



## ACROMEGALIE CHEZ LE SUJET AGE : A PROPOS D'UN CAS

**Zimi K, Sekkal I, Bouabdellah M, M'hamdi Alaoui A, Benchekroun L**  
Laboratoire Central de Biochimie – CHU Ibn Sina de Rabat

### Introduction :

L'acromégalie englobe l'ensemble des manifestations cliniques induites par une exposition chronique à un excès endogène d'hormone de croissance (GH). Bien qu'elle puisse apparaître à tout âge, elle demeure néanmoins exceptionnelle chez le sujet âgé. L'objectif de notre observation est de décrire l'aspect clinique, radiologique et biologique de l'acromégalie chez le sujet âgé.

### Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans, sans antécédents notables, consultant pour asthénie et des troubles visuels. L'examen clinique a objectivé un syndrome dysmorphique acro-facial évoquant une acromégalie. L'IRM hypothalamo-hypophysaire a révélé un macroadénome hypophysaire. Par ailleurs, l'échographie cervicale a mis en évidence un goitre multinodulaire toxique. L'acromégalie a été confirmée par des taux élevés d'IGF1 à 592.20 ng/ml et de h-GH à 3.98 ng/ml. Le bilan de retentissement a montré une insuffisance gonadotrope caractérisée par des taux bas de FSH (19,47 mUI/ml) et de LH (1,83 mUI/ml), ainsi qu'une hyperthyroïdie frustre avec une TSHs à 0.05 µUI/ml, sans atteinte corticotrope. Sur le plan métabolique, la patiente a présenté un diabète et une hypertension artérielle secondaire. Face à ce tableau clinico-biologique et radiologique, la patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de son adénome hypophysaire.

### Discussion :

#### ▪ Aspects biologiques :

L'acromégalie chez le sujet âgé représente une entité clinique rare, souvent difficile à diagnostiquer en raison de symptômes peu spécifiques qui peuvent être confondus avec des maladies dégénératives liées à l'âge

#### ▪ Présentation clinique et radiologique :

Dans le cas observé, notre patiente présente une acromégalie due à un macro adénome hypophysaire, ce qui est conforme aux données des guidelines de l'Endocrine Society. Bien que l'acromégalie soit rarement diagnostiquée chez les sujets âgés, elle est souvent sous-diagnostiquée en raison de symptômes similaires à ceux du vieillissement, comme la fatigue et les douleurs articulaires. Le macroadénome hypophysaire, généralement de grande taille au moment du diagnostic, est fréquemment observé dans l'acromégalie, comme chez cette patiente. L'association avec un goître multinodulaire toxique est une complication rare mais notable.[1-2]

La confirmation biologique de l'acromégalie repose sur des taux élevés d'IGF1 et de GH, mais chez les sujets âgés, ces valeurs doivent être interprétées avec précaution en raison de la diminution physiologique de l'IGF1 avec l'âge. Cela complique parfois le diagnostic, car les valeurs de référence d'IGF1 sont souvent plus basses chez les patients âgés [4,5,6]. L'insuffisance gonadotrope et l'hyperthyroïdie subclinique observées dans ce cas sont des manifestations courantes des macroadénomes hypophysaires, qui peuvent comprimer l'axe hypothalamo-hypophysaire et entraîner une insuffisance des autres axes hormonaux [7,8].

#### ▪ Prise en charge :

Le traitement principal était l'exérèse chirurgicale du macroadénome hypophysaire, conformément aux recommandations. Les analogues de la somatostatine peuvent être une alternative si la chirurgie est contre-indiquée ou échoue, mais leur efficacité est limitée pour les macroadénomes volumineux [9,10].

### CONCLUSION:

La biologie médicale garde sa place incontournable dans le diagnostic de l'acromégalie, surtout en cas de forte suspicion clinique. Effet, un taux très élevé d'IGF1 constitue un indicateur diagnostique majeur de cette pathologie, surtout chez les personnes âgées, où les complications sont souvent graves.

### Références bibliographiques:

- [1]. Katznelson L, Laws ER, Melmed S, et al. Acromegaly: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014.
- [2]. Colao A, Grasso LFS, Pivonello R. Acromegaly. *Endotext*. 2021.
- [3]. Melmed S. Acromegaly. *N Engl J Med*. 2006.
- [4]. Holdaway IM, Rajasoorya C. Epidemiology of acromegaly. *Pituitary*. 1999.
- [5]. Colao A, Auriemma RS, Pivonello R, et al. Acromegaly: from pathogenesis to treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2011.
- [6]. Giustina A, Barkan A, Casanueva FF, et al. Criteria for the cure of acromegaly: a consensus statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010.
- [7]. Chanson P, Salenave S. Acromegaly. *Orphanet J Rare Dis*. 2008.
- [8]. Reid TJ, Post KD, Bruce JN, et al. Acromegaly: radiologic correlates. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005.
- [9]. Karavitaki N, Wass JA. Pituitary adenomas: epidemiology, pathogenesis and management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2005.
- [10]. Colao A. Complications of acromegaly: cardiovascular, respiratory and