



Chirurgie de l'hypophyse

Information destinée aux patients

QU'EST-CE QUE L'HYPOPHYSE ?	3
QUEL EST LE RÔLE DE L'HYPOPHYSE ?	4
PATHOLOGIES DE L'HYPOPHYSE	5
QUEL EST LE BUT D'UNE OPÉRATION ?	15
COMMENT SE DÉROULE L'OPÉRATION ?	15
QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES DE L'OPÉRATION ?	18
COMMENT SE PASSE L'ADMISSION ?	22
QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL ?	26
QUELS SONT LES SIGNAUX D'ALERTE À SURVEILLER APRÈS L'OPÉRATION ?	27
COMMENT SE DÉROULENT LES CONTRÔLES APRÈS L'OPÉRATION ?	28
SOINS DE L'HYPOPHYSE À L'UZ LEUVEN	29
QUESTIONS FRÉQUENTES	30
CONTACT	34

QU'EST-CE QUE L'HYPOPHYSE ?

L'hypophyse est une petite glande d'environ un centimètre. Cette glande joue un rôle essentiel dans la régulation des hormones dans notre corps. Elle est située au centre du crâne, sous le cerveau, auquel elle est reliée par la tige pituitaire. À gauche et à droite de l'hypophyse se trouvent d'importants vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau en sang. Au-dessus de l'hypophyse se trouve le croisement des nerfs optiques, que l'on appelle le chiasma optique.

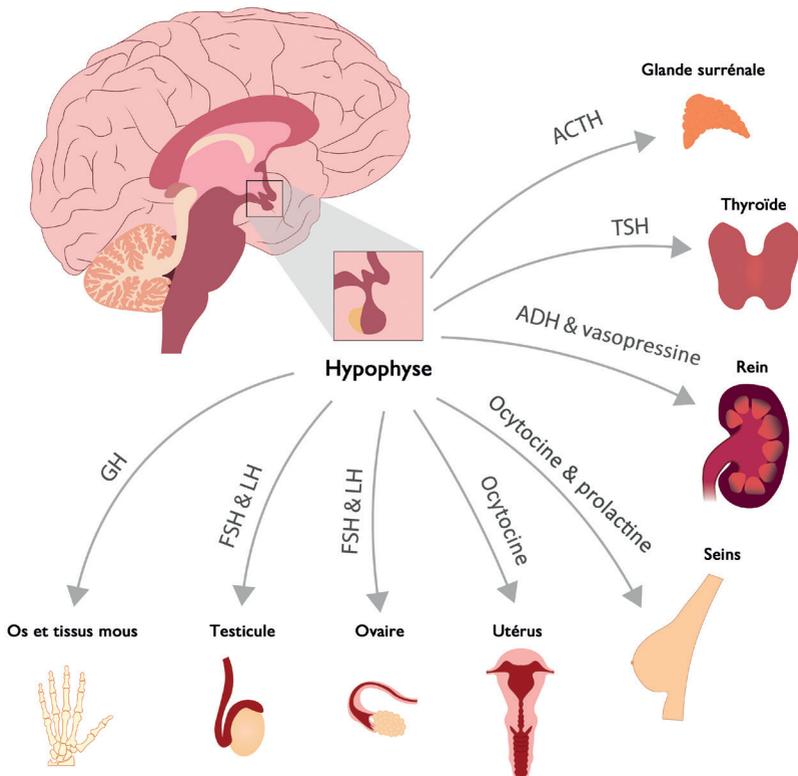


Localisation de l'hypophyse, au centre du crâne.

QUEL EST LE RÔLE DE L'HYPOPHYSE ?

On pourrait comparer l'hypophyse à une tour de contrôle qui orchestre la production et la libération d'hormones dans la thyroïde, les glandes surrénales et les ovaires ou les testicules. L'hypophyse produit également des hormones essentielles à la croissance, la formation des os, l'équilibre énergétique et hydrique, la fertilité et l'allaitement. Certaines de ces hormones sont vitales.

L'hypophyse se compose d'un lobe antérieur et d'un lobe postérieur. L'illustration ci-contre indique quel lobe produit quelles hormones.



Hypophyse, organes cibles et hormones.

PATHOLOGIES DE L'HYPOPHYSE

Les pathologies de l'hypophyse sont rares, la plupart d'entre elles provenant d'une tumeur bénigne : un **adénome hypophysaire**.

ADÉNOME HYPOPHYSAIRE

Qu'est-ce qu'un adénome hypophysaire ?

Chez certaines personnes, une tumeur se développe dans l'hypophyse. Il s'agit presque toujours d'une tumeur bénigne, que l'on appelle également adénome hypophysaire. Dans de rares cas, cette tumeur est la conséquence d'une maladie génétique, en d'autres termes d'une erreur dans l'ADN. Mais chez la plupart des gens, on ne trouve aucune explication à son apparition et il n'y a pas de facteurs de risque connus. Un adénome hypophysaire peut survenir chez les hommes comme chez les femmes, et à tout âge.

Comment détecte-t-on un adénome hypophysaire ?

Un adénome hypophysaire peut se manifester de différentes façons :

- **Grand adénome hypophysaire (>1 cm - macroadénome) :**

Un macroadénome peut déclencher des plaintes physiques en raison d'une surproduction d'hormones ou parce qu'il comprime des structures voisines. Cela peut alors occasionner :

- **Troubles oculaires**

La pression sur les nerfs optiques peut affecter une partie du champ visuel ou réduire l'acuité visuelle. Dans de rares cas, une vision double peut également apparaître.

- **Déficiences hormonales**

La pression exercée sur le tissu hypophysaire sain peut entraîner une diminution de la production de certaines hormones. C'est ce que l'on appelle l'insuffisance hypophysaire.

- **Maux de tête**

Un macroadénome peut provoquer des maux de tête oppressants, essentiellement au-dessus des yeux.

- **Surproduction d'hormones**

Certains macroadénomes peuvent produire des hormones et donner lieu à une production excessive d'une hormone spécifique.

- **Apoplexie**

L'apoplexie hypophysaire correspond à une augmentation soudaine du volume d'un adénome hypophysaire, provoquée par une hémorragie ou un manque d'oxygène dans la tumeur. Cette augmentation soudaine de volume crée une pression sur les structures autour de l'adénome, provoquant de graves maux de tête, une perturbation possible de la production d'hormones

dans l'hypophyse normale et pouvant également entraîner des problèmes de vision (réduction du champ visuel, baisse de l'acuité visuelle et vision double).

→ **Découverte accidentelle (incidentalome)**

Il arrive que l'on découvre par hasard un macroadénome lors d'un scanner de la tête demandé pour une autre raison.

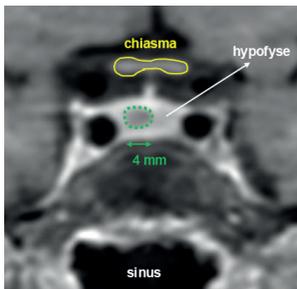
• **Petit adénome hypophysaire (<1cm - microadénome) :**

→ **Surproduction d'hormones**

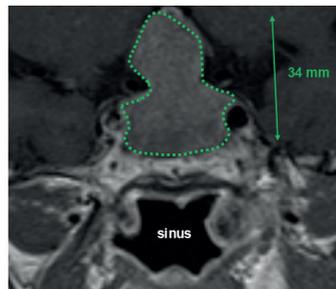
On dépiste généralement un microadénome suite à des plaintes physiques provoqués par une production excessive d'hormones.

→ **Découverte accidentelle (incidentalome)**

Il arrive qu'un microadénome soit découvert par hasard lors d'un scanner de la tête demandé pour une autre raison.



Microadénome



Macroadénome

IRM des adénomes hypophysaires.

Quel est le suivi ou le traitement d'un adénome hypophysaire ?

Le traitement et le suivi d'un adénome hypophysaire dépendent de la taille de l'adénome, de son éventuelle croissance et de son action sur la vision et/ou la production d'hormones.

Plusieurs traitements sont possibles :

→ Suivi par IRM

Si l'adénome hypophysaire n'affecte pas la production d'hormones et qu'il n'y a pas de contact avec les nerfs optiques, il n'est généralement pas nécessaire de proposer un traitement. L'adénome fera simplement l'objet d'un suivi par IRM et la production d'hormones sera contrôlée par des prises de sang.

→ Médicaments

- **Adénome avec surproduction de prolactine (hyperprolactinémie) :**
Un adénome qui produit trop de prolactine est généralement traité par des médicaments. Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut néanmoins être recommandée.
- **Adénome avec surproduction d'hormone de croissance (acromégalie) :**
Un adénome qui produit trop d'hormone de croissance sera de préférence traité chirurgicalement. Si la chirurgie n'est pas possible, un traitement médicamenteux peut être envisagé. Chez certains patients, on commence par une prémédication, puis on procède à l'opération. Dans des cas spécifiques, une postmédication est également nécessaire.

- **Adénome avec surproduction d'ACTH (maladie de Cushing) :**
En cas de surproduction d'ACTH, on préférera retirer chirurgicalement l'adénome. Si l'opération n'est pas possible, une médication peut être mise en place. Parfois, un traitement médicamenteux est prescrit avant l'intervention chirurgicale.
- **Adénome sans production d'hormones :**
Un adénome qui ne produit pas d'hormones ne peut pas être traité par des médicaments.

→ Opération

Quand l'opération d'un adénome hypophysaire est-elle indiquée ?

Une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour plusieurs raisons. Mais sachez que vous participez toujours à la prise de décision, qui dépend aussi de votre situation spécifique.

Les raisons les plus courantes de proposer une intervention chirurgicale sont les suivantes :

- Contact ou pression sur le nerf optique
- Surproduction d'hormones
- Sous-production d'hormones
- L'adénome hypophysaire grossit
- Apoplexie

1. Contact ou pression sur le nerf optique

Quand un adénome hypophysaire entre en contact avec le nerf optique ou exerce une pression sur celui-ci, une intervention chirurgicale est recommandée. Vous pourriez vous-même remarquer un problème de vision, comme la perte d'une partie du champ visuel. Un ophtalmologue pourra le vérifier au moyen d'un examen spécifique. L'acuité visuelle pourrait également diminuer, touchant un œil ou les deux. En l'absence de traitement, cela pourrait conduire à une perte totale de la vue. Le but de l'opération chirurgicale est d'empêcher la détérioration de la vision. La récupération de la vision dépend du temps écoulé depuis l'apparition des plaintes physiques.

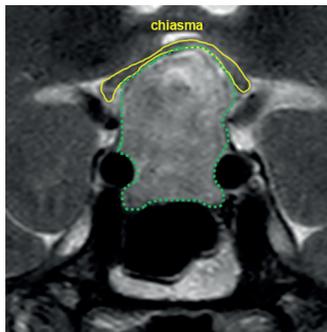


Image IRM d'un macroadénome avec pression sur le chiasma optique.

2. Surproduction d'hormones

- **Surproduction d'ACTH (maladie de Cushing)**

Si l'hypophyse produit trop d'ACTH, les glandes surrénales sont stimulées à produire trop de cortisol. Ce qui peut donner lieu à des soucis de santé comme de l'hypertension artérielle, une prise de poids, un (pré)diabète, une perte de masse musculaire et de force, de l'ostéoporose, ... Le visage peut également être gonflé et les ecchymoses (bleus) sont plus fréquentes. Certains patients présentent des plaintes physiques pendant des années avant que l'on ne pense à un problème hormonal.

Il n'est pas toujours simple de déterminer si un adénome hypophysaire est à l'origine de la surproduction d'ACTH et de cortisol, car cet adénome est souvent très petit (quelques millimètres) et n'est parfois même pas visible à l'IRM. C'est la raison pour laquelle l'endocrinologue doit effectuer plusieurs examens. Si ces examens confirment que le problème se situe au niveau de l'hypophyse, une intervention chirurgicale est proposée. Un traitement médicamenteux avant ou après l'opération peut également s'avérer nécessaire.

- **Surproduction d'hormone de croissance (acromégalie)**
Un adénome hypophysaire qui produit trop d'hormone de croissance peut entraîner une hypertrophie des mains, des pieds, du nez, de la mâchoire ou des pommettes, des picotements dans les mains, des maux de tête, des douleurs articulaires, une transpiration excessive et une accumulation de liquide. Certains organes internes comme le cœur, le foie ou la thyroïde peuvent également grossir. On peut voir apparaître d'autres symptômes tels que du (pré)diabète ou des apnées du sommeil (syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)). Dans ces cas-là aussi, le diagnostic peut prendre un certain temps.

Un adénome hypophysaire qui produit trop d'hormone de croissance sera traité chirurgicalement chez la plupart des patients. Un traitement médicamenteux avant ou après l'opération peut également s'avérer nécessaire.

- **Production excessive de prolactine**
Une augmentation de la production de prolactine chez la femme peut entraîner un écoulement de lait ou de liquide au niveau des mamelons, des cycles menstruels irréguliers ou une absence de règles. Des troubles de l'ovulation peuvent également se produire (perte d'ovulation). Chez l'homme, on peut constater

une diminution de la production de la testostérone et de spermatozoïdes. L'augmentation du taux de prolactine dans le sang peut avoir plusieurs causes, dont un adénome hypophysaire. Ce type d'adénome est généralement traité par des médicaments, mais dans certains cas, une intervention chirurgicale est nécessaire.

- **Production excessive de TSH ou de LH/FSH**

Il est très rare qu'un adénome hypophysaire produise trop de TSH. Une surproduction de TSH peut entraîner une hyperthyroïdie (augmentation de la fonction thyroïdienne) ; elle se traite par des médicaments ou une intervention chirurgicale.

Un adénome hypophysaire qui produit trop de LH/FSH ne provoque généralement pas de plaintes physiques dues à une production excessive d'hormones.

3. Baisse de la production d'hormones dans l'hypophyse

Un adénome hypophysaire de grande taille ou un kyste de la poche de Rathke (voir page 13) peut comprimer le tissu hypophysaire normal, réduisant ainsi la production d'hormones. Cela peut être une raison de recourir à la chirurgie. La décision dépendra de la gravité du trouble hormonal, des hormones concernées et des caractéristiques de l'adénome.

4. L'adénome hypophysaire grossit

Un adénome hypophysaire qui n'affecte pas la production d'hormones ou la vision ne nécessite pas toujours une intervention chirurgicale. En l'absence d'opération chirurgicale, le suivi de l'adénome hypophysaire se fait par IRM. Si l'adénome grossit, une intervention peut être indiquée pour éviter des problèmes au niveau des nerfs optiques et l'hypophyse normale.

5. Apoplexie

L'apoplexie hypophysaire est une augmentation soudaine du volume d'un adénome hypophysaire suite à une hémorragie ou à un manque d'oxygène dans la tumeur. Cette augmentation soudaine de volume provoque une pression sur les structures autour de l'adénome. Les plaintes physiques les plus caractéristiques sont des maux de tête soudains et intenses, des problèmes de vision (comme une vision double, une réduction du champ visuel ou de l'acuité visuelle) et une diminution de la production d'hormones. Une apoplexie peut parfois évoluer de façon limitée, voire même en grande partie sans symptômes. Si lors du suivi d'un adénome hypophysaire, l'imagerie révèle des signes d'apoplexie, on mettra en place un suivi plus approfondi. Une intervention chirurgicale sera envisagée si l'hémorragie provoque des plaintes physiques ou se répète.

Autres pathologies de l'hypophyse

Outre les adénomes hypophysaires, d'autres pathologies peuvent également toucher l'hypophyse. Elles peuvent être visibles au scanner et occasionner des plaintes physiques tels que des problèmes hormonaux ou une pression sur les nerfs optiques.

→ Kyste de la poche de Rathke

Un kyste est une cavité remplie de liquide. Chez certaines personnes, un kyste peut se former entre les lobes antérieur et postérieur de l'hypophyse : on parle alors de kyste de la poche de Rathke. Un kyste de petite taille ne provoque généralement pas de plaintes physiques et ne nécessite aucun traitement. Un kyste plus gros peut perturber la production d'hormones dans l'hypophyse ou exercer une pression sur les nerfs optiques. Dans ce cas, il sera peut-être nécessaire de procéder à une ablation chirurgicale du kyste. Si l'on constate, lors du suivi, que ce kyste grossit, une

intervention chirurgicale sera parfois justifiée, afin d'éviter tout problème qui pourrait toucher l'hypophyse ou les nerfs optiques.

→ Craniopharyngiome

Le craniopharyngiome est une tumeur bénigne rare, à croissance lente, qui se développe dans la région hypophysaire. À l'imagerie, un craniopharyngiome se distingue généralement facilement d'un adénome hypophysaire. Les craniopharyngiomes peuvent être de grande taille et se situer principalement au-dessus de l'hypophyse, mais parfois ils sont de petite taille et se trouvent dans l'hypophyse elle-même.

→ Méningiome

Un méningiome est une tumeur bénigne qui se développe à partir des méninges. Il s'agit d'une tumeur relativement fréquente. Les méninges recouvrent l'intérieur du crâne ; dans de rares cas, les méningiomes peuvent donc également se développer à proximité de l'hypophyse. En conséquence, ils peuvent entraîner des problèmes de vision ou une réduction de la production d'hormones. À l'imagerie, un méningiome peut parfois ressembler à un adénome hypophysaire.

→ Inflammation de l'hypophyse

L'inflammation de l'hypophyse (appelée hypophysite) est très rare et entraîne généralement une altération de la fonction hypophysaire. Elle se produit parfois chez les patients atteints d'un kyste de la poche de Rathke.

→ Tumeur maligne

Les tumeurs malignes de l'hypophyse sont exceptionnelles. Il peut s'agir d'une tumeur qui se développe dans l'hypophyse (carcinome hypophysaire) ou d'une dissémination (métastase) d'une tumeur située ailleurs dans le corps.

QUEL EST LE BUT D'UNE OPÉRATION ?

L'objectif de la chirurgie est la résection complète de l'adénome hypophysaire, à condition que l'intervention puisse être réalisée en toute sécurité. Le neurochirurgien veille à ne pas endommager les structures voisines (vaisseaux sanguins, nerfs, structures cérébrales) et l'hypophyse elle-même.

S'il sait clairement avant l'opération que l'ablation complète de l'adénome ne sera pas possible, une intervention chirurgicale peut quand même être nécessaire pour l'enlever partiellement. Par exemple pour supprimer (ou éviter) une pression sur les nerfs optiques ou en cas de surproduction d'hormones. La partie de l'adénome qui n'aura pas pu être enlevée sera ensuite surveillée par des examens IRM réguliers. En cas de surproduction hormonale persistante, on pourra compléter le traitement par une médication. Dans de rares cas, une radiothérapie complémentaire pourra être proposée.

COMMENT SE DÉROULE L'OPÉRATION ?

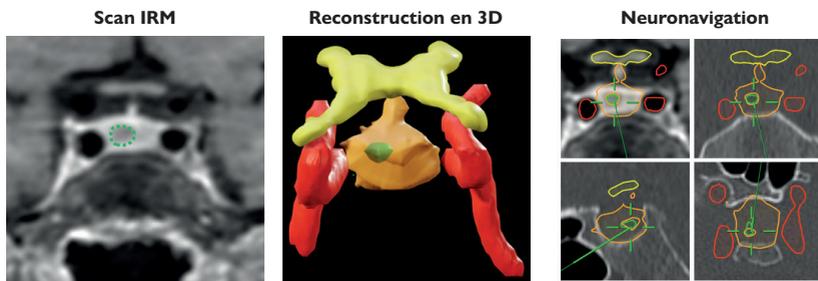
L'opération est réalisée sous anesthésie générale à l'aide d'une caméra (endoscope) et d'instruments chirurgicaux que l'on introduit par les deux narines. Cette prise en charge chirurgicale est effectuée par une équipe spécialisée composée de médecins ORL et de neurochirurgiens. Ils interviennent à travers les cavités remplies d'air situées de part et d'autre du nez, les sinus, sans pratiquer d'incision externe.



En salle d'opération.

L'hypophyse est située juste au dessus du sinus sphénoïdal, dont elle est séparée par un fragment osseux d'environ un millimètre d'épaisseur. Ce fragment d'os doit être retiré au cours de l'intervention chirurgicale pour accéder à l'hypophyse. Ce type d'opération pour retirer un adénome hypophysaire porte le nom de « chirurgie transsphénoïdale endoscopique ». L'opération dure environ deux heures.

Au moment de l'opération, le chirurgien utilise un système de neuronavigation. Avant l'intervention, un CT scan et une IRM sont réalisés. Ensuite les images sont combinées. Sur la base de ces images, une planification virtuelle de l'intervention est réalisée à l'aide de structures 3D. Le système de neuronavigation permet au chirurgien de voir exactement où il se trouve par rapport à l'hypophyse et aux structures voisines pendant l'opération. Ce qui accroît la précision et la sécurité de l'opération.



Neuronavigation. Sur la base de l'IRM, nous réalisons une reconstruction 3D de l'emplacement de l'adénome hypophysaire (en vert) par rapport aux structures voisines (en jaune : nerfs optiques et chiasma ; en orange : hypophyse normale ; en rouge : vaisseau sanguin (carotide)). Cette IRM est ensuite intégrée au CT scan réalisé avant l'opération, pour pouvoir utiliser ces informations pendant l'intervention. Un instrument (ligne et croix vertes) permet au chirurgien de voir exactement où il se trouve pendant l'opération.

À la fin de l'intervention, l'incision dans l'os est soigneusement refermée à l'aide d'une petite éponge hémostatique et d'une colle tissulaire spéciale. Pour chaque intervention, on prévoit aussi de prélever un petit morceau de tissu adipeux autour du nombril. Ce tissu pourra être utilisé pour colmater la brèche ou en cas de fuite de liquide céphalorachidien (voir complications). Si nécessaire, une incision sera pratiquée juste en dessous du nombril pour prélever ce tissu graisseux. L'emplacement de l'incision dépendra des éventuelles cicatrices ou interventions chirurgicales antérieures.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES DE L'OPÉRATION ?

Toute intervention chirurgicale comporte des risques. La chirurgie ne vous sera proposée que si l'équipe médicale est convaincue que, dans votre cas, les avantages de l'opération l'emportent sur les risques et les complications possibles.

Les complications possibles sont les suivantes :

- **Gêne due à l'accès par le nez**

Durant les premières semaines qui suivent l'opération, vous aurez souvent l'impression d'avoir le nez bouché. Ceci est dû à l'irritation de la muqueuse nasale, qui va gonfler comme quand vous avez un rhume. Des gouttes nasales vous seront prescrites. Il est également recommandé de se rincer le nez régulièrement pour éviter le dessèchement de la muqueuse. Ce traitement est mis en place peu après l'opération. En raison du gonflement de la muqueuse, vous pourriez également ressentir une diminution de l'odorat. Ce phénomène s'atténue en principe après quelques semaines. Les effets de longue durée sur l'odorat sont rares.

Des saignements post-opératoires venant du nez peuvent survenir dans les premières heures suivant l'opération. Ce phénomène peut être évité en plaçant une éponge hémostatique dans le nez. Si cela ne permet pas de maîtriser les saignements, une intervention chirurgicale supplémentaire pourra, dans de rares cas, être nécessaire afin de stopper les saignements.

- **Fonctionnement réduit de l'hypophyse normale**

En conséquence d'une intervention chirurgicale ou d'une manipulation de l'hypophyse normale, celle-ci peut présenter un dysfonctionnement temporaire. On vous administre donc d'office de l'hydrocortisone pendant la période de l'opération. Dans les jours qui suivent l'opération, plusieurs analyses de sang permettront de déterminer si l'hypophyse fonctionne normalement et/ou s'il est nécessaire de mettre en route une médication supplémentaire. C'est pour cette raison que vous serez admis(e) dans le service d'endocrinologie.

L'hormone antidiurétique (ADH) est l'une des hormones produites par l'hypophyse. Elle régule la quantité d'eau et de sel dans le corps en veillant à ce que vous reteniez davantage d'eau et uriniez moins. Si cette hormone diminue, vous urinez en grandes quantités et vous avez soif. Ce déficit en ADH est appelé « diabète insipide » ou « déficit en AVP ». S'il se produit, nous vous administrerons l'hormone par perfusion ou en comprimés.

Même après une intervention chirurgicale réussie, l'équilibre hormonal peut être perturbé. Il est donc possible que vous ayez besoin d'une médication complémentaire. Dans la plupart des cas, la fonction hormonale se rétablit après quelques jours ou semaines. Le risque de déficit permanent en hormones hypophysaires après l'opération est faible (<5 %).

- **Fuite de liquide céphalorachidien**

À l'intérieur et autour du cerveau circule un liquide appelé liquide céphalorachidien (LCR). Les méninges sont des membranes qui entourent et protègent le cerveau. Elles assurent le maintien du liquide autour du cerveau. L'hypophyse se trouve sous le cerveau et est séparée de l'espace où se trouve le LCR par une membrane.

Il est par conséquent possible d'opérer l'hypophyse sans provoquer de fuite de LCR.

Néanmoins, dans le cas de grosses tumeurs, qui ont fortement étiré ou adhéré à cette membrane, une fuite de LCR peut se produire pendant l'intervention chirurgicale. Il est toutefois possible de poursuivre l'opération, à condition de colmater la fuite à la fin de l'intervention. On utilise généralement du tissu adipeux prélevé par une petite incision au niveau du nombril, que l'on combine à de la colle tissulaire.

Il arrive parfois qu'une fuite de LCR se produise seulement dans les jours qui suivent l'opération. Cette probabilité est toutefois limitée (<5 %). Si cela se produit, il faudra mettre en place un traitement complémentaire. Par exemple poser un drain (cathéter) dans le dos (par péridurale) afin de libérer le LCR. Cela permettra de réduire la pression intracrânienne et l'orifice de fuite pourra ainsi se refermer de lui-même. Ce drain reste généralement en place pendant cinq jours. Une nouvelle opération est parfois nécessaire pour colmater la fuite. Combiner les deux (drain et nouvelle intervention) est aussi possible. Une fuite de LCR après la sortie de l'hôpital est rare.

- **Infection**

Bien que l'opération se fasse par le nez, le risque d'infection est faible. Dans les jours qui suivent l'opération, vous recevrez des antibiotiques à titre préventif pour éviter les infections. Il y a surtout un risque d'infection en cas de fuite persistante de LCR sur une longue période, par exemple au domicile. En cas de fuite de LCR, il peut y avoir une pénétration de bactéries, pouvant provoquer une méningite.

Dans le cas d'une méningite, il faudra administrer un traitement antibiotique par perfusion, généralement pendant une quinzaine de

jours. La méningite est une complication rare après une opération de l'hypophyse.

- **Hémorragie/Saignements**

L'hypophyse est située entre deux artères importantes qui transportent le sang riche en oxygène vers le cerveau : les artères carotides internes gauche et droite. Ces vaisseaux sanguins peuvent être abîmés pendant l'opération, donnant lieu à des saignements importants, il s'agit là de la complication la plus grave de la résection d'un adénome hypophysaire. Ces hémorragies peuvent mettre la vie du patient en danger. Mais, grâce à la neuronavigation, le risque est très faible, estimé à 0,4 %.

- **Lésions aux autres structures voisines**

Le risque d'endommager les structures cérébrales pendant l'opération est très faible. De même, il est rare de provoquer une diminution de la vision suite à la manipulation du nerf optique. Dans de rares cas, le patient peut avoir une vision double après l'opération. Cette altération est la conséquence de la manipulation des nerfs qui contrôlent les muscles oculaires. La vision se rétablit généralement spontanément dans les jours ou les mois qui suivent l'intervention.

- **Risque de thrombose et d'embolie pulmonaire**

Toute intervention chirurgicale comporte un faible risque de formation de caillots sanguins dans les jambes (thrombose veineuse profonde) ou dans les poumons (embolie pulmonaire). On peut réduire ce risque par une mobilisation rapide et la prise préventive d'anticoagulants après l'opération.

COMMENT SE PASSE L'ADMISSION ?

Vous êtes généralement admis(e) à l'hôpital la veille de l'opération, habituellement dans l'après-midi. Lors de l'admission, un scanner cérébral rapide (environ 30 secondes) est réalisé pour préparer la neuronavigation durant l'intervention. Si vous entrez à l'hôpital le jour même de l'opération, le scanner sera réalisé au moment de l'admission ou quelques jours avant.

Vous n'aurez pas beaucoup d'espace de rangement dans le service, nous vous demandons dès lors de n'apporter à l'hôpital que le strict nécessaire. Laissez de préférence chez vous les objets de valeur.

À emporter à l'hôpital :

- ✓ Tous les médicaments que vous prenez actuellement dans leur emballage d'origine. Vous remettrez ces médicaments au personnel infirmier qui les conservera précieusement.
- ✓ Pyjamas/robes de nuit/peignoir
- ✓ Pantoufles fermées et qui tiennent bien aux pieds ou chaussures de sport
- ✓ Nécessaire de toilette, essuies et gants de toilette
- ✓ Rasoir
- ✓ Livres et/ou magazines
- ✓ Chargeur de téléphone
- ✓ Attestation d'assurance

Préparation à l'opération :

- ✓ Nous vous conseillons de raser votre moustache et votre barbe avant l'intervention. Vous pouvez le faire vous-même à la maison dans les jours qui précèdent l'opération.
- ✓ Vous pouvez boire de l'eau jusqu'à 2 heures avant l'intervention. Si vous devez tout de même prendre des médicaments essentiels, faites-le avec une petite gorgée d'eau
- ✓ Vous devez rester à jeun à partir de minuit et ne plus consommer d'aliments solides.

Juste avant l'opération :

- ✓ Retirez vos bijoux et piercings, lunettes, lentilles de contact, maquillage, prothèses dentaires et auditives, et perruque éventuelle, et rangez le tout dans l'armoire de votre chambre. Remettez la clé au personnel infirmier.
- ✓ Vous recevrez une blouse chirurgicale.
- ✓ Le personnel infirmier vérifie que vous avez bien un bracelet d'identification autour du poignet.
- ✓ Le personnel infirmier vous indique les médicaments que vous pouvez encore prendre avant l'opération (avec une petite gorgée d'eau).
- ✓ On vous emmène ensuite en salle d'opération.

Déroulement de l'opération

L'opération est réalisée sous anesthésie générale. Vous ne pouvez plus rien manger à partir de minuit la veille de l'opération. Le matin et éventuellement l'après-midi, vous pouvez prendre les médicaments prescrits avec une petite gorgée d'eau ; en revanche, vous pouvez boire de l'eau jusqu'à 2 heures avant l'intervention. Pendant votre anesthésie, une sonde urinaire est placée dans l'urètre. Elle sera nécessaire pour contrôler la quantité d'urine que vous produirez et parce que vous devrez rester alité(e) le premier soir et la première nuit suivant l'opération.

Après l'opération, on vous réveille dans la salle d'opération et vous êtes ensuite transféré(e) dans une unité de soins intensifs. Si vous ne devez pas séjourner plus longtemps en soins intensifs (*trajet fast track*), on vous transfère dans le service ordinaire le soir de l'intervention. Sinon, vous passez la nuit dans le service de soins intensifs et êtes transféré(e) dans le service ordinaire le lendemain vers midi. À partir de ce moment-là, vous pouvez vous asseoir dans votre lit et manger et boire normalement. Si tout se passe bien, vous pourrez vous lever du lit, vous promener dans votre chambre et vous rendre dans la salle de bain. Vous serez accompagné(e) par le personnel infirmier.

La plaie dans le nez est soignée à l'aide de sprays nasaux (pour décongester la muqueuse) et de rinçages des fosses nasales. Le personnel infirmier vous expliquera comment procéder. Il est important d'utiliser ces dispositifs correctement. Vous ne pouvez pas vous moucher. Il faut essayer d'éternuer la bouche ouverte. Vous aurez la même sensation de nez bouché que lorsque vous avez un rhume. Vous pourriez également avoir mal à la tête au niveau du front. Durant les premières semaines après l'opération, vous aurez moins ou pas d'odorat.

Pendant les premiers jours suivant l'opération, nous contrôlons quotidiennement la production d'hormones par l'hypophyse. Des prises de sang et des analyses d'urine sont effectuées tous les jours.

- **Hormone ADH** : La libération de l'hormone ADH peut être perturbée par l'intervention chirurgicale. Cette hormone est vitale : un manque d'ADH peut entraîner une envie fréquente d'uriner et une soif importante. Tant que vous serez à l'hôpital, le personnel infirmier contrôlera avec vous la quantité d'urine que vous produisez et la quantité de boissons que vous consommez. Nous mesurons quotidiennement le taux de sel dans le sang (sodium) et le rapport entre les substances dissoutes et l'eau dans l'urine. En cas de manque d'ADH, un médicament de substitution vous est administré. Chez la plupart des gens, ce traitement n'est nécessaire que pendant une courte période après l'opération, mais dans certains cas, l'insuffisance persiste.
- **Cortisol** : Nous mesurons chaque jour le taux de cortisol dans votre sang. Cette hormone est également vitale, car elle régule la tension artérielle et le niveau d'énergie. Un manque de cortisol peut entraîner une hypotension artérielle, des vertiges et une diminution de l'état de conscience. Pendant les premiers jours suivant l'opération, vous recevrez de l'hydrocortisone (cortisol) par perfusion ou sous forme de comprimés. La médication sera stoppée lorsque votre production de cortisol sera suffisante. Si la production reste insuffisante, vous devrez continuer à prendre des comprimés à domicile. Les patients présentant une maladie de Cushing devront d'office continuer à prendre de l'hydrocortisone pendant plusieurs semaines après l'opération.
- **D'autres mesures hormonales** seront effectuées en fonction de votre situation spécifique.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL ?

Lorsque vous êtes autorisé(e) à quitter l'hôpital, le médecin vous remet une liste de médicaments à prendre qu'il examine avec vous. Vous devez également continuer à utiliser le spray nasal à la maison (deux fois par jour pendant un mois). Vous continuerez à procéder au rinçage du nez jusqu'à un mois après l'opération.

Pendant les 10 premiers jours suivant l'intervention, buvez au maximum un litre à un litre et demi par jour afin d'éviter un déséquilibre en sodium dans votre corps. Si vous avez très soif ou urinez beaucoup, buvez davantage et [contactez immédiatement l'hôpital](#).

Pendant les premières semaines qui suivent l'opération, vous devez laisser à votre organisme le temps de se rétablir. Une chirurgie de l'hypophyse peut entraîner d'importantes fluctuations des taux d'hormones. Et plusieurs mois peuvent être nécessaires pour atteindre un nouvel équilibre.

QUELS SONT LES SIGNAUX D'ALERTE À SURVEILLER APRÈS L'OPÉRATION ?

Après l'intervention chirurgicale, vous devez rester attentif(ve) à certains signaux d'alarme importants. Si vous constatez l'un des symptômes ci-dessous, **contactez immédiatement l'hôpital ou rendez-vous au service des urgences.**

a. Fièvre

La fièvre peut être le signe d'une infection et vous devez être examiné(e) par un médecin.

b. Liquide clair s'écoulant du nez (sans rapport avec le rinçage du nez)

Il peut s'agir d'une fuite de liquide céphalorachidien (LCR) ; vous devez vous rendre à l'hôpital pour un contrôle. En cas de doute, le liquide récolté est parfois testé et envoyé au laboratoire pour analyse, ce qui permet de déterminer avec certitude s'il s'agit ou non de LCR. Contactez immédiatement l'hôpital, car si la situation persiste, il y a un risque de méningite.

c. Saignement sévère du nez

Pendant votre convalescence, la muqueuse nasale est fragile. Il n'est donc pas rare qu'un saignement nasal limité survienne. Si ces saignements sont abondants et récurrents, contactez immédiatement l'hôpital.

d. Vomissements, confusion, diminution de l'état de conscience

De fortes nausées et des envies de vomir peuvent être le signe d'une sécrétion inappropriée d'hormone ADH, l'hypophyse

libérant un excès d'hormone ADH dans l'organisme. Cela peut perturber l'équilibre des liquides et de la quantité de sel dans l'organisme. Dans de rares cas, cette situation peut également entraîner de la confusion et une diminution de l'état de conscience. Si vous remarquez ces symptômes, rendez-vous immédiatement au service des urgences.

e. Sensation de soif extrême

Si l'hypophyse ne produit pas suffisamment d'hormone ADH, cela peut perturber l'équilibre des liquides et du taux de sel dans l'organisme. Vous avez alors très soif et besoin d'uriner beaucoup. Il est important de boire quand on a soif. Mais si vous urinez énormément (plus de trois litres par jour) ou si vous devez vous lever plusieurs fois pendant la nuit pour uriner, contactez l'hôpital.

COMMENT SE DÉROULENT LES CONTRÔLES APRÈS L'OPÉRATION ?

À votre sortie de l'hôpital, on vous communique la date de la première consultation de contrôle. La consultation en **endocrinologie** est généralement programmée deux à quatre semaines après votre sortie de l'hôpital. Ce délai peut varier en fonction de votre situation spécifique, du déroulement de l'intervention et de votre capacité à récupérer durant les premiers jours.

Le **médecin ORL** fixe un rendez-vous pour suivre la guérison de la plaie dans le nez.

Une IRM de contrôle est prévue trois à six mois après l'intervention, généralement juste avant la consultation de contrôle avec le [neurochirurgien](#).

Si l'adénome hypophysaire affectait votre vision, un examen chez l'[ophtalmologue](#) est également prévu. Vous pouvez consulter votre propre ophtalmologue, mais demandez-lui d'envoyer un rapport au neurochirurgien qui vous a opéré(e). Idéalement, ce contrôle doit être effectué avant la consultation chez le neurochirurgien.

SOINS DE L'HYPOPHYSE À L'UZ LEUVEN

Pendant votre traitement, vous êtes en contact avec différents professionnels de santé. Pendant votre séjour à l'hôpital, vous êtes suivi(e) par des médecins et du personnel infirmier spécialisés dans la prise en charge des patients souffrant de problèmes d'hypophyse. De nombreux spécialistes interviennent : vous en rencontrerez certains, tandis que d'autres joueront un rôle important en coulisses :

- Endocrinologue
- Neurochirurgien
- Praticien en ORL et en Chirurgie Cervico Faciale (ORL-CCF)
- Radiologue
- Ophtalmologue
- Anatomopathologiste
- Anesthésiste
- Intensiviste
- Médecine de laboratoire

FORMATION DE JEUNES MÉDECINS À L'UZ LEUVEN

L'UZ Leuven est un hôpital universitaire où sont formés de jeunes médecins et personnels infirmiers. Pendant votre séjour à l'hôpital et lors des consultations, vous serez suivi(e) par des médecins spécialistes en formation. Ces jeunes médecins ont terminé leurs études de médecine et suivent une formation complémentaire dans l'une ou l'autre spécialité. Ils travaillent toujours sous la supervision d'un médecin spécialiste ayant une expérience spécifique de troubles et de la chirurgie de l'hypophyse et des éventuels problèmes post-opératoires.

LA RECHERCHE À L'UZ LEUVEN

Au titre d'hôpital universitaire, l'UZ Leuven mène des recherches visant à améliorer les soins apportés aux patients souffrant de troubles de l'hypophyse. Il se pourrait donc que nous vous demandions de participer à nos études scientifiques. Votre participation est toujours volontaire.

QUESTIONS FRÉQUENTES

Je prends des médicaments anticoagulants, que dois-je faire ?

Si vous prenez des médicaments anticoagulants (par exemple Asaflo, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Plavix, Clopidogrel, Marcoumar ...), vous devez arrêter de les prendre avant l'opération. Le chirurgien et l'anesthésiste discuteront avec vous du moment où vous devrez les arrêter. Deux semaines après l'opération, vous pourrez recommencer à prendre ces médicaments. En fonction de votre situation individuelle,

cette période pourra être plus ou moins longue. Si vous devez commencer à prendre un nouveau médicament entre votre dernière consultation et l'intervention, informez-en toujours le médecin.

Pendant combien de temps dois-je prendre des anticoagulants en prévention ?

La plupart des patients ne reçoivent ces anticoagulants en prévention que pendant leur séjour à l'hôpital. Les patients présentant une maladie de Cushing ont un risque accru de thrombose, ils devront donc poursuivre la prise de ce médicament pendant un mois après l'opération.

Puis-je me moucher après l'opération ?

Non, vous ne devez pas vous moucher pendant les premières semaines qui suivent l'opération. Cela peut en effet affecter la cicatrisation des plaies et augmenter le risque de complications, telles qu'une fuite de liquide céphalorachidien. Utilisez plutôt des rinçages nasaux.

J'utilise une CPAP. Pendant combien de temps vais-je devoir m'en passer ?

Il est recommandé de ne pas utiliser la CPAP pendant une quinzaine de jours, pour éviter le dessèchement de la muqueuse nasale. Ce délai peut être prolongé en fonction des fuites éventuelles de LCR. Si nous estimons qu'il vaut mieux prolonger cette période, nous en discuterons avec vous avant votre sortie de l'hôpital.

À quelle fréquence devrai-je passer des examens de contrôle après l'opération ?

La fréquence des contrôles dépendra de votre récupération et de la nécessité de surveiller les fonctions hormonales. Le premier contrôle

est généralement programmé dans les deux à quatre semaines qui suivent votre sortie de l'hôpital, mais d'autres rendez-vous sont également planifiés à plus long terme.

La tumeur peut-elle réapparaître ?

Bien que l'intervention chirurgicale vise à éliminer complètement la tumeur, un risque de récurrence est possible. C'est pour cette raison que des contrôles réguliers par IRM, des prises de sang et des prélèvements d'urine sont nécessaires.

Comment savoir si mes taux d'hormones sont revenus à la normale ?

L'endocrinologue surveillera vos taux d'hormones avec des prises de sang et des analyses d'urine. Il faut parfois du temps pour atteindre un équilibre hormonal. Des médicaments à long terme ou à vie sont parfois prescrits.

Y a-t-il des restrictions à vie après l'opération ?

La plupart des patients peuvent reprendre une vie normale après un rétablissement complet. En fonction de l'issue de l'intervention chirurgicale, des médicaments sont parfois nécessaires pour freiner une surproduction permanente d'hormones.

Puis-je avoir des enfants après une opération de l'hypophyse ?

L'hypophyse joue un rôle important dans la production d'hormones nécessaires à la fertilité. Ces hormones contrôlent par exemple l'ovulation chez la femme. Chez l'homme, elles assurent une production normale de testostérone et de spermatozoïdes.

En cas de tumeur hypophysaire, il peut arriver que l'hypophyse ne puisse plus produire ces hormones de manière suffisante. Dans ce cas,

des médicaments sont nécessaires pour assurer une ovulation normale ou la production de spermatozoïdes.

Les femmes peuvent tout à fait tomber enceintes après une opération de l'hypophyse. Mais il est parfois nécessaire d'ajuster d'abord la médication ou d'effectuer une nouvelle IRM.

Si vous envisagez une grossesse, vous pourrez en discuter en détail avec l'endocrinologue.

Pendant combien de temps dois-je m'absenter du travail ?

Vous ne pourrez pas travailler pendant quatre à six semaines après l'intervention. Cette période peut être plus longue, en fonction du type de travail que vous exercez, de la façon dont l'opération s'est passée et de votre rétablissement.

Puis-je voyager en avion ?

Vous ne devez pas prendre l'avion pendant les quatre premières semaines suivant l'opération.

Puis-je nager ou aller au sauna ?

Pendant les quatre premières semaines suivant l'opération, vous ne pouvez ni nager ni aller au sauna.

Quand pourrai-je à nouveau conduire une voiture ?

Pendant les quatre premières semaines qui suivent l'opération, il est préférable de ne pas conduire.

Puis-je faire du sport, avoir des rapports sexuels, bricoler, jardiner ?

Nous vous recommandons d'y aller doucement pendant les deux à quatre semaines qui suivent l'opération. Vous ne devez pas soulever ni porter de charges, ni exercer d'effort physique important pendant cette période. S'il fait chaud, il vaut mieux rester à l'intérieur dans un environnement frais. Après votre sortie de l'hôpital, vous pouvez reprendre des activités calmes comme la marche ou le vélo. Commencez par de courtes distances, mais si vous vous sentez bien et que vous n'éprouvez aucune gêne, n'hésitez pas à augmenter les distances.

CONTACTS

Endocrinologie

Tél. : 016 34 69 94

E-mail : sec.endocrino@uzleuven.be

Neurochirurgie

Tél : 016 34 42 90

E-mail : neurochirurgie@uzleuven.be

Maladies du nez, de la gorge et de l'oreille, chirurgie de la face et du cou

Tél. : 016 33 63 40

E-mail : nkogh@uzleuven.be

Urgences

Tél : 016 34 39 00

© janvier 2026 UZ Leuven

Ce texte et ses illustrations ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord du service Communication de l'hôpital universitaire de Louvain (UZ Leuven).

Conception et réalisation

Ce texte a été rédigé par le service d'endocrinologie et de neurochirurgie en collaboration avec le service communication.

Vous pouvez également trouver cette brochure sur www.uzleuven.be/fr/brochure/701856.

Les remarques ou suggestions concernant cette brochure peuvent être adressées à communicatie@uzleuven.be.

Éditeur responsable :
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Louvain
tél. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 my nexuz health



Consultez votre dossier médical
sur nexuzhealth.com
ou téléchargez l'application

