



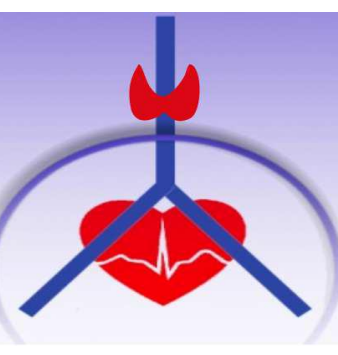
Particularités du management péri-opératoire des adénomes somatotropes.

M. Soussou , G. El Mghari , N. El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie , Maladies Métaboliques et Nutrition.

CHU Mohammed VI Marrakech. Laboratoire de Pneumologie Cardio-immunologie et Métabolisme (PCIM).

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Université Cadi Ayyad



Introduction:

❖ L'acromégalie est une pathologie chronique due à une hypersécrétion d' hormone de croissance (GH). Elle est due dans plus de 90 % des cas à un adénome hypophysaire.

❖ Les troubles métaboliques engendrés (cardiovasculaires et viscéraux) sont responsables d'une morbidité trois fois supérieure à celle de la population générale .

❖ Son traitement étiologique est souvent chirurgical.

❖ A la lumière d'un cas clinique, nous voulons mettre le point sur les particularités de prise en charge pré et post opératoire des acromégalies.

Observation:

Identité:

A.M. âgée de 59 ans.

Antécédents:

- Diabétique depuis 14 ans insulino-traitée depuis 4 ans.
- Syndrome du canal carpien bilatérale décomprimé il y a 10 ans.

MDH:

Macro adénome hypophysaire somatotrope.

-Le diagnostic était retenu devant:

→ Les Critères anamnestiques :

- Syndrome tumoral fait de céphalées chroniques évoluant depuis 15 ans.
- Modification morphologique depuis 4 ans.
- Survenue du syndrome du canal carpien bilatéral pour lequel elle a été opérée il y a 10 ans.

→ Les Critères cliniques :

- Acromégalie manifeste : Front bombé, arcades sourcilières bien prononcées (image 1). Voix rauque, Macroglossie, prognathisme.
- Peau épaissie ridée, aspect boudiné des doigts des mains(image 2).

Image1:



Image 2:



→ Les Critères Para cliniques:

IRM hypophysaire : Processus lésionnel siégeant au niveau de la partie postéro-inféro latérale gauche du parenchyme anté-hypophysaire,mesurant 17mmde grand axe(images 3)

IGF1 :743,7ng/ml (normes :48-241ng/ml) élevé.

GH :47mUI/l (élevée).

Reste de l'hypophysogramme:

cortisolémie :110µg/l, **prolactine** :12,75ng/ml(N).

TSH : 0,45µUI/ml(N), **T4I** :15,96pmol/l (N).

FSH : 33mUI/ml, **LH** :14mUI/ml, **E** :5pg/ml(ménopausée).

Bilan de retentissement

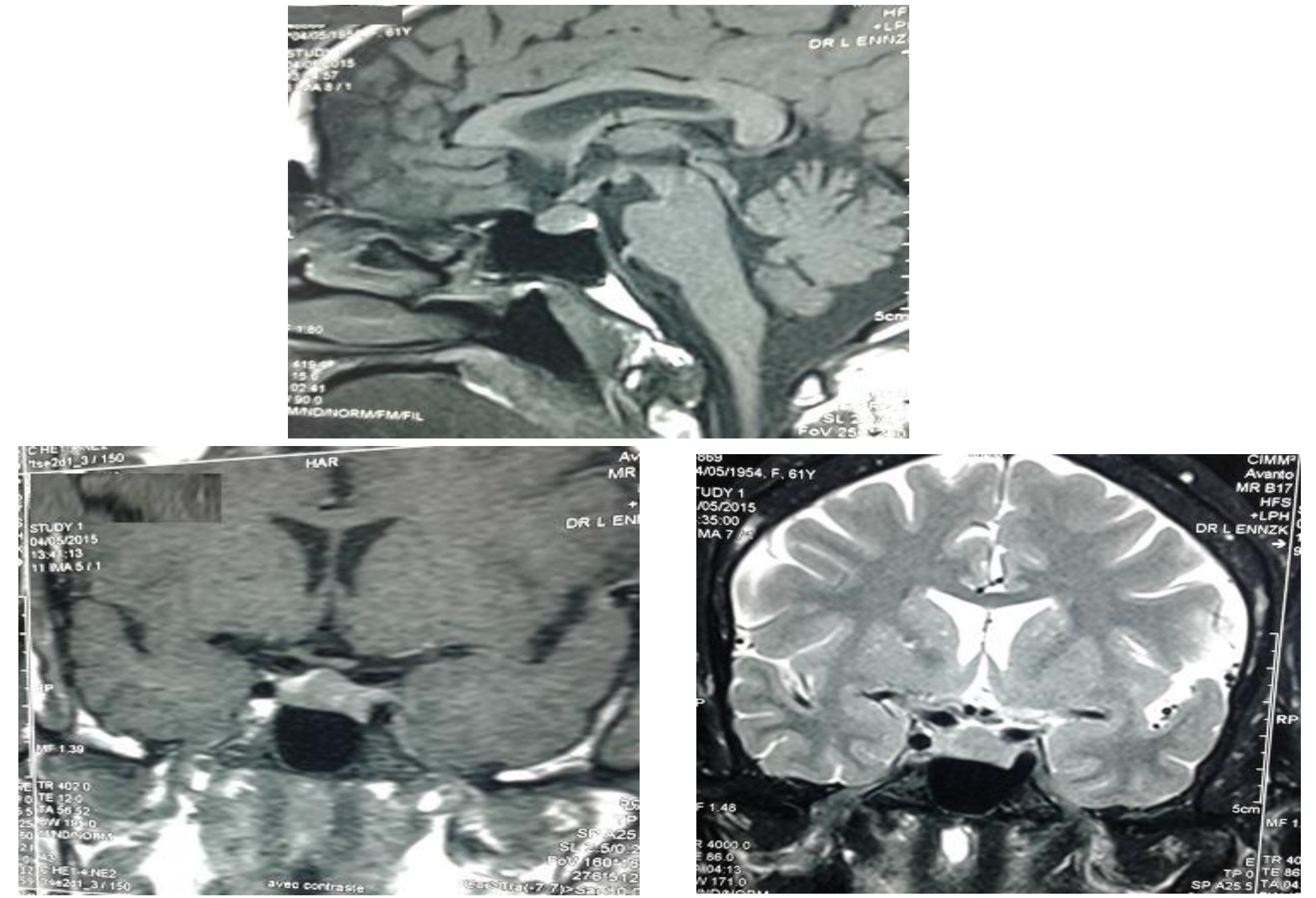
Champs visuel :aspect fort probable d'un syndrome opto-chiasmatique débutant en ODG.

questionnaire de Berlin :forte probabilité d'apnée du sommeil mais une **polysomnographie** n'a pu être effectuée.

Une **fibroscopie digestive** était prévue

Prise en charge:

❖ L'indication chirurgicale a été posée devant la taille de la tumeur, son type et le retentissement visuel.



Images 3: processus lésionnel siégeant au niveau de la partie postéro-inféro latérale gauche du parenchyme anté-hypophysaire,mesurant 17mmde grand axe

Discussion:

•La préparation pré opératoire des acromégales a suscité beaucoup d'avis controversés :

→ Bien que le traitement médical (A.S) améliorerait les conditions anesthésiques, et diminuerait le risque de complications

→ Mais il n'y a pas de preuve d'une amélioration du taux de guérison par la chirurgie.

•Les modifications faciales:

→ Laissent prévoir une intubation et parfois une ventilation au masque difficiles.

→ Elles peuvent aussi être responsables (plus rarement) d'un syndrome d'apnée de sommeil, avec un risque accru d'intubation difficile ainsi que d'apnées et d'hypoxie postopératoire.

→ Le recours à une trachéotomie de sauvetage doit être préparé et le patient doit en être prévenu.

•Les complications respiratoires précoces sont aggravées par les effets résiduels de l'anesthésie avec des agents ayant tendance à s'accumuler

=>intérêt d'une surveillance étroite.

•Par ailleurs, l'acromégalie peut induire une atteinte cardiaque par fibrose interstitielle et évoluant vers une insuffisance cardiaque mais aussi une HTA, une hyperglycémie ou une rétention hydro sodée.

• L'insuffisance corticotrope doit être systématiquement prévenue

→ Hémisuccinate d'hydrocortisone, débuté en per-opératoire et poursuivi pendant quelques jours.

•Les Principales complications post opératoires à guetter sont :

- **L'embolie gazeuse.**
- **L'atteinte des paires crâniennes (nerf optique).**
- **La fuite de LCR (nécessité reprise chirurgicale parfois).**
- **Le diabète insipide et l'insuffisance antéhypophysaire.**

•Les précautions en post opératoire recommandés sont:

- Eviter de se moucher, de prendre l'avion pendant 15 jours.
- Eviter de se baigner pendant 6 semaines .
- Eviter de pratiquer un sport violent pendant 1 mois.

Conclusion:

❖ Chez les patients avec adénomes somatotropes, les complications multi viscérales liées à la sécrétion de GH, devraient être prises en considération lors de la chirurgie.