

Hôpitaux Albert Chenevier,
Georges Clémenceau, Dupuytren,
Emile Roux, Henri Mondor

Hôpital Henri MONDOR

1 rue Gustave EIFFEL 94010 CRETEIL

SERVICE DE NEUROCHIRURGIE

Pr Stéphane PALFI (PU-PH)(1)
Chef de Service

FICHE D'INFORMATION

ADENOME HYPOPHYSAIRE

Neurochirurgiens :

Dr Caroline APRA (CCA)
Dr Nouman ALDAHAK (PH)
Dr Tania IDRICEANU (PAA)
Dr Hela KRIMI (PHC)
Dr Amel MARNICHE (PHC)
Dr Anne-Sophie MONTERO (PHC)
Dr Rémi NSEIR (PA)
Dr Lyes RABIA (PHC)
Dr Yann-Suhan SENOVA (MCU-PH)
Dr Sanaa TAZI (PH)

Neurologues :

Dr Jean-Marc GURRUCHAGA (PH)
Dr Yara BEAUGENDRE (PA)
Dr Gilles CAPLAIN

Psychiatre :

Pr Luc MALLET (PU-PH)

Thierry SOULAS

Psychologue Clinicien 01 49 81 42 49

Lou BOREY

Neuropsychologue 01 49 81 22 16

Infirmière 01 49 81 43 29

Secrétariat :

Tel : 01 49 81 22 03

Accueil hospitalisation 01 49 81 22 23

Fax hospitalisation 01 49 81 29 82

Cadre infirmier 01 49 81 22 20

Séraphine NZEYIMANA

Assistante Sociale 01 49 81 22 22

Consultation 01 49 81 22 07

Hôpital de Jour 01 49 81 42 12

Grande Garde 01 49 81 22 15

Fax Grande Garde 01 49 81 42 15

Madame, Monsieur,

Vous devez être opéré(e) d'un adénome hypophysaire. L'adénome est une **tumeur**, c'est-à-dire une lésion, une masse, qui est de nature **bénigne et non cancéreuse**, évoluant le plus souvent **lentement**, mais il convient de faire la différence entre les adénomes bien limités, et ceux infiltrants et invasifs.

L'adénome se développe sans que l'on en connaisse la raison à partir de la **glande hypophyse**, petite glande située sous la base du cerveau, qui pèse moins d'un gramme et mesure habituellement 7 à 8 millimètres de diamètre. Cette glande contrôle toutes les **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 troubles, des symptômes par l'intermédiaire de 3 processus, isolés ou associés :

- Certains adénomes sécrètent une **hormone hypophysaire en excès**, dont le taux dès lors anormalement élevé dans le sang provoque des troubles (qui vous ont amené dans ce cas à consulter) ;
- Lorsqu'un adénome atteint un certain volume, **il comprime la glande hypophyse**, dont le fonctionnement est alors perturbé et les sécrétions diminuées, ce qui a pour corollaire **une insuffisance** d'une ou plusieurs hormones dans l'organisme, avec des conséquences néfastes. L'ablation de l'adénome permet rarement, dans ce cas, à la glande hypophyse de retrouver ses fonctions antérieures car les mécanismes de sécrétions hormonales sont complexes et donc fragiles. Ceci a deux conséquences : d'une part, il est toujours préférable d'ôter chirurgicalement l'adénome avant que ces troubles n'apparaissent ; d'autre part, si le bilan hormonal initial montre un déficit hormonal, il sera peut-être nécessaire, même

après l'opération, de prendre un traitement médical comportant des hormones de synthèse, afin de remplacer et de substituer les hormones manquantes.

- 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**, ce qui peut, exceptionnellement cependant à l'heure actuelle, aboutir à une cécité en l'absence d'opération.

Avant l'opération

Les données cliniques et biologiques, grâce au bilan hormonal réalisé avec **l'endocrinologue** ainsi que l'IRM et les examens ophtalmologiques ont permis de découvrir un adénome hypophysaire et d'apprécier son retentissement.

Il n'existe pas de traitement médical permettant de faire disparaître un adénome de la glande hypophyse, sauf dans le cas où il s'agit d'un adénome produisant de la prolactine, ou prolactinome. Cependant certains médicaments sont efficaces, permettant dans certaines variétés d'adénomes, de diminuer, voire de bloquer la sécrétion excessive et anormale d'une hormone. Parfois ces médicaments peuvent aussi préparer votre organisme à l'opération et améliorer les chances de succès.

Lors de votre consultation avec le neurochirurgien, celui-ci vous expliquera les modalités, les difficultés, et les risques de cette intervention chirurgicale. **Cette opération est rarement urgente**, sauf dans les cas où l'adénome est responsable de troubles visuels importants.

Après avoir rencontré le neurochirurgien, vous serez examiné(e) **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 qui présidera à votre intervention chirurgicale. Certains examens ou consultations complémentaires (cardiologie par exemple) seront parfois nécessaires afin de compléter votre bilan pré-opératoire.

L'intervention chirurgicale

Elle se déroule sous **anesthésie générale**. L'objectif est de retirer l'adénome qui se situe dans la selle turcique, petite loge osseuse située dans la base du crâne, sous le cerveau, où se trouve la glande hypophyse. Pour cela le chirurgien passe par une voie **endonasale**, c'est-à-dire passant par une narine, et visualise la selle turcique à l'aide d'une caméra, pas endoscopie.

Le principe de l'intervention réside dans l'ablation de l'adénome en respectant l'hypophyse. Ceci est possible grâce à la différence habituelle d'aspect, de coloration et de consistance entre l'hypophyse et l'adénome. Parfois l'adénome est mal visible ou mal limité par rapport à la glande hypophyse, ce qui a pour conséquence le risque de léser la glande saine ou ne pas ôter totalement l'adénome.

Quand vous vous réveillerez

Vous serez en **salle de soins intensifs**, afin d'être surveillé(e) sur différents paramètres : local (cicatrice), vision, mobilité des yeux et signes hormonaux. La sonde d'intubation sera ôtée dès que vous serez bien réveillé(e). Vous aurez parfois l'impression d'un goût de sang dans la bouche. L'aide-soignant qui s'occupera de vous pourra vous faire des soins de bouche qui chasseront ce goût. Vous pourrez vous alimenter et vous lever le soir-même de l'intervention.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Il existe principalement un risque de **méningite**, c'est-à-dire **infection du liquide cérébro-spinal**, qui entoure et baigne le cerveau. Ce liquide ressemble à de l'eau. En fait, ce risque existe essentiellement lorsque le développement de l'adénome a altéré la fine membrane (méninge) qui sépare l'hypophyse et l'adénome lui-même, des espaces situés au-dessus, correspondant à la base du cerveau et du crâne. Si lors de l'intervention, le neurochirurgien constate cette altération, il réalisera un comblement à ce niveau, en prélevant un petit fragment de graisse sur le ventre, afin de prévenir ce risque. Car c'est l'absence d'étanchéité qui comporte un danger de méningite au décours de l'intervention. Cependant, en cas d'une perte d'adhérence de cette greffe, ou en son absence, la fragilisation de la méninge située au-dessus de l'hypophyse, peut aboutir (4 à 5% des cas) à un défaut d'étanchéité et à un écoulement intermittent de liquide cérébro-spinal par le nez (rhinorrhée) ou dans la gorge (sensation d'eau sucrée) 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 immédiatement.**

La survenue d'une méningite impose bien sûr un traitement antibiotique. En cas d'écoulement de liquide cérébro-spinal, des mesures peuvent être prises pour tarir l'écoulement (alitement, réalisation d'une ponction lombaire, réintervention chirurgicale pour comblement de la cicatrice).

Les risques très rares et les plus graves liés au geste chirurgical concernent les structures comprimées par l'adénome : l'artère carotide interne, les nerfs de la vision et l'hypophyse.

Certaines complications peuvent survenir lors de tout acte chirurgical : **hématome** au niveau du site de l'opération, **thrombophlébite des membres inférieurs** (phlébite) et nécessitant un traitement préventif par héparine (anticoagulant) pour éviter une **embolie pulmonaire**.

Durée d'hospitalisation

Elle est habituellement de 3 à 4 jours dans le service de neurochirurgie (pour vérifier la cicatrisation et l'écoulement de liquide cérébro-spinal), généralement suivie de 3 à 4 jours en endocrinologie (pour vérifier le bilan hormonal), mais dépend de plusieurs facteurs, comme votre âge, vos antécédents médicaux et les caractéristiques de l'adénome.

Consignes post-opératoires

Afin d'éviter la formation de croûtes intranasales, il est conseillé de réaliser au moins 6 lavages de nez doux au sérum physiologique par jour pendant un mois. Afin d'éviter la survenue d'un écoulement de liquide cérébro-spinal, il est recommandé d'éviter tout effort de poussée pendant un mois (ne pas se moucher, éternuer plutôt la bouche entrouverte, éviter la constipation en prenant des laxatifs de façon systématique). Vous pourrez reprendre toutes vos activités sportives dès que vous vous sentirez en forme. Un arrêt de travail est habituellement prescrit, pendant six semaines, mais sa durée dépend en réalité de vous-même, c'est-à-dire de votre état général, ainsi que de la maladie engendrée par l'adénome.

Conseils propres au type d'adénome hypophysaire :

- pour des adénomes sécrétant de la **prolactine** et responsables d'une stérilité : si l'opération est un succès, une ovulation peut survenir le mois suivant et il vaut peut-être mieux attendre un peu, que vous ayez complètement récupéré votre forme physique, avant de débiter une grossesse, parlez-en avec l'endocrinologue ;

- pour les adénomes sécrétant de **l'hormone de croissance** : la régression de vos troubles va commencer au bout de 5 à 6 mois, hormis les céphalées et les sueurs qui diminuent beaucoup plus rapidement ;
- pour la **maladie de Cushing** (hypersécrétion de cortisone) : les symptômes s'atténuent à partir du 2ème ou 3ème mois ;
- si votre adénome était responsable de **troubles visuels** : une amélioration de la vision se produit 3 fois sur 4, la récupération étant d'autant plus à espérer que vous avez consulté précocement.

Le résultat de l'analyse de l'adénome par le laboratoire

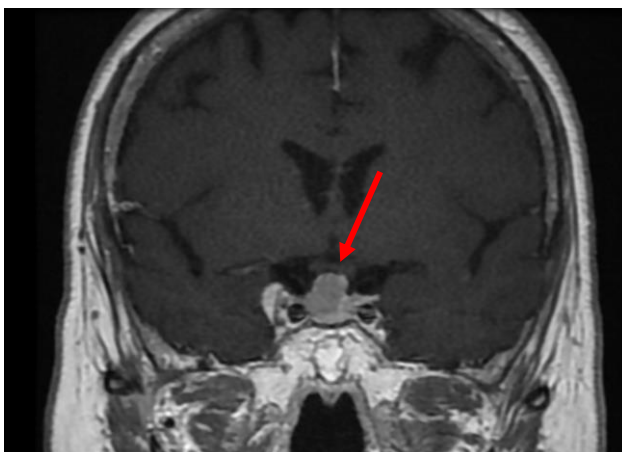
L'adénome hypophysaire est une tumeur **bénigne**. Le résultat de l'analyse faite par le laboratoire parviendra au neurochirurgien alors que vous aurez déjà regagné votre domicile. Ce résultat sera transmis à l'endocrinologue qui vous suit, ainsi qu'à votre médecin généraliste.

Le suivi médical post-opératoire

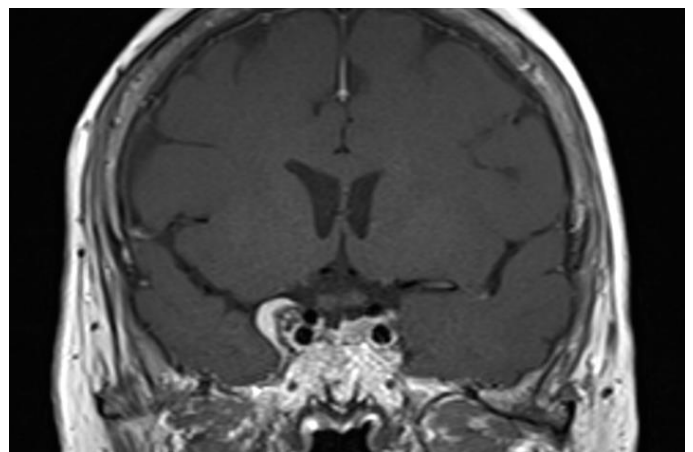
Vous aurez un rendez-vous prévu avec le **neurochirurgien** 6 à 12 semaines après l'intervention, ainsi qu'avec **l'endocrinologue**, environ un mois après l'intervention, voire plus tôt si cela semble nécessaire. Ce bilan hormonal est indispensable afin de juger du fonctionnement complet de votre glande hypophyse au décours de l'opération. Les résultats de ce bilan permettront en outre de vous préciser les modalités et le rythme des examens ultérieurs (examens hormonaux, IRM, examens ophtalmologiques).

Existe-t-il un risque de non guérison ou de récurrence de l'adénome ?

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, l'âge et le sexe. Une nouvelle opération peut, le cas échéant, être discutée. 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.



AVANT LA CHIRURGIE



APRES LA CHIRURGIE

Informations proposées de la Société Française de Neurochirurgie – Validation Dr Caroline APRA.