

A. Bettaibi^a (Dr), Y. Hasni^a (Dr), A. Maaroufi^a (Pr), M. Kacem^a (Pr), M. Chadli^a (Pr), K. Ach^a (Pr)
^a Service d'endocrinologie CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

Introduction :

L'hypercorticisme cyclique a été évoqué dans toutes les étiologies de syndrome de Cushing, ACTH-dépendants (d'origine hypophysaire ou ectopique) ou liés à une tumeur surrénalienne.

Observation :

Mr N.N âgé de 35 ans aux antécédents d'une thrombophlébite superficielle du membre supérieur qui présente une Hypertension artérielle sévère avec un retentissement viscéral .Lors de son première hospitalisation dans notre service fin 2015 pour exploration de son hypertension artérielle, on a noté la présence d'un syndrome de cushing clinique, une hypertension maligne malgré une trithérapie antihypertensive et le bilan a montré une ACTH élevée à 60 pg/ml, un cortisol libre urinaire élevé à 260 ug/24h .On a reporté le test de freinage par crainte d'aggravation de sa tension artérielle sous dexamethasone. Quelques semaines plus tard, il a présenté des malaises au levé, des vertiges avec à l'examen disparition de l'érythrose faciale, une tendance à l'hypotension (TA à 9/5 mmHg) d'où l'arrêt de tous les hypertenseurs. L'ACTH, refaite à cette date, revenue est normale à 30ng/ml. En 2016, le bilan montre une ACTH élevée à 72ng/ml, Une cortisolémie non freinée (à 25 ng/ml) après le test de freinage minute. L'IRM Hypophysaire met en évidence un micro adénome hypophysaire de 6 mm.

Tableau 1 : La fluctuation du tableau clinicobiologique chez notre patient

	Décembre 2015	Février 2016	Mars 2016
Tableau clinique	HTA maligne , érythrose faciale , signes d'hypercatabolisme	Malaise au levée , vertiges , Pas d'érythrose faciale	Erythrose faciale
TA(mmHg)	20/11	9/5	16/10
ACTH	60pg/ml	30ng/ml	72 ng/ml
Test de Freinage	NF	NF	25ng/ml

Commentaires / conclusion :

Dans de rares cas, le syndrome de Cushing est intermittent, alternant des périodes d'hypercorticisme avec des périodes d'eucorticisme. La reproductibilité de l'alternance de ces deux phases dans le temps a valu à cette entité la dénomination de syndrome de Cushing « cyclique ». Il faut savoir évoquer cette possibilité lorsque l'impression clinique contraste avec une biologie normale (voire d'insuffisance corticotrope transitoire) ou lorsque des symptômes (prise de poids, diabète sucré, HTA) s'amendent spontanément puis réapparaissent. Dans certains cas difficiles, les phases d'hypercorticisme peuvent être mises en évidence à l'aide du cortisol salivaire. Certains syndromes de Cushing ont des cycles sécrétoires plus longs avec de véritables passages en hypocorticisme clinique pouvant durer plusieurs semaines voire mois alors que l'examen clinique montre au même instant des signes d'hypercorticisme chronique .Nous décrivons un cas rare de maladie de Cushing avec hypercorticisme cyclique dont la particularité évolutive en phases successives de poussées et de remissions a été mise en évidence aussi bien cliniquement que biologiquement.

Bibliographies

-Shapiro MS, and Shenkman L. Variable hormonogenesis in Cushing's syndrome. Q J Med 1991 ; 79 : 351-63
 - Mosnier-Pudar H., Thomopoulos P., Bertagna X., Fournier C., Guiban D., Luton J.P. 1995. Long-distance and long-term follow-up of a patient with intermittent Cushing's disease by salivary cortisol measurements. Eur J Endocrinol 133 : 313-316.