

37 Aspects thérapeutiques de l'acromégalie

F. Hadjkacem, M. Akrou, N. Charfi, M. Ammar, M. Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie du CHU Hédi Chaker Sfax, Sfax, TUNISIE

Introduction : L'acromégalie est une maladie rare résultant d'une hypersécrétion non freinable d'hormone de croissance. Le traitement peut être chirurgical, médical ou par la radiothérapie. Le but de ce travail est de rapporter notre expérience dans le traitement de l'acromégalie.

Patients et méthodes : Etude rétrospective portant sur 40 patients colligés dans notre service entre 1990 et 2012.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 42 ans avec un sex ratio (F/H) 0.73. L'acromégalie était révélée par une dysmorphie acro-faciale dans 92.5% et un syndrome tumoral hypophysaire dans 57.5%. L'étiologie était un micro-adenome hypophysaire dans 27%, un macro-adenome dans 65% et indéterminé dans le reste des cas (Figure 1).

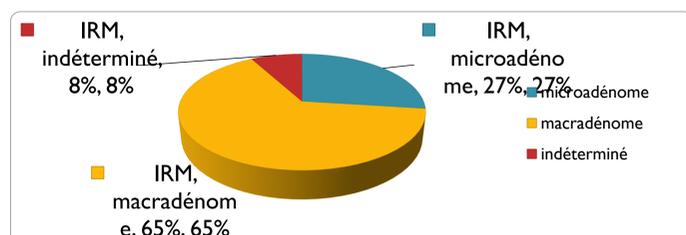


figure 1 : étiologies

Une insuffisance antéhypophysaire et une hyperprolactinémie était retrouvée dans 22% et 25% des cas respectivement. Des complications neurologiques, cardiovasculaires et métaboliques étaient respectivement objectivées dans 20 %; 40%; 60% des cas (figure 2). Le traitement chirurgical était indiqué pour 75% des patients; par voie trans-sphénoïdale pour 86% et le reste par voie sous-frontale ; avec complications type: IAH dans 10% et diabète insipide central dans un seul cas. Un traitement médical était indiqué chez 12.5% (2 pour préparation à la chirurgie et le reste pour les acromégalies d'étiologie indéterminée). Après un recul moyen de 8 ans une rémission était notée dans 25% des cas, il s'agissait de microadénome hypophysaire.

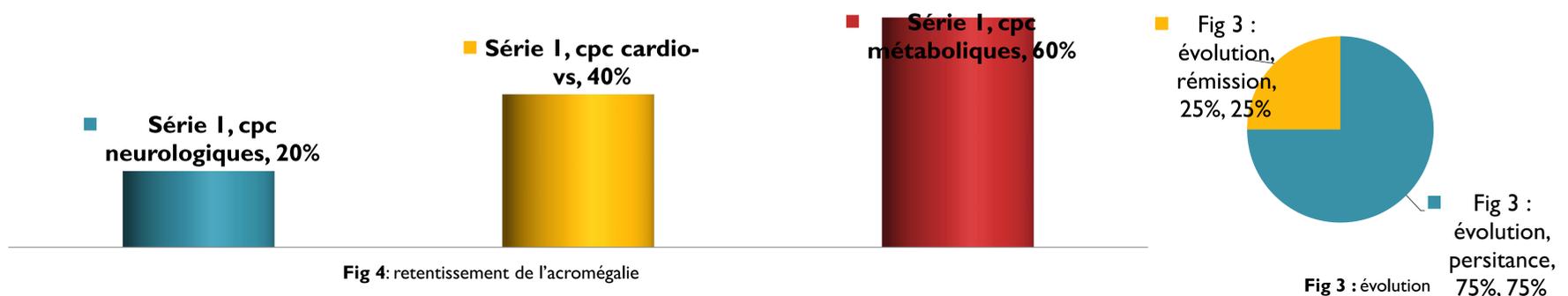


Fig 4: retentissement de l'acromégalie

Fig 3 : évolution 75%, 75%

Pour les acromégalies évolutives, une reprise chirurgicale était réalisée dans 35% des cas, une radiothérapie dans 22.5% des cas et un traitement médical dans un seul cas, sans rémission .

Discussion : L'acromégalie, dont les conséquences systémiques sont multiples, est responsable, en l'absence de traitement, d'une surmortalité et d'une morbidité importante [1]. Les objectifs thérapeutiques cliniques sont de soulager les symptômes, de réduire le volume de la tumeur hypophysaire, d'éviter sa récurrence et d'améliorer la morbidité et la mortalité de l'acromégalie[2]. L'exérèse, par voie trans-sphénoïdale le plus souvent, reste le moyen le plus rapide de réduire les concentrations de GH et d'IGF-I . Les résultats globaux n'ont pas évolué non plus de manière flagrante : une normalisation des concentrations de GH/IGF-I est obtenue dans 40 à 80% des cas environ [3], les résultats dépendant toujours de la taille de la tumeur , des concentrations de GH préopératoires et de l'expérience du chirurgien [3]. La radiothérapie conventionnelle, allonge la durée de suivi : les taux de succès sont de 22% à deux ans, 60% à dix ans et 77% à 20 ans [4] . Les analogues de somatostatine (SA) freinent la sécrétion de GH. Ils induisent un effet antisécrétoire et antitumorale. Ils permettent d'obtenir un abaissement des concentrations de GH chez 60 à 70% des patients et une normalisation de l'IGF-I dans 50 à 80% des cas [5]

Conclusion : L'acromégalie est une affection rare mais grave. Sa prise en charge pose plusieurs problèmes. Un diagnostic précoce est nécessaire pour faciliter la prise en charge et éviter les complications.

Bibliographie :

- 1 Dekkers OM, Biermasz NR, Pereira AM, Romijn JA, Vandenbroucke JP. Mortality in acromegaly : a meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2008;93(1):61-7.
- 2 Melmed S, Casanueva FF, Cavagnini F, Chanson P, Frohman L, Grossman A, et al. Guidelines for acromegaly management. J Clin Endocrinol Metab 2002;87(9):4054-8.
- 3 Jane Jr JA, Starke RM, Elzoghby MA, Reames DL, Payne SC, Thorner MO, et al. Endoscopic transsphenoidal surgery for acromegaly: remission using modern criteria, complications, and predictors of outcome. J Clin Endocrinol Metab 2011;96(9):2732-40.
- 4 Jenkins PJ, Bates P, Carson MN, Stewart PM, Wass JA. Conventional pituitary irradiation is effective in lowering serum growth hormone and insulin-like growth factor-I in patients with acromegaly. J Clin Endocrinol Metab 2006;91(4):1239-45.
- 5 Chanson P. Emerging drugs for acromegaly. Expert Opin Emerg Drugs 2008;13(2):273-93.