INTERVENTIONS · CRÂNE ET HYPOPHYSE

Chirurgie de l'hypophyse par voie endoscopique endonasale

Atteindre l'hypophyse et certaines lésions de la base du crâne par les narines, à l'aide d'un endoscope, sans ouvrir le crâne et sans cicatrice visible.

Contenu sous la responsabilité du **Dr Gilles Zah-Bi**, neurochirurgien (RPPS 10101231446) · Date de relecture : 8 novembre 2026

POUR	PRISE EN CHARGE	SÉJOUR	CICATRICE
Adénomes hypophysaires, kystes de Rathke, certaines lésions de la base du crâne	Coordonnée avec l'endocrinologue et l'ophtalmologiste	2 à 4 jours	Aucune cicatrice visible

Le problème

L'hypophyse est une petite glande située à la base du crâne, dans une loge osseuse appelée selle turcique, juste sous les nerfs optiques. Elle commande de nombreuses glandes hormonales. Les adénomes hypophysaires sont des tumeurs bénignes fréquentes. Ils peuvent sécréter une hormone en excès (acromégalie, maladie de Cushing, prolactinome) ou, en grossissant, comprimer les nerfs optiques et altérer la vision.

Tous les adénomes ne s'opèrent pas : les prolactinomes relèvent le plus souvent d'un traitement médicamenteux, et les petits adénomes non sécrétants peuvent être surveillés. La décision est prise avec l'endocrinologue, après un bilan hormonal et ophtalmologique complet.

Quand l'intervention est discutée

- Adénome qui comprime les nerfs optiques ou altère la vision.
- Adénome sécrétant (acromégalie, maladie de Cushing) lorsque la chirurgie est le traitement de première intention.
- Adénome qui grossit, kyste de la poche de Rathke symptomatique, certaines lésions de la base du crâne.

Les alternatives

- Traitement médicamenteux, en particulier pour les prolactinomes.
- Surveillance par IRM et bilan hormonal pour les petits adénomes non sécrétants.
- Radiothérapie ou radiochirurgie, en complément ou lorsque la chirurgie n'est pas possible.

Le principe de l'intervention

L'endoscope, une fine caméra, est introduit par une narine, parfois les deux. Il permet de traverser les cavités naturelles du nez et du sinus sphénoïdal jusqu'à la selle turcique. Le chirurgien ouvre la paroi osseuse de la selle et retire la tumeur sous une vision grand angle et très éclairée. La fermeture de la base du crâne est ensuite assurée par différentes techniques de reconstruction.

1. Anesthésie générale, le plus souvent avec un système de neuronavigation qui guide le geste sur l'imagerie.
2. Abord par les narines, ouverture du sinus sphénoïdal puis de la selle turcique.
3. Exérèse de la tumeur en préservant la glande hypophysaire saine.
4. Reconstruction de la base du crâne ; parfois des mèches ou attelles nasales sont laissées quelques jours.

Bénéfices attendus et limites

La voie endonasale évite l'ouverture du crâne et toute cicatrice visible, avec une récupération en général rapide. Lorsque la vision était altérée par la compression, elle s'améliore souvent après l'intervention. L'exérèse peut être incomplète lorsque la tumeur envahit les sinus caverneux, de part et d'autre de la selle ; un traitement complémentaire (médicament, radiothérapie ou radiochirurgie) est alors discuté.

Les risques

- fuite de liquide cérébrospinal par le nez, pouvant nécessiter une réintervention ;
- insuffisance hormonale, transitoire ou définitive, nécessitant un traitement substitutif ;
- diabète insipide (soif intense et urines abondantes), le plus souvent transitoire ;
- saignement de nez, sinusite, modification de l'odorat ;
- méningite ;
- très rarement, atteinte de la vision ou d'un vaisseau.

La préparation

Une consultation d'anesthésie est programmée quelques jours avant. Les traitements anticoagulants ou antiagrégants sont adaptés sur avis médical, jamais interrompus de vous-même. Le détail figure dans la page Préparer votre hospitalisation.

Un bilan hormonal complet et un examen ophtalmologique (champ visuel) sont réalisés avant l'intervention, en lien avec l'endocrinologue.

Hospitalisation et suivi

Le nez est bouché quelques jours. La surveillance porte sur la vision, l'équilibre hormonal et la quantité d'urines. Un traitement par hydrocortisone peut être prescrit temporairement. Pendant environ quatre semaines, il ne faut pas se moucher et il faut éviter les efforts de poussée. Un bilan hormonal et une IRM de contrôle sont programmés. Consignes détaillées : Après une chirurgie de l'hypophyse.

Questions fréquentes

Aurai-je une cicatrice ?

Non. L'intervention se fait par les narines, sans incision visible.

Pourrai-je me moucher ?

Pas pendant environ quatre semaines, pour laisser cicatriser la fermeture de la base du crâne. Les consignes précises vous sont remises à la sortie.

Pathologies concernées

Adénome hypophysaire

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

- Société Française de Neurochirurgie — Espace patients
  (https://www.sfneurochirurgie.fr/fr/patients/)

Cette page donne une information générale. Elle ne remplace pas une consultation : l'indication, la technique et les suites sont adaptées à chaque patient. En cas d'urgence, appelez le 15.