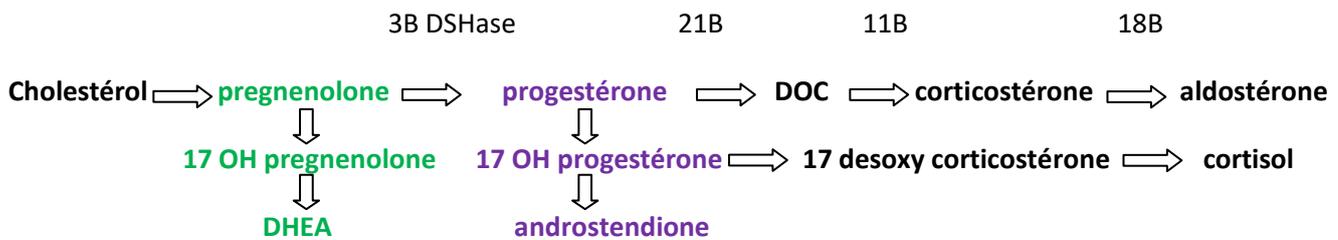


Hypercorticisme métabolique

- ↗ de la sécrétion de gluco CTC + ↗ inconstante d'androgènes et exceptionnellement de minéralo CTC
- c'est un hypercorticisme endogène non freinable par la dexaméthazone
- il faut donc exclure : l'hypercorticisme iatrogène, fonctionnel (obésité)
- les signes cliniques sont regroupés sous le Sd de Cushing
- étiologies :
 - hypersécrétion ACTH d'origine hypophysaire avec ou sans adénome => maladie Cushing
 - adénome ou carcinome surrénalien
 - rarement hypercorticisme paranéoplasique
- touche la femme 4/5 des cas, entre 30-40ans



violet : voie préférentielle ovarienne

vert : voie préférentielle ovarienne

Clinique :

Phase de début : faciès rond, aménorrhée, HTA, diabète sucré

Phase d'état :

- Obésité : facio-tronculaire, visage rond bouffi, buffalo-neck (rétro cervicale), androïde
- amyotrophie : MBS et MBI et signe du tabouret (sujet assis ne peut se lever)
- Signes cutanés :
 - vergetures prédominant au niveau de l'abdomen
 - purpura et ecchymoses spontanées ou provoquées par le moindre traumatisme
 - peau fine fragile, acné, mycoses cutanées, séborrhée frontale
- douleurs osseuses
- virilisation pileuse et troubles du cycle
- troubles psychiques : euphorie, délire, dépression
- HTA, diabète sucré, infections fréquentes

Biologie :

- cortisol plasmatique >20ug/100ml en faveur d'un hypercorticisme
- cortisol libre urinaire >100ug/100ml
- cortisol salivaire ↗ (spécifique)
- rupture du cycle circadien : ↗ CP entre 16h et 00h
- freinage minute : test de débrouillage
- freinage faible au dexométhazone : test diagnostic

Diagnostic étiologique :

1) Adénome hypophysaire = adénome corticotrope (maladie de Cushing)

- macro adénome responsable de Sd tumoral crânien : céphalées, troubles visuels, vomissement en jet
- hypercorticisme + mélanodermie

- Biologie :
 - ACTH et B-LPH (lipoprotéine hormone) ↗
 - freinage fort positif
 - test LVP et CRH et métopyrone : positif explosif
- radio centrée sur la selle turcique (N ou légèrement ↗), TDM (si Tm > 5mm), IRM (si Tm > 3mm)
- écho surrénale (↗ bilatérale et symétrique)
- scintigraphie à l'iode-cholestérol : fixation bilatérale diffuse
- TRT adénectomie sélective (si adénome vu) ou héli hypophysectomie (si adénome non retrouvé)
 - si échec : radiothérapie + surrénalectomie bilatérale
 - Sd de Nelson : adénome réactionnel à la surrénalectomie bilatérale

2) Maladie Cushing avec ou sans micro adénome : + fréquente

- idem mais plus atténué
- IRM +++ => micro adénome
- TRT idem que précédent

3) Adénome surrénalien :

- hypercorticisme sans mélanodermie
- Biologie :
 - ACTH et B-LPH ↘↘
 - freinage fort négatif
 - test LVP et CRH et métopyrone : négatifs
- TDM image ronde encapsulée homogène
- écho surrénale détecte les Tm > 7mm
- TRT : surrénalectomie unilatérale

4) Carcinome surrénalien = cortico-surréalome

- AEG + hypercorticisme + hyper androgénie
- Tm palpable le plus souvent maligne
- Biologie :
 - ACTH et B-LPH ↘↘
 - freinage fort négatif
 - testostérone et delta 4 ↗
- écho surrénale : masse volumineuse > 10cm
- TDM/IRM : métastases
- TRT : exérèse la plus large possible + chimio post op / chimio seule si métastases

5) Sd Cushing paranéoplasique :

- AEG + hypercorticisme pauvre + mélanodermie importante
- Biologie :
 - ACTH et B-LPH (lipoprotéine hormone) ↗
 - LPH/ACTH > 2
 - freinage fort négatif
 - alcalose métabolique avec hypokaliémie
- Tm responsables +++ : bronchiques, thymiques, pancréatiques

Traitement :

- médical anti cortisolique de synthèse :

- OP'DDD (mitotane) bloqueur enzyme de synthèse de cortisol
- Aminogluthémide, métopyrone
- Kétoconazole : bloqueur enzymatique des stéroïdes
- Associer HHC car ils entraînent une IS
- chirurgie selon l'étiologie