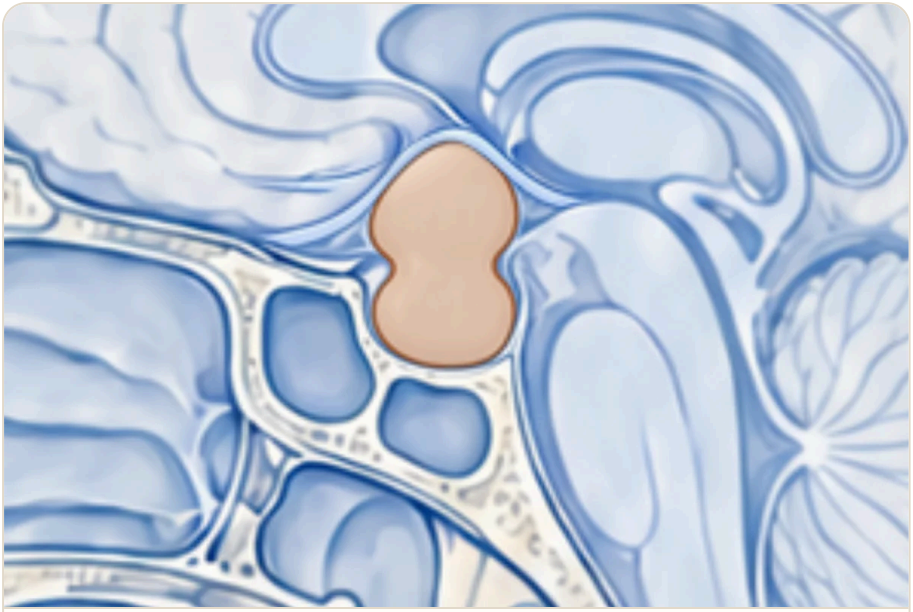
PATHOLOGIES · CRÂNE ET BASE DU CRÂNE

Adénomes hypophysaires

Une tumeur le plus souvent bénigne de l'hypophyse, la glande qui commande une grande partie du système hormonal. Selon sa nature, elle se traite par médicament, par chirurgie endonasale ou par une simple surveillance.

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



Macroadénome hypophysaire : la tumeur occupe la selle turcique et s'étend vers le haut.

Vue schématique : elle ne remplace pas l'imagerie.

L'ESSENTIEL EN 30 SECONDES

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES	EXAMEN CLÉ	TRAITEMENT
Fréquents, le plus souvent bénins, souvent découverts par hasard sur une IRM	Troubles hormonaux, baisse du champ visuel, maux de tête ; parfois aucun	Bilan hormonal, IRM hypophysaire, champ visuel	Médicament pour le prolactinome ; chirurgie endonasale ou surveillance selon les autres formes

De quoi s'agit-il ?

L'hypophyse est une petite glande de la taille d'un pois, située à la base du crâne, dans une loge osseuse appelée selle turcique. Elle se trouve juste sous le chiasma optique, c'est-à-dire le croisement des nerfs de la vision. Elle produit des hormones qui règlent la thyroïde, les glandes surrénales, la croissance, la fertilité et la lactation.

Un adénome hypophysaire est une tumeur qui se développe à partir des cellules de cette glande. Il est presque toujours bénin : il ne donne pas de métastases. Les classifications récentes de l'Organisation mondiale de la santé le désignent sous le nom de tumeur neuroendocrine hypophysaire (PitNET) ; ce terme ne signifie pas qu'il s'agit d'un cancer.

On distingue les adénomes selon leur taille : microadénome lorsqu'il mesure moins de 10 millimètres, macroadénome au-delà. On les distingue surtout selon leur fonctionnement :

- les **adénomes sécrétants**, qui produisent une hormone en excès :
  - le **prolactinome**, qui sécrète de la prolactine, l'hormone de la lactation ; c'est la forme sécrétante la plus fréquente ;
  - l'adénome à hormone de croissance, responsable de l'**acromégalie** ;
  - l'adénome corticotrope, responsable de la **maladie de Cushing** par excès de cortisol ;
  - plus rarement, l'**adénome thyréotrope**, qui stimule excessivement la thyroïde ;
- les **adénomes non sécrétants**, qui ne produisent pas d'hormone active. Ils se manifestent lorsqu'ils grossissent et compriment les structures voisines.

Lorsqu'un adénome est découvert par hasard, sur une IRM faite pour une autre raison, on parle d'**incidentalome** hypophysaire. Cette situation est fréquente et, le plus souvent, rassurante.

Causes et facteurs favorisants

Dans la grande majorité des cas, on ne retrouve pas de cause. L'adénome n'est pas lié au mode de vie, à l'alimentation ou au stress. Il n'est pas contagieux.

Plus rarement, il s'inscrit dans une prédisposition génétique, par exemple une néoplasie endocrinienne multiple de type 1, qui associe des atteintes de plusieurs glandes. Une consultation de génétique peut être proposée lorsque l'adénome survient chez une personne jeune, ou lorsque plusieurs membres d'une même famille sont concernés.

Une prolactine élevée ne signifie pas toujours un prolactinome. Certains médicaments, en particulier des traitements psychiatriques ou contre les nausées, une hypothyroïdie ou une grossesse peuvent l'augmenter. Un macroadénome non sécrétant peut aussi élever modérément la prolactine en comprimant la tige qui relie l'hypophyse au cerveau. C'est l'une des raisons pour lesquelles le bilan doit être interprété par un endocrinologue.

Les symptômes

Les symptômes dépendent du type d'adénome et de sa taille. Certains adénomes ne donnent aucun symptôme.

Les troubles liés à un excès d'hormone

- Prolactinome : chez la femme, règles irrégulières ou absentes, écoulement de lait par les mamelons en dehors de la grossesse, difficulté à concevoir ; chez l'homme, baisse du désir, troubles de l'érection, parfois découverte plus tardive, à un stade de macroadénome.
- Acromégalie : modification lente du visage, augmentation de la taille des mains et des pieds, transpiration abondante, douleurs articulaires, ronflement ou apnées du sommeil, diabète, hypertension. Ces changements sont progressifs et passent souvent inaperçus pendant des années.
- Maladie de Cushing : prise de poids sur le visage et le tronc, vergetures larges et pourpres, peau fragile, hématomes faciles, fatigue musculaire, hypertension, diabète, ostéoporose, troubles de l'humeur.
- Adénome thyréotrope : signes d'hyperthyroïdie, comme des palpitations, un amaigrissement ou une nervosité.

Les troubles liés au volume de l'adénome

- **Troubles visuels** : la compression du chiasma optique réduit typiquement la partie externe du champ visuel des deux yeux. On parle d'**hémianopsie bitemporale**. Elle s'installe souvent lentement : on se cogne dans les encadrements de porte, on ne voit pas arriver une voiture sur le côté. Elle est parfois découverte lors d'un examen ophtalmologique de routine.
- **Insuffisance hormonale**, ou hypopituitarisme, c'est-à-dire un manque d'une ou de plusieurs hormones : fatigue persistante, baisse de la libido, frilosité, pâleur, troubles des règles, hypotension.
- **Maux de tête**, inconstants et peu spécifiques.

> **Appelez le 15** si vous ressentez un mal de tête brutal et très intense, surtout s'il s'accompagne d'une baisse brutale de la vision, d'une vision double, d'une paupière qui tombe, de vomissements, d'une confusion ou d'une somnolence inhabituelle. Ces signes peuvent traduire une **apoplexie hypophysaire**, c'est-à-dire un saignement ou une nécrose brutale dans l'adénome. Elle peut survenir sans que l'adénome soit connu et nécessite une prise en charge urgente, notamment hormonale.

Comment cela évolue-t-il ?

L'évolution est le plus souvent lente. Beaucoup de microadénomes non sécrétants restent stables pendant des années, voire toute la vie. Un macroadénome peut grossir progressivement et finir par atteindre les nerfs optiques ou les sinus caverneux, situés de part et d'autre de la selle turcique.

Les adénomes sécrétants ont surtout des conséquences sur l'organisme. Non traitées, l'acromégalie et la maladie de Cushing exposent à des complications cardiovasculaires, métaboliques et osseuses. C'est pourquoi leur traitement est recommandé même lorsque la tumeur est petite.

Une forme agressive, qui récidive malgré plusieurs traitements, existe mais reste rare. Elle relève d'une prise en charge en équipe spécialisée.

Le diagnostic

Le diagnostic repose sur trois examens complémentaires, interprétés ensemble.

- **Le bilan hormonal**, par prise de sang et parfois par recueil des urines. Il recherche un excès d'hormone (prolactine, hormone de croissance et IGF-1, cortisol) et un éventuel déficit (thyroïde, surrénales, hormones sexuelles). Des tests dynamiques, réalisés en hôpital de jour, sont parfois nécessaires, notamment pour la maladie de Cushing.
- **L'IRM hypophysaire**, avec injection de produit de contraste et des coupes fines centrées sur la selle turcique. Elle précise la taille de l'adénome, ses rapports avec le chiasma optique et son extension éventuelle dans les sinus caverneux. Une IRM cérébrale standard ne suffit pas toujours à voir un microadénome.
- **Le bilan ophtalmologique**, avec mesure du champ visuel et examen du fond d'œil, parfois complété par une OCT, un examen qui mesure l'épaisseur des fibres du nerf optique. Il est indispensable dès que l'adénome est proche des voies optiques.

Pour la consultation, apportez :

- les images de l'IRM (CD ou lien de téléchargement) et leur compte rendu, y compris les IRM anciennes pour comparaison ;
- tous les résultats de bilans hormonaux ;
- le dernier champ visuel et le courrier de l'ophtalmologiste ;
- le courrier de votre médecin et de votre endocrinologue ;
- la liste de vos traitements en cours.

Les traitements

La prise en charge est décidée en concertation avec l'endocrinologue et, lorsque la vision est concernée, avec l'ophtalmologiste. Le choix dépend du type d'adénome, de sa taille, des symptômes et de vos souhaits.

Le traitement médical

- **Prolactinome** : le traitement de première intention est médicamenteux, par agonistes dopaminergiques, dont la cabergoline est le plus utilisé. Il normalise le plus souvent la prolactine et réduit le volume de l'adénome, y compris lorsqu'il comprime les nerfs optiques. Ses effets indésirables possibles, comme des nausées, des vertiges ou, plus rarement, des troubles du comportement tels qu'un jeu ou des achats compulsifs, doivent être signalés au médecin.
- **Acromégalie et maladie de Cushing** : des médicaments existent pour freiner la sécrétion hormonale ou en bloquer les effets. Ils sont surtout utilisés en complément de la chirurgie, lorsqu'elle n'a pas suffi ou n'est pas possible.
- **Insuffisance hormonale** : un traitement substitutif remplace les hormones manquantes. Il est parfois définitif.

La surveillance

Un microadénome non sécrétant, sans retentissement, est le plus souvent simplement surveillé par IRM et bilan hormonal, à un rythme fixé par l'équipe qui vous suit. Un macroadénome non sécrétant à distance des voies optiques peut aussi être surveillé dans certaines situations.

La chirurgie

Elle est le traitement de première intention de la plupart des adénomes responsables d'une acromégalie, d'une maladie de Cushing ou d'une compression visuelle. Elle se fait par voie endoscopique endonasale, c'est-à-dire par les narines, à l'aide d'une caméra, sans ouvrir le crâne et sans cicatrice visible. Le principe, les suites et les risques sont détaillés dans la fiche Chirurgie de l'hypophyse par voie endonasale. Certains adénomes très volumineux ou de forme particulière peuvent nécessiter d'autres voies d'abord, présentées dans la page Chirurgie de la base du crâne.

La radiothérapie et la radiochirurgie

Elles sont discutées pour un reliquat tumoral qui grossit, une sécrétion hormonale persistante après chirurgie, ou lorsque l'intervention n'est pas possible. Leur effet est progressif et s'apprécie sur plusieurs années.

Quand une intervention est-elle discutée ?

- Lorsque l'adénome comprime les voies optiques et altère la vision, en dehors du prolactinome qui répond en général au traitement médical.
- Lorsqu'il s'agit d'un adénome responsable d'une acromégalie ou d'une maladie de Cushing.
- Lorsqu'un adénome non sécrétant grossit au cours de la surveillance, ou se rapproche des nerfs optiques.
- Pour un prolactinome, en cas d'intolérance ou de résistance au traitement médical, et dans certaines situations discutées au cas par cas.
- Après une apoplexie hypophysaire, selon l'atteinte visuelle et l'évolution ; la décision est prise rapidement, en lien avec l'endocrinologue et l'ophtalmologiste.

La décision est toujours partagée. Le bénéfice attendu, les risques, notamment hormonaux, et les alternatives vous sont expliqués en consultation. Si vous avez un doute, un second avis est légitime.

Questions fréquentes

Un adénome découvert par hasard doit-il être opéré ?

Le plus souvent, non. Un incidentalome hypophysaire nécessite un bilan hormonal et, s'il est proche des voies optiques, un examen du champ visuel. En l'absence de sécrétion et de retentissement, une surveillance par IRM est en général suffisante.

Ma vision va-t-elle revenir après le traitement ?

Lorsque la baisse de vision est due à la compression, elle s'améliore souvent après décompression, par chirurgie ou, pour un prolactinome, par médicament. La récupération dépend de l'ancienneté et de l'importance de l'atteinte ; elle ne peut pas être garantie. L'examen ophtalmologique aide à l'estimer.

Le traitement d'un prolactinome dure-t-il toute la vie ?

Pas forcément. Après plusieurs années de traitement bien équilibré, un arrêt progressif peut être envisagé par l'endocrinologue, avec une surveillance de la prolactine. Le traitement ne doit jamais être interrompu de vous-même. En cas de projet de grossesse, parlez-en à votre endocrinologue au préalable.

Aurai-je besoin d'un traitement hormonal après l'opération ?

C'est possible, de façon transitoire ou définitive, si une partie de la glande ne fonctionne plus. Un bilan hormonal est réalisé après l'intervention et à distance, et le traitement substitutif éventuel est adapté par l'endocrinologue.

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/)
- Société Française d'Endocrinologie (https://www.sfendocrino.org)

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.