

# Un syndrome de Budd Chiari révélant un syndrome de cushing

G. Saad<sup>\*a</sup> (Dr), H. Sayadi<sup>a</sup> (Dr), T. Slim<sup>a</sup> (Dr), S. Ouerdeni<sup>a</sup> (Dr), H. Marmouch<sup>a</sup> (Pr), I. Khochtali<sup>a</sup> (Pr)  
service d'endocrinologie et de diabétologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, TUNISIE

## INTRODUCTION:

Le syndrome de cushing est le plus souvent évoqué devant une obésité facio-tronculaire. Les complications que peut engendrer ce syndrome du fait de l'excès de glucocorticoïdes peuvent également un motif de consultation en pratique clinique.

## OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de **60 ans** qui nous a été adressée pour exploration d'une hépatomégalie avec ascite.

Antécédents: La patiente est diabétique et hypertendue depuis 20 ans. HTA ancienne, bien contrôlée sous trithérapie et goutte sous traitement.

A l'interrogatoire: Elle se plaignait d'asthénie, de céphalées, d'amaigrissement et de douleurs de l'hypochondre droit qui évoluaient depuis quelques semaines.

L'examen physique: L'examen montre un IMC à 28 kg/m<sup>2</sup>, une érythrose faciale avec obésité facio-tronculaire, une amyotrophie, des ecchymoses et des vergetures pourpres au niveau de l'abdomen, celui-ci était distendu avec une ascite, une hépatomégalie, une circulation veineuse collatérale et une tension artérielle à 18/9 cmHg.

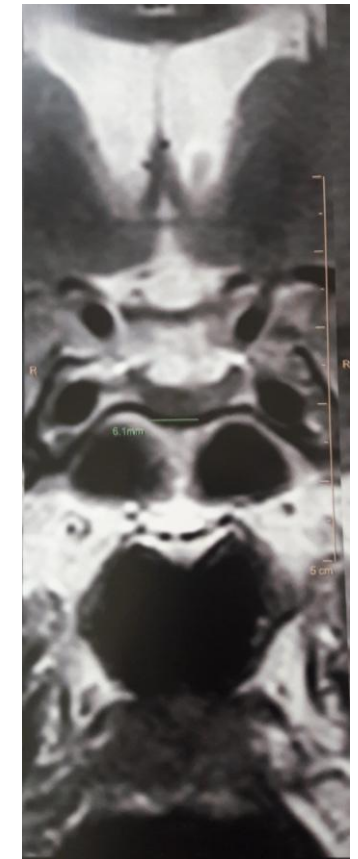
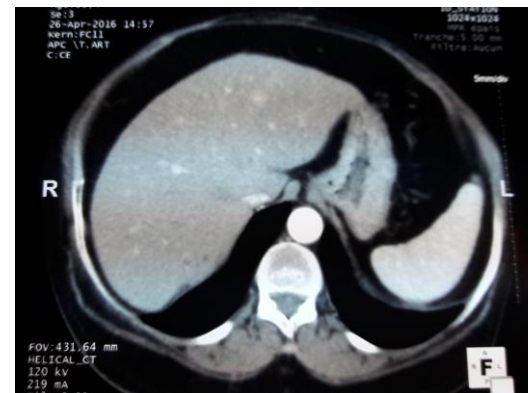
Exploration hormonale: Les explorations ont montré un bilan hépatique normal, une cortisolémie à 8h = 615 ng/ml avec un cycle nyctéméral rompu, un taux d'ACTH = 40,3 ng/l et une absence de freinage sous freinage minute puis faible.

### Imagerie:

Le **scanner abdominal** trouve une hépatomégalie avec de multiples hamartomes biliaires avec un rétrécissement serré de la veine cave inférieure rétrohépatique au niveau de l'abouchement des veines sus-hépatiques avec dilatation du tronc porte faisant évoquer un syndrome de **Budd Chiari**.

**L'IRM hypophysaire** montre une anomalie du signal pouvant cadrer avec un microadénome hypophysaire.

Aucune autre étiologie du syndrome de Budd Chiari n'a été retrouvée.



## DISCUSSION:

L'effet thrombogène de l'hypercortisolisme est une hypothèse plausible à l'association : syndrome de Budd Chiari et maladie de cushing.

Le risque thromboembolique est élevée en cas de syndrome de cushing et comparable au risque observé après une intervention chirurgicale . Il serait dû à des anomalies vasculaires à type de dysfonction endothéliale et à l'hypercoagulabilité. La recherche d'un hypercorticisme doit figurer dans le bilan étiologique d'une thrombose veineuse profonde sans cause évidente.

## REFERENCES:

- Van Zaane B, Nur E, Squizzato A, et al, 2009 Hypercoagulable state in Cushing's syndrome: a systematic review. J Clin Endocrinol Metab 94: 2743-2751.
- Mancini T, Kola B, Mantero F, Boscaro M & Arnaldi G. High cardiovascular risk in patients with Cushing's syndrome according to 1999 WHO/ISH guidelines. Clinical Endocrinology 2004; 61 768-777.