

Syndrome de Cushing

Introduction \approx Sd métabolique, faux (+), (-), ACTH ^{dpd} indp, chirurgie

Epidémiologie

Clinique :

1. Obésité
2. Signes cutanés
3. Ostéoporose et ostéopénie
4. Troubles gonadiques
5. Troubles psychiatriques
6. Risque CV élevé

Biologie : Bilan : non H)
H) mise en évidence

Excess de sécrétion de cortisol
perte du rythme circadien
↳ Résistance relative au rétrocontrôle
freinage [minute
suble

Etiologies

ACTH dépendant

maladie de Cushing

Sd paraneoplasique

ACTH indépendant

Tumeurs surrenaliennes unilat.

Atteinte surrenalienne bilat.

Esprit
particulaires

Dg diff

Traitement :

But

Medical :

Préparat° à la chir

Ketoconazole

Metyprone

Antihyperglycémiant

Mifepristone

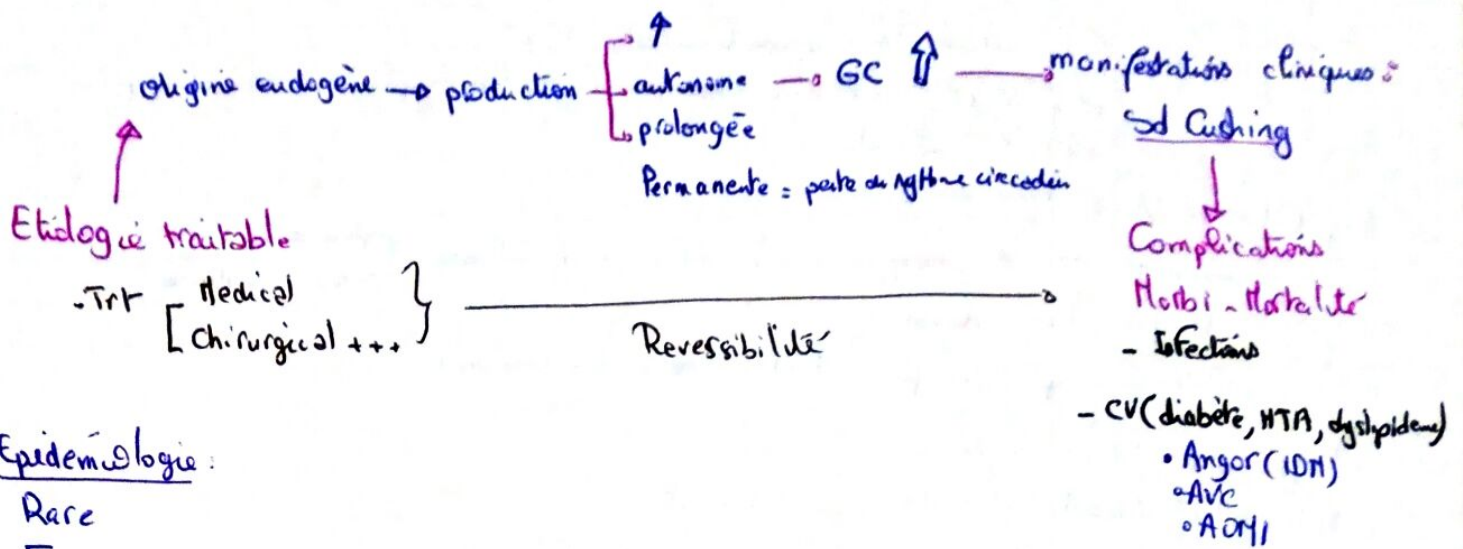
Autres

Chirurgie
étiologique

Radiothérapie hypophysaire

Syndrome de Cushing

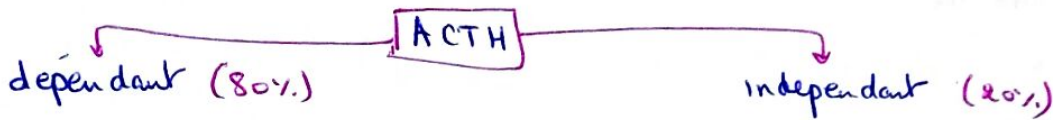
Introduction



Epidémiologie:

Rare

Femme (3:1); âge moyen ~ 40 ans



Adénome hypophysaire (maladie de Cushing) (80%)

Origine ectopique (20%)

Clinique

Troubles psychiatriques

Obésité facio-tronculaire / amyotrophie des ceintures

S. cutanés

Risque cardiovasculaire

Troubles gonadiques

Ostéoporose et ostéopénie

1) Troubles psychiatriques:

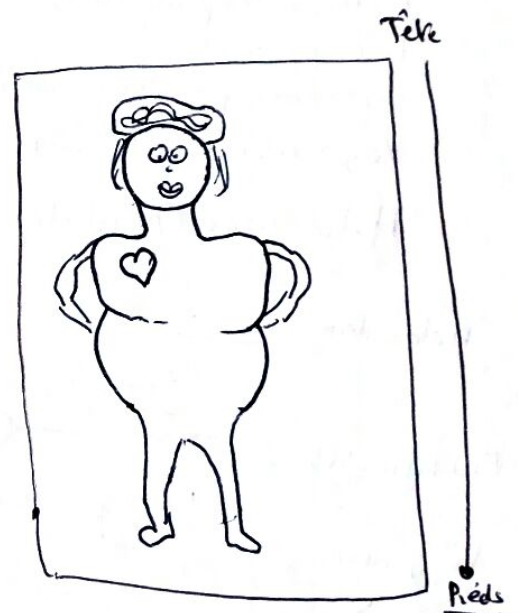
T. anxieux, dépressif, T. du sommeil

Aggravation / révélation d'un T. psychiatrique latent

Tableau aigu - rare - psychose hallucinatoire

- T. suicide

Regressent après traitement.



02 - **Obésité** Symptôme le plus fréquent

- Caractéristiques:
 - absence de changement d'habitudes alimentaires
 - peu sensible à la restriction calorique
- Topographie: fascio-tronculaire + abdominale
parfois il s'agit d'un changement de topographie et non d'une prise pondérale franche.

Obésité fascio-tronculaire:

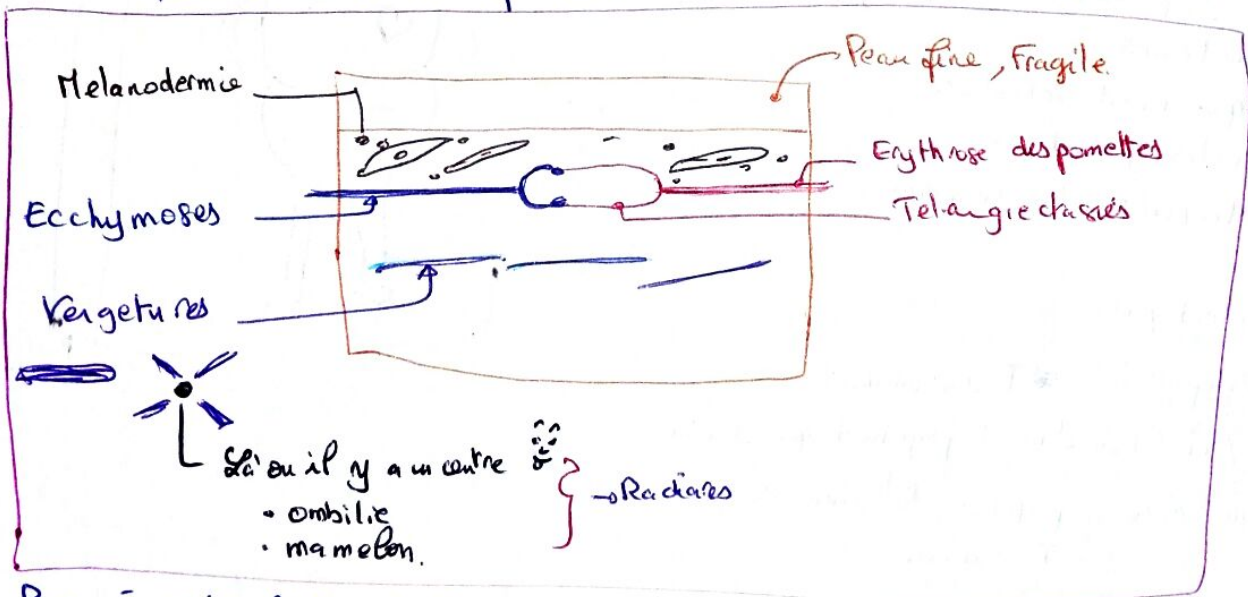
- Visage arrondi, bouffi avec comblement de l'espace { peu auriculaire creux
- Nuque: bosse de bison
- Territoire splanchmique: FTT - obésité abdominale?

03. **Atrophie des ceintures:**

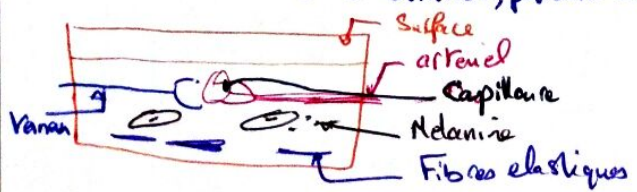
- Fatigabilité (montée d'escaliers) → decubitus
- Aspect grêle des MI contrastant avec l'obésité FT et Abd.
- Signe du Tabouret

04. **Signes cutanés**

- Peau fine en papier à cigarette
- Fragilité cutanéocapillaire → lenteur de la cicatrisation
- Erythrose des pommettes,
- Télangiectasie
- Ecchymoses après trauma minime
- Vegetures entonées: larges, pourpres: horizontales: flancs, membres
- Mélanodermie (ACTH dépendant) Radiales: peu ombilical, seins



Pour mémoriser les S. cutanés, pensons aux composants de la peau



N682

04. Risque cardiovasculaire - Syndrome métabolique

HTA

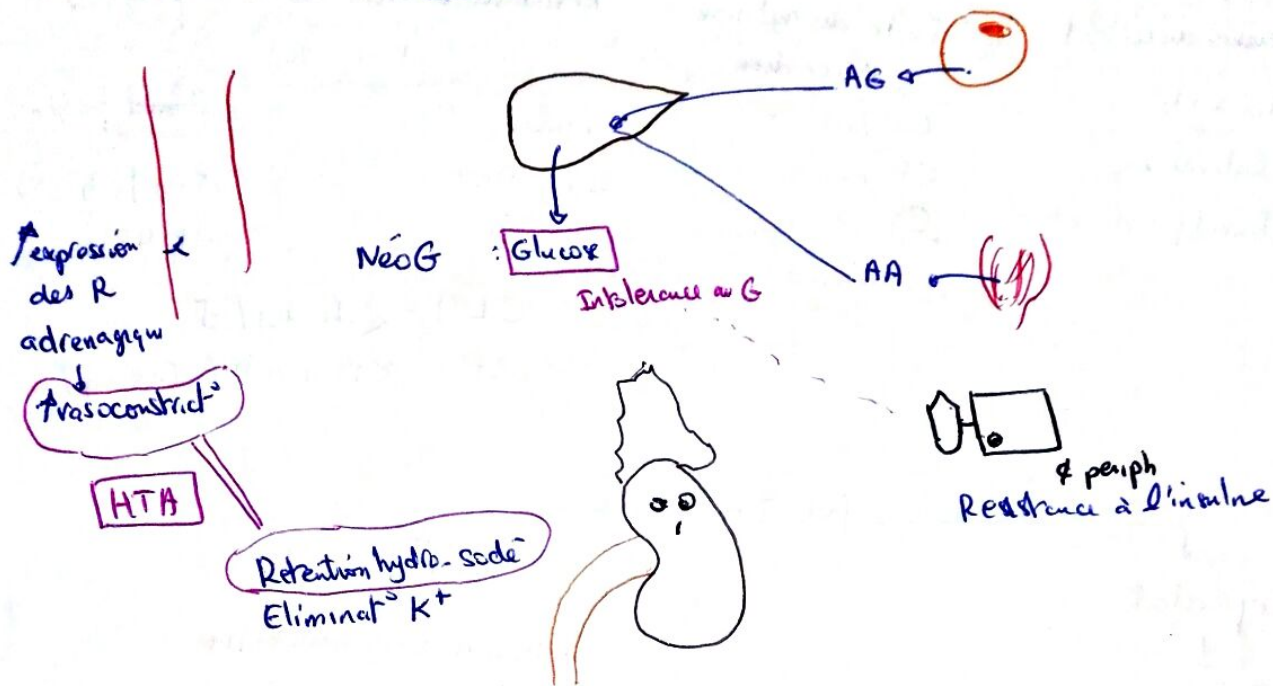
Insulino-Résistance: trouble de tolérance au glucose, diabète

Dyslipidémie

Obésité androïde

Troubles de la coagulation: Risque thrombotique (Hypercoagulabilité, (-) ss fibrinolyse)

Cortisol



05. Troubles gonadiques - hypogonadisme hypogonadotrope

Femme :

Amenorrhée, infertilité

Spasmodic menstruation DPK

Hyperandrogénie : - acné
- séborrhée
- hirsutisme
- virilisme (CS)

Homme :

↓ libido, impuissance

Atrophie testiculaire

Gynécomastie (CS) pénètre des œstrogènes

CS: Cortico-Surrénalome

06. Ostéopénie, ostéoporose

Bon élément d'orientation chez le sujet (femme) jeune

DR, f# costales, tassements vertébraux

A rechercher systématiquement par DNO

Paraclinique

Non hormonal

FNS: ↑GB & PNN

Ionogramme: hypokaliémie

Glycémie: intolérance au glucose, diabète (OA, IR, + réoG, - transport périph + G)

B. lipidique: dyslipidémie

Hormonal

Excès de production du cortisol

CL4 des 24h

Cortisol salivaire

Cortisol plasmatique à 00h

Perte du rythme circadien

CP / 6h x

CP 00h?

CS ✓

Résistance relative au rétrocontrôle exogène

Freinage

minuté

↓ mg Dera à 23h

long faible

0,5 mg / 6h pdt 48h

CL4 : < 10 µg / J

CP : < 10 nmol / l (4,8 µg / dl)

Etiologies

ACTH

dépendant 80%

→ **Maladie de Cushing** 80% → ff ⊕

→ **Sd paraneoplasique** → ff ⊕

• Thyroïde CRT

• Thymus

• Poumons

• Pancréas

• Plécch.

indépendant

Atteinte surrénalienne

unilat. 95%

adénome 2/3

Cortico-surrénome 1/3

bilat.

Hyperplasie nodulaire

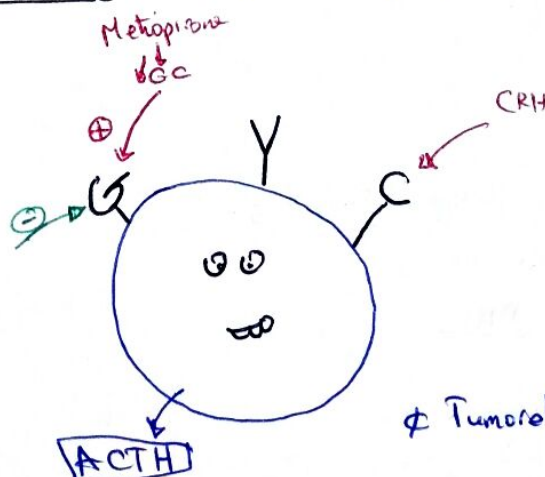
Macro.

Micro.
bruns
atrophie

Maladie de Cushing étiologie la + fréquente



Dexe



⊕ Tumorale / Cushing

Microadénome

Ante hypophysaire

♀ Corticotropes

Secrètent ACTH

Maladie de Cushing

Femme

Sd de Cushing + Melanodermie ←

Biologie

Freinage long (Dex 8mg/15 pdr 48h) → freinage partiel

Test de stér / métopirone → positif

Test à la CRH → positif

Imagerie, IRM hypophysaire (Gadolinium)

Cathétérisme des sinus pétreux

↳ [ACTH] $\begin{cases} t. & \text{bas et après CRH} \\ p. & \text{hypophysaire, périphé} \end{cases}$

hypoph → $\frac{[ACTH]_{sp}}{[ACTH]_p} > 2$

↳ Gradient D/G pour guider le chirurgien

Enfant → Cassure de la courbe de croissance + prise pondérale paradoxale
Tumeur surrénalienne +

Traitement

Médical

Préparat^o à la chirurgie ou inopérable

Op^r DDD

Ketoconazole

Métopirone

Aminoglutéthymide

Etomidate

RU 486 : mifepristone antiprogesterone

Chirurgical

Hypophysaire - Transphénoïdale

Surrénalienne - unilatérale
bilatérale

RT

Conventional
Steroablation

Chirurgie

Trans-sphénoïdale
adénome hypophysaire

Surrénalienne

unilatérale

adénome
Corticosurrénalome.

bilatérale

Hyperplasie [microN
macroN

Echec trt.

m. Cushing
SC ectopique