessous, elles ne sont qu'indicatives. Ces chiffres ont été calculés à partir de notre base de données, calculés à partir des 1200 patients opérés entre 2014 et 2024.

- Apparition d'un déficit des hormones nécessitant de prendre des hormones après l'intervention (Levothyrox, Hydrocortisone, Androtardy) : 10 %
- Nécessité de réintervenir (fuite de LCR, hématome post-opératoire, saignement de nez) : 3 %
- Fuite de LCR : 2,7 %. En fait, ce risque existe essentiellement lorsque le développement de l'adénome a altéré la fine membrane (méninge) qui le sépare du liquide céphalorachidien situé au dessus. Si lors de l'intervention, le neurochirurgien constate une fuite de liquide céphalo-rachidien, il réalisera un « comblement » à ce niveau, en prélevant un fragment de graisse sous la peau du ventre afin de prévenir le risque de fuite ultérieure et de méningite. Cependant, une perte d'adhérence de cette greffe à distance, ou même en son absence la fragilisation (du fait du développement de l'adénome) de la méninge située au dessus de l'hypophyse, peut aboutir à un défaut d'étanchéité et à un écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez (rhinorrhée) ou dans la gorge qui peut être source d'une méningite ; **ce risque doit être parfaitement connu : si cette fistule se produisait, même plusieurs mois ou années après l'intervention, il vous faudrait reconsulter.**
- Apparition d'un diabète insipide définitif nécessitant la prise de Minirin : 3 %
- Saignement de nez nécessitant un méchage : 1,3 %. Le saignement de nez après l'intervention est habituel. Il reste très modéré et va s'arrêter dans les dix jours qui suivent l'intervention. Il peut y avoir quelques saignements en goutte qui persistent dans les jours qui suivent et qui finissent par disparaître.
- Méningite : 1,8 %

- Aggravation de la vision : 0,3 %
- Vue double (presque toujours transitoire) : 2 %
- Sinusite : 1,3 %
- Perte définitive de l'odorat : 1%
- Atteinte de l'artère carotide interne : 0,08%
- Hémorragie cérébrale : 0,3 %
- Mortalité : 0 % depuis 10 ans

VI - DURÉE D'HOSPITALISATION

Elle est habituellement ***d'une huitaine de jours***, mais dépend de plusieurs facteurs, comme : votre âge, vos antécédents médicaux, le type et les caractéristiques de l'adénome. Cette hospitalisation **se déroule en deux parties**,. C'est souvent à partir du 3^{ème} ou 4^{ème} jour post-opératoire que vous serez transféré(e) dans le service d'endocrinologie afin de réaliser un bilan hormonal post-opératoire précoce. Vous trouverez peut-être inapproprié le fait de vous garder à l'hôpital alors que vous allez bien et que vous vous sentiriez de retourner chez vous mais il est important d'être surveillée en milieu hospitalier : la survenue d'une baisse du taux de sel (vous aurez une prise de sang tous les matins), ou d'une déficit hypophysaire doit être dépisté au plus tôt et n'est pas réalisable à domicile.

VII - CONSIGNES POST-OPÉRATOIRES

Il est recommandé de ne pas se baigner en piscine durant le mois suivant l'intervention, du fait du risque d'irritation des muqueuses nasales par le chlore. En outre la plongée peut être déconseillée si, durant votre intervention, le neurochirurgien a dû faire un « comblement » pour assurer l'étanchéité, tel que cela est décrit plus haut. En revanche il n'y a pas de contre-indication aux voyages en avion, et vous pourrez reprendre toutes vos activités sportives dès que vous vous sentirez en forme. Les bain en eau de mer sont par contre autorisés dans les 10 jours qui suivent l'intervention. Un arrêt de travail est habituellement prescrit, pendant un mois, mais sa durée dépend en réalité de votre état général, ainsi que de la maladie engendrée par l'adénome.

VIII - EXISTE-T-IL UN RISQUE DE NON GUÉRISON OU DE RÉCIDIVE DE L'ADÉNOME ?

Oui, effectivement un adénome hypophysaire peut ne pas être totalement guéri par l'opération ou récidiver. Ceci dépend de plusieurs paramètres : le type d'adénome, sa taille, ses caractéristiques de développement, l'importance du taux sanguin de l'hormone éventuellement sécrétée en excès. Lorsque les paramètres les plus favorables sur le plan pronostic sont réunis, les chances de succès de l'opération peuvent atteindre 90 à 95 %. À l'inverse ce pourcentage ne peut guère dépasser 20 % si plusieurs caractéristiques défavorables s'associent. Par ailleurs, une nouvelle opération peut, le cas échéant être discutée, bien que la première ait été un échec. Parfois, un traitement médical peut-être efficace pour empêcher un adénome de se développer à nouveau. Enfin, une radiothérapie pourra le cas échéant être envisagée.

Une information supplémentaire doit vous être délivrée : le résultat de l'intervention et la survenue d'éventuelles complications sont bien entendu la conséquences de l'intervention, mais leur incidence augmente avec certains états antérieurs dont l'un est sous votre seule dépendance : il s'agit du **TABAGISME**. Le tabac augmente considérablement le risque de complication post-opératoire (infection locale, générale, défaut de cicatrisation, complications respiratoires). Toutes les études le prouvent. Son arrêt, même temporaire, au moins six semaines avant l'opération permet de réduire ce risque, et diminue le saignement post-operatoire au niveau du nez et des sinus, ce qui facilitera l'intervention, et pourra donc aider à un meilleur taux de succès de l'intervention que vous devez subir.

Ce document vous a été remis. Il a pour but de vous informer mais ne se substitue pas à la consultation que vous avez eu avec votre neurochirurgien ; il la complète. Vous pouvez le recontacter si des questions persistent après votre entretien.

Nous sommes à votre disposition

Secrétariat :

04 91 38 55 43

04 91 38 55 45

Lien vers video explicative : <https://www.youtube.com/watch?v=YjanXxfm7q0>

Lien vers site APHM : <http://fr.ap-hm.fr/service/neurochirurgie-hopital-timone>