

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — SURRÉNALES · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-SUR-CUSH · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

SYNDROME DE CUSHING — conduite à tenir

Objet

Affirmer un hypercortisolisme, en préciser le mécanisme (ACTH-dépendant vs indépendant) et l'étiologie, et orienter le traitement.

CAT diagnostique

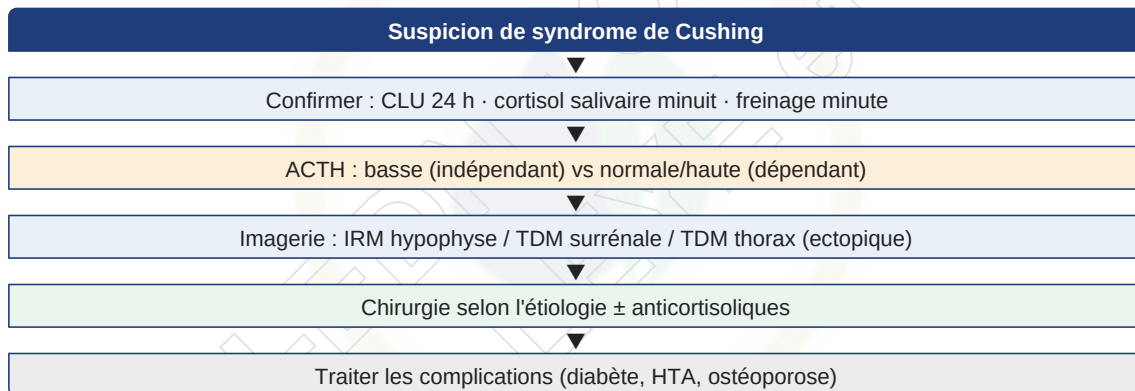
1. Signes cliniques

- **Obésité facio-tronculaire**, visage « lunaire », bosse de bison, comblement des creux sus-claviculaires.
- **Signes cataboliques** spécifiques : **vergetures pourpres larges**, amyotrophie proximale, ecchymoses, peau fine, ostéoporose.
- HTA, **diabète**/intolérance au glucose, troubles gonadiques (aménorrhée, hirsutisme), troubles psychiques.
- Orientation : début et évolution, prise de **corticoïdes** (cause iatrogène, la plus fréquente).

2. Signes paracliniques

- **Affirmer l'hypercortisolisme** (au moins 2 tests) : **cortisol libre urinaire des 24 h**, **cortisol salivaire de minuit**, **freinage minute** (1 mg de dexaméthasone à minuit → cortisol 8 h non freiné).
- **Mécanisme** : **ACTH** — basse → ACTH-indépendant (surrénale) ; normale/élevée → ACTH-dépendant (maladie de Cushing hypophysaire ~85 %, ou sécrétion ectopique).
- **Localisation** : freinage fort à la dexaméthasone, **IRM hypophysaire** / **TDM surrénale** / TDM thoraco-abdominale ; cathétérisme des sinus pétreux si doute.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Maladie de Cushing** (adénome hypophysaire) : **chirurgie transsphénoïdale** ; radiothérapie/anticortisoliques en 2e intention.
- **Adénome/corticosurrénalome** : **surrénalectomie** ; prise en charge oncologique si corticosurrénalome.
- **Sécrétion ectopique d'ACTH** : traitement de la tumeur causale.
- **Anticortisoliques** (kétoconazole, métyrapone, osilodrostat) : contrôle de l'hypercortisolisme en attente/relais ou si chirurgie impossible.
- **Traiter les complications** : diabète, HTA, ostéoporose, infections, troubles psychiques ; substitution post-opératoire (insuffisance corticotrope transitoire).

Surveillance

- Cortisolémie/CLU post-traitement (rémission), récurrence ; surveillance des complications métaboliques et osseuses.
- Dépistage et traitement d'une insuffisance corticotrope post-opératoire.

Points de vigilance

- Éliminer un **Cushing iatrogène** (corticothérapie) avant exploration ; éliminer un pseudo-Cushing (alcool, dépression, obésité).
- Risque thrombo-embolique et infectieux élevé ; couvrir le péri-opératoire.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- CLU des 24 h et freinage minute = tests de débrouillage accessibles ; cortisol salivaire selon disponibilité.
- Imagerie et chirurgie hypophysaire spécialisées : organiser le recours/téléexpertise ; anticortisoliques (kétoconazole) en attente.
- Prendre en charge énergiquement diabète, HTA et infections (surmortalité).