

Recommandations « Insuffisance surrénale » MEDECIN

Dans quelles circonstances peut survenir une insuffisance surrénale aiguë chez une personne traitée au long court pour une insuffisance surrénale ?

- arrêt du traitement substitutif ;
- gastroentérite, fièvre, infection, fracture, accident cardiovasculaire,...
- très forte émotion (heureuse ou malheureuse, vécue comme un stress inhabituel) ;
- grossesse, hyperthyroïdie ;
- chirurgie ou geste invasif (fibroscopie bronchique ou digestive, ...) ;
- utilisation de médicaments diminuant l'efficacité du traitement de l'insuffisance surrénale :
 - certains antiépileptiques (carbamazépine [Tégréto], oxcarbazépine [Trileptal], phénobarbital [Alepsal, Aparoxal, Gardenal, Kaneuron], primidone [Mysoline], phénytoïne [Dihydan, Dilantin], fosphenytoïne [Prodilantin]),
 - certains antituberculeux (rifabutine [Ansatine], rifampicine [Rifadine, Rifater, Rinifah, Rimactan]),
 - certains antirétroviraux (efavirenz [Sustiva, Atripla], névirapine [Viramune]),
 - la griséofulvine [Griséfuline],
 - le millepertuis [Arkogélules Millepertuis, Elusanes Millepertuis, Mildac, Procalmil, Prosoft],
 - la mifépristone [Mifégyne] prescrite en cas d'interruption de grossesse,
 - le mitotane [Lysodren],
 - les hormones de croissance,
 - les hormones thyroïdiennes [Lévothyrox, Cynomel, Euthyral],
 - ou encore les médicaments qui bloquent une fabrication résiduelle de cortisol : mitotane [Lysodren], étomidate (un anesthésique), kétoconazole [Nizoral], métyrapone [Métopirone], mégestrol (à fortes doses) [Nomegestrol], médroxyprogesterone (à fortes doses) [Depoprodasone, Farlutal].
- mais parfois aussi sans facteur déclenchant évident.

Comment éviter l'insuffisance surrénale aiguë ?

- **Ne jamais interrompre le traitement**
- **Ne pas restreindre les apports en sel ; éviter les diurétiques et les laxatifs**
- **En cas de facteur intercurrent :**
 - o gastroentérite,
 - o **⚠ Au-delà de 2 vomissements ou diarrhée en moins de 4 heures, cf. « insuffisance surrénale aiguë »**
 - o fièvre, infection,
 - o fracture ou entorse grave,
 - o accident cardio-vasculaire,
 - o forte émotion représentant un stress important et inhabituel
- **prendre immédiatement, quelque soit l'heure, cp d'Hydrocortisone® puis prendrecp le matin,cp le midi,cp vers 16h-17h, cp le soir, jusqu'à disparition du facteur intercurrent et traiter le facteur déclenchant.**
- **Doubler la dose de fludrocortisone (Flucortac®) en cas de canicule**
- En cas d'**anesthésie générale, d'accouchement, de réanimation** :
 - o la veille (geste programmé), doubler la dose d'Hydrocortisone®
 - o 30 à 60 minutes avant l'induction de l'anesthésie / au début du travail / dès la prise en charge en réanimation, appliquer la procédure « insuffisance surrénale aiguë »
 - o les jours suivants avant la reprise de l'alimentation orale, en l'absence de complication : Hémissuccinate d'hydrocortisone 25 mg/4-6h en IV ou bien 100 mg/24h IVSE ; en cas de complication, rester aux doses de la procédure « insuffisance surrénale aiguë »
 - o après la reprise de l'alimentation orale : Hydrocortisone per os à dose double ou triple de la posologie habituelle, réparti en 3 prises puis diminution progressive sur 2 à 6 jours jusqu'à la posologie habituelle; si le traitement comporte de la fludrocortisone (Flucortac®), reprendre la dose habituelle
- En cas d'**anesthésie légère** ou d'**examen invasif à jeun** (à organiser de préférence le matin) : Hémissuccinate d'hydrocortisone 100 mg IV 30 à 60 minutes avant, à renouveler selon la durée de l'anesthésie/ de l'examen (25 mg/4-6h en IV ou bien 100 mg/24h IVSE)

- En cas d'**anesthésie locale** ou d'**examen stressant** ne nécessitant pas d'être à jeun, doubler la dose d'Hydrocortisone® le jour de l'examen (voire la veille et le lendemain).

Comment traiter une insuffisance surrénale aiguë ?

- **Evaluer la gravité** : les éléments de gravité sont les suivants :
 - des vomissements répétés (plus de 2 en moins de 4 heures),
 - une diarrhée importante,
 - des douleurs abdominales intenses,
 - une déshydratation,
 - une hypoglycémie sévère (glycémie < 0.4 g/L), une hyponatrémie +/- une hyperkaliémie
 - une crise convulsive,
 - des troubles de conscience avec un score de Glasgow < 14,
 - une hypotension systolique < 110 mmHg,
 - une tachycardie > 120 /min,
 - une tachypnée > 30/min,
 - une température > 39°C ou < 36°C, un sepsis grave ou un choc septique ;
- **LA PRESENCE D'UN DE CES SIGNES CHEZ UN PATIENT INSUFFISANT SURRENALIEN CONNU DOIT FAIRE DEBUTER LE TRAITEMENT IMMEDIATEMENT.**
- terrain particulier : femme enceinte ; diabète sucré ou insipide, hypoparathyroïdie associés ; comorbidités.
- facteur intercurrent justifiant une prise en charge en réanimation (sepsis sévère, infarctus, ...)

Débuter le traitement immédiatement :

- Mise en place d'un **monitorage** minimal non invasif (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, oxymétrie de pouls, diurèse, glycémie capillaire, conscience)
- **Voie veineuse** périphérique (ou centrale en cas de choc)
- Corriger l'**hémodynamique** : remplissage par NaCl 0.9% 500 ml en 15 minutes, à renouveler si besoin (objectif PAM > 65 mmHg) en l'absence de signe d'œdème pulmonaire, et drogues vaso-pressives (immédiatement si hypotension engageant le pronostic vital)
- si besoin, corriger l'**hypoglycémie** : G30% 2 ampoules en IV bolus, à renouveler si besoin 5 à 10 minutes après
- Corriger les **troubles hydroélectrolytiques** : perfusion NaCl 0.9 % ou G5% + NaCl 8g/l en cas d'hypoglycémie et/ou d'intolérance alimentaire absolue, sur la base de 20 ml/kg/4-6 heures initialement, puis adapter en fonction de l'état d'hydratation, de la glycémie, de la kaliémie et de la reprise ou non des apports oraux.
- **Hémissuccinate d'hydrocortisone** (1 ampoule de 100 mg = 2 ml)
100 mg en bolus IV (injection dans la tubulure de perfusion ou en intraveineux direct lent) puis 25 à 50mg/4-6h en IV ou bien 100 à 200 mg/24h IVSE (ou bien 50 mg/6h en IM)
- si besoin, antipyrétiques, antalgiques, oxygénothérapie (objectif SpO2 > 95 %)
- débuter le traitement du facteur intercurrent

Explorer :

- En cas de doute sur le diagnostic différentiel et/ou pour identifier un facteur intercurrent seront effectués des examens complémentaires, orientés par la clinique : échographie et/ou scanner abdominopelvien ; scanner cérébral, ponction lombaire ; recherche d'un foyer infectieux (hémogramme, CRP, hémocultures, bandelette urinaire +/- ECBU, radiographie thoracique, prélèvements locaux et/ou imagerie en fonction du (des) site(s) infectieux suspecté(s)) ; ECG ; test de grossesse ; TSH, T4 libre ; etc. ; En cas de doute sur un abdomen chirurgical, l'induction de l'anesthésie pour l'exploration chirurgicale ne doit être faite qu'après avoir débuté le traitement de l'insuffisance surrénale aiguë.
- En cas de suspicion de sepsis grave ou de choc : recherche de signes de dysfonction d'organes (lactatémie, plaquettes, taux de prothrombine, créatininémie, transaminases, bilirubine, gazométrie artérielle) et examens à visée préthérapeutique (groupe sanguin +/- bilan prétransfusionnel).
- Surveiller attentivement l'état d'hydratation, la kaliémie (possibilité d'hypokaliémie secondairement si forte charge d'hydrocortisone) et la glycémie
- remarque : Le dosage de cortisol (ou d'ACTH) est complètement inutile.