

Syndrome anxio-dépressif révélant un corticosurrénalome métastatique

Dr A. MOUMEN^a, Dr A. EL MASMOUDI^a, Dr A. MEFTAH^a, Dr H. EL JADI^a, Dr S. CHEKDOUFI^a, Dr AA. GUERBOUB^a,
Dr S. ELMOUSSAOUI^a, Pr G. BELMEJDOUB^a

^a Service d'Endocrinologie et de Diabétologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, MAROC.

Introduction :

Le corticosurrénalome est un cancer rare dont l'incidence varie de 0,7 à 2,0 cas par million d'habitant [1]. Il s'agit d'un cancer agressif, la survie à 5 ans étant inférieure à 40 % [2]. Nous rapportons le cas d'un corticosurrénalome révélé par un syndrome anxio-dépressif.

Observation :

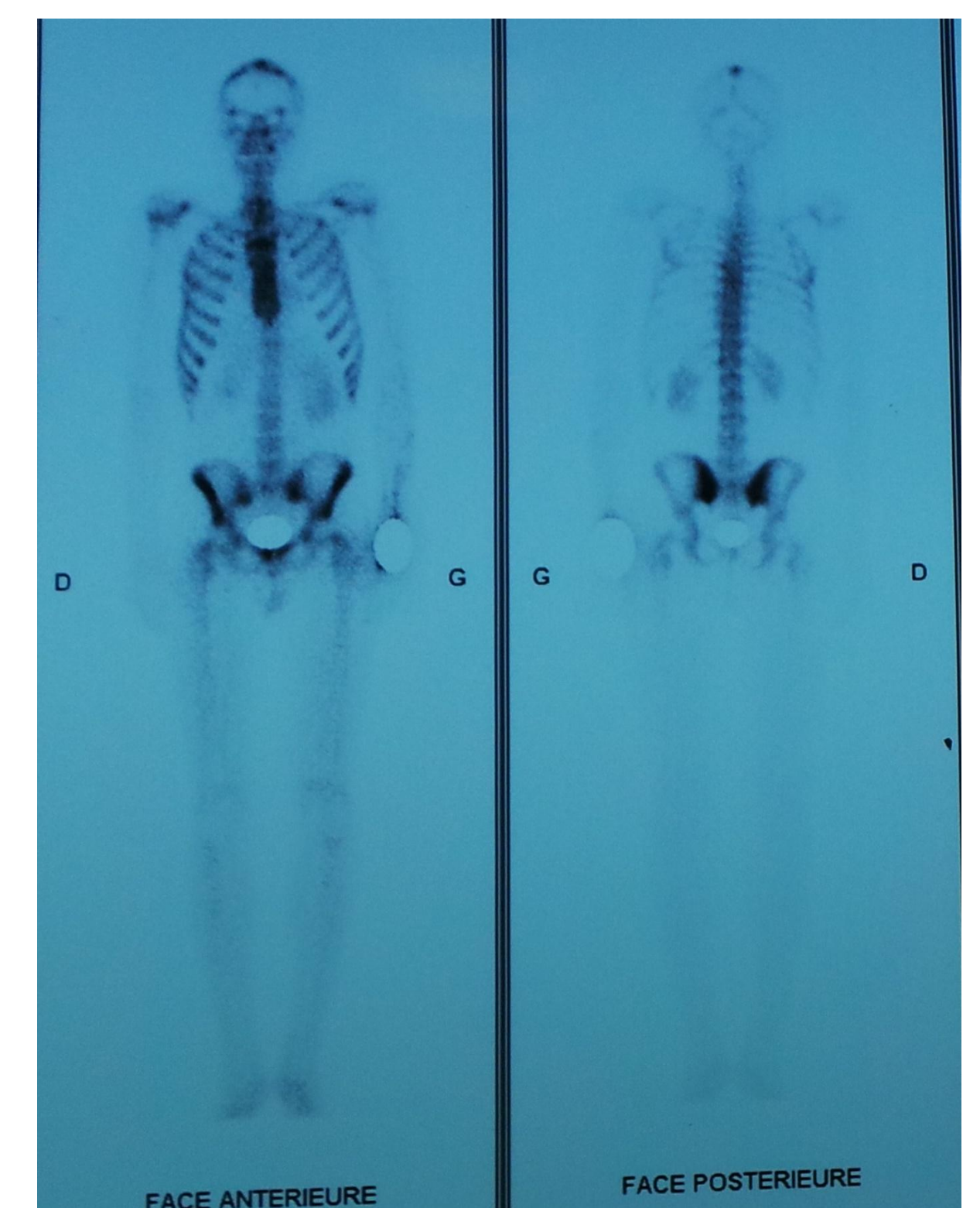
Il s'agit d'un patient de 27 ans sans antécédents pathologiques notables, qui présente un syndrome anxio-dépressif avec insomnie mis sous traitement antidépresseur sans amélioration. 9 mois plus tard et devant la découverte fortuite d'une hypertension artérielle de grade I, le patient nous est adressé pour exploration. L'examen clinique trouve un patient en bon état général, une érythrose faciale et une tension artérielle à 140/80 mmHg. Il n'y avait pas de vergetures pourpres, ni de mélanodermie ni d'obésité facio-tronculaire. Le bilan biologique retrouve un syndrome de Cushing ACTH indépendant attesté par un cortisol libre urinaire à 4402,75 nmol/24h soit 22 fois la normale et une ACTH basse à 2,52 pg/ml. L'IRM surrénalienne trouve un aspect en faveur d'un corticosurrénalome gauche de 94 x 110 x 94 mm avec des adénopathies rétropéritonéales. Le bilan d'extension objective des localisations secondaires hépatiques, pulmonaires et osseuses. Le patient est mis sous une association mitotane-étoposide-doxorubicine-cisplatine.



IRM abdominale objectivant un corticosurrénalome gauche



IRM abdominale objectivant des métastases hépatiques



Scintigraphie osseuse objectivant des métastases osseuses au niveau du crâne et de l'articulation sacro-iliaque gauche

Discussion :

Les manifestations psychiatriques sont fréquentes au cours du syndrome de Cushing avec un large spectre allant de la dépression majeure à l'accès maniaque [3]. La fréquence des symptômes psychiatriques a été évaluée depuis la fin des années 70 en utilisant différents critères diagnostiques chez un total de 500 patients environ [3]. L'hypercorticisme peut aggraver ou révéler un trouble psychiatrique latent antérieur, des troubles du sommeil [4]. La dépression est une complication majeure du syndrome de Cushing qui peut mettre en jeu le pronostic vital et survient chez plus de la moitié des patients [5]. Elle apparaît dès la phase prodromique de la maladie chez le quart des patients [6 ; 7]. Les troubles bipolaires y compris l'accès maniaque se voient chez environ 30% des patients [6] et peuvent être parmi les manifestations précoces de la maladie [6]. Dans la série de Loosen et al, 79% des patients répondaient aux critères du trouble anxieux généralisé [8] suggérant une forte association entre le syndrome de Cushing et les troubles anxieux. Le traitement antidépresseur est généralement peu efficace au cours du syndrome de Cushing tant que l'hypercorticisme n'a pas été contrôlé par un traitement médical et/ou chirurgical [9]. L'hypercorticisme entraîne des troubles cognitifs variés, paraissant corrélés à l'intensité de l'hypercorticisme, tels que la diminution des capacités de mémorisation, de concentration intellectuelle et d'apprentissage [4]. La réversibilité de ces troubles après guérison de l'hypercorticisme ne semble pas acquise [10].

Conclusion :

La prévalence des tableaux cliniques « historiques » de syndrome de Cushing recule aux dépens de formes paucisymptomatiques. Notre cas illustre l'importance de songer à rechercher un syndrome de Cushing devant un tableau psychiatrique atypique et résistant aux antidépresseurs usuels qui peut être révélateur d'une pathologie à pronostic effroyable.

Références

- [1] Kerkhofs TM, Verhoeven RH, Van der Zwan JM *et al*. Adrenocortical carcinoma: a population-based study on incidence and survival in the Netherlands since 1993. *Eur J Cancer* 2013. [Epub ahead of print].
- [2] Assié G, Antoni G, Tissier F *et al*. Prognostic parameters of metastatic adrenocortical carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:148-54.
- [3] Alberto M. Pereira, Jitske Tiemensma, Johannes A. Romijn. Neuropsychiatric Disorders in Cushing's Syndrome. *Neuroendocrinology* 2010; 92(suppl 1):65-70
- [4] A. Tabarin, D. Collet, F. San Galli *et al*. Syndrome de Cushing. *EMC Endocrinologie-Nutrition* 2006.
- [5] Sonino N, Fava GA. Psychiatric disorders associated with Cushing's syndrome. *CNS Drugs*. 2001; 15:361-73.
- [6] Haskett RF. Diagnostic categorization of psychiatric disturbance in Cushing's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1985; 142:911-16.
- [7] Kelly WF. Psychiatric aspects of Cushing's syndrome. *Q J Med*. 1996; 89:543-51.
- [8] Loosen PT, Chambliss B, de Bold CR *et al*. Psychiatric phenomenology in Cushing's disease. *Pharmacopsychiatry*. 1992; 25:192-8.
- [9] Monica N. Starkman, Neuropsychiatric Findings in Cushing Syndrome and Exogenous Glucocorticoid Administration. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2013; 42: 477-88
- [10] Bourdeau I, Bard C, Forget H *et al*. Cognitive function and cerebral assessment in patients who have Cushing's syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2005; 34: 357-69.