

Un diagnostic précoce et inattendu d'acromégalie

H.Ennaifer^a, L.Zaharia^a, F.Plat^a, M.Kadem^a, E. Benamo^a

^a Service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques, Maladies de la Nutrition, CH Henri Duffaut, Avignon, Avignon, FRANCE

INTRODUCTION

L'acromégalie est une maladie rare de diagnostic tardif. Nous rapportons un cas de découverte précoce d'acromégalie.

OBSERVATION

Patiente de 30 ans. Antécédents : diabète gestationnel G3P3, cycles réguliers, stérilet au Cu. Depuis 6 mois, céphalées unilatérales droites intenses, nausées, photophobie, larmoiements de l'œil droit. Diagnostic évoqué en neurologie: algies vasculaires de la face. Scanner cérébral et du massif facial: hypertrophie des glandes lacrymales à droite, arthrose temporo mandibulaire bilatérale. Angio-IRM cérébrale: macro adénome latéro sellaire droit de 12x10x11.4 mm au contact du sinus caverneux sans signe d'envahissement (figure 3).

Pas de plaintes fonctionnelles, IMC à 21 kg/m². Pas de syndrome dysmorphique facial (figure 1). Pas de modification morphologique comparativement aux photographies antérieures. IGF1 élevée à 280 et 309 ng/ml (N< 246 ng/ml). Test HGPO 75g : glycémies normales, absence de freinage de la GH avec un nadir à 1.58 ng/ml, > 0.3 ng/ml [1]. Hypothèse: macro adénome somatotrope. Examen ophtalmologique normal. Pas de déficit hormonal ni sécrétion mixte. Bilan des complications négatif.

Chirurgie hypophysaire trans-sphénoïdale : exérèse du macro-adénome. Disparition des hémicrâniées. Fonctions hypophysaires normales. Immunohistochimie: adénome mono-hormonal à GH. A 3 mois, HGPO 75g: nadir de GH à 0.11 ug/l inférieur à 0.4 ug/l avec une IGF1 normale pour l'âge à 204 ng/ml [1]. IRM : pas de résidu tumoral (figure 3). Ces données sont en faveur d'une guérison que seul le suivi à long terme permettra de confirmer.

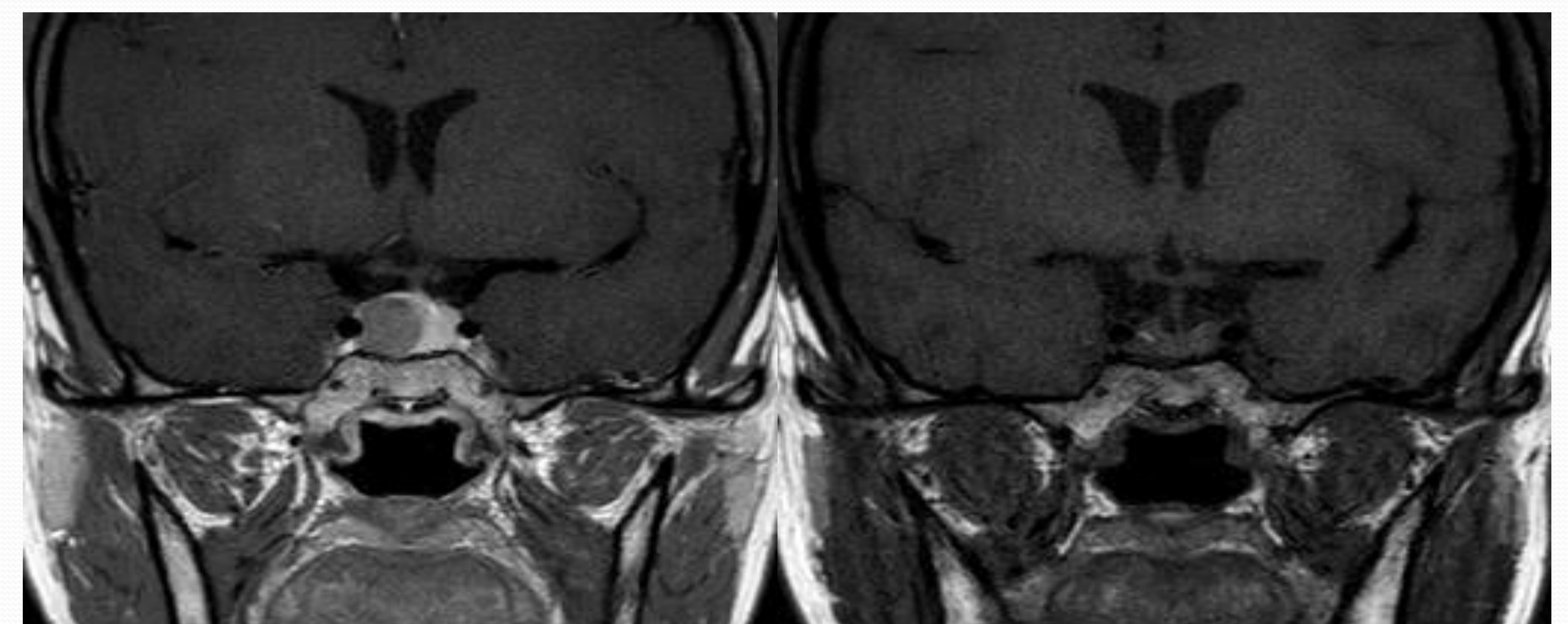


Figure 3 : IRM préopératoire à gauche, post-opératoire à droite

DISCUSSION

La particularité de notre observation est que le diagnostic était fait précocement chez une jeune patiente qui ne présentait pas une forte suspicion clinique d'acromégalie. Ce diagnostic précoce a permis certes la guérison après la chirurgie. Le mode de révélation reste particulier avec des céphalées et hémicrâniées étiquetées algies vasculaires de la face totalement régressives après la chirurgie. Il existe peu d'études qui ont examiné les changements dans la présentation clinique de l'acromégalie durant la dernière décennie [2-3]. Bien que certains aient noté que le diagnostic est fait plus tôt après l'apparition des signes cliniques avec une moyenne de 2,5±4,6 ans [2], aucun n'a démontré que la maladie était diagnostiquée à un stade précoce [3]. La durée d'évolution de la maladie avant le diagnostic est très difficile à déterminer vu qu'elle repose essentiellement sur l'évaluation subjective du patient. D'autre part, les informations sur l'âge au diagnostic ainsi que la durée d'évolution avant le diagnostic sont variables selon les études, mais notre patiente est plus jeune comparée à l'âge moyen le plus bas rapporté par la revue de la littérature : 38,7±14,5 ans [2]. Le diagnostic et la prise en charge précoces d'acromégalie permettent d'améliorer les comorbidités et le pronostic des patients, bien qu'il n'y ait pas de différence significative sur le taux de rémission à l'heure actuelle [3].

CONCLUSIONS

Notre cas montre l'importance du diagnostic et de la prise en charge précoces d'acromégalie. Il faut sensibiliser les professionnels de santé ainsi que la population générale sur les signes cliniques de cette pathologie, qui peuvent être trompeurs.

REFERENCES

- [1] Consensus français sur la prise en charge de l'acromégalie, P Chanson et al, annales d'endocrinologie 70 (2009) e9-e22.
- [2] Has acromegaly been diagnosed earlier? Hideko Ohno and al, Journal of Clinical Neuroscience 48 (2018) 138-142.
- [3] Extensive Clinical Experience: Changing Patterns in Diagnosis and Therapy of Acromegaly over Two Decades, Lisa Nachtigall and al, the Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 93, Issue 6, 1 June 2008, Pages 2035-2041

CONFLITS D INTERETS

Aucun



Figure 1: absence de syndrome dysmorphique facial



Figure 2: absence de syndrome dysmorphique des extrémités