

# OCCHIO AL CUSHING

Margherita Pontrelli<sup>1</sup>, Francesca Corzani<sup>1</sup>, Micol Lodi<sup>1</sup>, Laura Aurora D'Eliseo<sup>2</sup>, Paolo Rossini<sup>3</sup>, Fabrizio Riganti<sup>1</sup>, Fabio Bondi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOS Endocrinologia Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna, AUSL Romagna

<sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Oftalmologia, Università degli Studi di Parma

<sup>3</sup>UO Oculistica Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna, AUSL Romagna

**Donna**, 52 anni 90 Kg H 154 cm **BMI 38**

APR: recente TEP in TVP; Sd. bipolare; RCU plurioperata; obesità (notevole incremento ponderale negli ultimi anni).

In follow-up endocrinologico per tiroidectomia totale per GMNT.

Lamentava iperattività, tremori, insonnia, edemi distali con piccole ecchimosi, incremento ponderale progressivo.

## ESAMI ESEGUITI BASALI

LH u/l	FSH u/l	Estradiolo ng/ml	IGF-1 ng/ml	PRL ng/ml	ACTH pg/ml	Cortisolo ng/ml
< 0.3	< 0.3	187.0	123	28	84.0↑	248↑
Calcio mg/dl	Glicemia mg/dl	Insulina μU/ml	TSH μU/ml	FT4 pg/ml	PTH ng/L	
9.3	113	10	3.9	6.8↓	45	
Cortisolo salivare h23 14.0↑						

## TEST

Test Soppressione rapido "overnight" 1 mg	Test di Liddle 1
Cortisolo ng/ml ore 8: 251 (vn < 18)	Cortisolo ng/ml ore 8: 325 (vn < 18)

Test Soppressione rapido "overnight" 8 mg
ACTH pg/ml ore 8: 27.0; Cortisolo ng/ml ore 8: 46

Test con Desmopressina (stimolo: DDAVP 10 μg fl ev):							
	T-15'	T0'	T15'	T30'	T45'	T60'	T90'
ACTH pg/ml	24.2	52.5	275	225	144	94.2	67.9
Cortisolo ng/ml	218	190	284	363	374	392	294

## IMAGING

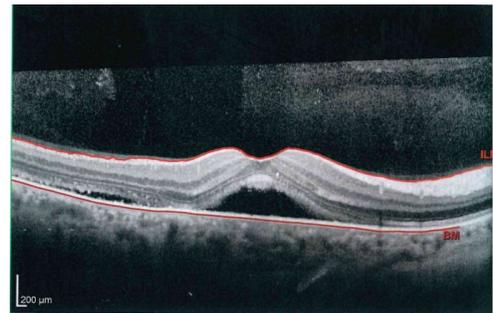
**RMN sella c/mdc:** microadenoma ipofisario (9x8 mm)

Da qualche tempo bruciore oculare e calo del visus OD.

## OCT MACULA

OD: distacco del neuroepitelio otticamente vuoto coinvolgente la fovea, riconducibile a **corioretinopatia sierosa centrale (CSC)**.

OS: profilo retinico regolare conservata.



➔ **DIAGNOSI: MALATTIA DI CUSHING**

➔ **VISITA OCULISTICA** Quadro tomografico compatibile con diagnosi di malattia di Cushing.

**Infezione SarsCov2, riacutizzazione RCU**, comparsa di **linfedema** al braccio-mano sinistra con estensione alla mammella

Intervento NCH rinviato

- Terapia medica "block and replace" in attesa intervento: **METIRAPONE + CORTONE ACETATO** → normalizzazione della cortisolemia

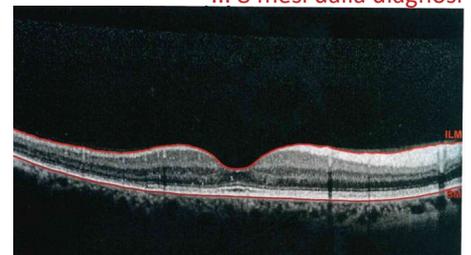
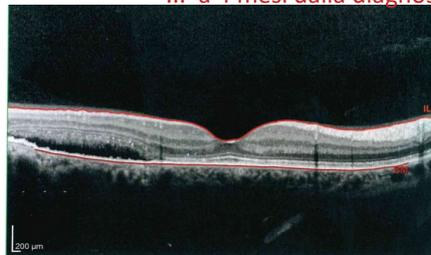
- Dopo 3 mesi intervento NCH di asportazione adenoma ipofisario: Adenoma ipofisario (Tumore ipofisario PitNET), TPIT positivo con immunoreattività per ACTH (tipo corticotropo "densely granulated"), grado 1° sec. Trouillas et al. 2013.

## FOLLOW-UP OCT

... a 4 mesi dalla diagnosi

... 8 mesi dalla diagnosi

La **CSC** è una maculopatia caratterizzata da accumulo di fluido nello spazio sottoretinico. Colpisce maggiormente soggetti di sesso maschile. L'eziopatogenesi non è nota. La terapia con glucocorticoidi è la condizione scatenante maggiormente documentata.



Alcuni casi di CSC sono stati descritti in pazienti con ipercortisolismo endogeno, in questi come nel nostro, la normalizzazione della cortisolemia ha determinato la regressione della patologia oculare.

La **CSC** è una complicanza rara dell'ipercortisolismo, può tuttavia essere una delle prime manifestazioni di malattia.

⇒ La presenza di CSC va considerata quando si valutano pazienti con Sindrome di Cushing e associati disturbi visivi.

⇒ Nei pazienti con CSC con segni e sintomi compatibili con S. di Cushing va escluso un quadro di ipercortisolismo endogeno.