

A propos d'une grossesse chez une patiente avec un syndrome de McCune Albright, compliqué d'une acromégalie

Charlotte Nachtergaele^a, Noémie Le Tallec-Estève^a, Philippe Thuillier^a, Marie-Thérèse Le Martelot^b, Véronique Kerlan^a
^aCHRU Brest, Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques
^bCHRU Brest, Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction



Introduction

L'acromégalie est fréquemment associée au syndrome de McCune Albright (MAS). Peu de grossesses ont été rapportées dans ce cadre. Nous rapportons le cas d'une grossesse chez une patiente présentant un MAS et une acromégalie.

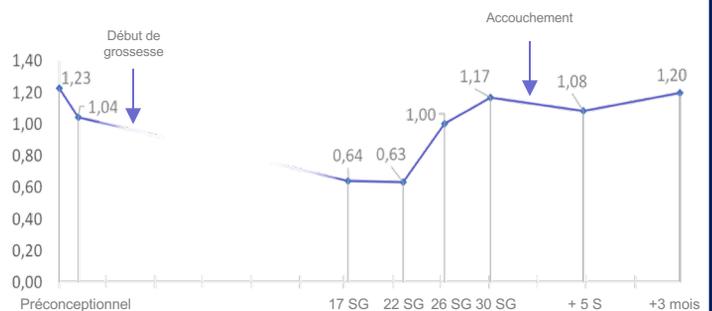
Observation

Le MAS a été diagnostiqué à 6 ans devant des poussées d'hyperoestrogénisation, associées à des dysplasies fibreuses, sans signes cutanés. L'acromégalie a été diagnostiquée à 26 ans, sans adénome hypophysaire visible à l'IRM.

Chez cette patiente en oligo-aménorrhée, deux cycles de stimulation ovarienne ont échoué à l'obtention d'une grossesse. Devant l'augmentation de l'IGF-1, un traitement par Lanréotide est ajouté. Après 2 mois de Lanréotide et après induction de l'ovulation, une grossesse est obtenue, et le traitement est arrêté. Les IGF-1, mesurées de manière mensuelle à partir de 17 semaines de grossesse (SG), étaient comparables aux IGF-1 pré-conceptionnelles avant la mise sous Lanréotide, avec des déviations standards (DS) variant entre + 2,2 et 3,3 DS.

La grossesse a été compliquée d'un diabète gestationnel à 10 SG, insulino-traité. L'enfant est né à 35 SG, par césarienne devant une contre-indication à la voie basse due à l'atteinte de la branche ischio-pubienne par la dysplasie fibreuse, avec un poids de 3470 grammes (88,10^{ème} percentile selon AUDIPOG).

Figure 1 : Évolution de l'IGF-1 au cours de la grossesse (en N fois la limite supérieure de la normale)



	Préconceptionnel	17 SG	22 SG	26 SG	30 SG	+ 5 S	+ 3 mois
IGF-1 (µg/L)	423 et 360	245	242	330	385	374	395
Méthode de dosage	Liaison XL diasorin	Beckmann	Beckmann	ISYS	ISYS	Liaison XL diasorin	ISYS
Norme (µg/L)	131-345	177-382	177-382	126-330	126-330	131-345	126-330
Déviations standard	+3,1 et +2,2			+ 2,5	+ 3,3	+ 2,4	+ 3,4

Discussion

Dans le cas de notre patiente, la grossesse a été obtenue après induction ovulatoire et n'a pas nécessité d'ovariectomie unilatérale, comme il peut être décrit dans la littérature (1). Le Lanréotide est suspendu dès confirmation de la grossesse (2). Nous avons observé au cours de la grossesse une variation du taux

d'IGF-1 comparable à ce qui a pu être observé dans la littérature, en faveur d'une persistance d'un rétrocontrôle de la GH-V (placentaire) chez les patientes avec un MAS (3).

La grossesse a été compliquée d'un diabète gestationnel insulino-traité, et une césarienne.

Bibliographie

(1) Laven JSE, JCEM 2004, (2) Abucham J, EJE 2017, (3) Obuobie K, JCEM 2001