

INTRODUCTION

La prévalence des tableaux cliniques « historiques » recule actuellement aux dépens des formes paucisymptomatiques. On songera à rechercher un syndrome de Cushing devant une ostéoporose ne prouvant pas son étiologie, un diabète sucré de type 2 surtout s'il est déséquilibré sans cause évidente, une aménorrhée secondaire, une hypertension artérielle du sujet jeune ou résistante, un tableau psychiatrique atypique ou résistant ...

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

A travers cet observation, nous allons illustrer le cas d'une jeune patiente admise initialement pour la prise en charge d'un diabète de type 2 déséquilibré associé à une fragilité capillaire aux sites d'injection d'inuline indiquée pour optimisation du traitement de son diabète.

OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, admise au service d'endocrinologie pour suspicion d'un syndrome de cushing sur une fragilité capillaire. La patiente est connue diabétique depuis 4 ans sans hérédité diabétique dans la famille, la patiente a présenté des mycoses vaginales à répétition considérées longtemps comme cause de déséquilibre de son diabète considéré aussi comme étant un type 2. La patiente était mise initialement sous antidiabétiques oraux puis sous insulinothérapie dans le but d'optimiser son traitement. Alors là, le secret va être enfin dévoilé : la patiente a présenté des ecchymoses aux sites d'injection d'insuline et dans les sites des prélèvements sanguins, ce qui a constitué le signal d'alarme incitant à mener une enquête étiologique pour détecter un éventuel hypercorticisme. Effectivement le bilan paraclinique était broyant mettant en évidence une maladie de cushing en dépit d'un tableau clinique paucisymptomatique évoluant à bas bruit voir silencieux.



DISCUSSION

Les formes paucisymptomatiques peuvent correspondre à des formes de début, à un hypercorticisme modéré ou intermittent, ou à une sensibilité particulière de certains tissus chez un individu donné. On songera ainsi à rechercher le syndrome de Cushing devant un diabète sucré de présentation atypique ou se déséquilibrant sans cause évidente, une aménorrhée secondaire, un tableau psychiatrique atypique ou résistant aux thérapeutiques psychotropes usuelles. Ces formes sont à rapprocher des adénomes cortisoliques infracliniques ou silencieux découverts fortuitement. Pour le cas de notre patiente : elle a trainé pour des symptômes atypiques pendant 4 ans avant d'atterir chez le spécialiste qui a soupçonné un hypercorticisme et par précaution il a pris la décision de compléter par un bilan biologique d'hypercorticisme permettant cette fois-ci de dévoiler le secret de la véritable cause responsable des signes non spécifiques présentés par la patiente.

CONCLUSION

Le diagnostic du syndrome de Cushing paucisymptomatique demeure parfois très délicat pour le praticien, avec le risque de voir s'installer des complications métaboliques et cardiovasculaires et la hantise de passer à côté.



RÉFÉRENCES

- [1]: Pièges diagnostiques de la maladie de Cushing A. Tabarin, Hôpital du Haut Levêque, CHU de Bordeaux, 33604 Pessac. Annales d'Endocrinologie Vol 61, N° 3 - septembre 2000p. 224.
- [2]: Diagnostic positif et différentiel du syndrome de cushing Antoine TABARIN, Page 318 Vendredi, 16. février 2007 cedifs.com
- [3]: Revue Médecine thérapeutique / Endocrinologie - Diagnostic du syndrome de Cushing Volume 1, numéro 1, Mai - Juin 1999, A. Tabarin, (p.55-74) .