

Diagnostic de maladie de Cushing en pré chirurgie bariatrique

O. Gilly*^a (Dr), V. Taillard^a (Dr), I. Donici^b (Dr), H. El Fertit^c (Dr), H. Dufour^d (Pr), DP. Debrauwere^e (Dr), AM. Guedj^f (Dr)

^a Service Maladies Métaboliques et Endocriniennes, CHU Nîmes, Nîmes, FRANCE ; ^b Service Chirurgie digestive, CHU Nîmes, Nîmes, FRANCE ; ^c Service Neurochirurgie, CHU Nîmes, Nîmes, FRANCE ; ^d Service Neurochirurgie, CHU Timone, Marseille, FRANCE ; ^e Service Biochimie, CHU Nîmes, Nîmes, FRANCE ; ^f Service Maladie Métabolique et Endocriniennes, CHU Nîmes, Nîmes, FRANCE

* olivier.gilly@chu-nimes.fr

L'incidence de l'obésité et de la chirurgie bariatrique est croissante. La maladie de Cushing est rare et son dépistage systématique n'est pas recommandé. Nous rapportons 2 patients adressés pour chirurgie bariatrique dont le bilan a permis le diagnostic de maladie de Cushing.

Mme G. 28 ans IMC 61kg/m², G2P2, DT2, dyslipidémie, SAOS. Cliniquement: buffalo neck, vergeture foncées lombaires, acné, hirsutisme. Biologiquement hypercorticisme (CLU 2.5N, cycle rompu, DXM 1 mg à 376 nmol/l), ACTH dépendant. Freinage fort incomplet, DXM-CRF positif. IRM hypophysaire doute sur image gauche. Cathétérisme sinus pétreux : origine hypophysaire. Adénomectomie : adénome corticotrope sans signe d'agressivité. Pas de déficit corticotrope postopératoire. DXM Minirin à 1 an absence de récurrence. A 18 mois : sleeve gastrectomie, IMC:49.5kg/m² à M3.

Mr L. 50 ans, IMC : 60kg/m², SAOS, ostéopénie, HTA, DT2, Dyslipidémie. Cliniquement : Buffaloneck, obésité facio-tronculaire, vergetures pourpres abdominales. Biologiquement : rupture cycle cortisol , DXM 1 mg : 301 nmol/l. CLU entre 2-3N. Freinage fort incomplet. ACTH dépendant. Scanner hypophysaire : macroadénome hypophysaire 34mm invasif. Chirurgie hypophysaire : adénome corticotrope, Ki 67 à 1%. Bilan à M3 pas d'insuffisance corticotrope, absence de guérison. Reliquat au TDM. Décision de radiothérapie hypophysaire complémentaire permettant la rémission de la maladie de cushing . Sleeve gastrectomie 1 an après la radiothérapie. IMC:56kg/m² à M3 (IMC max 65kg/m²).

Discussion : Un bilan endocrinologique est indispensable dans le bilan préchirurgie bariatrique afin de ne pas méconnaître l'éventualité d'un hypercorticisme . La prise en charge diagnostique et thérapeutique est compliquée par cette obésité massive.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.