

Introduction:

L'adénome hypophysaire de la personne âgée représente moins de 10 % de tous les adénomes hypophysaires. Dans la majorité des cas sont des macroadénomes non fonctionnels (80 %), les adénomes à GH ne représente que 13%. Cette observation illustre un cas d'acromégalie sénile révélée par une cétose diabétique.

Observation :

Nous rapportons le cas de la patiente E.A âgée de 72ans aux antécédents personnels d'hypertension artérielle et du diabète type 2 évoluant depuis 3 ans sous insulinothérapie basale en déséquilibre chronique : HBA1C à 9% .Elle a été hospitalisé dans notre service pour prise en charge d'une cétose diabétique sans signes d'appel infectieux ni cardiovasculaires .

A l'examen , la patiente présente un syndrome dysmorphique franc orientant vers une acromégalie : avec un épaissement des lèvres et du nez, prognathisme, élargissement des extrémités , sa TA est 150/90mmHg , son IMC est égale 32 .



Elle a eu une hydratation et une insulinothérapie jusqu'à la correction de la cétose. Le taux d'IGF1 de base et le cycle de GH ont été réalisés confirmant l'acromégalie (nadir de GH sous HGPO à 18,1 ng/ml). L'IRM hypophysaire a mis en évidence un macroadénome de 14mm latéralisé à droite .

Le bilan de retentissement n'a pas montré d'insuffisance antéhypophysaire: (ACTH=26ng/ml T4=11,4pg/ml , prolactinémie =180μUI/ml) ni de syndrome tumoral ,la polysomnographie est revenue normale . Cependant l'échographie cardiaque a montré une cardiopathie hypertrophique et le champ visuel a montré un scotome en arc au niveau de l'œil droit

La patiente a refusé la chirurgie par voie transphénoïdale , elle a été mise sous lanreotide (somatuline*) 30mg tous les quinze jours.

L'évolution clinique est marquée par l'équilibration de son diabète : (HBA1C:8%)et de ses chiffres tensionnelles (TA: 134/80 mmHg à l'auto mesure) ainsi que IGF1 est revenue normale à 270ng/ml . L'IRM hypophysaire de contrôle a montré la diminution de la taille de l'adénome de 2 mm .

Commentaries et Conclusions :

L'acromégalie du sujet âgé est caractérisée par une fréquence accrue de diabète et d'hypertension.

Le pronostic des patients acromégales est inversement corrélé à l'âge du patient, à la durée de la maladie, au dernier taux de GH sous traitement, à l'HTA. L'âge est un déterminant majeur de la mortalité en dehors de l'évolutivité de l'acromégalie.

Au cours de l'acromégalie ,la décompensation cétosique semble être un complication rare résultant d'une insulinoresistance .

Si le patient l'accepte, si l'évaluation du risque est favorable, l'intervention chirurgicale reste le traitement de choix. Sinon, le traitement par analogues de la somatostatine doit être envisagé .En effet son efficacité est démontrée chez les sujets âgés.

Références:

- N Yoshida and others, Ketoacidosis as the initial clinical condition in nine patients with acromegaly : a review of 860 cases at a single institute European Journal of Endocrinology 2013
 Katz, Edwards, Khan, Conway Acromegaly with diabetic ketoacidosis 19969
 Kreze A, Kreze-Spirova E, Mikulecky M. Risk factors for glucose intolerance in active acromegaly. Brazil J Med Biol Res 2001