

Prise en charge de l'acromégalie : enquête de pratiques en 2015

L. Foussier^a, G. Raverot^b, C. Cortet-Rudelli^c, P. Chanson^a

*loic.foussier@aphp.fr, l'auteur déclare de ne pas avoir de conflit d'intérêt.

^a Service d'Endocrinologie et des Maladies de la Reproduction, APHP, Hôpitaux Universitaires Paris-Sud, site Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre; ^b Fédération d'Endocrinologie, Groupement Hospitalier Est, Hospices Civils de Lyon, Lyon; ^c Service d'Endocrinologie et Diabétologie, CHRU de Lille, Lille

Résumé :

L'acromégalie fait appel à différentes modalités thérapeutiques, souvent utilisées de manière combinée. Les pratiques médicales concernant le traitement de l'acromégalie ont été évaluées par un sondage internet SFE en 2015 auprès de 298 endocrinologues de la SFE.

Pour les macroadénomes somatotropes, le traitement de première intention par chirurgie est préféré par 35% des endocrinologues interrogés (74% des votants) suivi par le traitement par analogue de la somatostatine (26% des médecins interrogés et 55% des votants). En post opératoire, si l'acromégalie n'est pas contrôlée quatre endocrinologues sur cinq démarrent un analogue de somatostatine, à dose intermédiaire dans 76% des cas, et cela quel que soit le statut glycémique. L'évaluation du traitement médical est majoritairement faite à 3 (52%) ou à 4 mois (22%). La radiothérapie hypophysaire est surtout proposée en cas d'augmentation du volume tumoral sous analogue de somatostatine (33%) plus qu'en cas de sécrétion résiduelle, 11,7% des endocrinologues déclarent ne jamais la proposer. L'adaptation thérapeutique se fait plus sur l'insulin like growth factor 1 (IGF-1) que sur l'hormone de croissance (growth hormone, GH) : 15,4% augmentent la dose d'analogue de somatostatine lorsque la GH est élevée et l'IGF1 normale contre 36,6% qui augmentent l'analogue lorsque l'IGF1 et la GH sont élevées. En conclusion, les praticiens endocrinologues français ont une attitude non univoque quant à la prise en charge de l'acromégalie en général. Une majorité continue de proposer une chirurgie en première intention puis un traitement médical par analogue de la somatostatine, si la chirurgie n'a pas guéri le patient.

Introduction :

L'acromégalie est une maladie endocrinienne rare dont la prévalence est estimée à 1/100 000 avec un retentissement multisystémique nécessitant un suivi spécialisé. Son traitement est varié : médicamenteux (analogues de la somatostatine, antagonistes du récepteur de la GH, agonistes dopaminergiques), chirurgical et/ou relevant de la radiothérapie¹. Les choix thérapeutiques se font en fonction de l'histoire clinique, de l'expérience des médecins, des préférences du patient et du coût du traitement.

Le but de cette enquête était de décrire la pratique médicale concernant le traitement de l'acromégalie en France en 2015.

Méthode :

A l'occasion du dernier congrès de la Société Française d'Endocrinologie en 2015, un sondage internet a été réalisé auprès de 298 endocrinologues, quel que soit leur mode d'activité professionnelle. Le sondage était fait de 3 questionnaires sous forme de cas cliniques : un cas d'acromégalie avec microadénome et deux avec macroadénome hypophysaire. Les participants étaient libres de voter ou non pour chaque question séparément.

Résultats : Les résultats sont rapportés en pourcentage de vote sur le nombre total de votants initiaux.

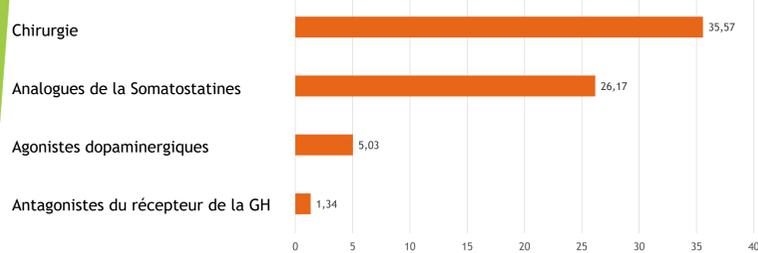


Figure 1 : Traitement initial d'un macroadénome hypophysaire sans trouble visuel (total des votants 203).

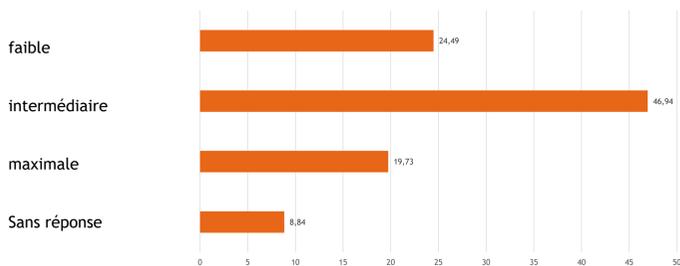


Figure 3 : Doses d'introduction des analogues de la somatostatine (total des votants 147).

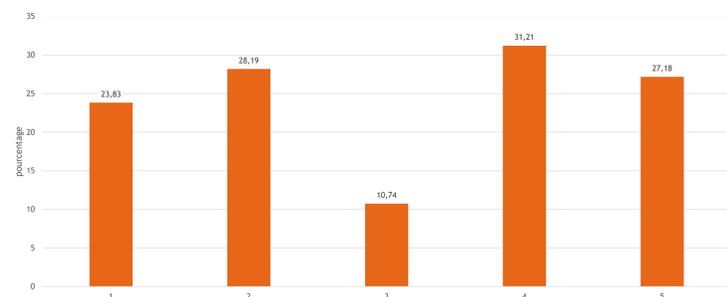


Figure 5 : Critères d'efficacité d'un traitement par analogue de la somatostatine (total des votants 361).
1 Normalisation de l'IGF1 ; 2 Normalisation de la GH et de l'IGF1 ; 3 Réponse de la GH à l'HGPO ; 4 Disparition des signes cliniques ; 5 Volume tumoral.

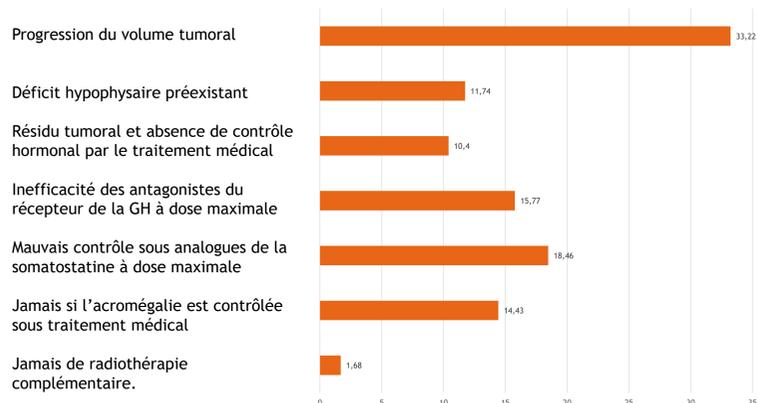


Figure 7 : Critères pour proposer une radiothérapie complémentaire (total des votants 315).

Conclusion : Selon cette enquête, la prise en charge de l'acromégalie laisse toujours une place première à la chirurgie, puis au traitement médical par analogue de la somatostatine, surtout en l'absence de contrôle postopératoire de la maladie, comme cela est préconisé par les Recommandations françaises et internationales^{2,3}. Les critères de bon contrôle et le moment auquel est évaluée l'activité de la maladie en fonction des événements thérapeutiques varient selon les pratiques. La radiothérapie est un traitement de seconde voire de troisième intention.

Références :

- Chanson P, et al. Acromegaly. Handb Clin Neurol. 2014;124:197-219.
- Chanson P, et al. French consensus on the management of acromegaly. Ann Endocrinol (Paris). 2009;70(2):92-106.
- Katznelson L, et al. Acromegaly: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(11):3933-51.

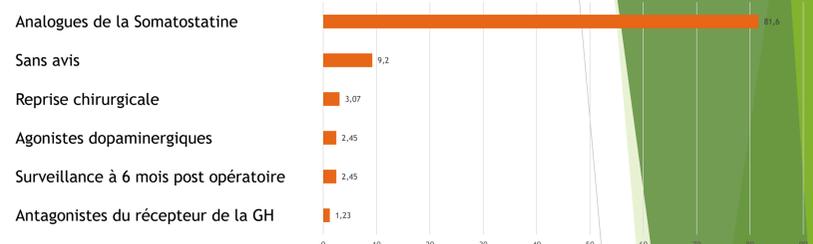


Figure 2 : Stratégie thérapeutique lorsque l'acromégalie n'est pas contrôlée à 3 mois postopératoire (total des votants 163).

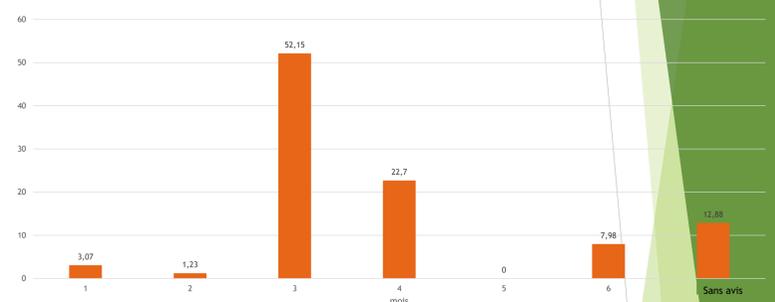


Figure 4 : Délai d'appréciation de l'efficacité d'un traitement par analogue de somatostatine (total des votants 163).

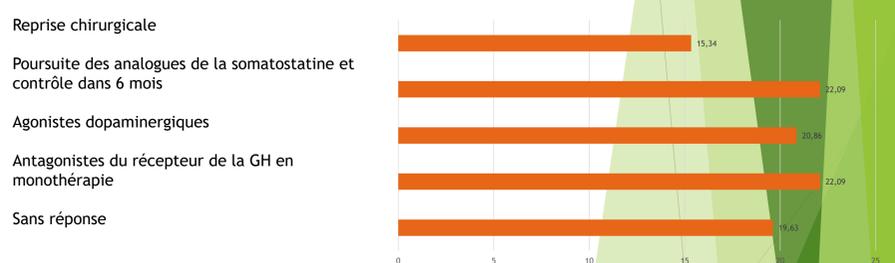


Figure 6 : Modifications thérapeutiques lors de la non rémission hormono-radiologique à 6 mois d'un traitement par analogues de la somatostatine (total des votants 163).

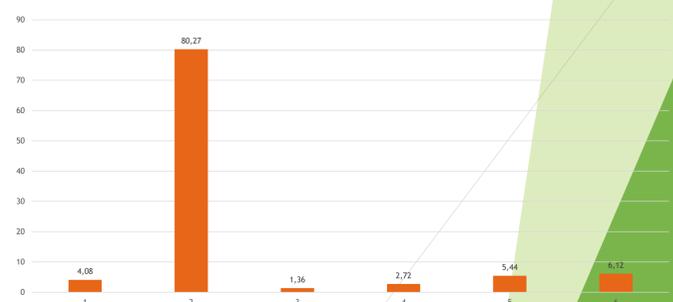


Figure 8 : Traitements d'une acromégalie non contrôlée avec un reliquat tumoral au niveau du sinus caverneux (total des votants 147).
1 agonistes dopaminergiques ; 2 analogues de la somatostatine ; 3 antagonistes du récepteur de la GH ; 4 reprise chirurgicale ; 5 radiothérapie seule ; 6 sans avis

Cette enquête a été menée avec le soutien institutionnel de Novartis