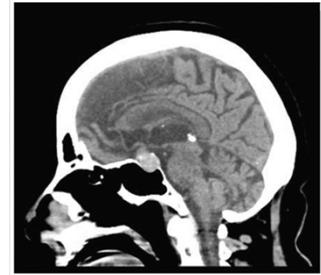


Introduction : la maladie de Cushing est une affection rare de l'ordre de 1-3 cas/millions d'habitants/an. Le diagnostic est le plus fréquemment révélé par un tableau d'hypercorticisme qui peut être sévère. La révélation de la pathologie par un syndrome tumoral est plus rare.

Histoire clinique : nous rapportons le cas d'une patiente de 78 ans admise aux urgences du CHU de Strasbourg pour suspicion d'AVC en raison d'une HTA sévère et d'une déformation du visage observée par son médecin traitant. À l'examen clinique d'admission au SAU mise en évidence d'un ptosis gauche, d'une diplopie et d'une HTA sévère (220/100 mmHg). Le scanner cérébral réalisé en urgence met en évidence une masse intra sellaïre à extension supra sellaïre.



La patiente est hospitalisée et l'évolution est marquée par l'apparition d'un ptosis controlatéral, d'une paralysie oculomotrice bilatérale épargnant l'abduction, d'une exotropie et d'une abolition du réflexe photomoteur direct et consensuel.

Le champ visuel est impossible du fait de la paralysie et des importants troubles cognitifs.

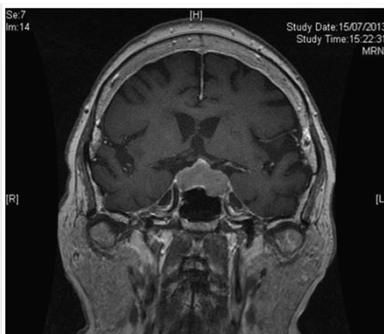
La patiente se plaint essentiellement d'intenses céphalées.

Le bilan biologique réalisé en urgence met en évidence une hypokaliémie sévère ainsi qu'une hyperglycémie (tableau). Le bilan hormonal est en faveur d'un hypercorticisme ACTH dépendant avec hyperprolactinémie de déconnexion et hypothyroïdie centrale.

Un traitement symptomatique comprenant une insulinothérapie en multi injection, un traitement anti hypertenseur IVSE et une supplémentation potassique est immédiatement mis en route.

Parallèlement, un traitement anticortisolique par Métopirone est débuté.

Kaliémie	2,6 mM	
Glycémie	3,34 g/L	
Prolactine	76,6 µg/L	(N<12,1)
TSH	1,23 mUI/L	(N 0,270-4,20)
fT4	2,98 ng/L	(N 9,5-18)
ACTH 16h	141 ng/L	(N 9-60)
Cortisol 16h	378 ng/L	



L'IRM cérébrale met en évidence un macro adénome hypophysaire de 20x31 mm envahissant les deux sinus caverneux et comprimant le chiasma optique.

Une prise en charge chirurgicale est décidée en urgence au vu du pronostic fonctionnel.

Évolution:

Après la chirurgie et l'arrêt de la Métopirone on note une résolution rapide des céphalées, une normalisation de la tension artérielle et des anomalies biologiques, permettant l'arrêt des traitements instaurés en urgence.

Les troubles cognitifs s'améliorent notablement mais la paralysie oculomotrice bilatérale persiste. La patiente rentre à domicile « les yeux fermés ».

Un an après la chirurgie la patiente arrive en consultation « les yeux ouverts » avec une nette amélioration visuelle et une disparition du ptosis bilatéral.



Discussion : la maladie de Cushing sur macro adénome hypophysaire est rare et représente 4 à 20% des cas (1). La fréquence rapportée de paralysies oculomotrices dans cette situation varie de 27,8% à 37,5% (1) selon les séries et est souvent associée à une apoplexie tumorale. La récupération complète après chirurgie reste possible à court ou à plus long terme comme illustré dans notre cas (2).

1. Kakade, H. R. et al. Clinical, biochemical and imaging characteristics of Cushing's macroadenomas and their long-term treatment outcome. Clin. Endocrinol. (Oxf). 81, 336-42 (2014).
2. Kim, S. H., Lee, K. C. & Kim, S. H. Cranial nerve palsies accompanying pituitary tumour. J. Clin. Neurosci. 14, 1158-62 (2007).