

Insuffisance surrénalienne aiguë

ESC_MT_003_Overview

Aperçu général

Durée du scénario	:	12 à 15 minutes.
Public cible	:	Étudiants de médecine, internes et résidents.
Résumé	:	Patient de 36 ans, suivi pour tuberculose pulmonaire mal traitée depuis 7 mois, se présente pour une asthénie et amaigrissement depuis quelques semaines, avec malaise, douleurs abdominales et diarrhées. Les explorations biologiques sont en faveur d'une insuffisance surrénalienne aiguë.

Objectifs critiques :

- ☐ Poser le diagnostic positif,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Mettre en œuvre les thérapeutiques urgentes,
- ☐ Chercher l'étiologie de l'ISA,
- ☐ Penser aux facteurs déclenchants.

Insuffisance surrénalienne aiguë

ESC_MT_003_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	36 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 68 Kg, Taille = 170 cm
SF	:	asthénie, amaigrissement
Début	:	rapidement progressif
Signes associés	:	douleurs abdominales, diarrhées
Mode d'admission	:	ramené par sa famille
Signes critiques	:	malaise

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	tuberculose pulmonaire depuis 7 mois, mal traitée
Toxiques	:	RAS
Allergiques	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 32 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, auscultation PP normale, SpO2 = 95%			
Fonction circulatoire	:	FC = 140 bpm, PA = 70/40 mmHg, pas de pâleur, auscultation cardiaque normale			
Fonction neurologique	:	GCS = 15/15, confus par moment, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion			
Examen somatique	:	sensibilité abdominale, pli de déshydratation, mélanodermie			
Glycémie	:	0,6 g/L	Température	:	37,8 °C

Insuffisance surrénalienne aiguë

ESC_MT_003_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> HSHC
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> G30%/Insuline
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> Salbutamol
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	<input type="checkbox"/> Gluconate de Ca++
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	<input type="checkbox"/> Kayexalate
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Bicarbonates
<input type="checkbox"/> Stimulateur externe	<input type="checkbox"/> Ampoules de sodium

Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué masculin
- ☐ Voie veineuse périphérique en cours
- ☐ Vêtements simples

Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : senior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : épouse du patient

Insuffisance surrénalienne aiguë

ESC_MT_003_Scénario

Baseline

FR = 32
SpO2 = 95
EtCO2 = 35

FC = 140
PA = 70/40
ECG = Hyperkaliémie

Conscient
Confus par moment
Patient asthénique

Interventions

TTT Symptomatique

RAS

FC = 90
PA = 140/80
SpO2 = 99

TTT Étiologique

Non

Oui



Insuffisance surrénalienne aiguë

ESC_MT_003_Programmation

Baseline

FR = 32 c/min, SpO2 = 95%, auscultation normale

FC = 140 bpm, PA = 70/40 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Critical

Dégradation de l'état hémodynamique

Landing

FR = 20 c/min, SpO2 = 98%, pas de râles

FC = 80 bpm, PA = 140/80 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Stabilité hémodynamique et respiratoire

Insuffisance surrénalienne aiguë

ESC_MT_003_Debriefing

Fiche

- L'insuffisance surrénalienne aiguë correspond à un déficit de la sécrétion des hormones cortico-surrénaliennes,
- Elle peut être périphérique quand il s'agit d'une atteinte bilatérale des surrénales causant une carence globale de la sécrétion cortico-surrénalienne (cortisol, androgène, aldostérone), ou haute par déficit en ACTH suite à une anomalie de l'axe hypothalamo-hypophysaire.
- Le tableau clinique est très variable, parfois trompeur : asthénie physique, faiblesse musculaire, soif, troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales), voire même un tableau de choc hypovolémique,
- La présence d'une mélanodermie caractérise l'origine primaire du déficit par accumulation de l'ACTH, or la présence d'un syndrome tumoral hypophysaire oriente vers une étiologie secondaire,
- L'ionogramme plasmatique peut être normal, ou objectiver les anomalies suivantes : hyponatrémie, une tendance à l'hyperkaliémie (hypoaldostéronisme). Les autres anomalies sont une anémie, une hyperlymphocytose et une hyperéosinophilie,
- Une cortisolémie (réalisée à 8.00) basse confirme le diagnostic,
- La première cause d'IS primaire ou périphérique est la maladie d'Addison. Les autres causes sont les causes vasculaires (nécrose des surrénales suite à un état de choc, thromboses des surrénales), infectieuses (calcification des surrénales suite à une localisation tuberculeuse),
- Le traitement initial repose sur la substitution hormonale et la rééquilibration hydroélectrolytique. Les dosages hormonaux ne doivent en aucun cas retarder la mise en place du traitement,
- 100 mg d'HSHC doivent être administrés d'emblée, suivis de 100 à 300 mg/24h en perfusion continue ou en bolus toutes les 6 heures pendant 24 à 48h. Le relais par voie orale doit être débuté après 24h dès l'amélioration clinique,
- Une éducation et une sensibilisation du patient est obligatoire à la sortie.

Objectifs techniques

- ☐ Poser le diagnostic positif,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Mettre en œuvre les thérapeutiques urgentes,
- ☐ Chercher l'étiologie de l'ISA,
- ☐ Penser aux facteurs déclenchants.

CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

	Résultat	Références
Hématies	4.65 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	11.2 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	33.8 %	(34.0-40.0)
VGM	82.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	13.60 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	84.0 %	
Soit	5.64 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	9.0 %	
Soit	1.08 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	6.5 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	200 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	12,3 sec	
Taux de prothrombine	90 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	30 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	4.2 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	118 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	6,1 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	96 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.59 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.91 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	24 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	50 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	46 UI/L	(5-40)
CRP	20 mg/L	(< 10)
Albumine	40 g/L	(35-55)

Cortisolémie

	Résultat	Références
Cortisol	< 20 $\mu\text{g/dL}$	(275-685)

Test au Synacthène

	Résultat	Références
Test	Négatif	

IDR à la Tuberculine

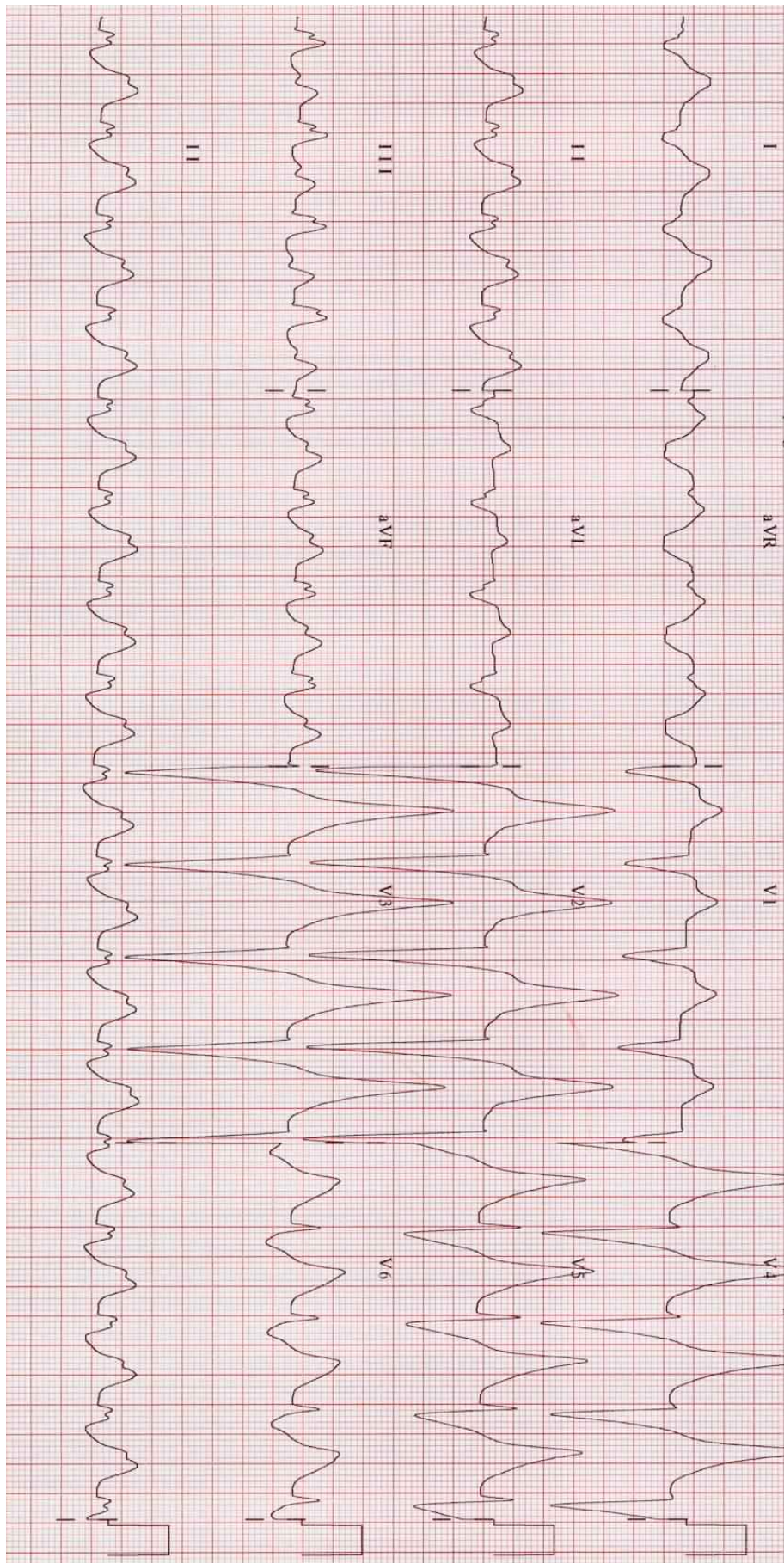
	Résultat	Références
IDR	Positive	

BK Expectations

	Résultat	Références
BK	Positif	

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.28	(7.35-7.45)
CO ²	36 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	20 mmol/L	(22-26)
PaO ²	126 mmHg	(> 85)
SaO ²	96 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)



Radiographie du thorax



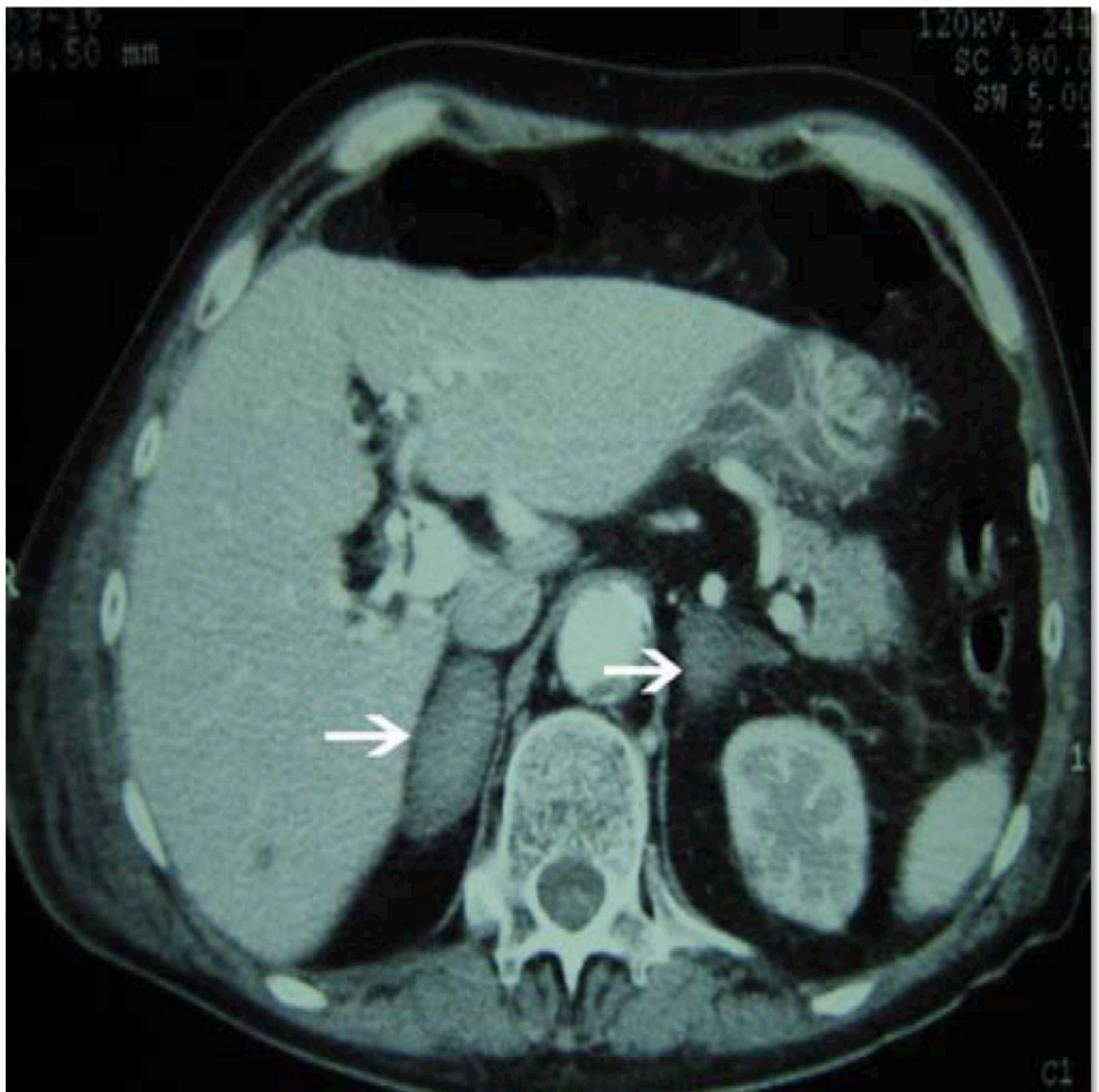
ASP debut





Doute sur une masse surrénalienne.

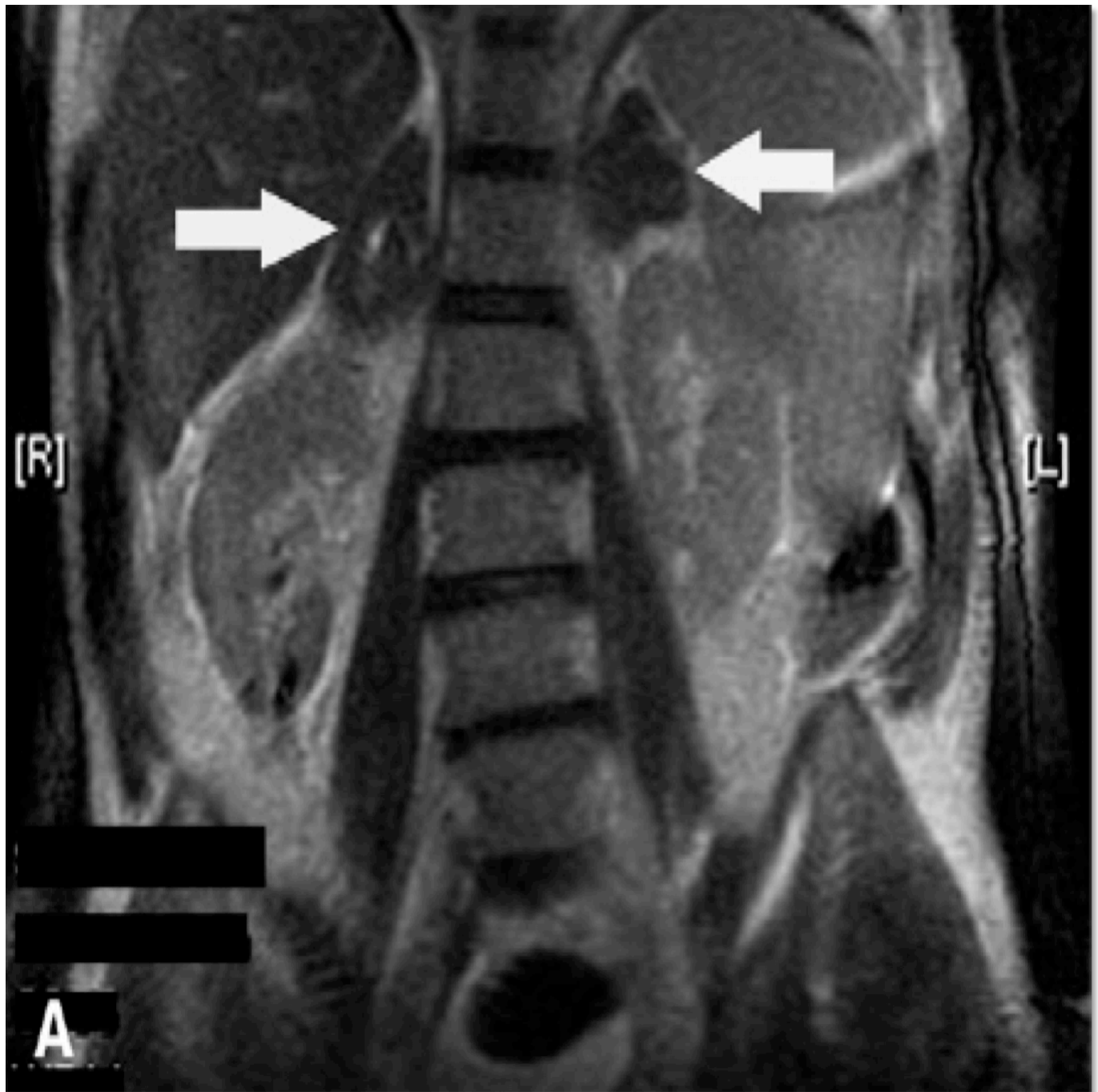
TDM abdominale



Interprétation :

Masse surrénalienne bilatérale.

IRM abdominale



Interprétation :

Masse surrénalienne bilatérale.