

# Troubles de la Tolérance Glucidique chez le patient acromégale : Prévalence, facteur de risque et profil évolutif

M.IMAOUEN, M.M.LARWANOU, H.EL OUAHABI

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition CHU Hassan II. Fès/Maroc

## Introduction:

L'acromégalie est diabétogène du fait de l'insulinorésistance résultant de l'effet stimulant de la GH sur la néoglucogenèse et la glycolyse hépatique. Le but de notre travail est d'étudier la prévalence des Troubles de la Tolérance Glucidique (TTG) au cours de l'acromégalie et de déterminer ses facteurs de risques, ainsi que le profil évolutif pour une surveillance adaptée.

## Matériels et méthodes:

Etude rétrospective sur 7 ans (2009 à 2016) ayant concerné 38 patients acromégales hospitalisés dans notre service. Nos malades ont été répartis en deux groupes : le 1er groupe (G1 : n = 26) comprend des patients diabétiques ou présentant une intolérance au glucose, et le 2e groupe (G2 : n = 12) comprend des patients sans TTG.

## • Résultats :

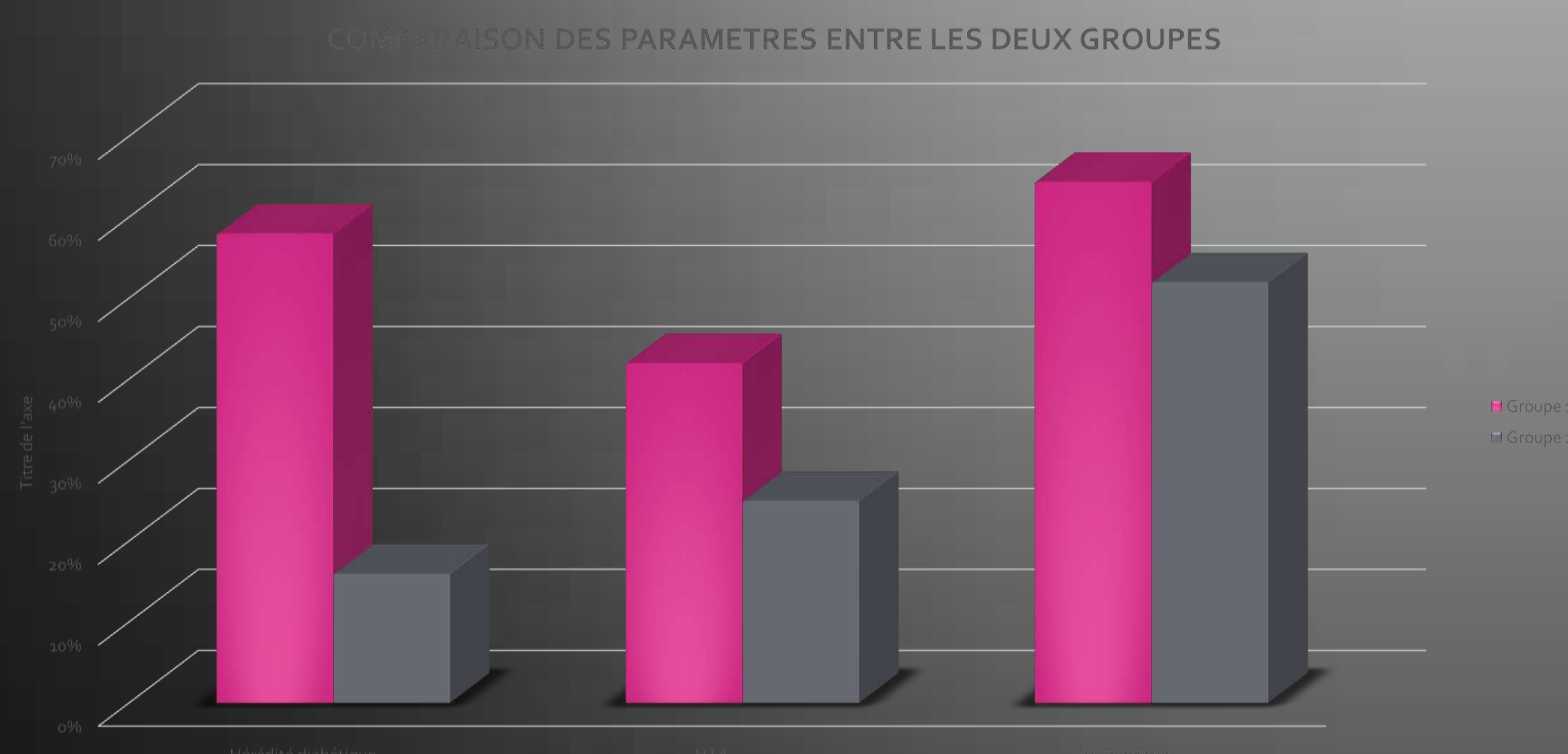
Dans notre série, l'âge moyen des patients est de 50 ans +/- 10,85, constituée majoritairement de femme avec un sexe ratio (femme/homme) de 3.22. La prévalence des TTG dans notre échantillon est de 68.4 %, l'hérédité diabétique est notée dans 58 % des cas chez le G1 et dans 16 % des cas chez le G2 ( $p = 0,018$ ), l'HTA est retrouvée dans 42 % des cas chez le G1 contre 25 % des cas chez le G2 ( $p = 0,304$  : NS), la dyslipidémie dans 64,4 % des cas chez le G1 contre 52 % chez le G2 ( $p = \text{NS}$ ), L'IMC moyen est de 28,7 kg/m<sup>2</sup> chez le G1, 28,3 kg/m<sup>2</sup> chez le G2 ( $p = \text{NS}$ ). Le taux moyen de GH est de 21ng/ml chez le G1 contre 26ng/ml chez le G2 ( $p = \text{NS}$ ). L'évolution des TTG après traitement de l'acromégalie note une rémission chez 22 de nos patients, soit 57,89%.

## • Discussion:

La prévalence du diabète au diagnostic de l'acromégalie varie fortement de 19 à 56%, et celle de l'intolérance glucidique (IG) de 16 à 46% [1]. Dans notre étude, seule l'hérédité diabétique est significativement associée à la survenue d'un TTG chez le patient acromégale, et ce en accord avec la littérature [1,2,3]. La relation avec les autres facteurs, notamment le taux de GH, reste controversée. Dans une étude du registre français d'acromégalie incluant 519 patients [3], le taux de GH ne représentait pas un facteur de risque, contrairement à d'autres études [2]. Le taux d'amélioration des troubles du métabolisme glucidique après traitement de l'acromégalie est encore plus variable selon les modalités thérapeutiques [3].

## • Conclusion :

Du fait de la prévalence élevée des TTG au cours de l'acromégalie, un suivi rigoureux s'impose chez l'ensemble des patients notamment ceux qui ont une hérédité diabétique pour déceler leur survenue. Le traitement de l'acromégalie permettra une rémission complète dans la majeure partie des cas.



## • REFERENCES:

[1] V Dreval, I V Trigolosova, I V Misnikova, Y A Kovalyova, R S Tishenina, I A Barsukov, A V Vinogradova and B H R Wolffenbuttel Prevalence of diabetes mellitus in patients with acromegaly. Endocr Connect 2014

[2] Espinosa-de-Los-Monteros AL, Gonzalez B, Vargas G, Sosa E & Mercado M . Clinical and biochemical characteristics of acromegalic patients with different abnormalities in glucose metabolism. Pituitary2011

[3] Fieffe S, Morange I, Petrossians P, Chanson P, Rohmer V, Cortet C, BorsonChazot F, Brue T & Delemer B. Diabetes in acromegaly, prevalence, risk factors, and evolution: data from the French Acromegaly Registry. European Journal of Endocrinology 2011