

Conséquences materno-foetales d'un traitement par les analogues de la somatostatine au cours des grossesses chez les patientes présentant une acromégalie.

M. Vialon (Dr), S. Grunenwald (Dr), C. Mouly (Dr), D. Vezzosi (Dr), A. Bennet (Dr), Ph. Caron (Pr)
Service d'Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition, CHU Larrey, Toulouse, FRANCE

Peu de données sont disponibles sur les éventuelles conséquences d'un traitement par les analogues de la somatostatine (SSA) au cours des grossesses chez les patientes acromégales.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les conséquences des analogues de la somatostatine sur :

- Les malformations fœtales
- Les évènements materno-foetaux

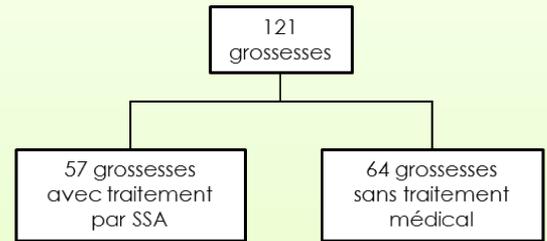
2 analyses distinctes regroupant au total **133 grossesses chez 121 patientes** ont été réalisées.

I. Données de la littérature

Nous avons recensé 30 études publiées entre 1997 et 2017.

121 grossesses ont été incluses :

- 64 sans traitement médical pour l'hypersécrétion somatotrope
- 57 traitées par SSA (sans autre traitement médical pour l'hypersécrétion somatotrope)
 - 2/3 des patientes : Octréotide
 - 1/3 des patientes : Lanréotide



a. Caractéristiques initiales

Caractéristiques initiales	Patientes traitées N = 57		Patientes non traitées N = 64		p
	%	DM	%	DM	
Age (ans)		18		30	0,11
moyenne	32,4		30,1		
Adénome		17		15	0,21
micro	3	7,5%	9	18,4%	
macro	37	92,5%	40	81,6%	
Découverte pendant la grossesse		16		3	0,046
oui	1	2,4%	10	16,4%	
non	41	97,6%	51	83,6%	
Traitements antérieurs				8	0,088
Chirurgie		17			
oui	37	92,5%	44	78,6%	
non	3	7,5%	12	21,4%	
Radiothérapie		16		4	0,54
oui	6	14,6%	6	10%	
non	35	85,4%	54	90%	
Traitement médical		0		3	< 0,001
non	0		34		
oui	57		27		

b. Évènements maternels

Évènements maternels	Patientes traitées N = 57		Patientes non traitées N = 64		p
	%	DM	%	DM	
DG		17		9	1
oui	2	5%	2	3,6%	
non	35	87,5%	51	92,8%	
DT2 antérieur		3		2	3,6%
HTA gravidique		16		11	0,227
oui	1	2,4%	5	9,4%	
non	40	97,6%	48	90,6%	
Céphalées		11		10	1
oui	5	10,9%	7	12,9%	
non	41	89,1%	47	87,1%	
IGF-1 postpartum		41		43	1
normal	2	12,5%	3	5,6%	
augmenté	14	87,5%	18	94,4%	
Taille adénome en post-partum		38		45	0,224
augmentation	5	26,3%	2	10,5%	
stable	13	68,4%	13	68,4%	
diminution	1	5,3%	4	21,1%	

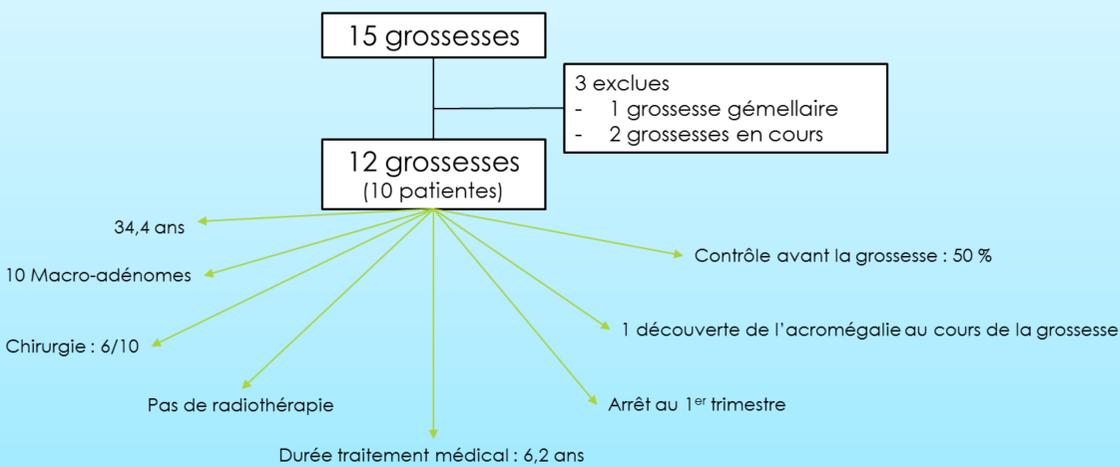
c. Évènements foetaux

Évènements foetaux	Patientes traitées N = 57		Patientes non traitées N = 64		p
	%	DM	%	DM	
Terme		24		34	0,328
< 37 SA	1	3,0%	3	10%	
>= 37 SA	32	97%	27	90%	
Poids (en gramme)		24		36	0,904
moyenne	3531		3564		
Poids (qualitatif)		20		12	0,265
microsome	5	13,5%	3	5,8%	
normal	24	64,9%	41	78,8%	
macrosome	8	21,6%	8	15,4%	
Taille (en centimètre)		41		56	0,17
moyenne	50,8		54,6		
Malformation	0		1		

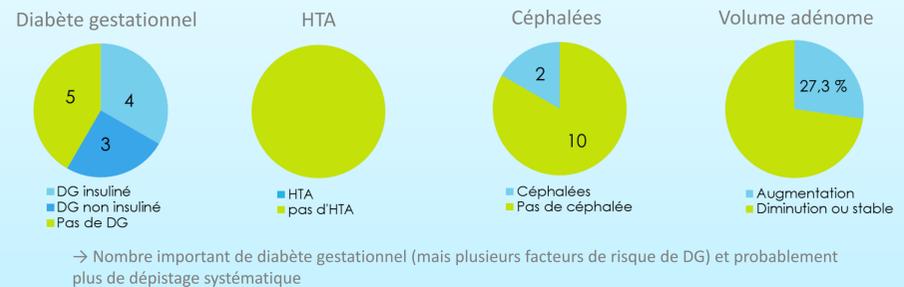
II. Patientes suivies au CHU de Toulouse

15 grossesses chez 12 patientes acromégales depuis 2005.

- Lanréotide (de 60 à 120 mg toutes les 4 semaines, 90 mg en moyenne)
- Octréotide (30 mg toutes les 4 semaines, 30 mg en moyenne)



➤ Évènements maternels



➤ Évènements foetaux

Terme de naissance	
< 37 SA	1
≥ 37SA	11
Poids (moyenne, g)	3464
Microsome	1
Macrosome	1
Taille (cm)	50,7
Malformation	0

Conclusion

Cette étude comporte deux analyses regroupant au total 133 grossesses chez 119 patientes.

- Objectif principal **Aucune malformation congénitale rapportée**

➤ Évènements maternels

- Céphalées** ➤ Pas d'augmentation significative à l'arrêt du traitement
- Hypertension artérielle gravidique** ➤ Pas d'impact des SSA
➤ **8,5 % versus 4,8 %** si hypersécrétion somatotrope non contrôlée
- Diabète gestationnel** ➤ Pas d'impact des SSA
➤ **6,7 % versus 5 %** si hypersécrétion somatotrope non contrôlée

Patientes suivies au CHU de Toulouse :

- 58,3 %
- Dépistage

➤ Évènements foetaux

- Prématurité : non augmentée**
- Poids et taille de naissance** ➤ Si traitement par SSA :
 - + de microsomie : **13,5 vs 5,8 %**
 - + petite taille : **50,8 vs 54,6 cm**
- Si hypersécrétion somatotrope :
 - + de macrosomie : **11,9 vs 0 %**
 - + grande taille : **51,4 versus 48 cm**

Ces résultats suggèrent :

- 1) que le traitement par les analogues de la somatostatine n'augmente pas le risque de malformation congénitale,
- 2) qu'un dépistage du diabète gestationnel doit être réalisé chez les patientes acromégales à risque (âge > 35 ans, BMI > 25 kg/m², antécédents familiaux de diabète) traitées par les analogues de la somatostatine.