

Découverte d'une acromégalie au cours d'une grossesse spontanée au 1er trimestre

L. Zerkowski*^a (Mlle), F. Fassio^a (Dr), M. Salacroup^a (Mlle), I. Raingeard^a (Dr), E. Renard^a (Pr)
^a CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE

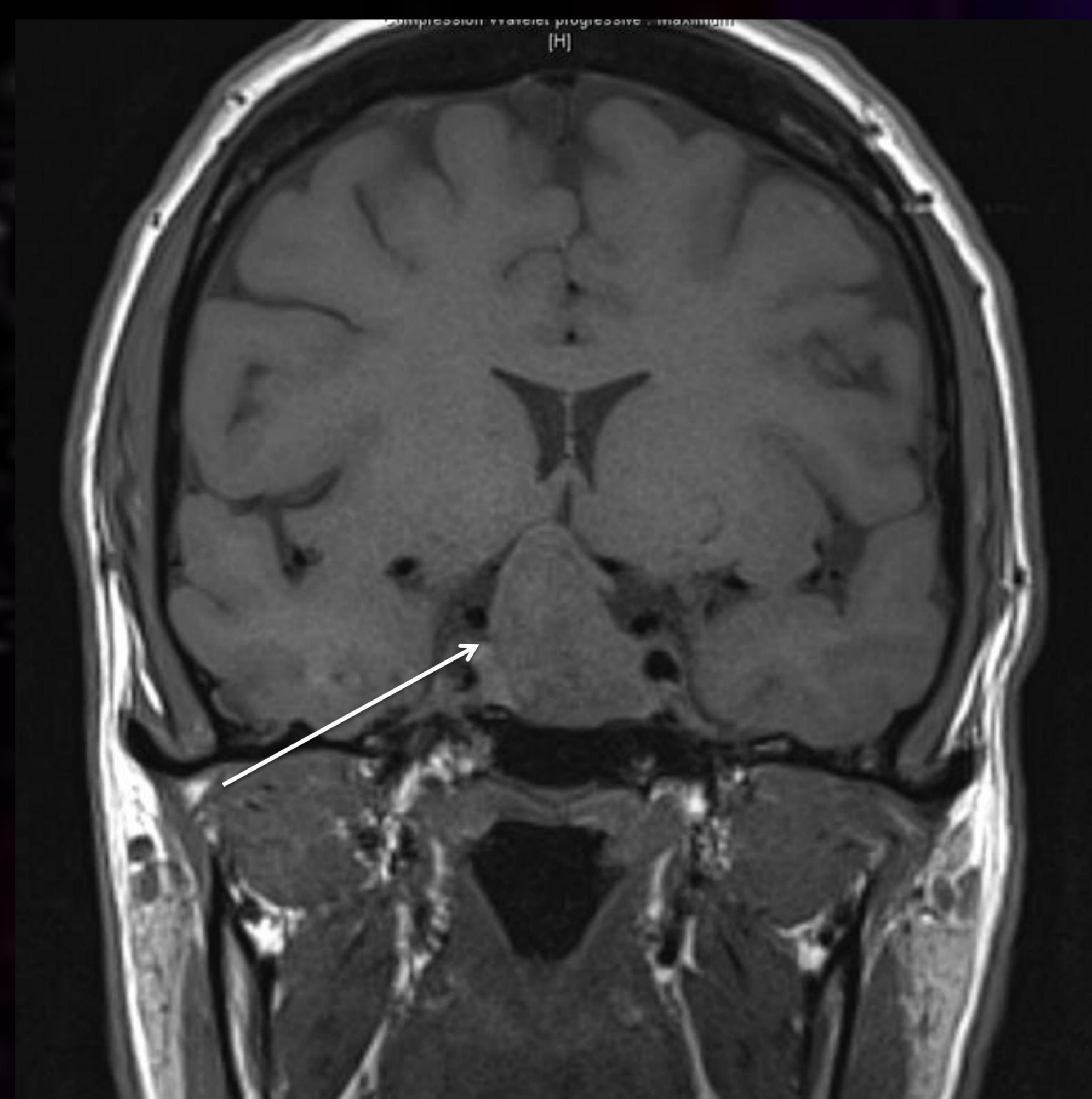


Introduction

L'acromégalie est diagnostiquée de façon exceptionnelle pendant la grossesse.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 34 ans, consultant à 12 semaines d'aménorrhée pour céphalées, baisse d'acuité visuelle à droite (1/10^{ème}) avec quadransopsie bilatérale. L'IRM montrait un macroadénome hypophysaire refoulant le chiasma optique. Cliniquement présence d'un syndrome dysmorphique franc. Biologiquement : IGF1 élevée à 573 ng/ml, GH moyenne à 28.67ng/ml et hyperprolactinémie à 70 ng/ml. Analyse génétique négative. Un traitement médicamenteux a été instauré (Sandostatine LP 30 mg mensuel, Dostinex 0.5 mg hebdomadaire) permettant une amélioration de l'acuité visuelle de 1/10 à 9/10^e en 2 semaines. Au 2^e trimestre devant une aggravation des troubles visuels, une exérèse chirurgicale a été réalisée avec normalisation de l'IGF1 à 166.8 ng/ml et GH moyenne < 1 ng/ml. L'enfant est né en bonne santé.



IRM hypophysaire: Macroadénome hypophysaire avec effet de masse sur le chiasma optique.

HGPO 75g au diagnostic:
GH moyenne à 28,67 ng/ml

Temps	GH (μU/ml)	GH (ng/ml)
0	85,0	28,0
20	75,6	24,9
40	68,2	22,5
1h	68,3	22,5
1h20	81,3	26,8
1h40	84,0	27,7
2h	89,8	29,6
2h20	97,9	32,3
2h40	103,6	34,2
3h	115,7	38,2

Conclusion

Moins de 150 grossesses ont été rapportées chez les patientes acromégales.¹ L'acromégalie est fréquemment associée à une infertilité par insuffisance gonadotrope, hyperprolactinémie ou dysfonction ovarienne.^{2; 3} En cas de macro adénome, la surveillance visuelle doit être mensuelle devant un risque d'augmentation en taille de l'adénome.^{2; 3} Peu d'effets indésirables ont été décrits avec les traitements médicamenteux, cela permet de temporiser si possible la chirurgie jusqu'à la meilleure fenêtre thérapeutique du 2^{ème} trimestre.^{2; 3}

1. Cheng, V. et al. *Pituitary* **15**, 59-63 (2011).
 2. Laway, B. A.. *6, Ther. Adv. Endocrinol. Metab* **6**, 267-272 (2015).
 3. Caron, P. *Ann. Endocrinol* **72**, 282-286 (2011).
 L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.