

CHIRURGIE DES ADENOMES HYPOPHYSAIRES

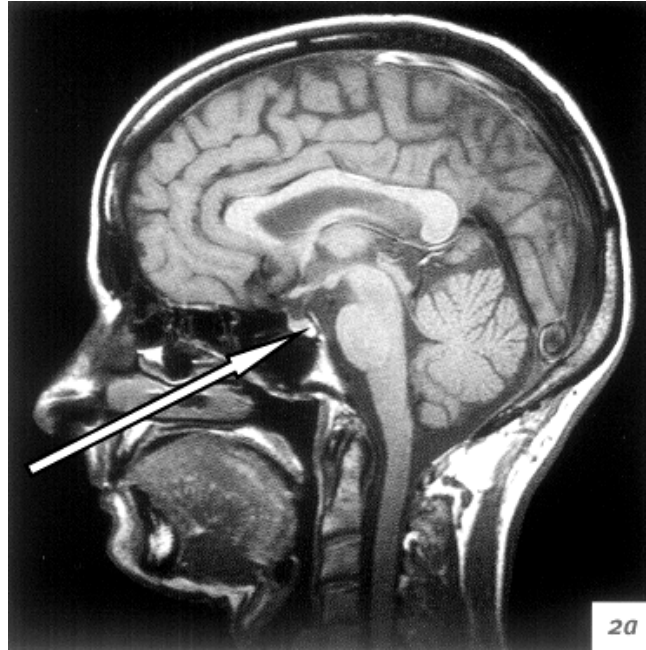
Votre chirurgien vous propose de traiter chirurgicalement votre adénome hypophysaire, ce document a pour objectif de vous apporter quelques précisions sur cette maladie et de vous expliquer en quoi correspond son traitement, ses avantages, ses inconvénients et les résultats que vous pouvez espérer.

Bénins, les adénomes hypophysaires sont des tumeurs bien différenciées, de croissance habituellement lente sur plusieurs années, développées de manière monoclonale à partir des cellules endocrines antéhypophysaires. Ils représentent 10 % des tumeurs intracrâniennes.

On distingue les microadénomes dont le plus grand diamètre est inférieur à 10 mm, et les macroadénomes qui peuvent représenter de volumineuses tumeurs envahissantes.

Les adénomes peuvent être non-sécrétants, révélés alors par le syndrome tumoral (troubles visuels) associé éventuellement à des signes d'hypopituitarisme (déficit hormonal), ou sécrétants : les prolactinomes, les plus fréquents, entraînent le classique syndrome aménorrhée-galactorrhée; les adénomes somatotropes sont responsables de l'acromégalie, les adénomes corticotropes entraînent une maladie de Cushing et les adénomes thyrotropes, plus rares, une hyperthyroïdie.

Le traitement chirurgical des adénomes hypophysaires reste le traitement de première intention dans un nombre important de cas. Un certain nombre de lésions ne peut en effet pas être traité de façon médicale (la plupart des adénomes non-sécrétants, les adénomes à ACTH, etc.). Dans des cas exceptionnels d'adénomes géants, le traitement consiste en une chirurgie transfrontale. Dans la plupart des cas, la chirurgie transsphénoïdale permet l'exérèse des lésions avec succès



Comme toute intervention chirurgicale celle-ci comporte **des risques**, y compris le risque vital qu'il est impossible de décrire.

Votre chirurgien et votre anesthésiste lors de la consultation opératoire vous auront donné toute l'information nécessaire et auront répondu sans détour à toutes les questions que vous poserez.

Les **risques** sont essentiellement de **trois ordres** :

- liés à la **technique anesthésique** en général expliqués par les anesthésistes
- liés à **toutes interventions chirurgicales** : infection postopératoire, retard de cicatrisation, défaillance d'un organe vital (cœur, poumon...), phlébite des membres inférieurs pouvant se compliquer d'embolie pulmonaire etc... Ce type de complication est imprévisible mais certains facteurs de risques sont liés à votre état général et il est important de savoir si vous appartenez ou non à un groupe à risque
- **spécifiquement liés à l'intervention que vous allez subir**. Sans être exhaustif, d'autant plus que peut se produire une complication qui n'a encore jamais été décrite, en voici quelques exemples :
 - ✓ **complications de l'abord chirurgical** : anesthésie ou dysesthésies de la lèvre et des incisives supérieures temporaires, obstruction nasale, anosmie, sinusite postopératoire, blessure d'une artère carotide interne 0,4 à 1,4%, une fistule peropératoire de LCS n'est pas grave sous réserve qu'elle soit dépistée
 - ✓ **complications endocriniennes** : diabète insipide transitoire fréquent, insuffisance antéhypophysaire exceptionnelle