

Hypoglycémie organique et grossesse : Une cause exceptionnelle.

C Ambonville (Dr), J Certon (Dr), S Olivier (Dr), L Vittaz (Dr)

Hôpital Robert Ballanger, service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, Aulnay sous Bois, France



Introduction

- Les hypoglycémies (HG) organiques d'origine extra-pancréatiques sont rares, et habituellement en rapport avec de volumineuses tumeurs mésoenchymateuses.
- Voici l'observation d'une jeune femme de 30 ans, enceinte, hospitalisée pour des HG sévères.
- Ces dernières seront finalement rapportées à un carcinome hépato-cellulaire (CHC) métastatique, compliquant une hépatite B (HBV) active.

Observation

Il s'agit d'une femme âgée de 30ans, primigeste, enceinte à 30 SA, hospitalisée pour coma hypoglycémique (glycémie veineuse à 0,21g/l).

Elle est Sénégalaise, élevée à Dakar, arrivée en France récemment. Elle n'a pas d'antécédent particulier.

À l'interrogatoire, elle décrit des épisodes similaires à répétition, sans crise convulsive (asthénie, céphalées, vision trouble, puis perte de connaissance).

Son examen clinique est normal. Biologiquement : Insulinémie, pro-insulinémie et peptide C ont des taux nuls.

Le scanner abdo-pelvien retrouve une formation tissulaire hépatique de 12,5cm, avec de multiples localisations hépatiques de petite taille, et un « lâcher de ballon » pulmonaire.

L'alpha foeto-protéine est > à 60 000ng/ml. Une HBV active est mise en évidence, avec un ADN viral à 35 000 copies/ml.

La biopsie (scanno-guidée) répond qu'il s'agit d'une « tumeur maligne invasive. L'étude immuno-histochimique ne note des marqueurs endocrines négatifs, mais un CD 117 positif »

Diagnostic

CHC multifocal, avec métastases pulmonaires synchrones, compliquant une HBV active

Bibliographie :

- (1) Chanson P. Traité d'endocrinologie, 1109-11
- (2) Kao JH. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2015 Dec;29(6):907-17
- (3) Levrero M. J Hepatol. 2016 Apr;64(1 Suppl):S84-101
- (4) Xu C. Cancer Lett. 2014 Apr 10;345(2):216-22
- (5) Qu Q. Am Surg. 2014 Feb;80(2):191-6.
- (6) Kubo S. World J Gastroenterol. 2015 Jul 21;21(27):8249-55

Conflit d'intérêt : aucun

Traitement

enfant

Extraction foetale à 33 SA – 1 jour
+ vaccination (3 doses, naissance, M2, M6)

Nouveau né de sexe féminin,
non infecté par le VHB après traitement préventif,
en bonne santé après 15j en néonatalogie

mère

1ère ligne : Ténofovir 245 mg, et Sorafénib PO 800mg/jour
2ème ligne : Gemcitabine IV 12 cures
3ème ligne : soins de support

Décès 1 an après le diagnostic

Discussion

Les HG organiques, contrairement aux hypoglycémies fonctionnelles, sont exceptionnelles durant la grossesse (1).

L'infection par le VHB atteint actuellement 250 millions de personnes dans le monde. L'Afrique est une zone endémique, avec une prévalence de l'ordre de 10%. La transmission verticale, de type materno-foetale, y est prédominante (2).

Les CHC sur ce terrain sont fréquents, avec une incidence évaluée entre 1-5/100 patients-années, en faisant la 3ème cause de mortalité par cancer dans le monde. La physiopathologie repose sur l'intégration de l'ADN viral dans le génome de l'hôte, responsable d'une prolifération cellulaire accrue (3).

Des facteurs favorisants ont été identifiés (tableau 1) (4).

Les hypoglycémies sont souvent multifactorielles (tableau 2) (5).

Hôte : sexe masculin, âge >40ans, cirrhose, ATCD familiaux, co-infection VHC, abus d'alcool

Virus : taux élevé ADN viral, taux élevé d'Ag HbS, Ag HbE positif, génotype C, mutation proC/BCP

Tableau 1. Facteurs favorisant l'apparition d'un CHC chez les patients HBV.

- consommation excessive de glucose par la tumeur, sans rapport avec une sécrétion d'IgF2.
- destruction du parenchyme hépatique sain avec altération de la néoglucogénèse.

Tableau 2. Etiologies des hypoglycémies.

Le traitement dans les formes localisées repose essentiellement sur la résection tumorale, et parfois sur la transplantation hépatique.

Le contrôle de la réplication virale est indispensable, associant l'interféron et les analogues nucléotidiques tels que la Lamivudine, l'Adéfovir ou l'Entécavir. L'ablation par radiofréquence ou chimio – embolisation est parfois préférée, surtout chez les patients âgés, ou en cas de CHC multifocal et/ou d'invasion portale.

Le traitement dans les formes métastatiques repose sur un inhibiteur de tyrosine kinase, le Sorafénib (6).

Le meilleur traitement reste néanmoins **préventif** : c'est la **vaccination** contre l'HBV.