

INTRODUCTION

Bien que les adénomes corticotropes représentent la cause la plus fréquente du syndrome de Cushing, les macro-adénomes ne représentent que 4 à 10 % de cette entité. Ce sont des tumeurs agressives qui posent des problèmes de prise en charge thérapeutique et de suivi.

OBSERVATION

Patiente âgée de 42 ans présentant une érythrose faciale, une obésité facio-tronculaire avec des signes d'hyperandrogénie. Le cortisol libre urinaire (CLU) est revenu à 4 fois la normale avec une ACTH élevée à 100 pg/ml. On retrouve au bilan un hypogonadisme hypogonadotrope. L'IRM hypothalamo-hypophysaire (HH) objective un macro-adénome de 23×27×30 mm avec des signes de compression (**Fig A**). La patiente est opérée par voie Trans sphénoïdale avec à l'immunohistochimie un adénome corticotrope pur. L'évolution a été marquée par une persistance de la symptomatologie clinique avec un CLU à 2 puis à 4 fois la normale. L'IRM HH refaite montre un résidu de 19×31×14 mm (**Fig B**). Après reprise chirurgicale, le contrôle à 3 mois a mis en évidence un résidu tumoral du pli caverneux de 13×16×15 mm (**Fig C**). Une radiochirurgie gammaknife a été réalisée et le contrôle radiologique est prévu dans une année.

CONCLUSION

Les macro-adénomes corticotropes sont rares plus sévères et agressifs. Ils présentent un taux de guérison bas et nécessitent souvent plusieurs chirurgies avec plus ou moins une radiochirurgie gammaknife.

DISCUSSION

Les adénomes corticotropes sont des micro-adénomes dans 90 % des cas, parfois non visible à l'IRM.

Les macro-adénomes sont plus rares et posent des problèmes d'évolutivité tumorale. Leur prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur la chirurgie en association souvent avec le traitement médical par anticortisoliques de synthèse (non disponible au Maroc) et la radiochirurgie gammaknife. L'invasion des sinus et la taille tumorale conditionnent le pronostic. La récurrence est fréquente : 36 % des cas. Les taux de guérison sont de 12,5 % à 67 % selon les séries de la littérature.

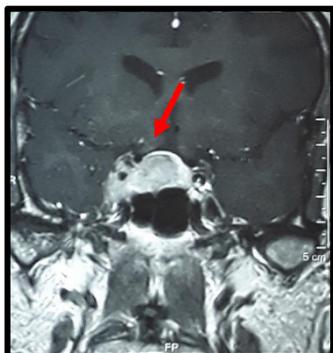


Figure A: IRM HH en coupe coronale montrant un macro adénome invasif



Figure B: IRM HH en coupe coronale montrant la persistance de l'adénome après la 1^{ère} chirurgie



Figure C: Coupe coronale montrant un résidu tumoral de 13×16×15 mm après la 2^{ème} chirurgie

Conflits d'intérêts: Les auteurs ne déclarent aucun conflits d'intérêts

Références

- [1] Kakade HR and al. Clinical, biochemical and imaging characteristics of Cushing's macro adenomas and their long-term treatment outcome. Clin Endocrinol. 2014; 81(3):336-42
- [2] Solak M. Management of Cushing's disease: a single-center experience. Endocrine. 2016; 51(3):517-23