

Introduction

L'acromégalie est une maladie rare, liée à une hypersécrétion d'hormone de croissance par un adénome hypophysaire; très rarement, l'acromégalie est due à une sécrétion ectopique de GHRH, responsable d'une hyperplasie hypophysaire. Ses conséquences font toutes la gravité de la maladie [1].

Objectif

Le but de notre étude est d'évaluer le retentissement local et général de l'acromégalie afin d'améliorer sa prise en charge.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 40 patients, menée au service d'Endocrinologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 8 ans.

Résultats

Il s'agit de 40 patients présentant une acromégalie, 28 femmes et 12 hommes. L'âge moyen était 48,17 ans. L'ancienneté de la maladie au moment du diagnostic était en moyenne de 3,54 ans.

Le bilan de retentissement local a objectivé une insuffisance gonadotrope dans 22,5% des cas, une insuffisance corticotrope dans 17,5%, une hyperprolactinémie dans 17,5% et une insuffisance thyrotrope dans 12,5% des cas.

En ce qui concerne le retentissement général, sur le plan métabolique, un diabète était trouvé dans 32,5% des cas, une intolérance aux hydrates de carbone dans 12,5% et un hyperinsulinisme dans 10% des cas, alors que le bilan lipidique était perturbé dans 52,5% des cas. Sur le plan cardiopulmonaire, une hypertension artérielle est retrouvée chez 35% des patients, une cardiomyopathie hypertrophique chez 17,5% et un syndrome d'apnée de sommeil chez 30% des cas. Sur le plan digestif, 25% des patients avaient des polypes colorectaux et 10% présentaient une hépatosplénomégalie. Sur le plan thyroïdien, 72,5% avaient un goitre.

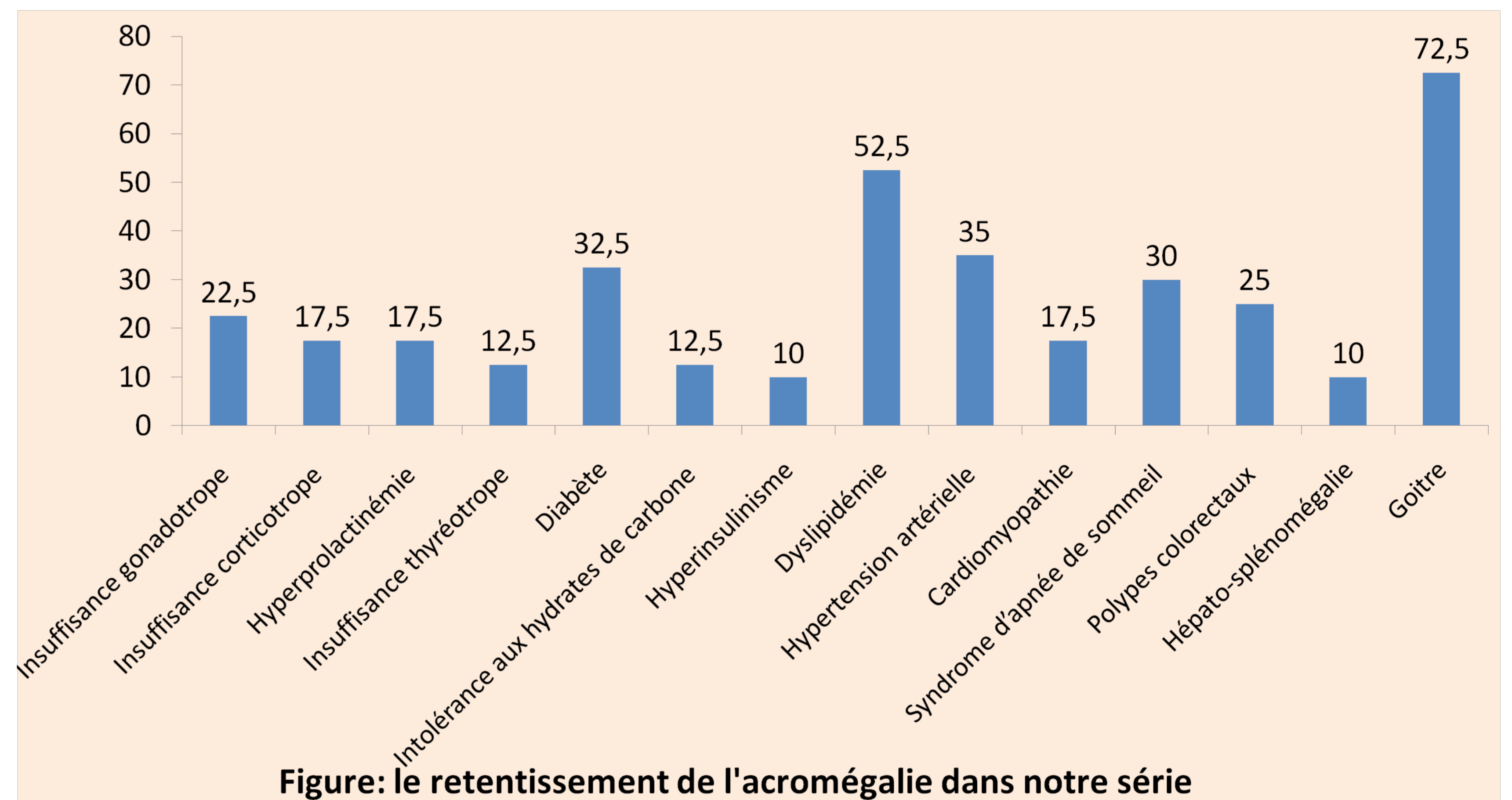


Figure: le retentissement de l'acromégalie dans notre série

Discussion

L'acromégalie est liée à une hypersécrétion d'hormone de croissance par un adénome hypophysaire, responsable d'un syndrome dysmorphique acquis, d'évolution progressive, prédominant à la face et aux extrémités [1].

Les conséquences générales (cardiovasculaires, rhumatologiques, respiratoires, métaboliques. . .) font toute la gravité de la maladie [2].

Dans une large cohorte de 472 patients diagnostiqués entre 2009 et 2014, les patients présentaient des signes respiratoires (83,5 %), des signes rhumatologiques (76,1 %), des complications endocriniennes (73,3 %), des signes ORL (62,1 %), un syndrome du canal carpien (58,1 %), des troubles cardiovasculaires (62,9 %), gastro-intestinaux (57,8 %) et des perturbations métaboliques (42,8 %) [diabète (27,5 %), intolérance au glucose (9,5 %)] [3].

A travers une autre étude rétrospective portant sur 22 cas d'acromégalie, un retentissement cardiovasculaire était noté chez 27 % des cas, respiratoire (31,8 %), articulaire (41 %), nerveux (9 %), métabolique (36,3 %) et thyroïdien (50 %). Une insuffisance antéhypophysaire était notée chez 9 % des cas [4].

Ces résultats confirment la fréquence des comorbidités présentes dans l'acromégalie, soulignant l'importance des efforts pour améliorer le diagnostic précoce de l'acromégalie.

Conclusion

Les complications d'acromégalie sont fréquentes et nécessitent un diagnostic et une prise en charge précoce chez ces patients acromégales qui sont par ailleurs relativement jeunes, afin de réduire la morbi-mortalité et d'améliorer le pronostic de leur maladie.

Références

[1] Chanson P. Acromégalie. Presse Med. 2009; 38: 92-102.

[2] Chanson P, Salenave S. Acromegaly. Orphanet J Rare Dis. 2008;3:17.

[3] Caron P, Brue T, Chanson P, Raverot G, Tabarin A, Cailleux A, Delemer B, Pierre Renoult R, Houchard A, Dupuis-Simeon F. Symptômes et comorbidités associés au diagnostic d'acromégalie chez 472 patients entre 2009 et 2014. Annales d'Endocrinologie.2015; 349-352 : PA-002.

[4] Mazouzi H, Elansari N, Chadli A, Elghomari H, Farouqi A. La prise en charge de l'acromégalie. Annales d'Endocrinologie. 2006; Vol. 67, n° 5: P1-036