

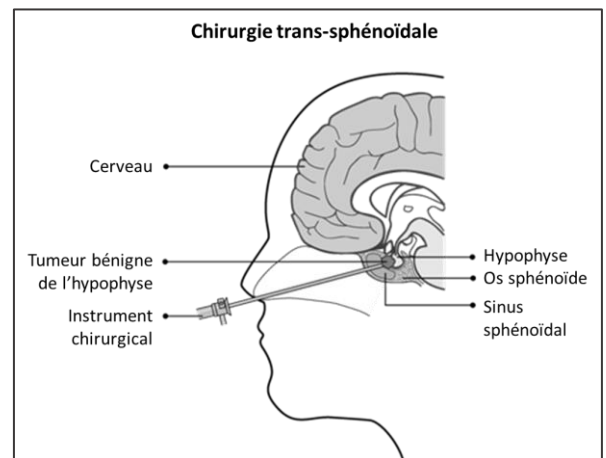
La chirurgie *trans-sphénoïdale*

Les adénomes hypophysaires, ces petites tumeurs bénignes situées dans l'hypophyse et qui secrètent en excès des hormones, peuvent être retirés à l'occasion d'une opération. Cette opération est simple pour un chirurgien qui en a l'expérience... Même si la petite taille de la tumeur nécessite minutie et savoir-faire.

Le principe de l'opération

Afin de pénétrer dans l'hypophyse et d'en retirer l'adénome, le chirurgien, plutôt que d'aborder la tumeur en ouvrant la boîte crânienne, va gagner la région hypophysaire par en bas en s'insinuant progressivement au milieu des tissus de la face. Il progresse à partir d'une narine, sans laisser de cicatrice, en traversant un des sinus de la face, appelé sinus sphénoïdal (les sinus de la face sont des cavités remplies d'air), d'où le terme de **chirurgie trans-sphénoïdale**, c'est-à-dire « opération traversant le sinus sphénoïdal ».

Grâce à l'utilisation d'endoscopes et d'instruments très fins, le passage qu'il se fraie jusqu'à l'hypophyse sera lui aussi étroit, peu traumatisant et ne nécessite pas une grande ouverture. La cicatrisation en sera d'autant plus facile et les douleurs postopératoires d'autant moins importantes.



L'opération

L'opération par voie *trans-sphénoïdale* se fait sous anesthésie générale. Généralement les interventions ne durent pas plus d'une heure. Le chirurgien pénètre d'abord dans une narine, puis réalise, à l'intérieur de la narine, une petite incision à travers la muqueuse et ouvre la paroi osseuse du sinus sphénoïdal, qu'il traverse. Il se retrouve ainsi à l'intérieur d'une cavité pleine d'air : le sinus sphénoïdal. Au fond de cette cavité, il repère le relief particulier, arrondi, de la selle turcique derrière lequel se situe l'hypophyse. La selle turcique est un petit réceptacle osseux qui, sur une radiographie du crâne a une forme de selle, d'où le terme ancien de selle turcique. Le chirurgien perce alors la paroi antérieure de la selle turcique en ouvrant un petit orifice (il en garde les fragments osseux pour pouvoir les remettre en place quand il se retirera). Il est alors directement dans la loge hypophysaire ce qui permet de voir l'hypophyse et l'adénome qui s'y est développé. L'adénome, s'il est de petite taille (microadénome de moins de 1 cm), est souvent situé à l'intérieur de l'hypophyse elle-même et le chirurgien va devoir fendre l'hypophyse pour le trouver et l'enlever. Si l'adénome est plus volumineux et dépasse les limites de la loge hypophysaire en s'étendant vers le haut ou sur les côtés, cela complique l'opération. L'exérèse de l'adénome peut être complète (c'est l'idéal !), en particulier lorsque l'adénome reste dans les limites de la selle et fait moins de 15 mm. Malheureusement, elle est parfois incomplète, en particulier lorsque l'adénome s'étend vers une région, le sinus caverneux, pleine de petits vaisseaux et de nerfs dans laquelle le chirurgien ne peut pénétrer sans être gêné par un saignement qui l'empêche de bien voir. Les adénomes de l'hypophyse sont plutôt mous, un peu gélatineux, ce qui facilite leur exérèse au moyen d'une curette (une sorte de petite « cuillère » assez creuse). Pendant toute l'opération, le chirurgien s'aide d'un endoscope, un tuyau fin contenant des fibres optiques muni à son extrémité d'une lentille et d'une lampe, et relié à un écran, pour bien visualiser toute la scène opératoire. Le chirurgien regarde l'écran et réalise toute l'opération au moyen de micro-instruments au bout de manches très fins, pénétrant avec le fibroscope à travers le petit chenal qui mène de la narine à l'hypophyse. Une fois qu'il considère l'opération terminée, le chirurgien vérifie, grâce à l'endoscope que tout ce qu'il a pu retirer a été enlevé, remet le fragment osseux de la selle turcique en place et se retire par la même voie par laquelle il s'est approché de l'hypophyse.

L'hypophyse est située à proximité de cavités liquidiennes dans lesquelles circule le liquide céphalo-rachidien, qui baigne l'ensemble du cerveau (elle n'est séparée de ces espaces liquidiens que par une fine membrane appelée « diaphragme »). Parfois, quand l'adénome a abîmé le diaphragme, il peut se produire une petite fuite du liquide céphalo-rachidien au moment où le chirurgien retire l'adénome (le chirurgien, grâce à l'endoscope, voit couler un liquide clair dans la cavité opératoire). Dans ce cas, il colmate la brèche en insérant, au niveau de la fuite un petit fragment de muscle ou de graisse qu'il prélève au niveau de l'abdomen ou de la cuisse. C'est la raison pour laquelle il vous préviendra avant l'opération qu'il sera peut-être amené à faire ce prélèvement pour que vous ne soyez pas étonné, en vous réveillant, de constater une petite cicatrice au niveau du ventre ou de la cuisse.

A noter que même si la voie trans-sphénoïdale se fait maintenant le plus souvent en passant par la narine mais certains chirurgiens utilisent aussi la voie sous-labiale. C'est-à-dire qu'au lieu de passer par la narine, ils pénètrent au niveau de la gencive supérieure sous la lèvre.

Après l'intervention, les patients passent quelques heures en salle de réveil. Le désagrément principal est une impression transitoire de « nez bouché, comme lors d'un rhume ». En salle de réveil puis les jours suivants l'opération, on surveille la quantité d'urines (diurèse) que vous allez émettre pour vérifier l'apparition d'un éventuel diabète insipide (voir plus loin). Les patients, en sortant de l'opération, peuvent ressentir des maux de tête modérés durant quelques heures, avec une sensation un peu comparable à celle que l'on a quand on a une sinusite... Mais ces douleurs disparaissent en quelques jours.

Les complications éventuelles

Le chirurgien informera le patient de la technique et des risques de l'opération. L'opération de l'hypophyse est une opération généralement bénigne. Moins de 5% des patients font une complication, lorsque le chirurgien en a bien l'habitude, et ces complications sont le plus souvent bénignes.

La première de ces complications est la survenue d'un diabète insipide. Ce diabète insipide (qui n'a rien à voir avec le diabète sucré que tout le monde connaît et qui est lié, lui, à une augmentation du sucre dans le sang) est marqué par l'émission d'une quantité importante d'urines (3, 4 litres d'urines par jour voire plus...) qui entraîne donc une soif intense, amenant à boire une quantité équivalente d'eau pour calmer la soif. Heureusement, un médicament permet de contrecarrer cette diurèse excessive et de ramener la diurèse à une quantité normale. Cette complication est liée à la lésion, au moment de l'opération, de la post-hypophyse qui est située dans la loge hypophysaire. En effet, la post-hypophyse produit une hormone (l'hormone antidiurétique) déversée dans le sang et qui agit au niveau du rein pour limiter la quantité d'eau émise dans les urines. Généralement, ce diabète insipide est transitoire et va durer quelques jours puis disparaître (la post-hypophyse a simplement été un peu « traumatisée » pendant l'opération mais va récupérer sa fonction). Parfois le diabète insipide est définitif mais heureusement, il sera très facilement traité par la prise d'un médicament, la desmopressine (ou Minirin) que le patient devra prendre toute sa vie.

Les autres complications, très rares également, sont la méningite liée à une infection du liquide céphalo-rachidien au moment, ou après l'opération, quand il y a eu une brèche méningée avec fuite de liquide céphalo-rachidien.

Enfin, la chirurgie peut, surtout lorsque les tumeurs sont très volumineuses, être responsable de lésions sur l'hypophyse saine, et entraîner des déficits hormonaux qui sont, eux-aussi, très facilement traités par des hormones de remplacement.

En conclusion, la chirurgie trans-sphénoïdale est une chirurgie simple lorsqu'elle est réalisée par un chirurgien expérimenté et que la tumeur n'est pas trop volumineuse. Elle reste le traitement de première intention dans beaucoup d'adénomes hypophysaires car sa simplicité et la qualité de ses résultats dépassent très largement les inconvénients et complications de l'opération.

Document écrit par :

Professeur Philippe CHANSON, Service d'Endocrinologie et des Maladies de la Reproduction, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre.

Docteur Stéphane Gaillard, Service de Neurochirurgie, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris.