

**La grossesse au cours de
l'acromégalie : Evénement
possible :Expérience du centre
Pierre et Marie Curie d'Alger.**

**S.Achir ,S.Mimouni
Centre Pierre et Marie Curie -
Alger**

INTRODUCTION:

- L'acromégalie représente l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées à l'hypersécrétion autonome, non freinable de l'hormone de croissance (GH).
- La survenue d'une grossesse chez une acromégale est rarement décrite en raison du retentissement de la tumeur hypophysaire sur l'axe gonadotrope.
- Par ailleurs, la grossesse peut aggraver la sécrétion de GH et le volume tumoral

OBJECTIF

- Étudier la fertilité et la grossesse chez les acromégales , et ce à travers cinq cas colligés dans le service d'endocrinologie du Centre Pierre et Marie Curie d'Alger.

Matériels et Méthode

- Matériels: 5 grossesses (1 en 2011, 2 en 2012, 2 en 2013)

	Patiente 1(2grossesses)	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4
Age(ans)	40/44	26	30	37
Diagnostic	2004	2004	2009	2013
Durée de la maladie(ans)	7	8	1	8
IRM	Macroadénome 26x24x22mm	Macroadénome 12mm	Macroadénome 16mm	Microadénome
GH(μui/ml)	200,18	88,08	122	44
IGF1	NF	NF	790ng/ml	690
PRL(μui/ml)	1468	28,71	22,32	96
CV	NL	NL	NL	NL
IAH	globale	absence	absence	absence
DS/HTA	RAS	RAS	RAS	RAS

Traitement

	Patiente 1(2grossesses)	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4
CHIRURGIE	2005	2reprises(2004,2006)	2010	2014
IRM	STV	Reliquat 7mm	Reliquat 9 mm	NL
GH/IGF1/PRL	60,7/NF/40	7,08/603/12,17	15,38/669,62/23	Grossesse en cours
Evolution clinique	Reprise du cycle /IC/IT	Pas d'IAH	Pas d'IAH	Pas d'IAH
Trt complémentaire	Radiothérapie AS+parlodel	AS	Parlodel	AS

- ✓ Acromégalie contrôlée (n= 1) et active (n=3) au moment de la grossesse
- ✓ Arrêt du trt par AS (n=2), maintien des AD dans 1 cas
- ✓ Aucun trt (n=1)

Méthode:

- Diagnostic d'acromégalie :HGPO/GH et IGF1 (n=1)
- IGF1 avant la conception et à T1, T2,T3 et dans le post partum.
- IRM hypothalamo-hypophysaire et CV avt et après l'accouchement.
- Recherche d'un diabète sucré par HGPO/glycémie à la 26^{ème} SA.
- Recherche d'une HTA
- Incidents liés à l'accouchement (AP, voie de délivrance)
- Examen des nouveaux-nés (malformations , variation du PN)

RESULTATS

✓ La conception a eu lieu : 7ans, 8 ans et 1 an après le diagnostic de l'acromégalie et 1 au moment du diagnostic.

✓ Spontanée dans 5 cas

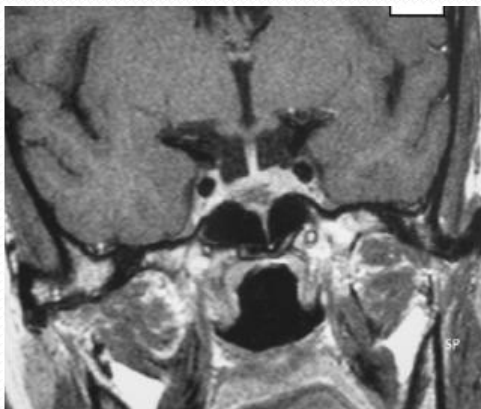
Évolution de l'IGF1 avant, au cours de la grossesse et dans le post-partum.

IGF1 (ng/ml)	Patiente1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4
Avt la grossesse	S/AS 119,40	732,66	669,6	
T1	115	620,93	623,4	690
T2	135	319,7/DS	690	797
T 3	154	205/DS	750	728
Post partum	88,38	463	720,2	825

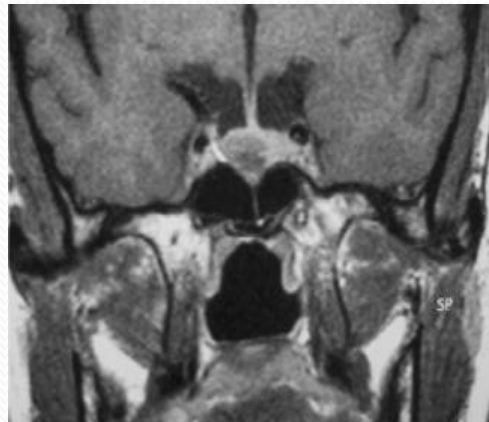
Évolution de l'IRM et du CV avant la grossesse et dans le post-partum.

	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4
Avt	STV	NL	Reliquat 09mm	Microadénome 8mm
Après	STV	En cours	12 mm	14mm
CV	NL	NL	NL	NL

Il n'y a eu augmentation du volume de l'adénome dans 2 cas mais sans retentissement visuel (Patiente 3 et 5)



Avant la conception



Après l'accouchement

COMORBIDITES ASSOCIEES

	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4
DS	NON	OUI	NON	OUI
HTA	NON	NON	NON	NON

COMPLICATIONS FŒTALES:

- Accouchement à terme par voie basse (n=4), césarienne (n=1) (dépassement de terme).
- Aucune malformation fœtale majeure
- Le poids de naissance (2800, 3500, 3000g,3200g,3300g).
- Allaitement n'a pas été permis que pour le patiente 1 , car reprise des AS après l'accouchement et augmentation des doses des AD pour patiente 3

DISCUSSION

- ❖ La grossesse chez une femme acromégale est rare du fait du retentissement du volume adénomateux de l'hyperprolactinémie fréquente ou de l'hypersécrétion de GH et de l'IGF 1 sur l'axe gonadotrope. Dans notre série, la grossesse a été spontanée (fonction gonadique conservée)
- ❖ Une grossesse chez une patiente présentant une acromégalie pose plusieurs problèmes:
 - Le risque tumoral: chez environ 10% des patientes présentant un macro adénome, surtout lorsque l'acromégalie est diagnostiquée au cours de la grossesse. Dans notre série, on a constaté une augmentation de volume de l'adénome dans 1 cas, ceci peut s'expliquer que cette acromégalie était déjà non contrôlée avant la conception.

- En présence d'un syndrome tumoral clinique, on réalisera une IRM sans injection de gadolinium.
- En cas d'augmentation de volume de l'adénome , on préconise un traitement dopaminergique et la chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical. Malgré le maintien de la patiente 2 sous de faibles dose d'AD, le volume tumoral a augmenté mais sans conséquences sur la fonction visuelle
- Une amélioration des signes cliniques a été aussi rapportée pouvant s'expliquer par: l'efficacité d'une radiothérapie antérieure ou d'un traitement par analogue de la somatostatine ou encore par l'état de résistance à la GH secondaire à l'hyperoestrogénie. Dans notre série , on n' a pu apprécier cette amélioration chez la patiente 1 ou la guérison coïncidait avec la grossesse.

- Le risque materno-foetal: diabète gestationnel, hypertension gravidique , absence de risque malformatif ou de risque d'accouchement prématuré. Certains décrivent aussi un risque de macrosomie fœtale. Dans notre série les grossesses se sont déroulées sans complications sauf pour la patiente 2.
- ❖ La surveillance de la concentration plasmatique de l'IGF-1 n'a pas d'intérêt au cours de la grossesse compte tenu de la sécrétion placentaire de GH. Nous avons constaté en présence d'un diabète sucré chez la patiente 2, les taux d'IGF1 ont été faussement normaux .
- ❖ En l'absence de complication pendant la grossesse, l'allaitement est autorisé.

CONCLUSION

- L'acromégalie reste une cause rare d'infertilité.
- La grossesse paraît un facteur aggravant l'acromégalie chez les patientes non contrôlées, elle expose au risque de complications à type diabète et d'hypertension artérielle ainsi qu'une augmentation de la taille de l'adénome.
- Toutes ces données doivent être confirmées par des études prospectives.



MERCI DE VOTRE
ATTENTION