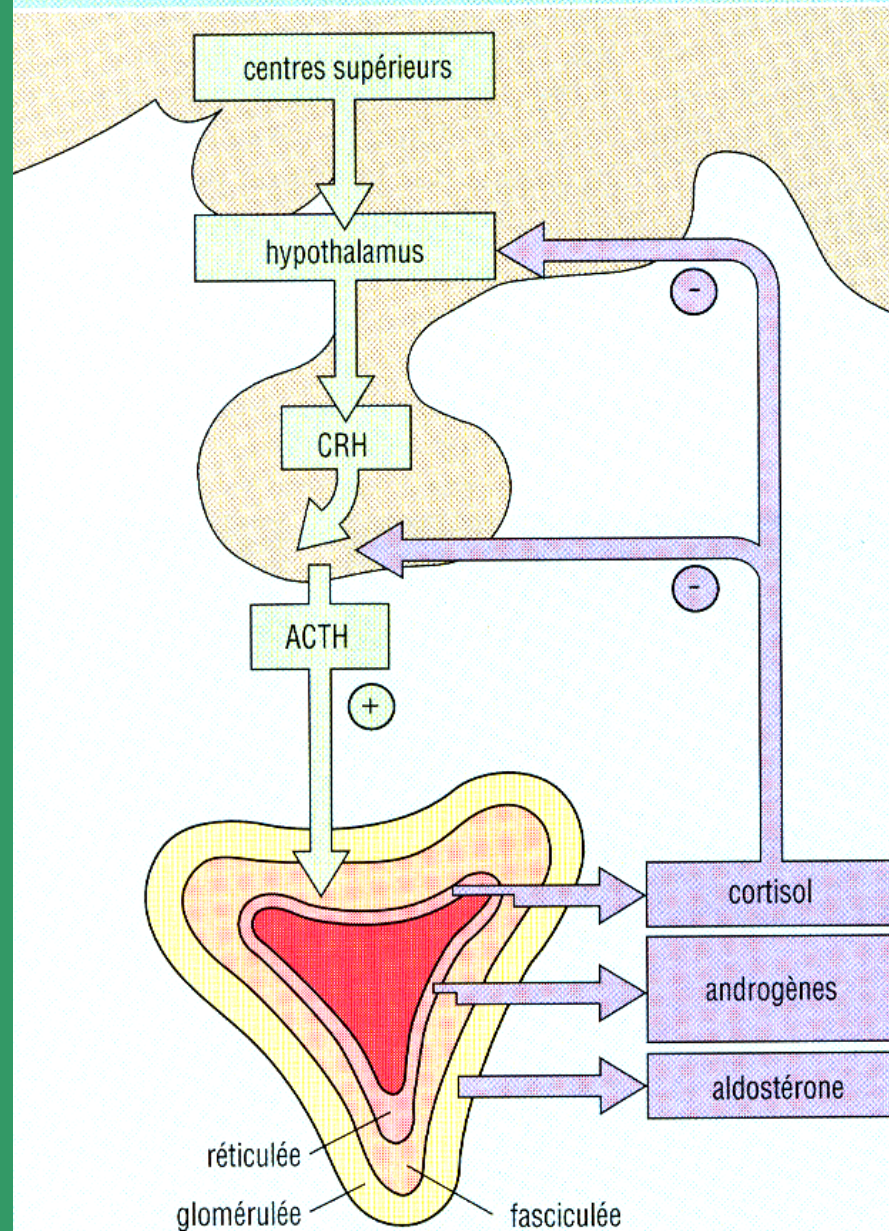


**LES INSUFFISANCES
SURRENALIENNES AIGUES:
SAVOIR Y PENSER.**

Larbi CHAIEB

Homéostasie du cortisol



PHYSIOPATHOLOGIE

☀ *Déficit aigu en Cortisol:*

Baisse des résistances vasculaires
et du débit cardiaque

→ hypotension

Baisse des réserves glycogéniques

→ hypoglycémie

Sécrétion inappropriée d'ADH

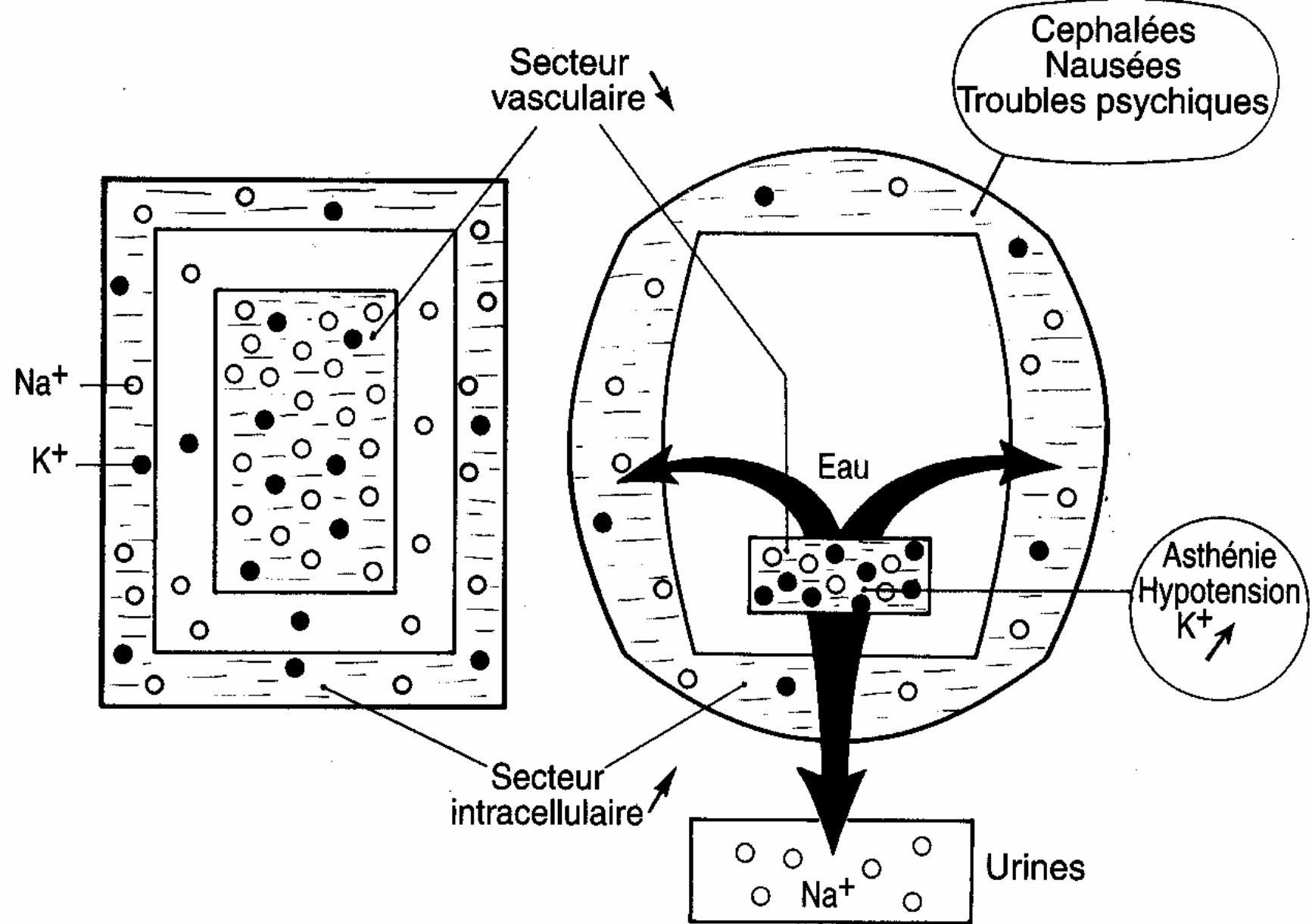
→ hyponatrémie

Transfert d'eau et de Na^+ vers le secteur IC

→ hypovolémie.

☀ *Déficit en Aldostérone:*

Fuite urinaire de Na^+ , réabsorption accrue de K^+ , hypovolémie, hyponatrémie, hyperkaliémie



INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE AIGUE

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

- ✿ *Décompensation d'une insuffisance surrénalienne connue*
- ✿ *Décompensation inaugurale d'une insuffisance surrénalienne partielle*
- ✿ *Défaillance brutale et complète d'une fonction corticosurrénalienne préalablement intacte.*

FACTEURS DECLENCHANTS D'UNE DECOMPENSATION SURRENALIENNE

- *Maladies intercurrentes : infection « grippe »*
- *Agression physique ou psychique*
- *Déshydratation : Forte chaleur
Diurétiques*
- *Régime désodé*
- *Arrêt du traitement substitutif.*

LES INSUFFISANCES SURRENALIENNES AIGUES PERIPHERIQUES

INSUFFISANCE SURRENALIENNE AIGUE : *MALADIE D'ADDISON*

SIGNES MAJEURS:

- *Asthénie*
- *Amaigrissement*
- *Troubles digestifs : anorexie, constipation*
- *Hypotension artérielle*
- *Mélanodermie*

SIGNES CLINIQUES MOINS SPECIFIQUES:

- ***Manifestations hypoglycémiques***
- ***Troubles musculaires : crampes, courbatures***
- ***Troubles du caractère :***
 - *Irritabilité*
 - *Épisodes d'agressivité*
 - *Phases dépressives*
- ***Troubles sensoriels :***
 - *↗ Perception olfactive et auditive*
 - *Exagération du goût (aliments salés)*
- ***Troubles génitaux :***
 - *Impuissance*
 - *Spanioménorrhée/aménorrhée*
 - *↘ Pilosité génitale et axillaire.*

TABLEAU CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE SURRENALIENNE AIGUE

Collapsus cardiovasculaire :

- *Pouls filant, TA imprenable*
- *sueurs, extrémités froides.*

Troubles digestifs : majeurs

- *Nausées, vomissements, diarrhée*
- *Douleurs abdominales : urgence chirurgicale*

Douleurs musculaires : Crampes (lombaires)

Troubles neuro-psychiatriques :

- *Délire, agitation, convulsions*
- *Adynamie, prostration extrême*

→ Coma

Signes de déshydratation globale:

- *Pli cutané, langue sèche,*
- *Hypotonie des globes oculaires*
- *Hyperthermie (40°)*

Mélanodermie.





EXAMENS COMPLEMENTAIRES

➔ *ne doivent pas retarder le traitement*

● *Ionogramme sanguin :*

- Hyponatrémie, hypochlorémie,
- Hyperkaliémie : ECG.
- Acidose avec Bicarbonates abaissés

● *Hypoglycémie*

● *Hémoconcentration :*

- ➔ Hématocrite
- ➔ Protidémie
- ➔ urée

● *NFS : Eosinophilie*

● *Hypercalcémie : Inconstante.*

CONTEXTE ETIOLOGIQUE D'UNE INSUFFISANCE SURRENALIENNE LENTE

- ✿ ***Tuberculose surrénalienne:***
immunodéprimés, diabétiques
ancienne, évolutive
- ✿ ***Rétraction corticale autoimmune:***
femme jeune
maladie auto-immune associée
- ✿ ***Adrénoleucodystrophie***
- ✿ ***Métastases surrénaliennes :***
hémopathies
- ✿ ***Causes infectieuses:***
Mycoses disséminées: SIDA.
- ✿ ***Causes iatrogènes:***
OP'DDD, aminogluthétimide, Kétoconazole.

DESTRUCTION BRUTALE SURRENALIENNE BILATERALE

Hématome des surrénales

Traitement anticoagulant

Trouble de l'hémostase

CIVD

Syndrome des Ac antiphospholipides

Thrombose des veines surrénaliennes

Cancer

Hémopathie

Nécrose hémorragique surrénalienne

Septicémie à germes gram (-)

Méningococcémie aiguë

(Syndrome de Waterhouse Fridericksen)

Choc traumatique, brûlure étendue...



LES INSUFFISANCES SURRENALIENNES AIGUES CENTRALES

INSUFFISANCE CORTICOTROPE

Sevrage d'une corticothérapie

- Cause la plus fréquente
 - Risque : Dose > 7,5 mg de Prednisone
 - Prévention : Dégression progressive
- Exploration
- Pas toujours irréversible.

Lésions hypothalamo-hypophysaires

LESIONS HYPOTHALAMO-HYPOPHYSAIRES

- ***Tumorales :*** Adénomes hypophysaires
Craniopharyngiomes
- ***Vasculaires:*** Syndrome de Sheehan
Apoplexie hypophysaire
Anévrisme carotide interne
Thrombose du sinus caverneux
- ***Infectieuses :***
Méningo-encéphalite tuberculeuse
- ***Infiltration :*** Hypophysite lymphocytaire
Sarcoidose, histiocytose X
Hémochromatose
- ***Selle turcique vide***
- ***Iatrogène :*** Chirurgie ou radiothérapie.

NECROSE HYPOPHYSAIRE

- *Nécrose hypophysaire du post partum*
- *Apoplexie hypophysaire:*
 - Adénome hypophysaire sécrétant
 - Adénome hypophysaire non fonctionnel.



APOPLEXIE HYPOPHYSAIRE

Urgence médico-chirurgicale

Peut révéler un adénome hypophysaire

▣ **Syndrome tumoral:**

- Céphalées brutales
- Troubles visuels : paralysie oculo-motrice
- Irritation méningée, nausées, vomissements
- Détérioration de l'état de conscience

▣ **Hypopituitarisme aigu :**

Signes d'insuffisance surrénalienne aiguë

Hypoglycémie sévère

Pâleur

Signes endocriniens associés

EXPLORATION HORMONALE DYNAMIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

■ ***Test au Synacthène immédiat : 250 µg en IM***

- Dosage de cortisol de base : 8H
- Dosage de cortisol après stimulation : 9H

Réponse du cortisol < 200 ng/ml

→ Insuffisance surrénalienne

■ ***ACTH***

■ ***Epreuve d'orthostatisme: Aldostérone, Rénine***

■ ***Exploration d'autres secteurs: somatotrope, thyrotrope...***

→ Atteinte dissociée

TRAITEMENT INITIAL EN URGENCE

- ✱ Dose de charge:
Injection IV ou IM de 100 mg
d'hémisuccinate d'hydrocortisone.
- ✱ Perfusion de solutés macromoléculaires
- ✱ Transfert immédiat en milieu hospitalier
- ✱ Eviter les opiacés et les barbituriques.

PRINCIPES DU TRAITEMENT

- *Restauration volémique*
- *Substitution glucocorticoïde*
- *Substitution minéralocorticoïde*
- *Traitement des facteurs déclenchants.*

RETABLISSEMENT DE LA VOLEMIE

- ✱ Si état de choc : Remplissage vasculaire avec des *solutés macromoléculaires*
- ✱ *Glucosé à 5 %* (NaCl: 3-4 gr /flacon de 500 ml)

Débit rapide, adapté :

1 litre la 1ère heure

1 litre/4 - 6H durant 24H.

SUBSTITUTION GLUCOCORTICOIDE

Hémisuccinate d'hydrocortisone (amp à 100 mg) :

1/2 vie brève : 60 mn (IV)

4H (IM)

- ✦ Soit administration IV continue: 100 mg IV puis par seringue électrique 100-200 mg/24H
- ✦ Soit injections IM répétées : 100 mg en IM puis 100 mg toutes les 6H

SUBSTITUTION MINERALOCORTICOIDE

Acétate de Desoxycorticostérone
(*Syncortyl**)

Ampoule de 10 mg injectable en IM

5-10 mg à renouveler toutes les 12H pendant 48H

SURVEILLANCE ET TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

Surveillance clinique :

Pouls, TA, température
état d'hydratation, diurèse...

Surveillance paraclinique :

Ionogramme sanguin,
Glycémie,
ECG.

Rechercher et traiter un facteur déclenchant:

Urgence abdominale,
Décompression hypophysaire neuro-chirurgicale.

TRAITEMENT DES JOURS SUIVANTS

- ◆ Réhydratation poursuivie per os.
- ◆ Réduction des doses d'hydrocortisone de moitié chaque jour → doses substitutives habituelles atteintes en 4 à 5 jours:
Hydrocortisone : 30 mg per os en 2 prises
- ◆ *9 alpha fluorohydrocortisone per os : 50-100 µg/j*
- ◆ Insuffisance corticotrope : Substitution essentiellement glucocorticoïde.

PREVENTION DES INSUFFISANCES SURRENALIENNES AIGUES

▣ EDUCATION

- Ne jamais arrêter le traitement substitutif
- Régime normosodé
- Port d'une carte d'Addisonien
- Si stress : Doubler ou tripler la dose d'hydrocortisone.
- Si vomissements
 - ➔ Hémisuccinate d'hydrocortisone en IM
- Grossesse : 1er trimestre: ↗ de la posologie
Accouchement : hémisuccinate d'hydrocortisone

▣ DEPISTAGE PRECOCE DES SUJETS A RISQUE

- Polyendocrinopathies auto-immunes (type I et II)



CONCLUSION

- ✿ *Meilleure connaissance des mécanismes pathogéniques*
 - ✿ *Changement du spectre clinique:*
formes familiales, auto-immunes
nécroses hémorragiques
 - ✿ *Diversité des circonstances étiologiques:*
 - ↘ causes tuberculeuses,
 - ↗ chez les patients atteints du SIDA
- Penser à l'insuffisance surrénalienne aiguë
- Traitement d'urgence de l'ISA et sa surveillance
- Dépistage et éducation +++.