

Syndrome de Conn

ESC_MT_011_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 35 ans, admise pour asthénie, paresthésies et hypertension artérielle. Son bilan biologique montre une hypokaliémie et une hypernatrémie. Il s'agit d'un syndrome de Conn.

Objectifs critiques :

- Définir le syndrome de Conn
- Poser le diagnostic positif
- Citer les étiologies du syndrome de Conn
- Considérer les examens complémentaires
- Mise en œuvre des thérapeutiques adéquates

Syndrome de Conn

ESC_MT_011_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	35 ans, sexe féminin
Data	:	Poids = 60 Kg, Taille = 160 cm
SF	:	Asthénie et paresthésies des membres
Début	:	Rapidement progressif
Signes associés	:	Crampes, constipation
Mode d'admission	:	Ramené par sa famille
Signes critiques	:	Crises de tétanie

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	RAS
Toxiques	:	Tabagique 10 PA
Allergiques	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 20 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, auscultation PP normale, SpO2 = 96%
Fonction circulatoire	:	FC = 90 bpm, PA = 220/110 mmHg, pas de pâleur, auscultation cardiaque normale
Fonction neurologique	:	GCS = 15/15, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion
Examen somatique	:	RAS

Glycémie : 1,2 g/L **Température** : 36,8 °C

Syndrome de Conn

ESC_MT_011_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Spirinolactone
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Nicardipine
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	
<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Stimulateur externe	

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin
- 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 : mari de la patiente (interrogatoire)

Syndrome de Conn

ESC_MT_011_Scénario

Baseline

FR = 20
SpO₂ = 96
EtCO₂ = 35

FC = 90
PA = 220/110
ECG = Hypokaliémie

Consciente
Patiente asthénique

TTT Antihypertenseur
TTT Hypokaliémie

Interventions

RAS

FC = 90
PA = 140/80
SpO₂ = 99

Spirinolactone

Non

Oui



Syndrome de Conn

ESC_MT_011_Programmation

Baseline

FR = 20 c/min, SpO2 = 96%, auscultation normale

FC = 90 bpm, PA = 220/110 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Critical

Poussée hypertensive

Hypokaliémie avec anomalies électriques

Landing

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

FC = 80 bpm, PA = 140/80 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Syndrome de Conn

ESC_MT_011_Debriefing

Fiche

- Le syndrome de Conne est défini par l'hypersécrétion d'aldostérone, par une tumeur bénigne de la corticosurrénale dans 80% des cas, ou par une hyperplasie bilatérale des surrénales.
- Les signes cliniques peuvent associer : hypertension artérielle, polyurie-polydipsie, accès de pseudo-paralysies, tétanie, crampes, asthénie et constipation,
- Les examens complémentaires doivent être faits avant tout traitement et régime,
- Les signes biologiques sont évocateurs : hypokaliémie, natrémie normale ou élevée, alcalose métabolique, kaliurèse élevée, Na^+/K^+ urinaire < 1,
- Les marqueurs biologiques : aldostérone plasmatique élevé, activité rénine angiotensine plasmatique basse, tétrahydroaldostérone urinaire élevée,
- ECG : hypokaliémie électrique,
- Imagerie : TDM voire IRM surrénalienne
- Le traitement se base la chirurgie ou Spirinolactone, régime pauvre en sel et antihypertenseur.

Objectifs techniques

- Définir le syndrome de Conn
- Poser le diagnostic positif
- Citer les étiologies du syndrome de Conn
- Considérer les examens complémentaires
- Mise en œuvre des thérapeutiques adéquates

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	4.65 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	12.1 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	35.8 %	(34.0-40.0)
VGM	82.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	9.10 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	84.0 %	
Soit	5.64 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.08 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	4.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	188 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	12,3 sec	
Taux de prothrombine	76 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	32 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	4.2 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na⁺)	150 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	2,2 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.80 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	25 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	50 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	50 UI/L	(5-40)
CRP	20 mg/L	(< 10)
Albumine	40 g/L	(35-55)

Ionogramme urinaire

	Résultat	Références
Potassium (K⁺)	élevée +++	
Na⁺/K⁺	< 1	

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.60	(7.35-7.45)
CO ²	50 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	34 mmol/L	(22-26)
PaO ²	95 mmHg	(> 85)
SaO ²	96 %	(95-100)
Lactates	1 mmol/L	(< 2)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Aldostérone plasmatique	Elevée +++	

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Tétrahydro- aldostérone urinaire	Elevée +++	

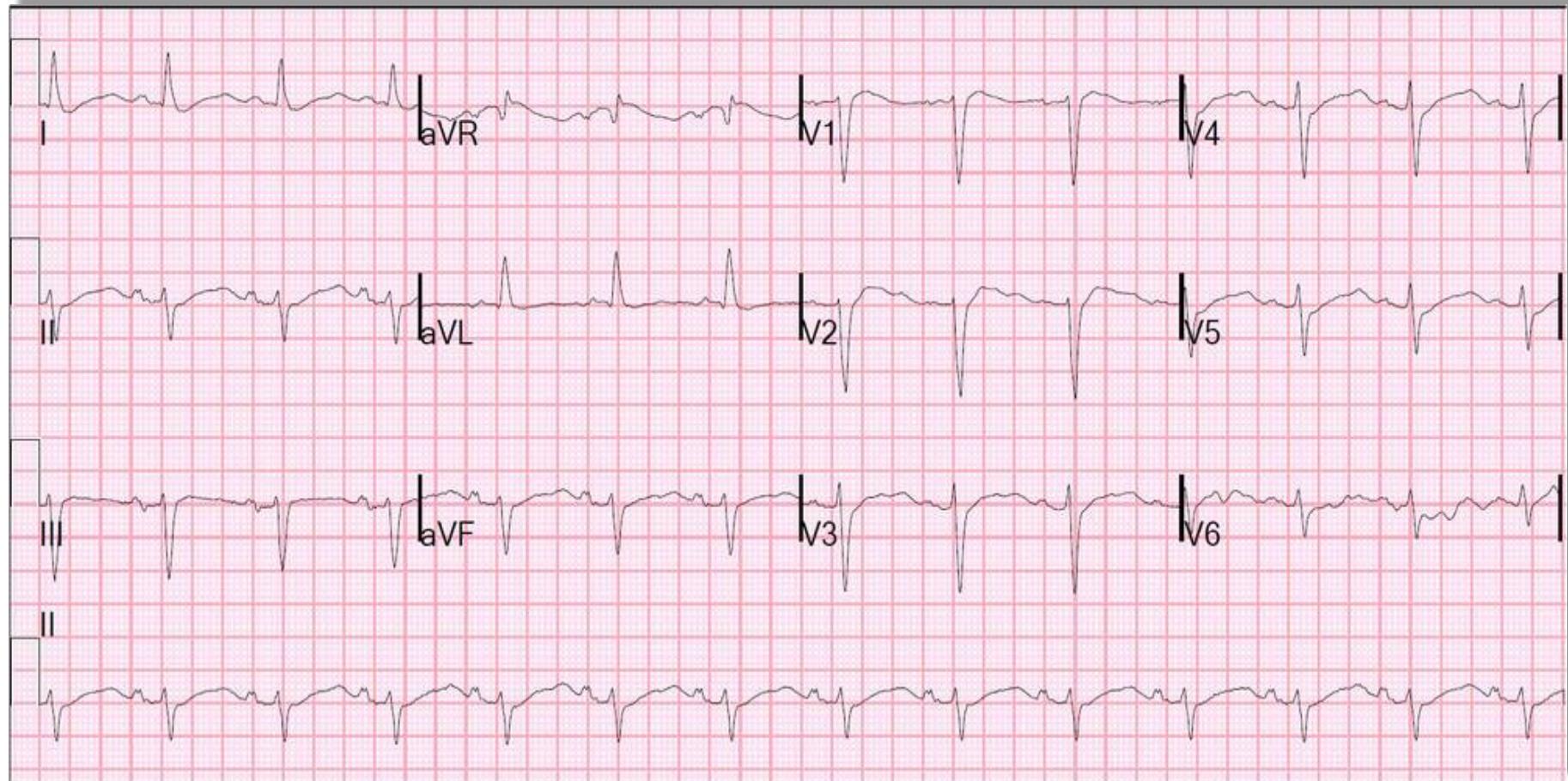
Marqueurs biologiques

Résultat

Références

**Activité rénine
angiotensine**

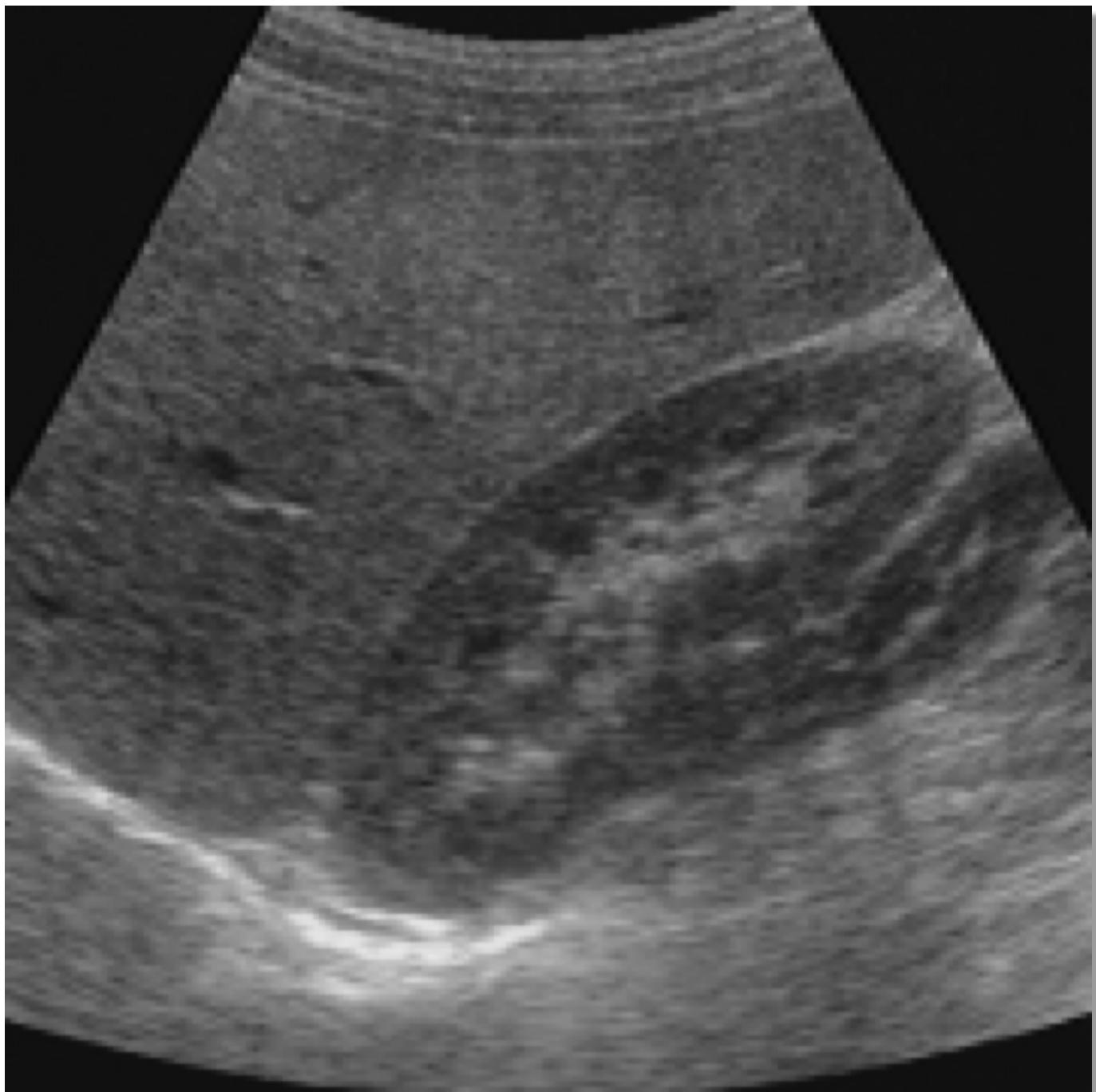
Basse ---



Radiographie du thorax



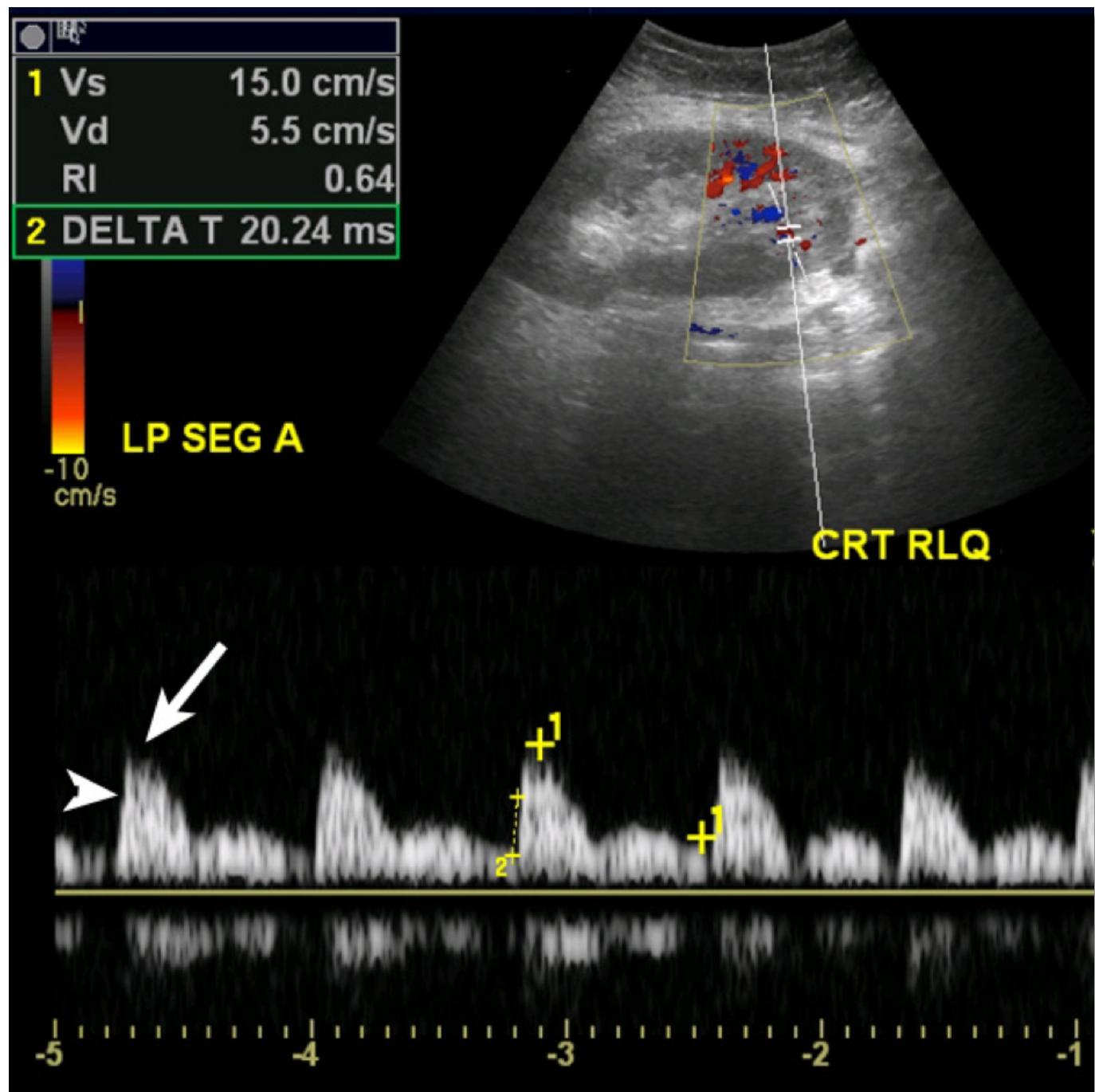
Échographie abdominale



Interprétation :

Échographie abdominale normale.

Doppler rénal



Interprétation :

Doppler rénal normal.

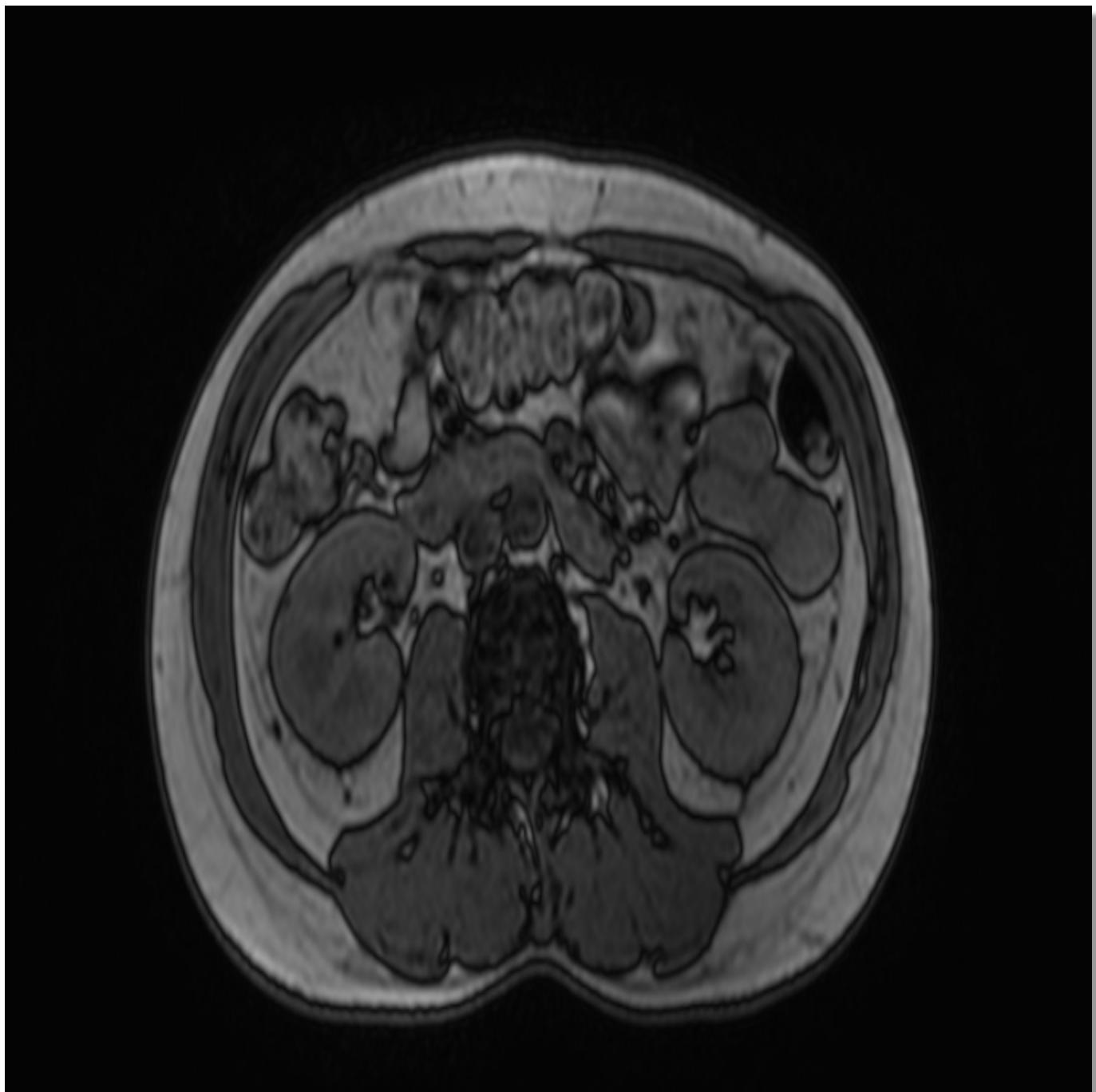
TDM abdominale



Interprétation :

Loges surrénaliennes difficilement exploitables, à compléter éventuellement par une IRM.

IRM abdominale



Interprétation :

Loges surrénaliennes normales.