

**21èmes CONFRONTATIONS CLINICO-BIOLOGIQUES  
SUR LA LITHIASSE URINAIRE et 2<sup>ème</sup> ATELIER SUR LES TROUBLES  
HYDRO-ELECTROLYTIQUES**

**Hôpital Tenon, 13-16 octobre 2016**

Organisées par le Département de Néphrologie de l'Hôpital Necker (Pr. B. Knebelmann) et le Service des Explorations Fonctionnelles de l'Hôpital Tenon (Pr. J.Ph. Haymann, Pr. E. Letavernier, Dr. M. Daudon)

**FORMULAIRE DE RÉSUMÉ DE COMMUNICATION OU DE CAS CLINIQUE**

Pour : les 21èmes CCBLU

le 2<sup>ème</sup> Atelier Troubles hydro-électrolytiques X

**TITRE : Hypokaliémie et hypertension au cours de la grossesse révélant un syndrome de Cushing sur adénome surrénalien.**

Noms et Prénoms des auteurs : Hernan Valdes-Socin, Patrick Emonts, Etienne Hamoir, Albert Beckers.

Institution : CHU de Liège BELGIQUE

**Introduction** : Le syndrome de Cushing est une affection rare pouvant, cependant, engager le pronostic vital du patient. Il est retrouvé exceptionnellement au cours de la grossesse, car l'hypercorticisme est le plus souvent responsable d'une infertilité. **Cas clinique** : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 36 ans (G5P4) qui est enceinte après une fécondation *in vitro*. Ses antécédents pathologiques incluent une hypothyroïdie sur Thyroïdite de Hashimoto supplémentée, un tabagisme actif et une pré éclampsie à G4. Lors de la visite de contrôle du premier trimestre (G5P4), on constate une prise de poids de 8kg (BMI 37 kg/m<sup>2</sup>), un visage bouffi, des œdèmes des membres inférieurs et une HTA à 140/80 mm Hg. Son traitement est : L-Thyroxine 200 µg/J, aspirine 100 mg et acide folique 4mg. A la biologie on constate une hypokaliémie à 3.3 mmol/L (3.5-5) et un bilan thyroïdien équilibré. Un bilan complémentaire démontre : cortisol élevé à 252 µg/L, testostérone 0.83 µg/L (<0.6), ACTH <10 pg/ml, une discrète protéinurie. Le diagnostic de l'hypercorticisme est confirmé par deux cortisoluries de 600µg et 500µg/24h (<60). L'IRM abdominale objective une masse surrénalienne gauche suggérant un adénome surrénalien de 35 mm de diamètre. Elle commence un traitement antihypertenseur par adalat oros®, catapressan® à doses maximales et une supplémentation par potassium. A 24 semaines de grossesse, une surrénalectomie gauche est réalisée par voie coelioscopique. L'examen anatomopathologique conclut à un adénome surrénalien, sans embolies vasculaires ni invasion capsulaire. On note après la chirurgie une régression de l'hypercorticisme, une perte de 10 kg et une amélioration du contrôle tensionnel. **Discussion** : L'hypertension et la prise en charge d'un syndrome de Cushing gestationnel nécessite une collaboration multidisciplinaire. Cortisol et aldostérone agissent de concert sur le récepteur minéralocorticoïde, rendant difficile le diagnostic différentiel entre un hypercorticisme ou un excès de minéralocorticoïde pendant la grossesse. L'hydroxystéroïde dehydrogenase, qui protège l'activation de ce récepteur par le cortisol, peut être sidérée en cas d'hypercorticisme significatif<sup>1-2</sup>. En fonction de la révision de la littérature, nous discutons le diagnostic et la prise en charge d'un syndrome de Cushing sur adénome surrénalien au cours de la grossesse.

<sup>1</sup>Beckers A, Valdes-Socin H, Betea D, Stevenaert A. Differential diagnosis and medical treatment in Cushing's disease. Neurochirurgie. 2002 May;48(2-3 Pt 2):163-72.

<sup>2</sup>Morgan SA, Hassan-Smith ZK, Lavery GG. MECHANISMS IN ENDOCRINOLOGY: Tissue-specific activation of cortisol in Cushing's syndrome. Eur J Endocrinol. 2016 Aug;175(2)

Ce formulaire est à renvoyer avec le bulletin d'inscription au plus tard le 1<sup>er</sup> Octobre 2016 par email à l'adresse email suivante : [michel.daudon@tnn.aphp.fr](mailto:michel.daudon@tnn.aphp.fr) ou par courrier à :

Dr Michel DAUDON – Service d'Explorations Fonctionnelles - Hôpital TENON – 4 Rue de la Chine – 75970 PARIS cedex 20. Ce formulaire peut être demandé en format numérique à l'adresse email ci-dessus.