

Cas cliniques



Hypercortisolisme

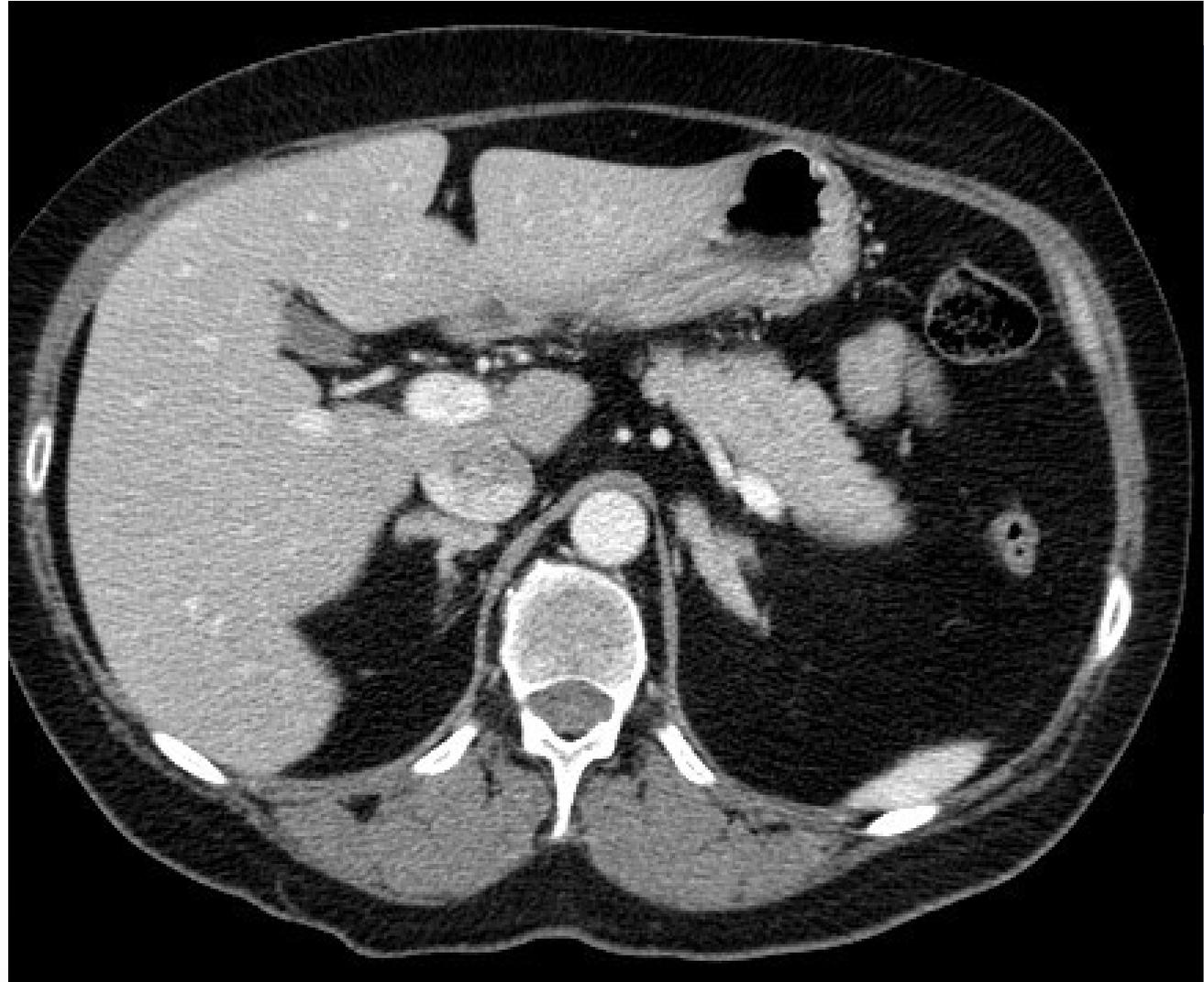
...



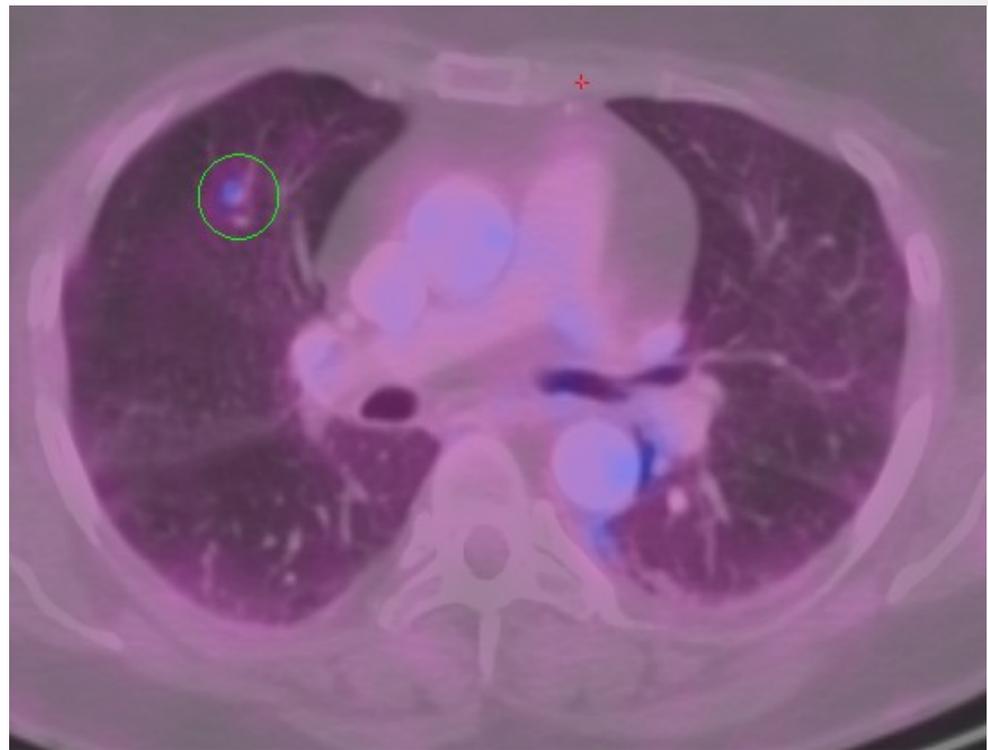
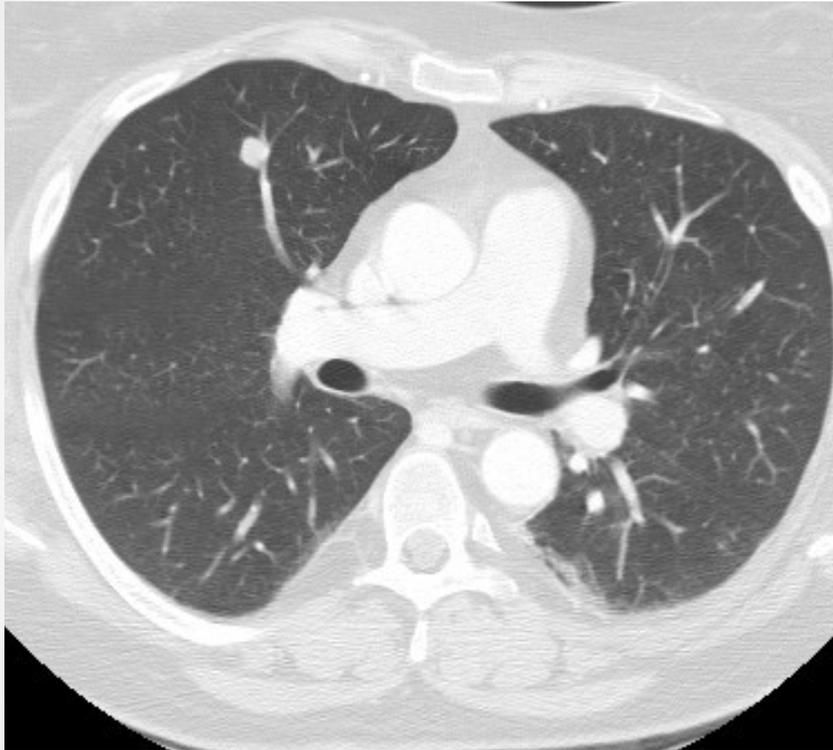
Un cas de cushing Valérie C 40 ans

- Début 2009
altération EG
prise de poids
HTA
- Cushing ACTH
dépendant

IRM
hypophysaire
subnormale
Scanner TAP :



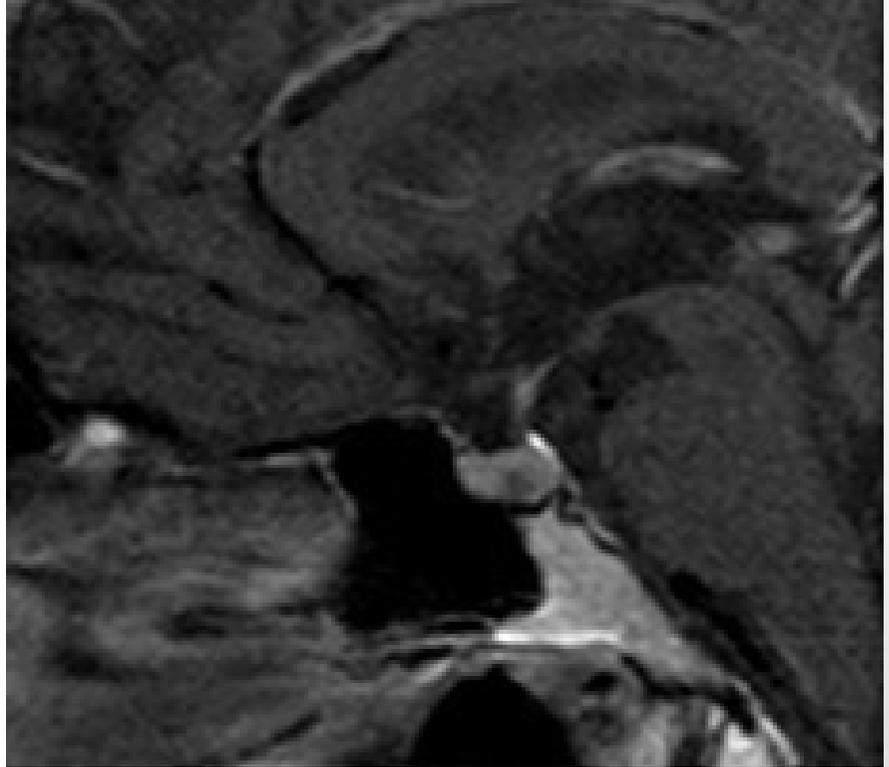
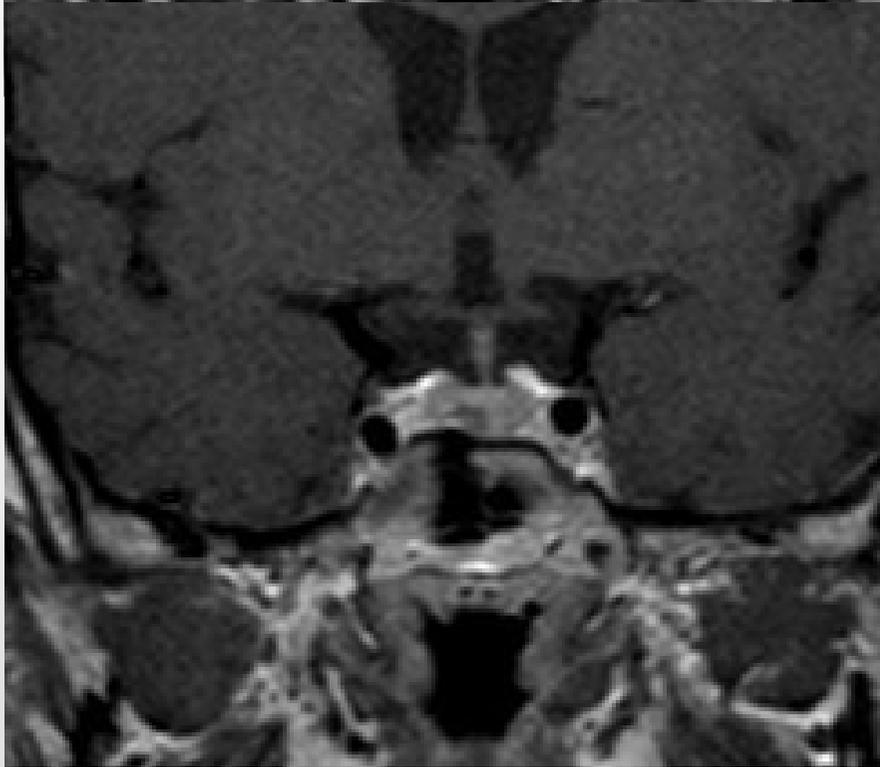
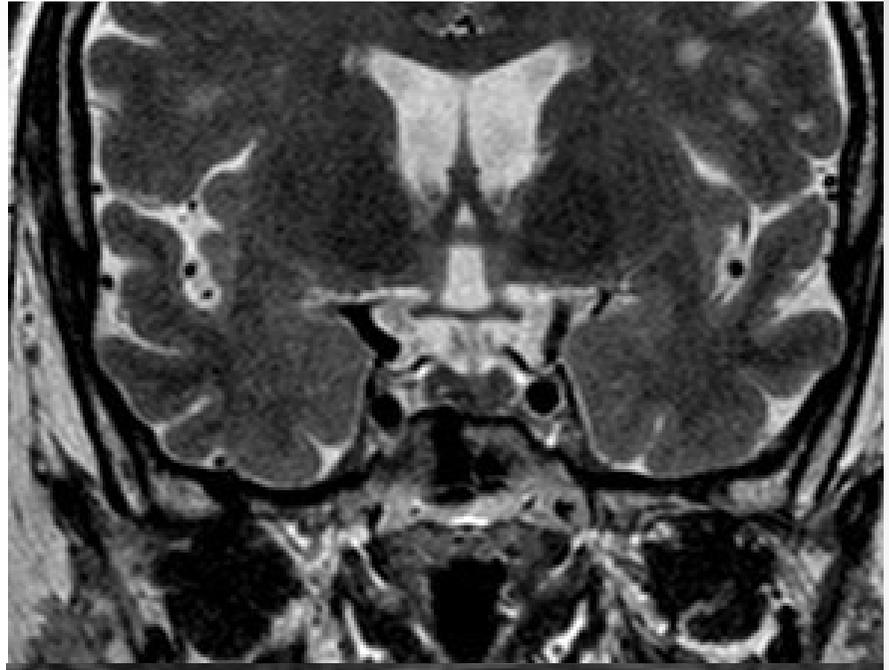
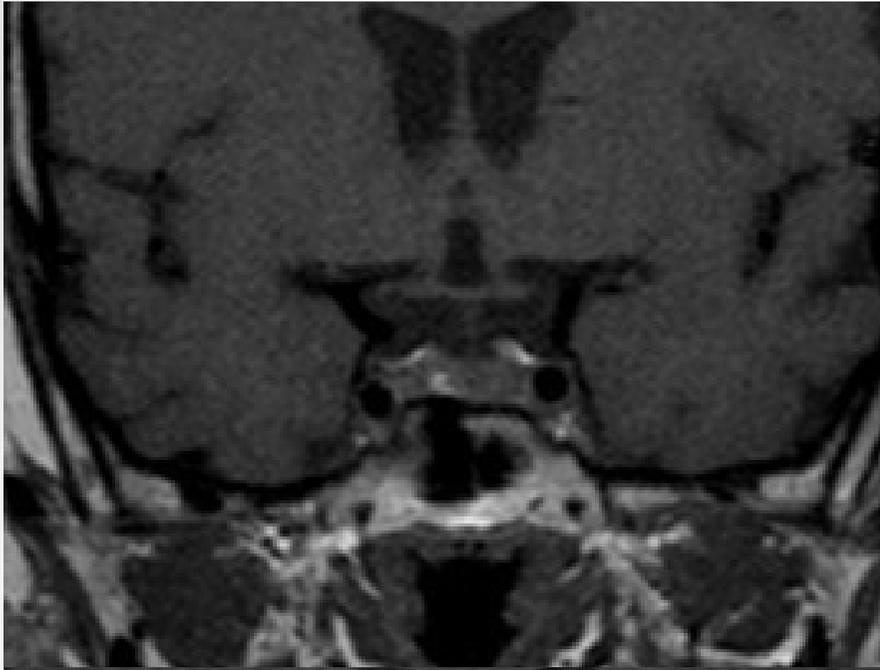
Diagnostic de cushing paranéoplasique



Tabagisme
Fibroskopie neg
• Lobectomie sup Dr

Infiltration giganto cellulaire epithelioide
Bilan PCR neg

•



◎ Cathétérisme des sinus pétreux :

Confirme l'origine centrale, plutôt latéralisé à gauche

◎ Chirurgie 2010

Exploration du contenu intra-sellaire ventro-médian à la ring-curette permettant l'exérèse d'un adénome typique, mou, violacé.

Exérèse macroscopiquement complète de ce micro-adénome hypophysaire corticotrope.

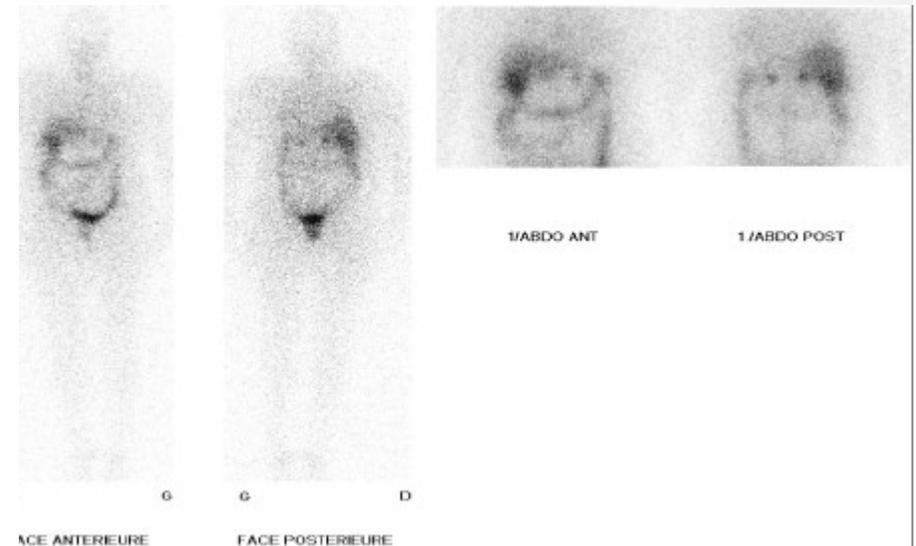
Réalisation d'une hypophysectomie ventro-médiane complémentaire pour être radical.

◎ Guérison



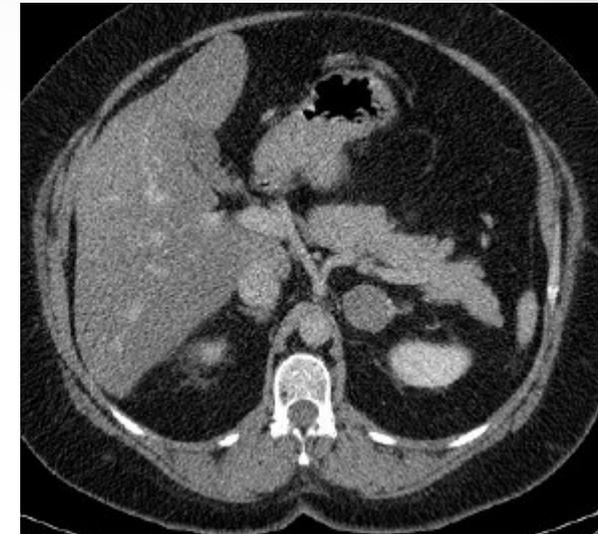
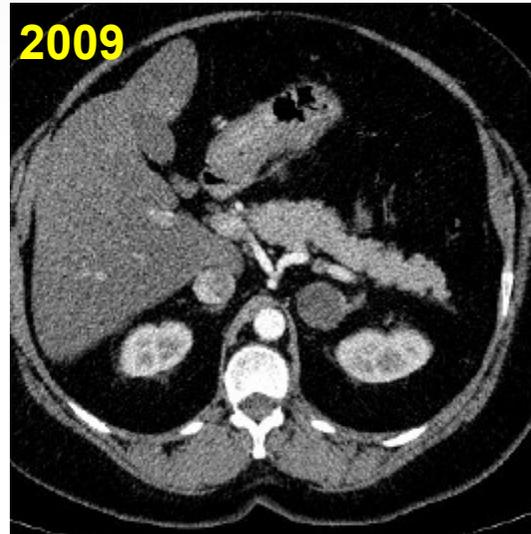
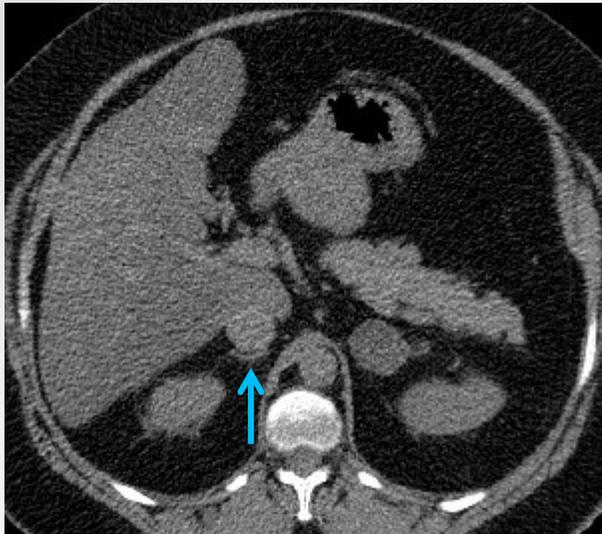
Cushing ACTH effondrée

- Dysplasie micronodulaire pigmentée des surrénales, maladie rare associée au complexe de carney (+lentiginose, myxomes)



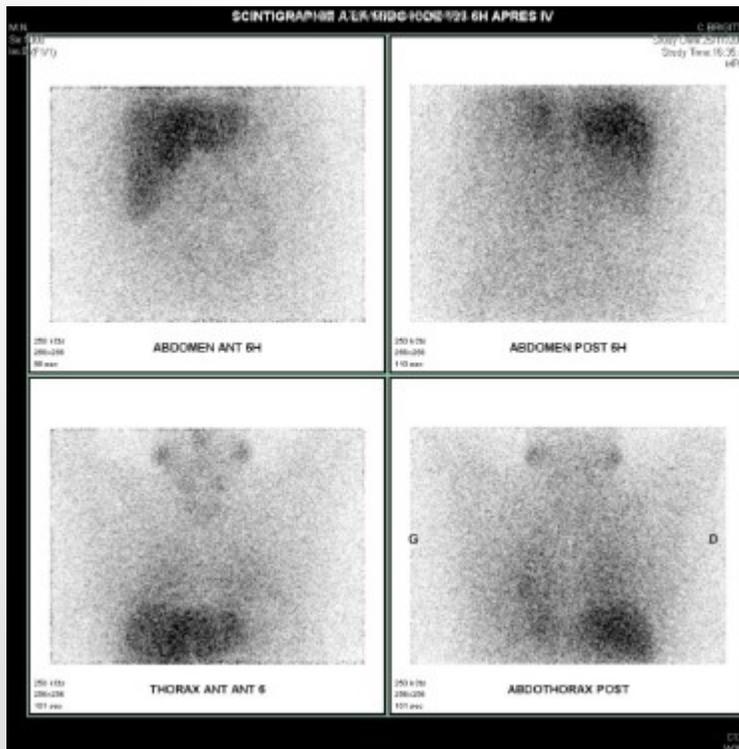
**F 44 ans suivie depuis 2009
pour un adénome hépatique**

**Incidentalome surrénalien découvert sur
l'imagerie**



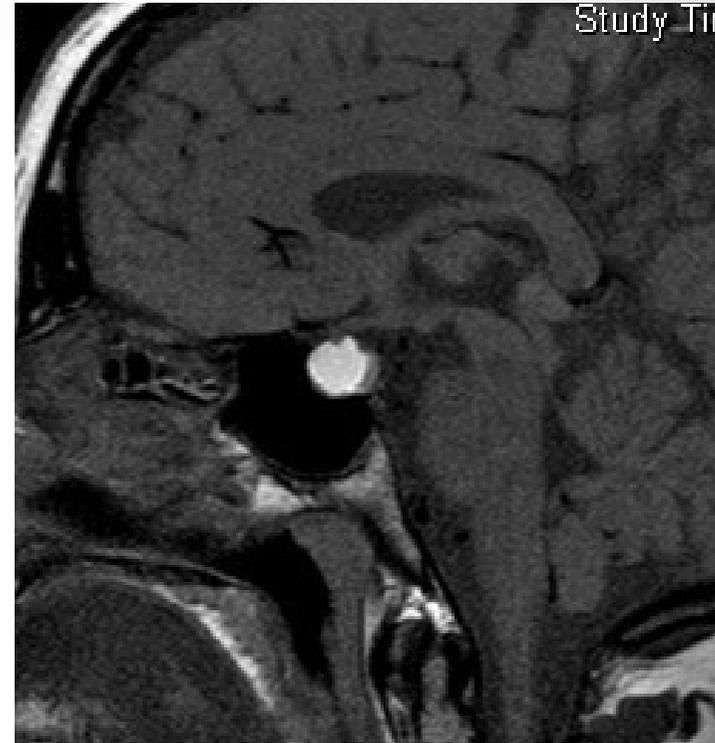
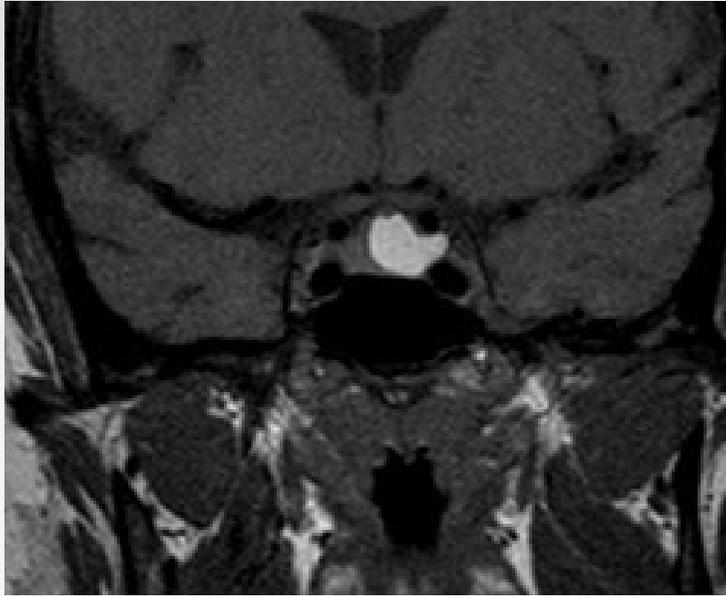
Adénome G de 33 mm 9UH sans inj, 33 UH portal

44 UH tardif

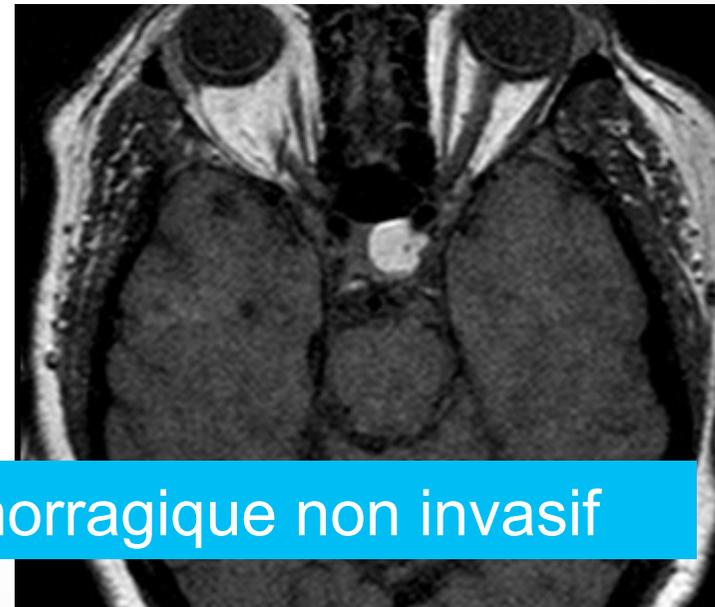


Obésité HTA
Hypersudation récente
élévation des catécholamines et
methoxyamine : MIBG

2010 érythrose
Hypercorticisme central
ACTH non effondrée



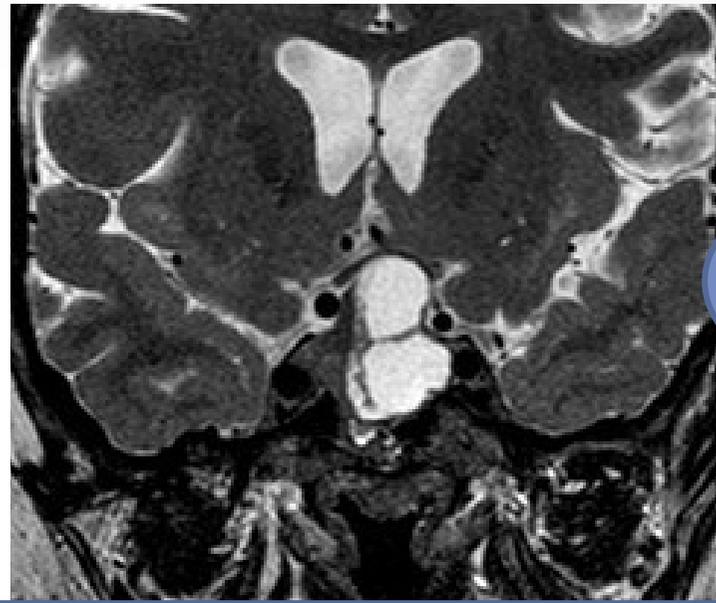
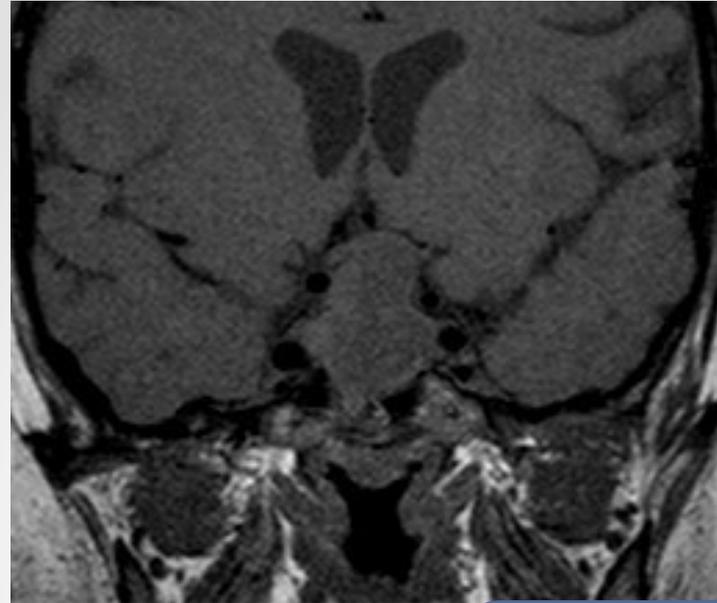
2011



Adénome corticotrope kystique hémorragique non invasif

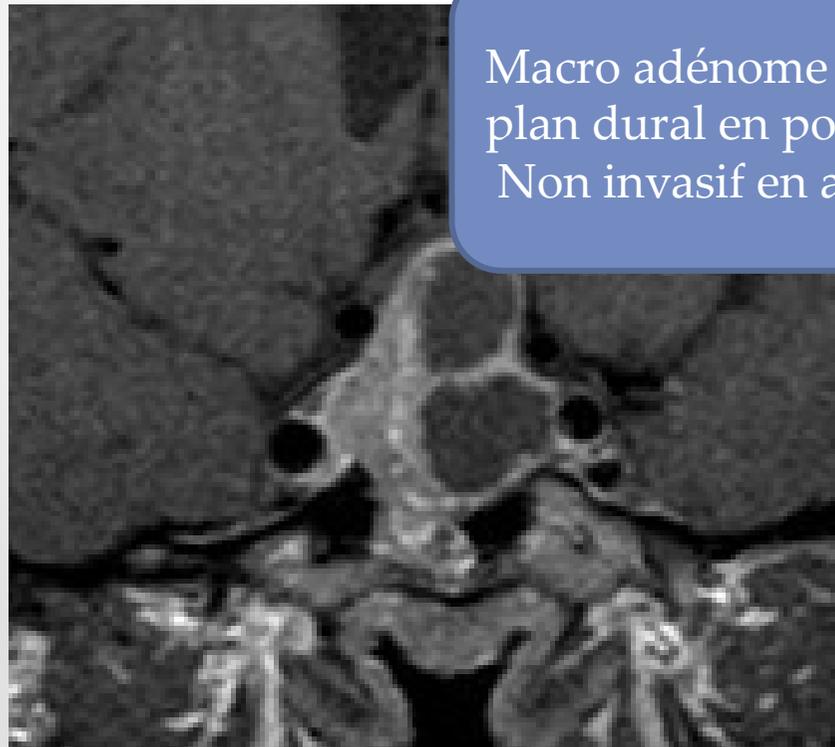
P Sylvie née en 1965
obésité cushing central sur le
bilan pré xie bariatrique

...

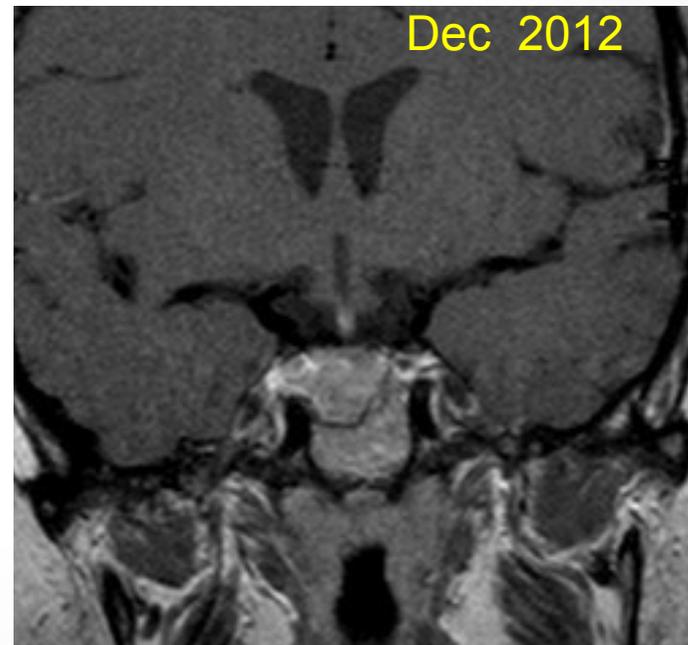
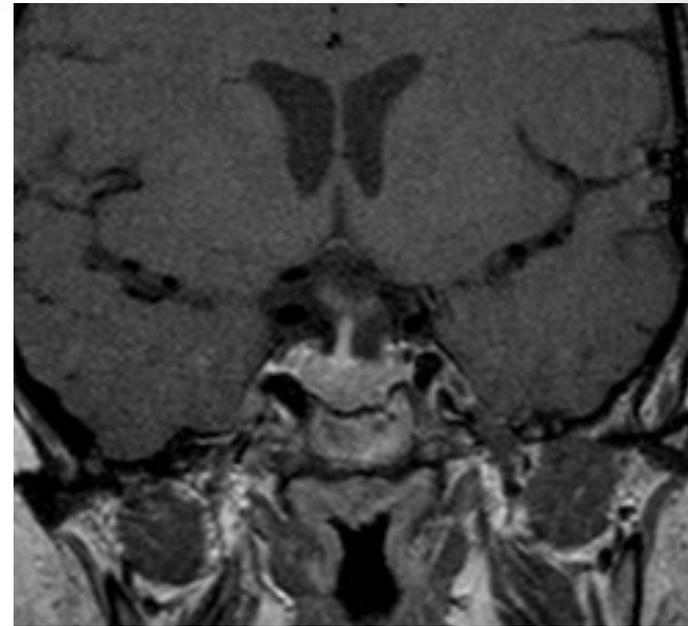
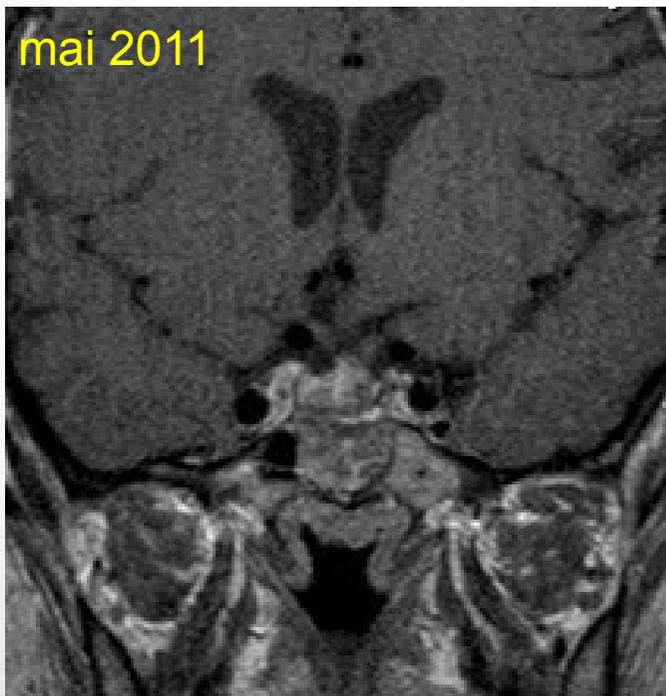
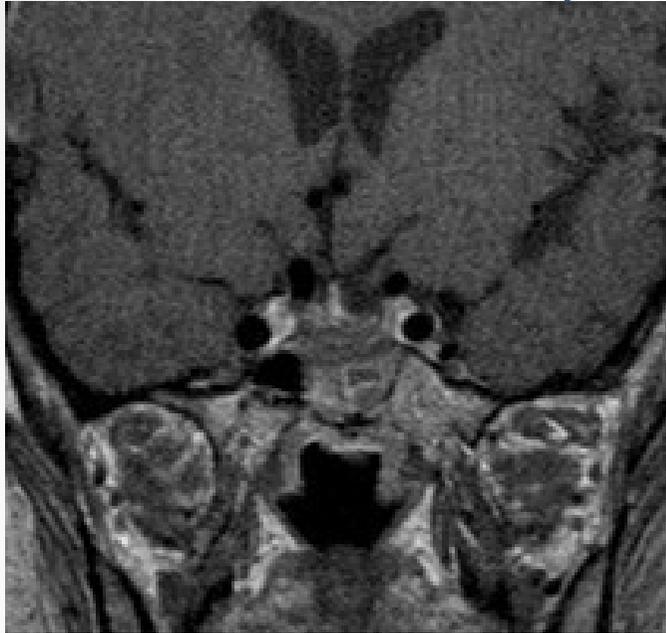


Knops 1 à G
1 à 2 à Dr

Macro adénome invasif en per op franchit le
plan dural en postéro inf
Non invasif en anapath



Aspect post opératoire



2012 Bilan pré abdominoplastie

Tumeur du pancréas 16mm
écho endoscopie cystadenome mucineux plus que tumeur
neuro endocrine
NEM1 ?



Néoplasies endocrines multiples NEM

NEM 1

- Adénome parathyroïdien 100%
- Tumeur endocrine du pancréas
- Tumeur hypophysaire

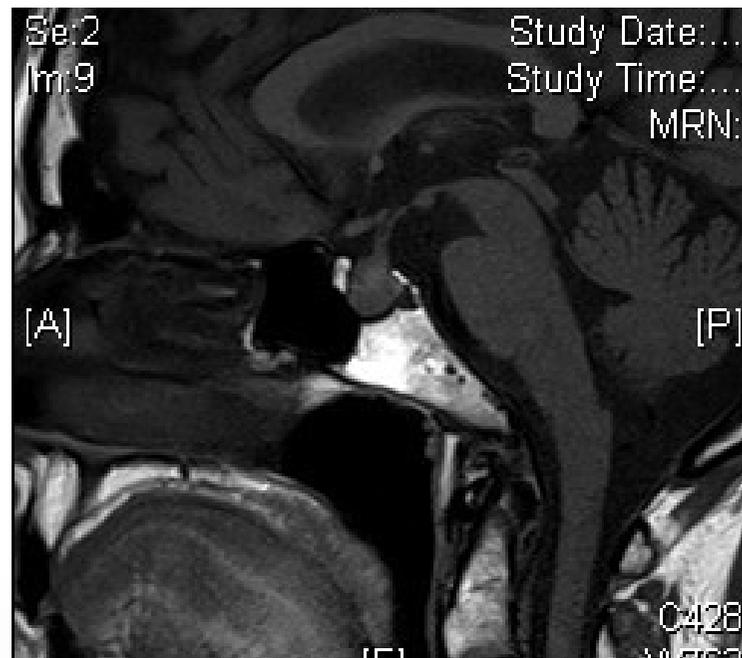
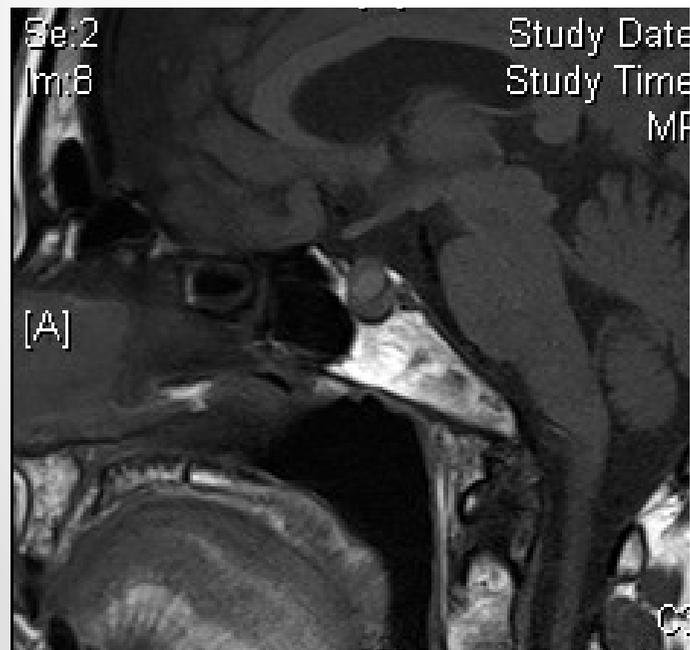
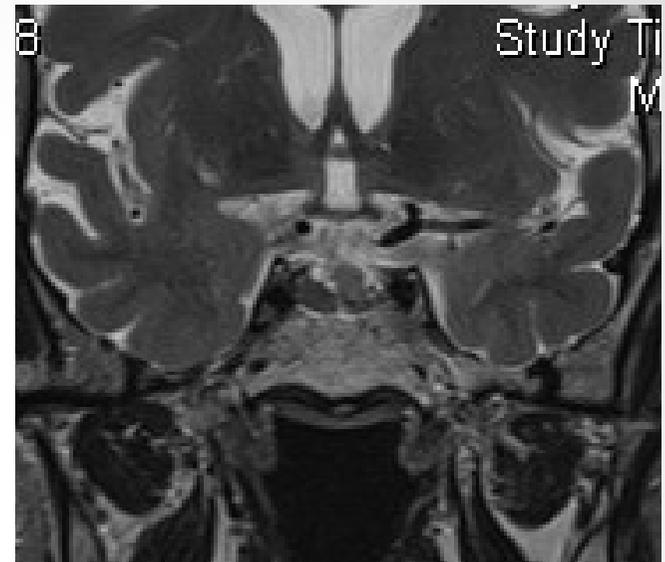
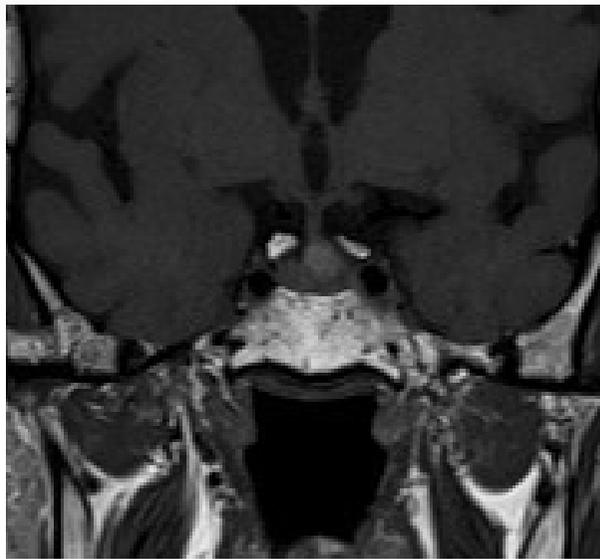
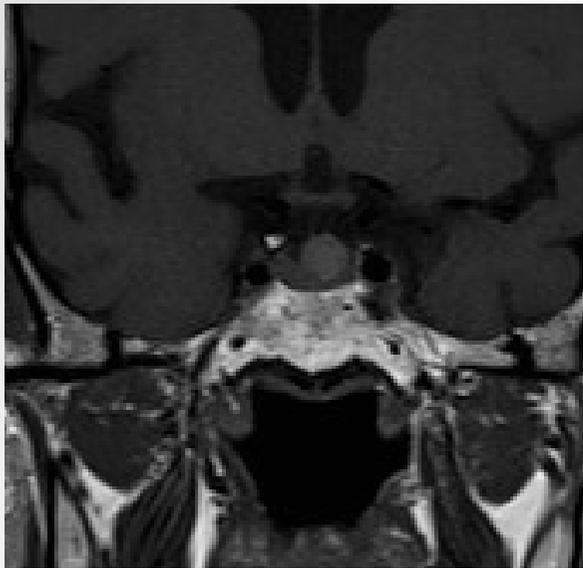
NEM IIA Sipple

- Cancer médullaire de la thyroïde 90 %
- Phéochromocytome 50 %
- Hyperplasie parathyroïdes 20 à 30%

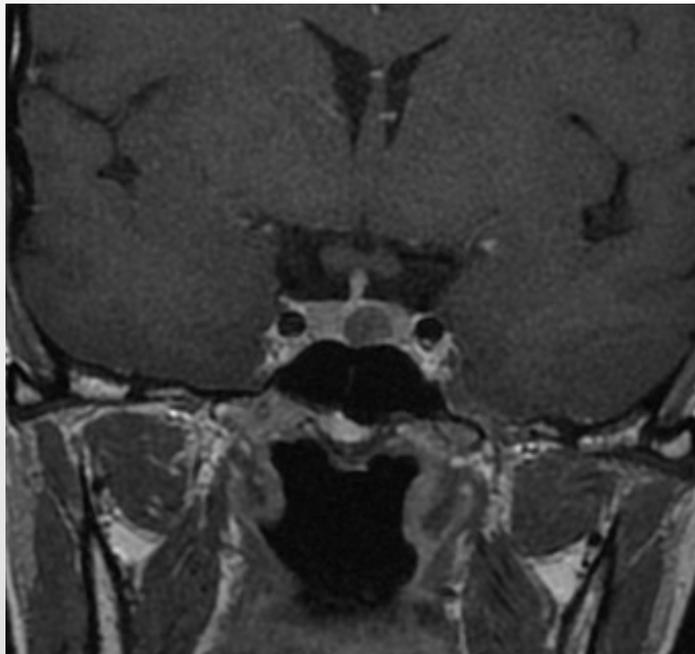
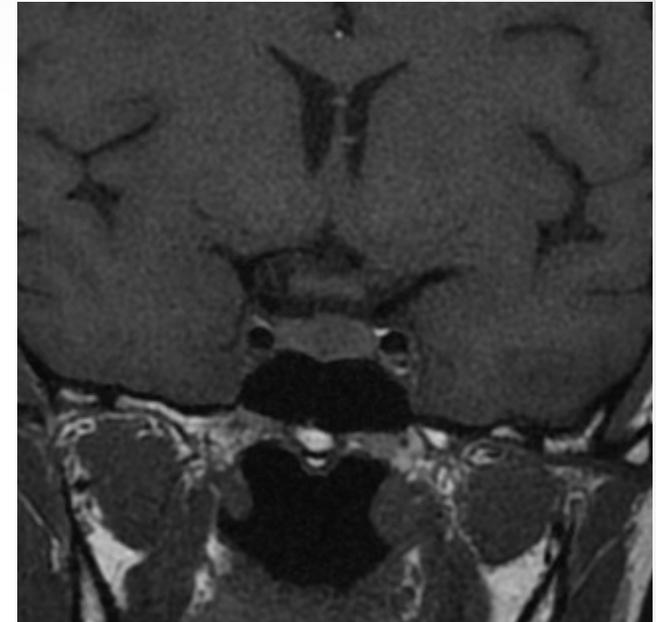
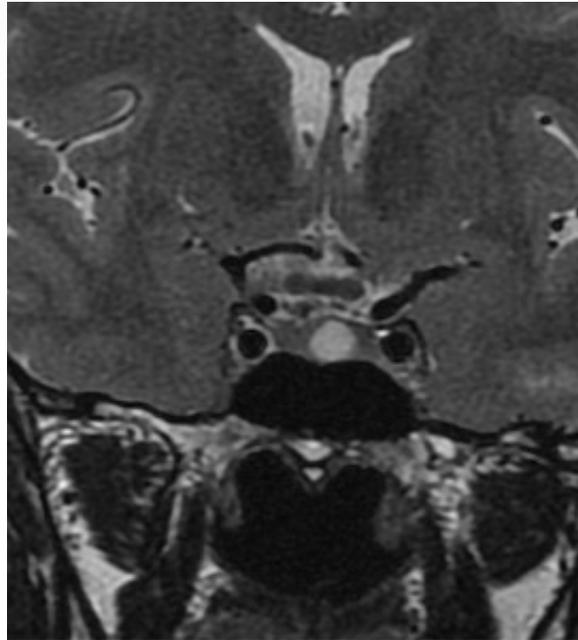
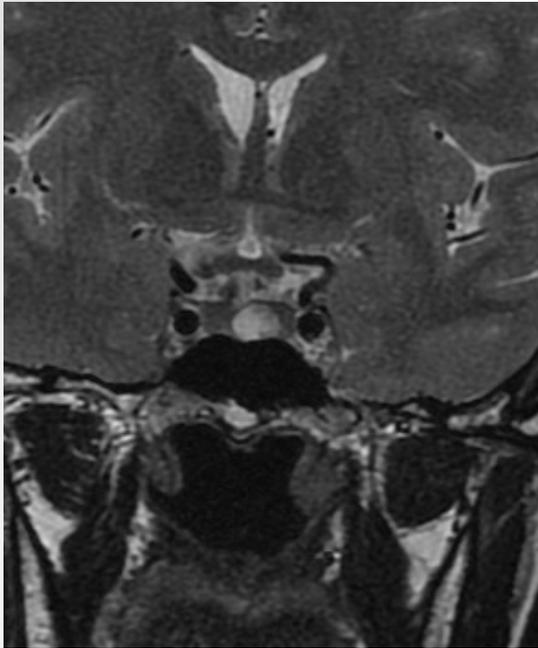
Des diagnostics indéterminés

...

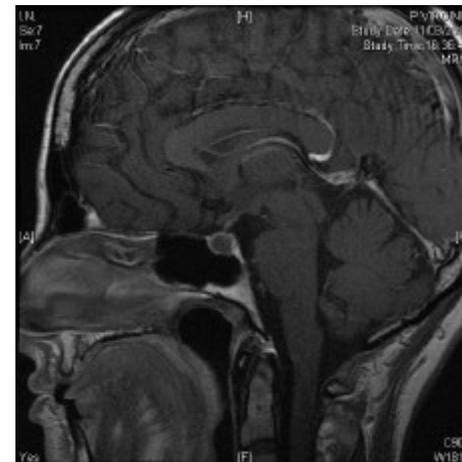




Née en 1947
Céphalées
Biologie normale
Conclusion RCP
Contrôle à 6 mois

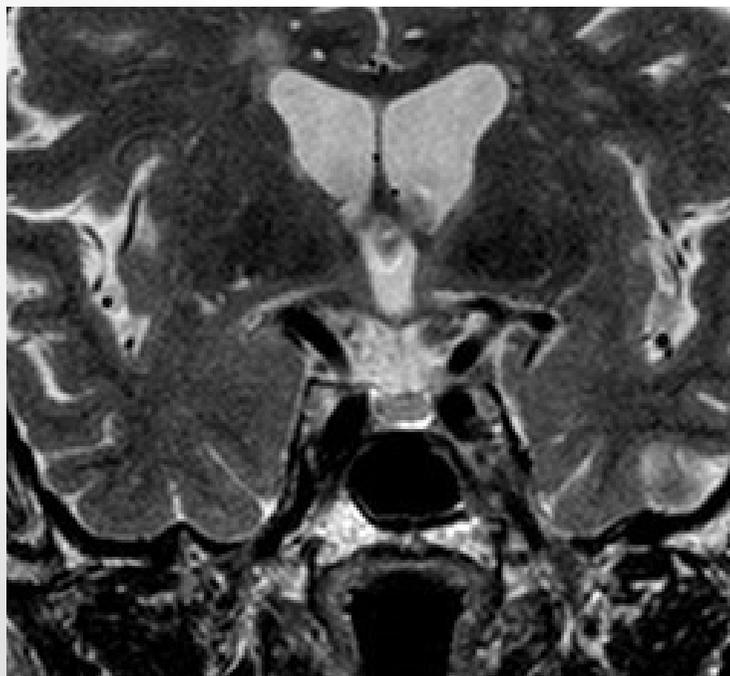
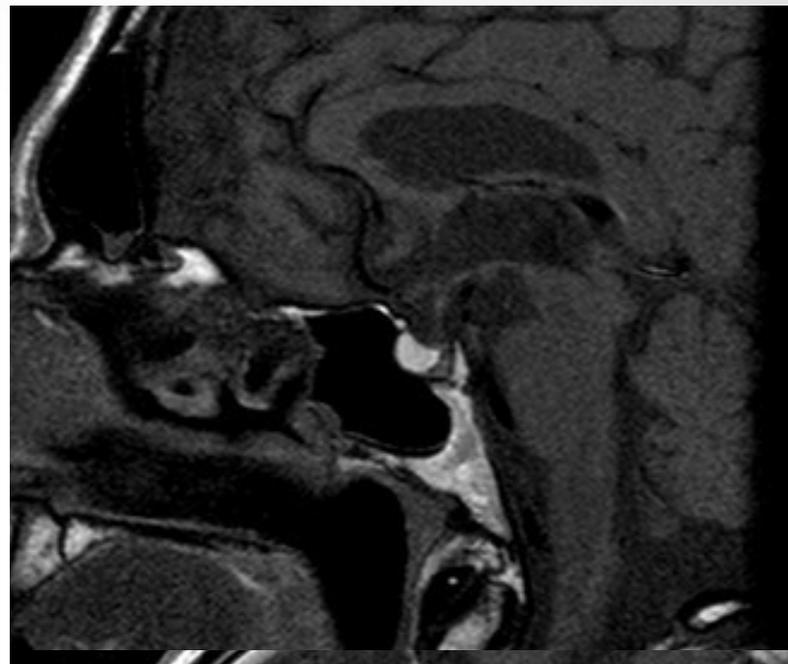
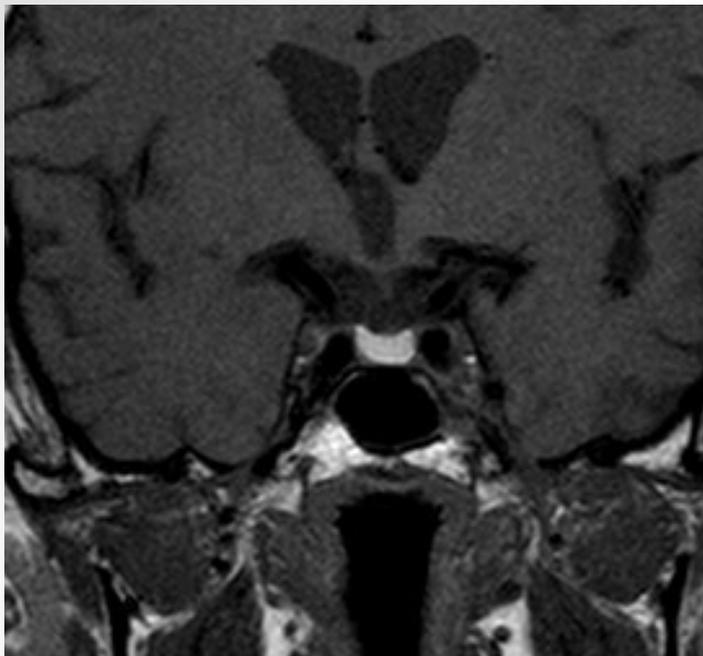


Née en 1970
Migraine
Biologie normale



Monsieur L Lucien 35 ans

- ◎ ATCD AVP 1996 avec TC. Suivi pour diabète
- ◎ en fin 2009 consulte aux urgences puis en médecine interne pour un tableau aigu altération EG vomissements diarrhée fièvre
- ◎ Le bilan : hyponatrémie,
- ◎ diagnostic d'insuffisance surrénale
mise en route d'un traitement hydrocortisone
- ◎ Insuffisance corticotrope centrale
- ◎ Céphalées



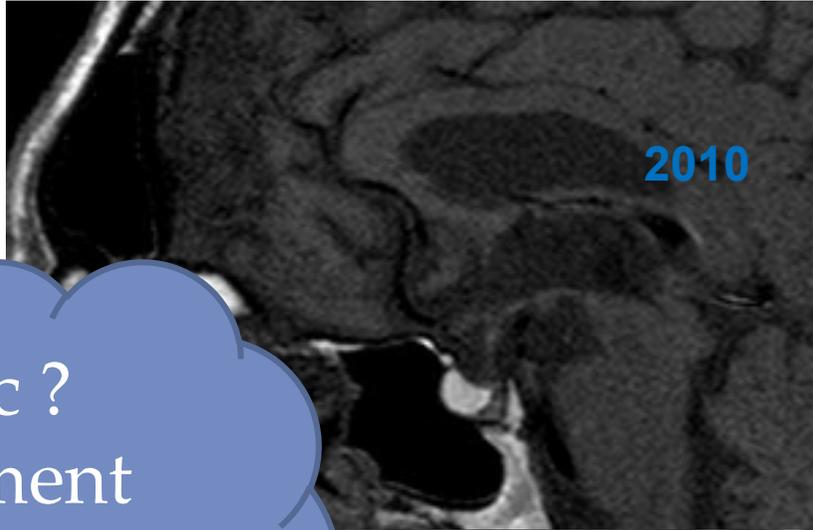
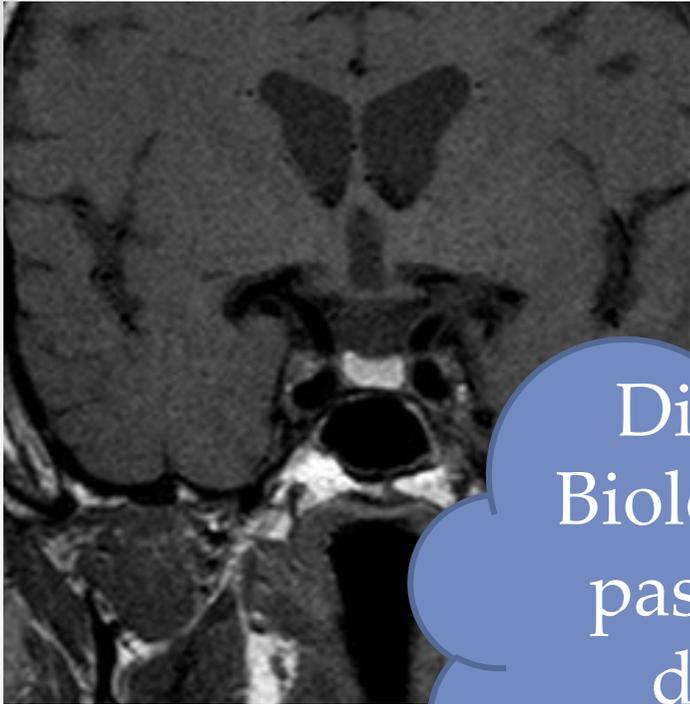
Février
2010

RCP juillet 2010

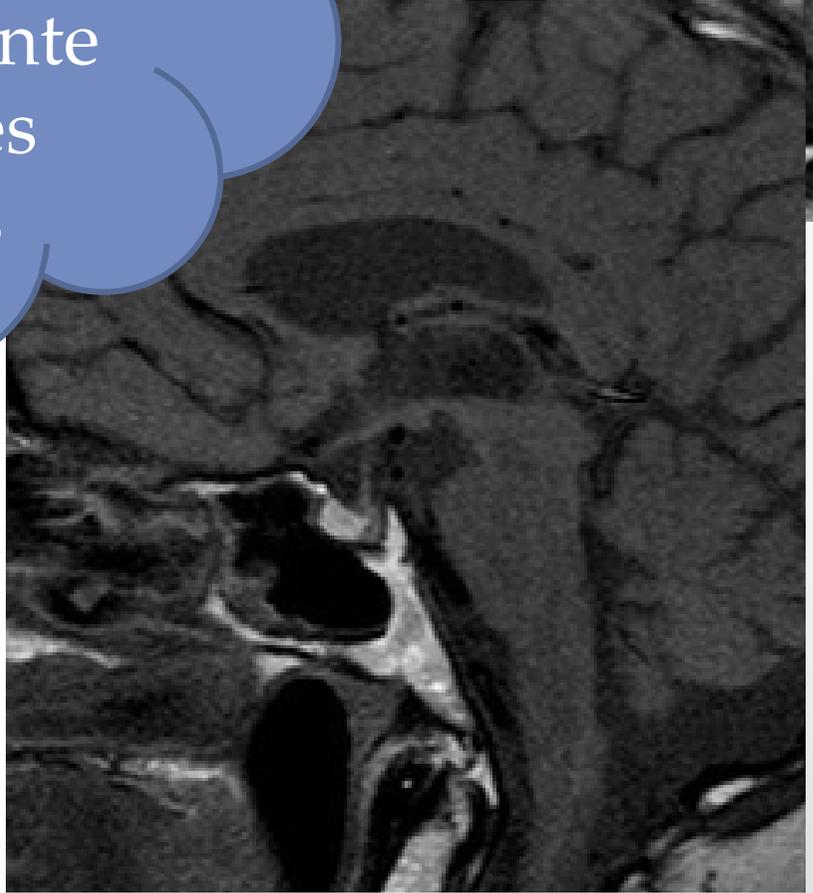
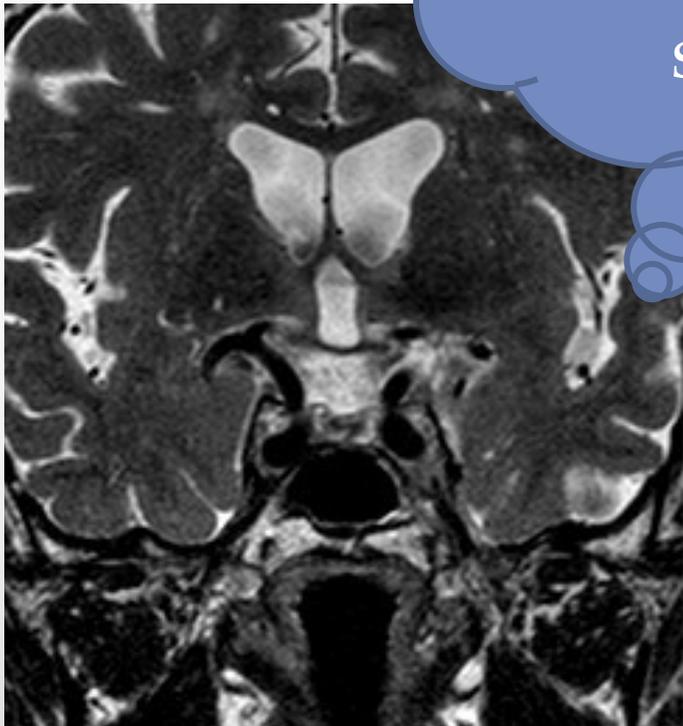
L'IRM ne retrouve pas de lésion anté-hypophysaire évidente, en tout cas pas de lésion pouvant expliquer un tel tableau clinique. On peut exclure toute cause tumorale.

Ce déficit corticotrope isolé fait plus penser à une inertie corticotrope secondaire à une prise médicamenteuse volontaire ou non.

Reprendre l'interrogatoire sur d'éventuels compléments alimentaires ou infiltration de corticoïdes pouvant expliquer un tel tableau clinique



Diagnostic ?
Biologiquement
pas d'atteinte
des autres
secteurs

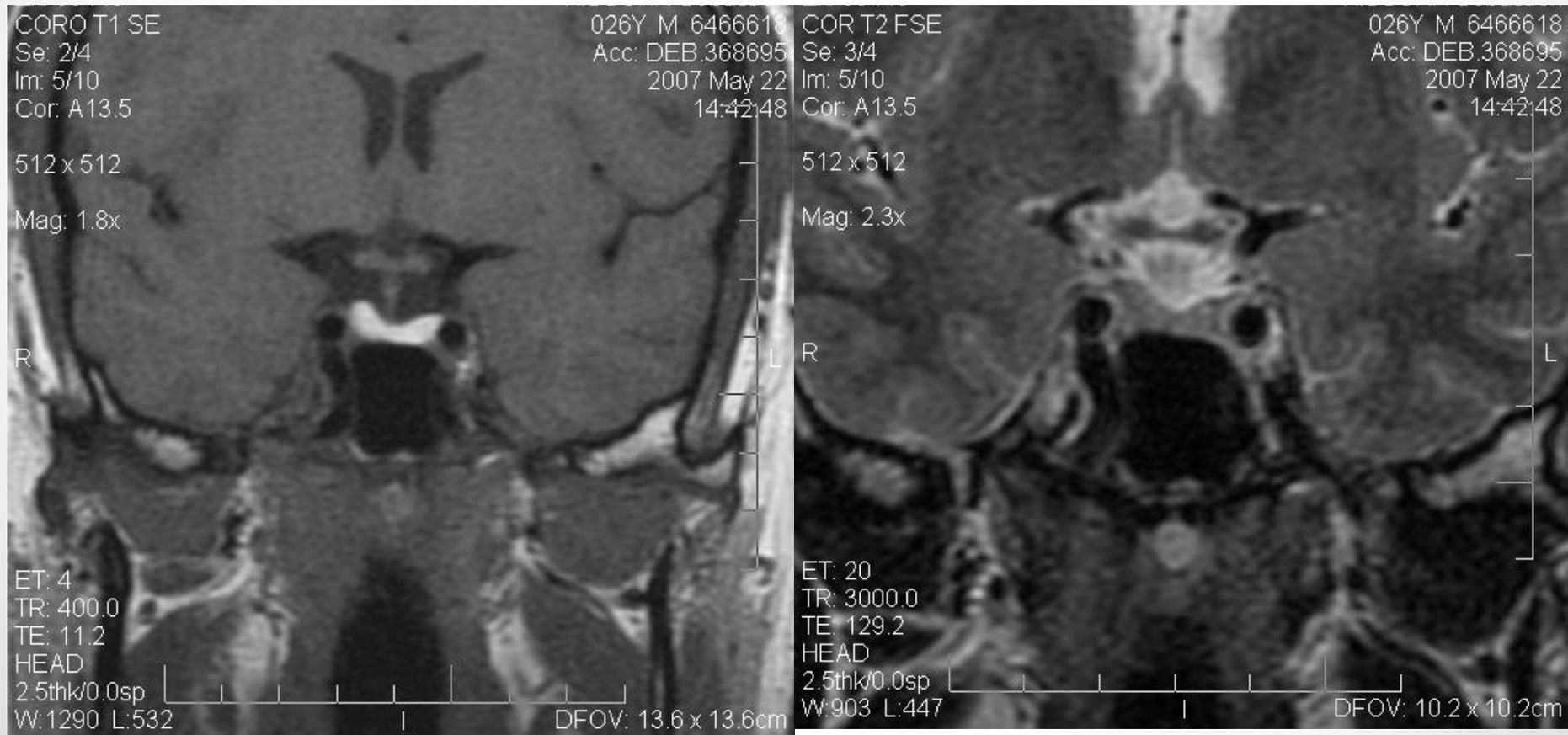


2011

Une IRM sagittale deficit antehypophysaire

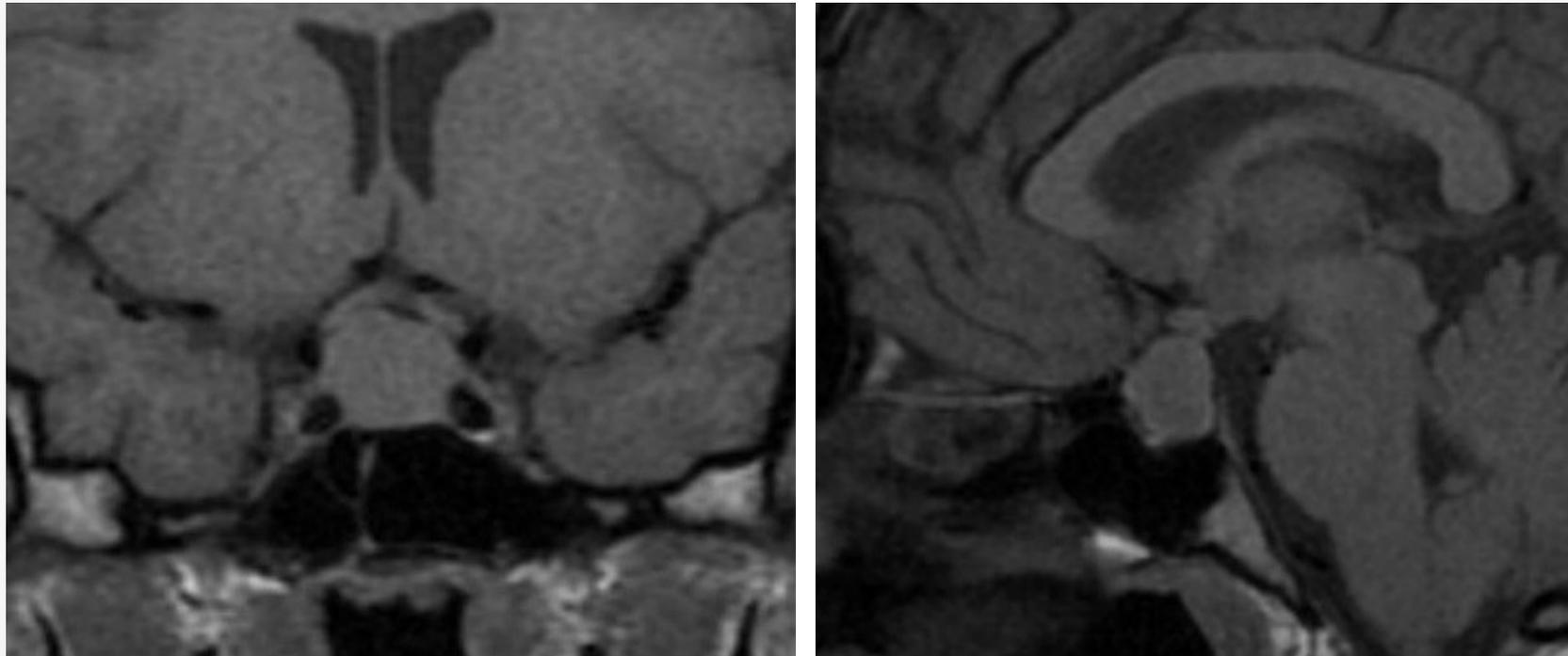


Apoplexie hypophysaire



Mme N. B. née le 23/04/1983

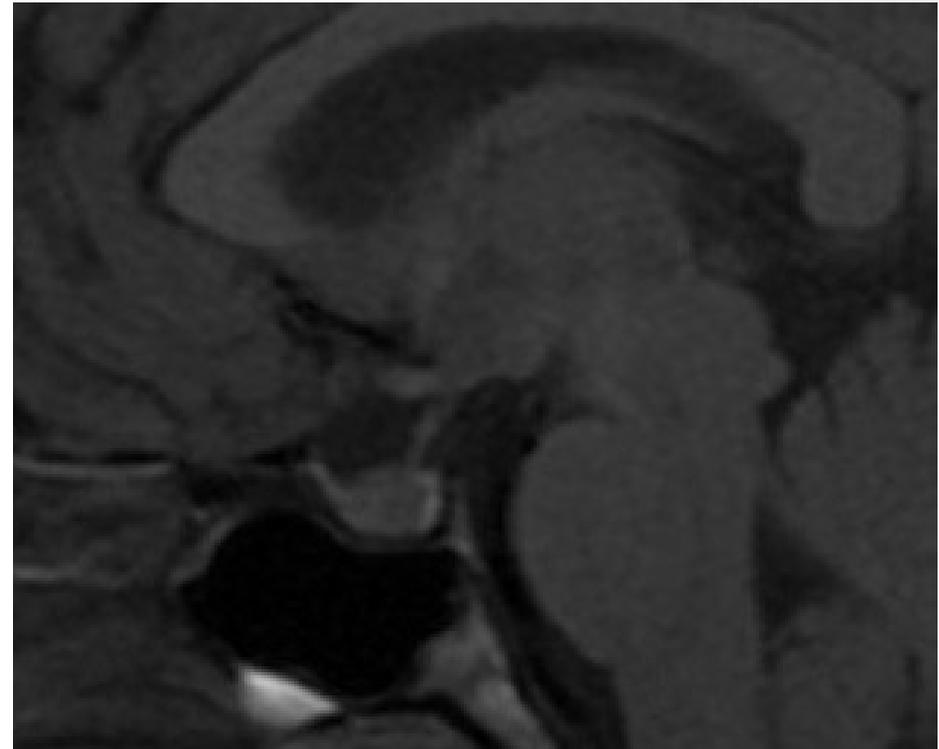
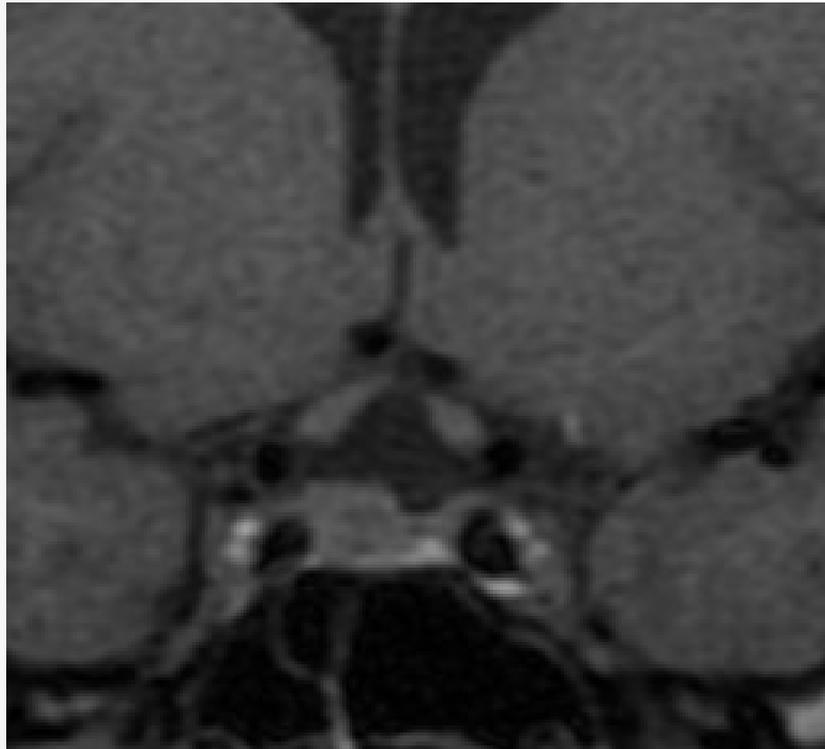
- Octobre 2003 (20 ans)
- G₀P₀ - aménorrhée 2^{daire} + désir de grossesse



- Prolactine 485 $\mu\text{g/L}$
- IRM \rightarrow macroprolactinome 20 x 18 mm

Mme N. B. née le 23/04/1983

- Mars 2004 – avant 1^{ère} grossesse

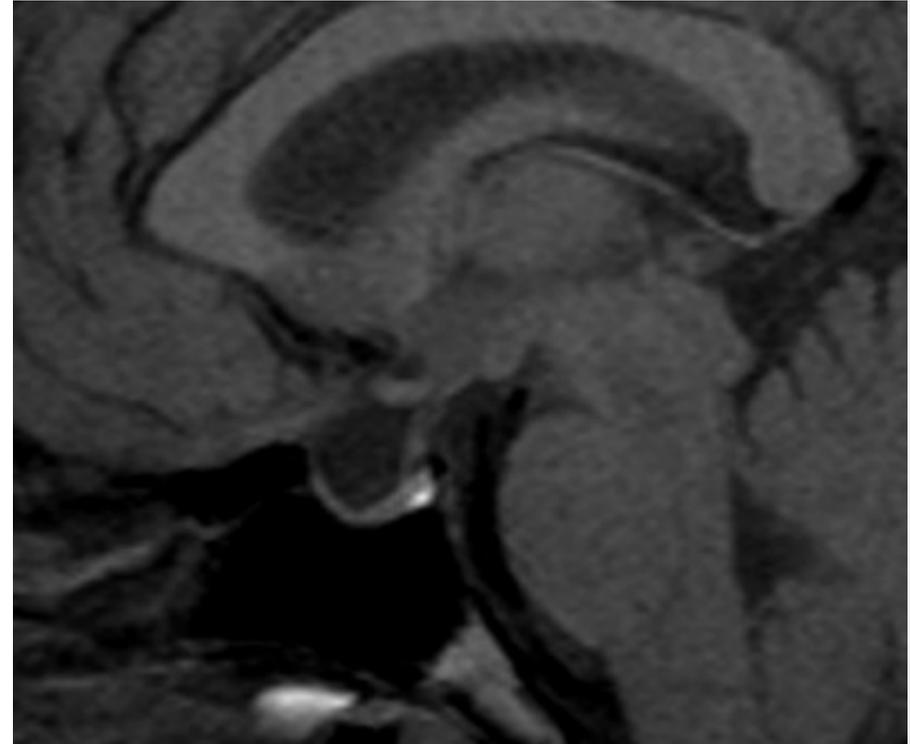
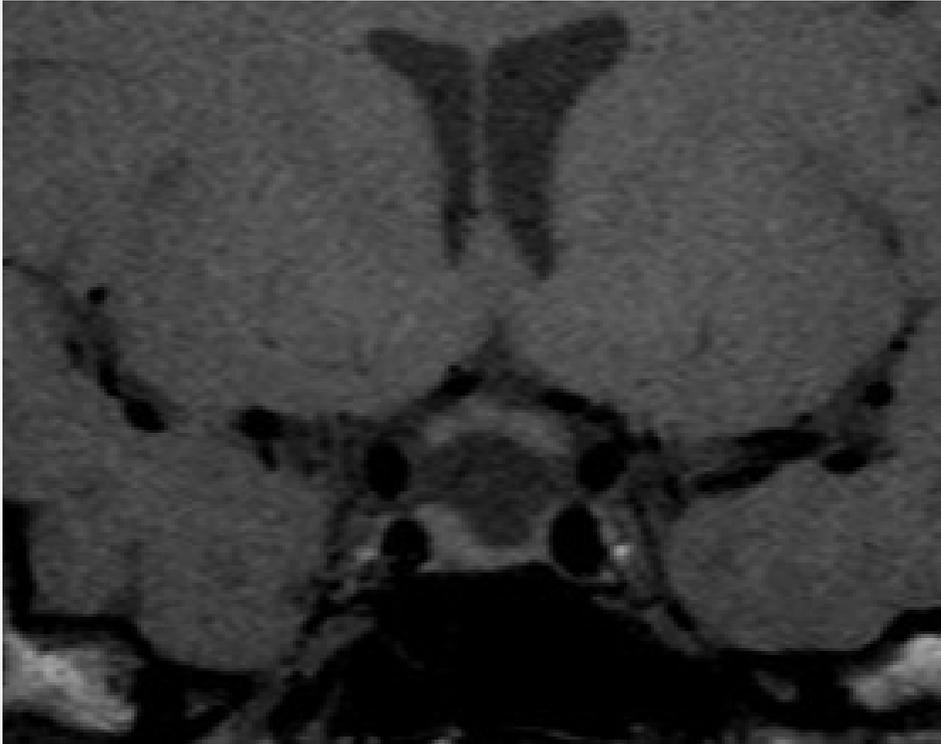


- R/ cabergoline 1 mg/semaine
- → prolactine 17 $\mu\text{g/L}$

●

Mme N. B. née le 23/04/1983

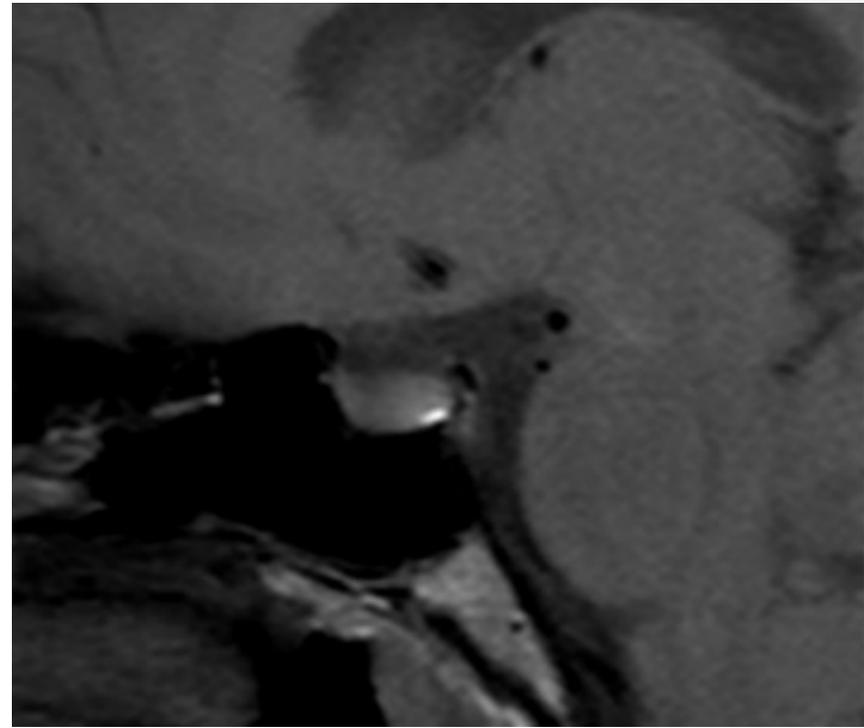
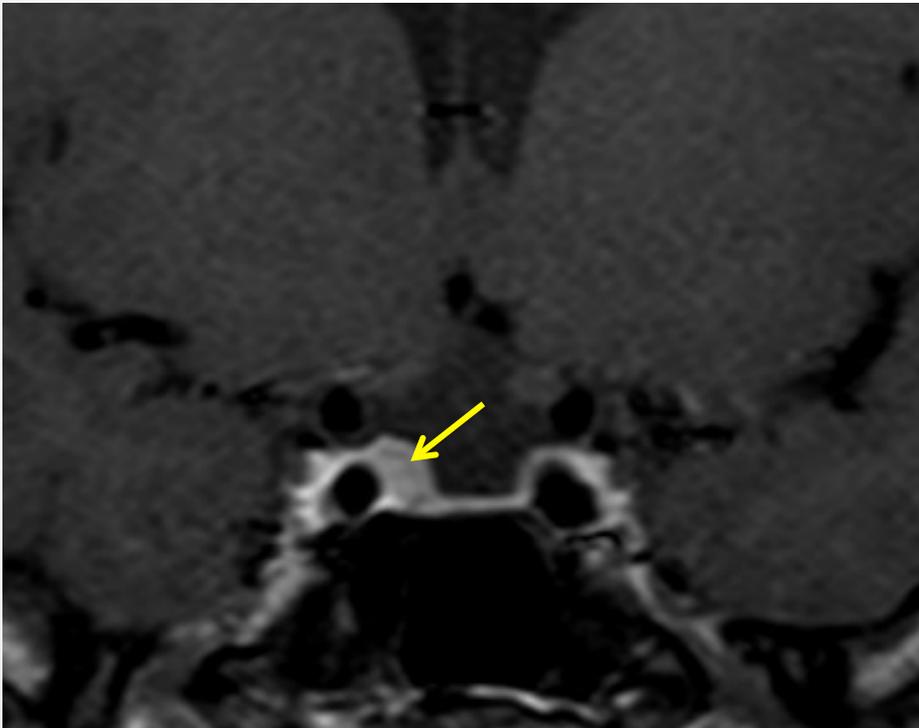
- Octobre 2010 – après 3ème grossesse



- R/ Cabergoline (0,25 mg/semaine) arrêté depuis juillet 2009
- Prolactine 8 $\mu\text{g/L}$ \rightarrow traitement non repris

Mme N. B. née le 23/04/1983

- *Patiente perdue de vue jusqu'en mars 2013*
- revient pour céphalées – galactorrhée (sous pilule)



- Prolactine 48 $\mu\text{g/L}$
- ➔ Reprise Cabergoline (0.25 mg/semaine)

●



Retentissement chiasmatique

