

# MALADIE DE CUSHING ET GROSSESSE

## - A propos de 2 cas -

S.Atraki, S.ELAZIZ, A.CHADLI

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca

### INTRODUCTION

- Le syndrome de Cushing (SC) entraîne un hypogonadisme.
- La survenue d'une grossesse dans ce contexte est rare, et s'accompagne d'une importante morbi mortalité périnatale.
- Nous rapportons deux cas de grossesses survenant chez deux patientes ayant une maladie de Cushing (MC).

### OBSERVATION 1

- Patiente âgée de 37 ans, a présenté durant le deuxième trimestre de grossesse un SC franc.
- Diagnostic positif posé devant : CLU élevé à 4839 nmol/l, ACTH normale à 4.4pmol.
- Etiologie retenue : macro adénome hypophysaire de 17x11x10mm abaissant le plancher sellaire et les citernes opto-chiasmatiques avec atteinte du champ visuel (Figure 1).
- Traitement : exérèse complète par voie transphénoïdale à 13SA.
- Evolution : avortement spontanée à J16 postop.

### OBSERVATION 2

- Patiente âgée de 35 ans suivie pour MC opérée avec récurrence de sa maladie.
- Indication d'une reprise chirurgicale pour un micro adénome hypophysaire de 5mm après préparation médicale par le kétoconazole (Figure 2).
- Découverte d'une grossesse à 6SA.
- Devant l'absence de signes cliniques et biologiques d'activité de la maladie : CLU à 501 nmol/l, kétoconazole arrêté, la reprise chirurgicale a été prévue après l'accouchement.
- La grossesse a été menée à terme sans complications maternelles ou fœtales.

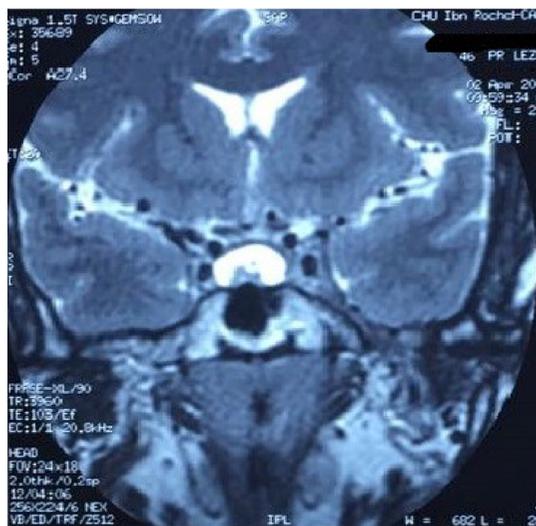


Figure 1 : coupe coronale en T2 montrant un macroadénome hypophysaire



Figure 2 : coupe coronale en T2 montrant un microadénome hypophysaire

### DISCUSSION

- L'hypercorticisme est de diagnostic difficile durant la grossesse.
- Les signes d'alerte diagnostiques sont : la présence d'ecchymoses, myopathie, vergetures foncées, difficulté à contrôler une HTA ou à équilibrer un Diabète gestationnel (DG).
- L'incidence de ses complications : DG, HTA Gravidique, Prééclampsie, infections, ostéoporose (à l'origine d'accouchement prématuré, hypotrophie, mortalité maternofoetale) est plus élevée chez les patientes avec maladie active par rapport à celles déclarées guéries.
- La chirurgie est le traitement de choix pendant la grossesse, en dehors de la fin du 3<sup>e</sup> Trimestre (T).
- En cas de MC : Adénomectomie transphénoïdale au cours du 2<sup>e</sup>T de grossesse.
- Le traitement médical : en 2<sup>ème</sup> intention. La métyrapone sans effets secondaires sur la fonction hépatique maternelle ou le développement fœtal est la plus utilisée.

### CONCLUSION

- Les étiologies du SC chez la femme enceinte sont dominées par les adénomes surrenaliens.
- La MC est plus rare dans ce contexte.
- Le diagnostic préconceptionnel améliore le pronostic.

### REFERENCES

- [1] Caimari, F. et AL (2017). Cushing's syndrome and pregnancy outcomes: a systematic review of published cases. *Endocrine*, 55(2), 555-563
- [2] Abbassy, et Al (2015). Surgical management of recurrent Cushing's disease in pregnancy: A case report. *Surgical neurology international*, 6(Suppl 25), S640.
- [3] Borna, et Al (2012). Cushing's syndrome during pregnancy secondary to adrenal adenoma. *Acta Medica Iranica*, 50(1), 76.