

Le retentissement cardio-vasculaire de l'acromégalie

L. Bouabdellaoui ; N. Belmahi ; H.Salhi ; H.El Ouahabi

Expérience de service d'Endocrinologie ; Diabétologie et Nutrition de CHU Hassan II de Fès

INTRODUCTION

L'acromégalie est liée le plus souvent à une hypersécrétion de l'hormone de croissance par un adénome hypophysaire. Au sein des manifestations de cette maladie rare; Les complications cardio-vasculaires se situent au premier plan du pronostic des acromégales.

OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est de mettre le point sur le retentissement cardio-vasculaire de l'acromégalie.

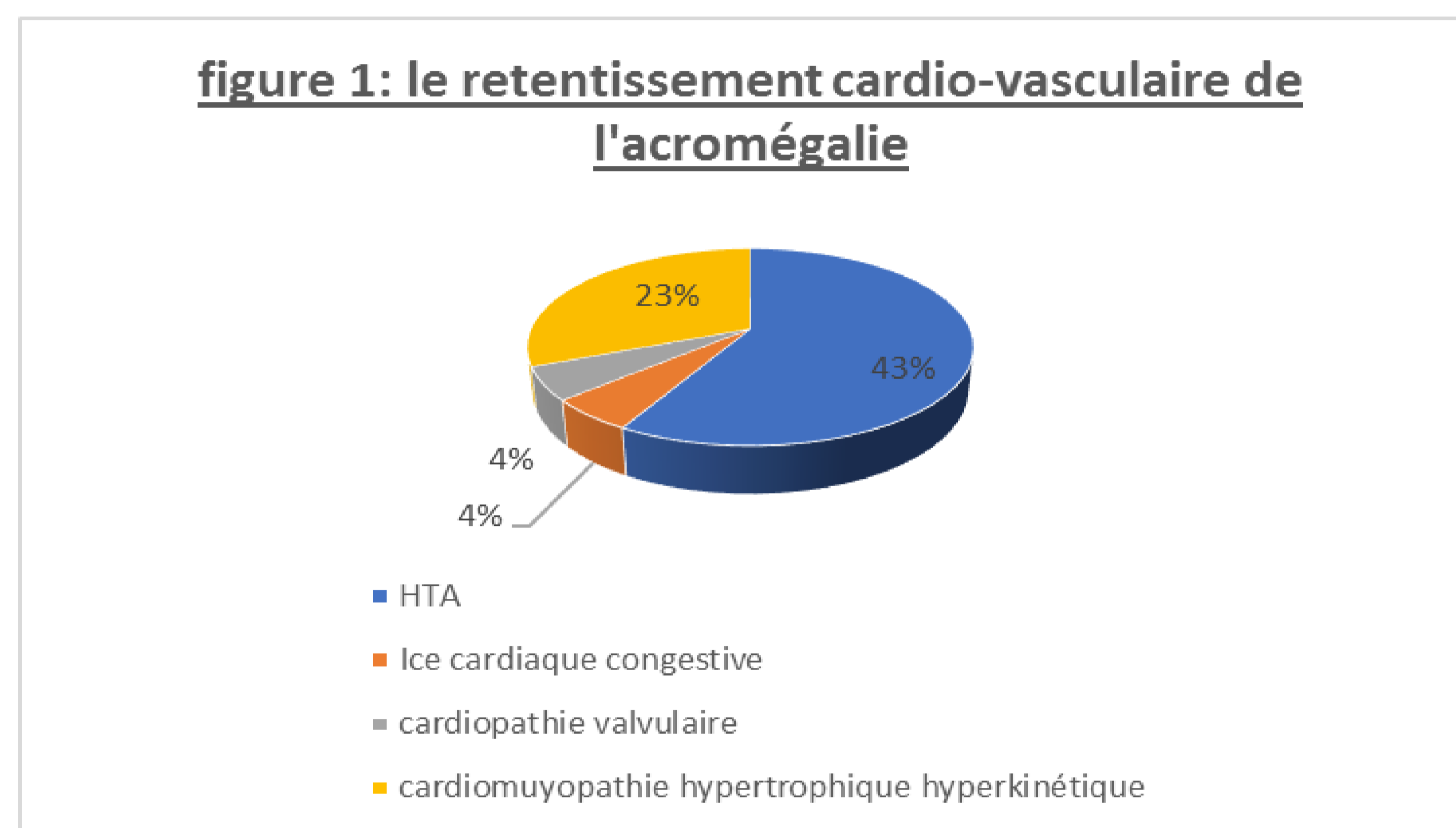
MATERIEL ET METHODES

Nous avons effectué une étude rétrospective descriptive concernant les patients acromégales suivis au service d'Endocrinologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 8 ans. Nous avons recensé 43 dossiers ; nous avons récupéré les données cliniques et paracliniques des dossiers des patients.

RÉSULTATS

Notre série était constituée de 43 malades avec une prédominance féminine(sexe ratio F/H :2.3) , la moyenne d'âge au moment de diagnostic était de 49 ans chez les femmes et 41.3 ans chez les hommes. Le délai moyen de diagnostic était de 6 ans(1 -18 ans);Les manifestations cliniques étaient dominées par un syndrome dysmorphique essentiellement acro-faciale 100 % ; un syndrome tumoral dans 76% des cas.

Tous les patients avaient bénéficié d'une échographie trans-thoracique dans le cadre de bilan de retentissement de l'acromégalie ;les complications cardiovasculaires étaient présentes dans 21% des cas dont 7 femmes et 2hommes. 23%des cas avaient une cardiomyopathie hypertrophique hyperkinétique ;4% des cas avaient une insuffisance cardiaque congestive; et 4% une cardiopathie valvulaire. 34%des cas avaient une HTA. 10%avaient une HTA avant le diagnostic d'acromégalie.



DISCUSSION

L'acromégalie est une maladie grave par son retentissement métabolique, cardiovasculaire et néoplasique. Les complications cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité des acromégales . L'hypertension artérielle (HTA) est présente chez 20 à 50 % des patients (d'autant plus fréquente que la maladie est plus ancienne, la GH plus élevée et l'âge des patients supérieur). Elle est, au moins en partie, en rapport avec une hypervolémie chronique, par augmentation de la réabsorption de sodium au niveau du tube contourné distal ; elle est aussi le résultat d'un dysfonctionnement endothélial. La cardiomyopathie hypertrophique hyperkinétique est spécifique de l'acromégalie mais d'expression variable. Au début, elle est asymptomatique (du moins au repos), marquée par une hypertrophie myocardique (septum et paroi postérieure du ventricule gauche), décelable à l'échographie (hypertrophie concentrique). Elle peut être observée en l'absence d'HTA ou de diabète, même chez les sujets jeunes (< 30 ans), témoignant bien du rôle propre de la GH.

On note une altération de la fonction diastolique en rapport avec un trouble de la relaxation (rigidité liée en partie à l'infiltration œdémateuse de la paroi ventriculaire et peut-être aussi à une fibrose) alors que la fonction systolique reste normale grâce à l'augmentation de la contractilité myocardique. Le syndrome hyperkinétique (augmentation de l'index cardiaque) est en effet constant. Mais, à l'effort, la fonction systolique est altérée. À ce stade précoce, des troubles du rythme et/ou de la conduction peuvent être observés. Si l'atteinte cardiaque évolue (si l'hypersécrétion de GH persiste et, probablement, si d'autres facteurs tels que le diabète, l'HTA, le syndrome d'apnées du sommeil s'ajoutent), un tableau d'insuffisance cardiaque congestive s'installe , responsable de signes fonctionnels, d'abord à l'effort, puis devenant permanents.

À l'échographie, apparaît alors une dilatation variable des cavités. Ces formes sont beaucoup moins fréquentes. Une prévalence accrue d'anomalies valvulaires a aussi été notée chez les acromégales.

CONCLUSION

L'atteinte cardiaque est fréquente; fait le pronostic de l'acromégalie car elle accroît la mortalité de l'affection. D'où l'intérêt d'un traitement efficace qui permettent un meilleur contrôle de l'hypersécrétion de l'hormone de croissance.

RÉFÉRENCES

- Chanson P., Salenave S. Acromegaly *Orphanet J Rare Dis* 2008 ; 3 : 17
- Melmed S. Acromegaly The Pituitary. Malden, Mas USA: Blackwell Science Inc (2002). 419-454
- Chanson P. Les conséquences de l'acromégalie Cachan: Éditions Médicales Internationales (2001).
- Colao A., Ferone D., Marzullo P., Lombardi G. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management *Endocr Rev* 2004 ; 25 (1) : 102-152