



Maladie de Cushing et intoxication médicamenteuse

Table des matières

- Présentation du cas	3
- La patiente	4
- Exercice	5
- Anamnèse	6
- Exercice	7
- Suite des évènements :	8
- Exercice : Concernant la biologie et les différents tests :	9
- Exercice	10
- Exercice	11
- Traitement post-opératoire	12
- Exercice : Objectifs Thérapeutiques	13
- 6 mois plus tard...	14
- Exercice	15

Présentation du cas

Mme C, 37ans, est hospitalisée pour traitement chirurgical d'une maladie de Cushing récidivante par surrénalectomie bilatérale.

La patiente

Antécédents médicaux et chirurgicaux

- appendicectomie en 1985
- maladie de Cushing diagnostiquée en 1988, traitée chirurgicalement en 1989 par ablation d'un adénome corticotrope gauche par voie transphénoïdale
- goitre et insuffisance thyroïdienne depuis la naissance de sa fille en 1998
- diabète de type 2 depuis Février 2008

Mode de vie

Aucune allergie connue / tabagisme actif estimé à 15 PA / a une fille de 11ans / vie en concubinage

Exercice

Concernant les hypercorticismes glucocorticoïdes :

☐	La maladie de Cushing est un hypercorticisme glucocorticoïde ACTH indépendant
☐	L'hypercortisolisme peut être dû à une hypersécrétion ectopique d'ACTH-like
☐	Le corticosurréalome malin et l'adénome bénin d'une surrénale sont ACTH-indépendant
☐	La sécrétion des hormones stéroïdiennes (dont fait partie le cortisol) se fait dans la partie médullaire des surrénales
☐	Le cortisol est produit dans la zone fasciculée

Anamnèse

- Maladie de Cushing découverte en 1988, et traitée chirurgicalement en 1989, réussite de la chirurgie, guérison
- Depuis février 2008:
 - diabète de type 2
 - prise de poids de 10 kg localisé au niveau abdominal
 - visage « boursoufflé »
 - hirsutisme au niveau du visage, de la poitrine et du ventre
 - irritabilité et thermophobie
 - fatigabilité musculaire et fragilité cutanée
 - asthénie car n'arrive pas à dormir la nuit
 - aménorrhée

Exercice

Concernant les signes cliniques

☐	L'obésité facio-tronculaire observée chez ce type de patient s'explique notamment par une anomalie de la répartition des graisses.
☐	Une hypotension est fréquemment associée à cette pathologie.
☐	Le DT2 observée chez cette patiente est associée à la maladie de Cushing : le cortisol étant une hormone hyperglycémiante.
☐	La fragilité cutanée signe l'hypercatabolisme protidique.
☐	Au niveau musculaire, l'amyotrophie et le signe du godet sont caractéristiques de l'hypercatabolisme protidique.

Suite des évènements :

Devant ce tableau clinique, des bilans sont réalisés : cortisol plasmatique et urinaire, IRM hypophysaire...

Conclusion: rechute clinico-biologique de la maladie de Cushing

Une reprise chirurgicale hypophysaire est effectuée le 19/01/09, avec comme complication, l'apparition d'un diabète insipide, et un échec de la chirurgie.

Hospitalisation pour exploration des fonctions hypophysaires en post-opératoire

Décision d'une surrénalectomie bilatérale

Exercice : Concernant la biologie et les différents tests :

Au niveau de la NFS, on peut noter une [] modérée ainsi qu'une hyperleucocytose à PNN (par démargination des leucocytes). Les ionogrammes plasmatique et urinaire confirment l'effet [] du cortisol qui agit à forte concentration sur les récepteurs de l' [] au niveau du TCD. On observe une [] (par kaliurèse []) et une [] (par natriurèse []).

Le cortisol libre urinaire est [] et le cycle nyctéméral de la cortisolémie est aboli.

Le test de freinage [] permet de différencier la maladie de Cushing des autres syndromes de Cushing : pour la maladie de Cushing ce test est fréquemment []. Le test à la [] est explosif.

Exercice

Quel médicament aurait pu être utilisé pour traiter cette maladie de Cushing ?

☐ Levothyroxine

☐ Carbimazole

☐ Benzylthiouracile

☐ Kétoconazole

☐ Cisplatine

Exercice

Quel bilan est nécessaire avant et pendant un traitement par Kétoconazole ?

Traitement post-opératoire

- Lantus : 36 UI le soir
- Levothyrox 0,1mg : 1-0-0
- Rivotril 2mg : 0-0-1
- Metformine 1000mg : 1-1-1
- Doliprane 1g : 1-1-1
- Prozac 20 mg : 1-0-0
- Minirin 0,1mg : 0-0-2
- Hydrocortisone 100mg, PSE : 20 mg, 6 fois/24H , soit 120mg/24H
- Morphine 10mg/1ml, IV : 1 injection à 15H, soit 5mg/24H

Exercice : Objectifs Thérapeutiques

- 1 - Morphine 10mg/1ml
- 2 - Metformine 1000mg
- 3 - Doliprane 1g
- 4 - Prozac 20 mg
- 5 - Levothyrox 0,1mg
- 6 - Rivotril 2mg
- 7 - Hydrocortisone 100mg
- 8 - Minirin 0,1mg
- 9 - Lantus

Traitement
glucocorticoïde
substitutif

Traitement de
la douleur

Traitement du
DT2

Traitement du
diabète insipide

Traitement de
l'insuffisance
thyroïdienne

Traitement des
troubles
psychologiques

6 mois plus tard...

Mme C sort de l'hôpital à J+6 de sa chirurgie.

Six mois plus tard, elle est admise aux Urgences de Grenoble.

En rentrant du travail, son mari a retrouvé madame C "somnolente et peu réactive". Il a également retrouvé deux flacons vides de Rivotril dans la chambre.

Aux Urgences, elle présente une hypotonie musculaire et une légère dépression respiratoire.

Le médecin conclue à une intoxication aux Benzodiazépines.

Exercice

Concernant l'intoxication aux Benzodiazépines :

☐	Le traitement précoce est le lavage gastrique.
☐	Il n'existe pas d'antidote pour les intoxications aux Benzodiazépines.
☐	La technique de dépistage est une technique par immunofluorescence (FPIA)
☐	Les BZD sont des agonistes allostériques des récepteurs GABA-A : action par augmentation de la fréquence d'ouverture des canaux chlore.
☐	Il peut exister des effets paradoxaux chez certaines personnes : comportement agressif, syndrome confusionnel...