

Un diabète révélant une acromégalie

H. Aynaou, S. Rouf, E. Ichen, H. Latrech.

Service d'Endocrinologie Diabétologie, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine, université Mohammed Premier, Oujda, Maroc.

Introduction

L'acromégalie est une maladie rare, habituellement en rapport avec une hypersécrétion d'hormone de croissance (GH) par un adénome hypophysaire. Cliniquement, elle se caractérise dans sa forme complète par un syndrome dysmorphique et un syndrome tumoral.

C'est une endocrinopathie d'évolution insidieuse, caractérisée par des complications métaboliques parmi lesquelles les troubles de la glycorégulation et le diabète patent.

Nous présentons un cas de diabète inaugural très déséquilibré révélateur d'une acromégalie admis au Service d'Endocrinologie de CHU Mohammed VI d'Oujda.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents pathologiques notables admise pour un syndrome polyuro-polydipsique, une asthénie, des céphalées et des signes de thyrotoxicose. À l'examen, la patiente présente une hyperthyroïdie clinique, un goitre nodulaire, et un syndrome dysmorphique évoquant une acromégalie. Le bilan a montré une glycémie à 4 g/l et une hyperthyroïdie sur un goitre multihétéronodulaire toxique (GMHNT). Le dosage de l'IGF1 était élevé à 774.2 ug/l (N: 54-204) avec une IRM hypothalamohypophysaire qui a mis en évidence un micro adénome hypophysaire mesurant 9/10mm, confirmant ainsi le diagnostic d'acromégalie. Sur le plan diabétologique, le bilan dégénératif complet est sans anomalie. Dans le cadre du bilan de retentissement de l'acromégalie, le bilan (hypophysiogramme complet, ECG, écho cœur, champ visuel, fond d'œil, ostéodensitométrie) est sans particularité.

La patiente a été mise sous insulinothérapie associée à un traitement insulino-sensibilisateur, et a bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec traitement hormonal substitutif.

Vue les difficultés financières de la patiente ne lui permettant pas un traitement médical une prise en charge chirurgicale de son adénome hypophysaire est prévue

Bibliographie

1- S. Anaddam, F. Boufaress, A. Oulahiane, H. Ouleghzal, S. Elmoussaoui, N. Elyaagoubi, G. Belmejdoub. Diabète et acromégalie. *Diabetes & Metabolism, Volume 37, Issue 1, Supplement 1, March 2011, Pages A78-A79*

2- M.M. Diallo, A.M. Diallo, M.C. Balde, A. Kake, N.M. Bah, K. Dago, F. Kouassi, N.M. Balde. Complications métaboliques de l'acromégalie : une acidocétose révélatrice. *Diabetes & Metabolism, Volume 38, Supplement 2, March 2012, Page A76*

3- N Bouhous, D Houque, L Vanwest-Messaoudi, E Verlet. Coma diabétique hyperosmolaire: mode de révélation inhabituelle d'une acromégalie. *Diabetes Metabolism volume 34, supplement 3, march 2008, page H80*

Discussion

L'acromégalie est diabétogène du fait de l'insulinorésistance résultant de l'effet stimulant de la GH sur la néoglucogénèse et la glycolyse hépatique pouvant générer une intolérance aux hydrates de carbone ou un diabète.

Elle peut être révélée par le diabète [1] comme c'est le cas de notre patiente ou rarement à l'occasion d'une complication aiguë acidocétosique [2] ou coma hyperosmolaire [3].

Le diagnostic de l'acromégalie dans notre cas a été fait devant le syndrome clinique dysmorphique, la biologie (IGF1) et la présence d'un adénome hypophysaire à l'IRM. Notre patiente n'a pas d'obésité, ni d'HTA, ni de dyslipidémie ou de complications dégénératives. Contrairement à ce qui a été rapporté dans la littérature [1]. Mais le suivi à la recherche des facteurs de risque athérogène s'impose pour éviter l'évolution vers les complications cardiovasculaires, première cause de mortalité de l'acromégalie.

La patiente a été mise sous insulinothérapie avec un traitement insulino-sensibilisateur, avec prise en charge de son GMHNT et de son acromégalie.

Conclusion

L'acromégalie est une maladie insidieuse pouvant être précédée par des anomalies métaboliques dont le diabète sucré. Penser à l'origine secondaire du diabète pourrait rendre le diagnostic de l'acromégalie plus précoce et améliorer ainsi sa prise en charge.