

Prévalence de l'acromégalie chez les patients consultant pour une suspicion de syndrome d'apnée du sommeil (SAS) : résultats de l'étude ACROSAS.

JL Pépin¹, LM Galerneau¹, AL Borel^{1,2}, O Chabre², M Sapene³, B Stach⁴, J Girey-Rannaud⁵, R Tamisier¹, au nom du conseil scientifique de l'OSFP, Ph Caron⁶

¹ Pole Thorax et Vaisseaux, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), U 1042, HP2 Laboratory (Hypoxia: Pathophysiology), Grenoble Alpes Univ., Grenoble, F-38000 France ; ² Service d'endocrinologie, diabétologie, Grenoble Alpes Univ., Grenoble, F-38000 France ; ³ Centre de pneumologie Rivière, Bordeaux, F-33000 France ; ⁴ Clinique TESSIER, Valenciennes, F-59300 France ; ⁵ Cabinet Pneumologie, Grenoble, F-38000 France ; ⁶ Service d'endocrinologie, CHU Larrey, Toulouse 31059 France



Introduction - objectifs

- L'acromégalie est une affection endocrinienne rare (prévalence 45-125 cas/million) due à l'hypersécrétion de GH par un adénome hypophysaire.
- Le Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS) est surreprésenté chez les patients atteints d'acromégalie, avec une prévalence allant de 45 à 80 %, pour 2 % à 6 % des femmes et 4 % à 15 % des hommes dans la population générale. La forme obstructive du SAS est la plus fréquente chez ces patients, avec le gonflement de la lèvre, la macroglossie et les déformations maxillo-faciales, signes typiques de l'acromégalie et souvent retrouvés chez ces patients. La question se pose donc d'un dépistage de l'hypersécrétion somatotrope parmi les patients consultant pour un SAS.
- L'objectif de cette étude est d'évaluer, de manière prospective, la prévalence de l'acromégalie chez des patients récemment diagnostiqués avec un SAS.

Méthodologie

- Patients vus pour une suspicion de SAS au CHU de Grenoble et chez 10 pneumologues libéraux de Novembre 2013 à Octobre 2014. Les données cliniques et co-morbidités étaient renseignées, une polysomnographie/polygraphie et un dosage de l'IGF-1 étaient réalisés. Lorsque l'IGF-1 était élevé (fonction de l'âge et du sexe), un dosage de GH au cours de l'HGPO était réalisé. Une hypersécrétion somatotrope imposait une IRM hypophysaire et une consultation endocrinologique afin d'affirmer une acromégalie.

La **figure 1** présente la population de l'étude

Résultats

- Parmi 873 patients vus pour suspicion de SAS, 817 ont eu un dosage d'IGF-1 (**Tableau 1**) et 755 une polysomnographie/polygraphie.
- 567 avaient un SAS+ (index apnée/hypopnée ≥ 15) : il s'agissait d'hommes (68 %), plus âgés (54 ± 12 vs 48 ± 13 ans, $p < 0,0001$), ayant un IMC plus important ($31,4 \pm 6,6$ vs $29,0 \pm 6,0$ kg/m², $p < 0,0001$) par rapport aux 188 patients SAS-.
- Parmi les patients SAS+, 5 avaient une augmentation de plus de 10 % de l'IGF-1, et 2 présentaient une acromégalie secondaire à un macroadénome somatotrope.
- Aucun patient SAS- n'avait une acromégalie.
- La prévalence sur l'ensemble des patients consultants pour suspicion de SAS était de 0,25 % ; 90 % IC = [0,05 % - 0,93 %] La prévalence chez les patients apnéiques était de 0,35 % ; 90 % IC = [0,08 % - 1,19 %]. (soit 27 fois plus que dans la population générale).

Conclusions

- Parmi les patients SAS+, la prévalence de l'acromégalie est supérieure à 35/10000, et est plus importante que dans la population générale. Des études ultérieures doivent évaluer le coût/efficacité du dépistage de l'acromégalie par le dosage de l'IGF-1 chez les patients présentant un SAS.

Figure 1. Population de l'étude

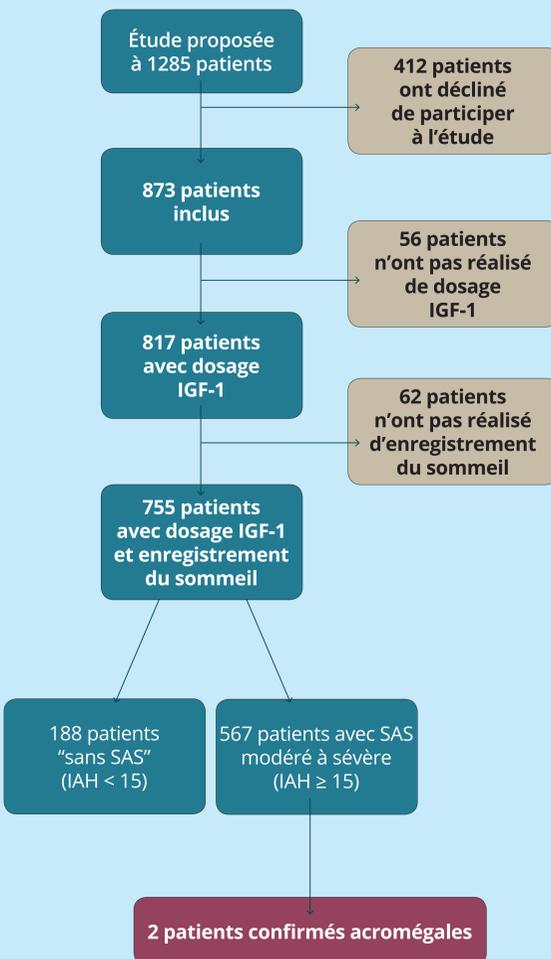


Tableau 1. Caractéristiques des patients ayant eu un dosage de l'IGF-1

Critères	N = 817
Données démographiques (ET)	
Âge, ans	53 (44 ; 61)
Sexe, % hommes	63,9
IMC, kg/m ²	29,8 (26,1 ; 34,5)
Apnée du sommeil (ET)	
IAH, nb/h (n = 755)	25,3 (15 ; 41)
Échelle de somnolence d'Epworth/24	9 (5 ; 13)
Biologie (ET)	
IGF-1, ng/ml	138 (109 ; 176)
Glycémie à jeun, g/l	1 (0,9 ; 1,1)
Cholestérol total, g/l	2 (1,8 ; 2,3)
LDL-cholestérol g/l	1,2 (1 ; 1,5)
HDL-cholestérol g/l	0,5 (0,4 ; 0,6)
Triglycérides, g/l	1,2 (0,9 ; 1/7)
Comorbidités	
Tabagisme ancien, %	31,5
Tabagisme actif, %	18,8
Hypertension artérielle, %	39,2
Diabète, %	
Nb	92,4
Type 1	2,9
Type 2	2,9
Hypercholestérolémie, %	21,4
Hypertriglycéridémie, %	3,8
Coronaropathie, %	2,6
Troubles du rythme, %	4,8
AVC, %	2,9
Insuffisance cardiaque, %	2
Reflux gastro-œsophagien, %	18,3
Dépression, %	11
Artériopathie périphérique, %	1,7
Glaucome, %	2,2
Pathologie thyroïdienne, %	6

Figure 2. Signes cliniques et symptômes de l'acromégalie dans la population générale, et selon la présence ou non d'un SAS

