

Traitement de l'insuffisance surrénalienne chronique



Dr. Florina Luca – Endocrinologue

Service de Médecine Interne, Endocrinologie, Nutrition
Hôpital de Hautepierre, CHU Strasbourg

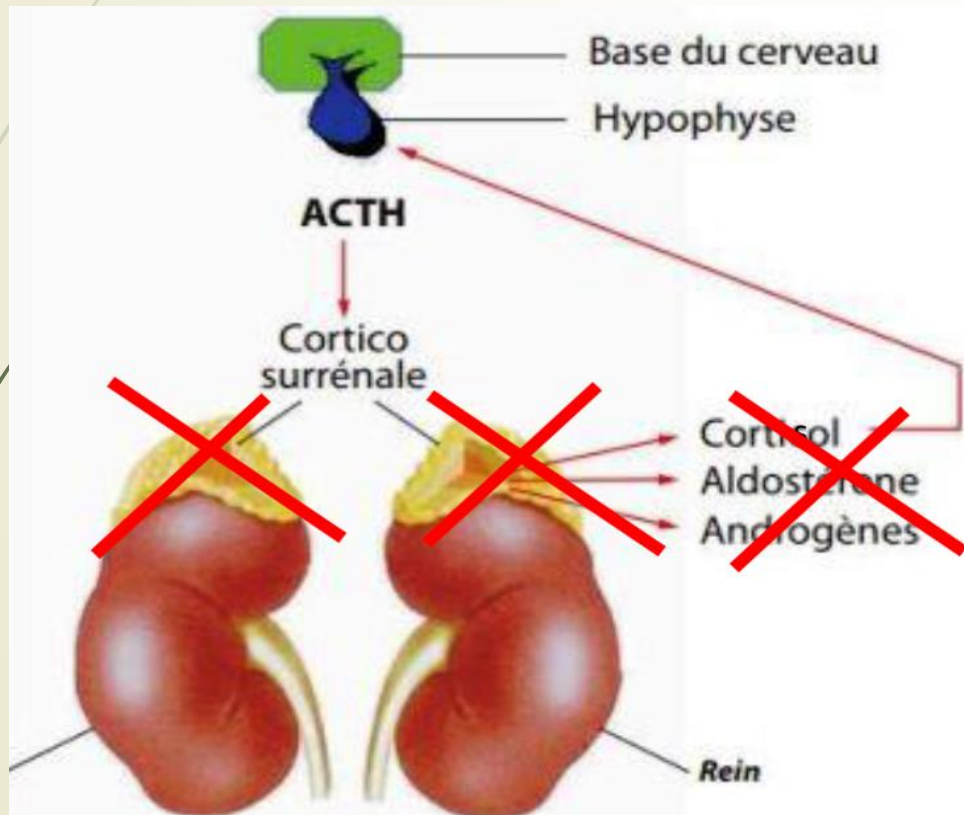


Plan:

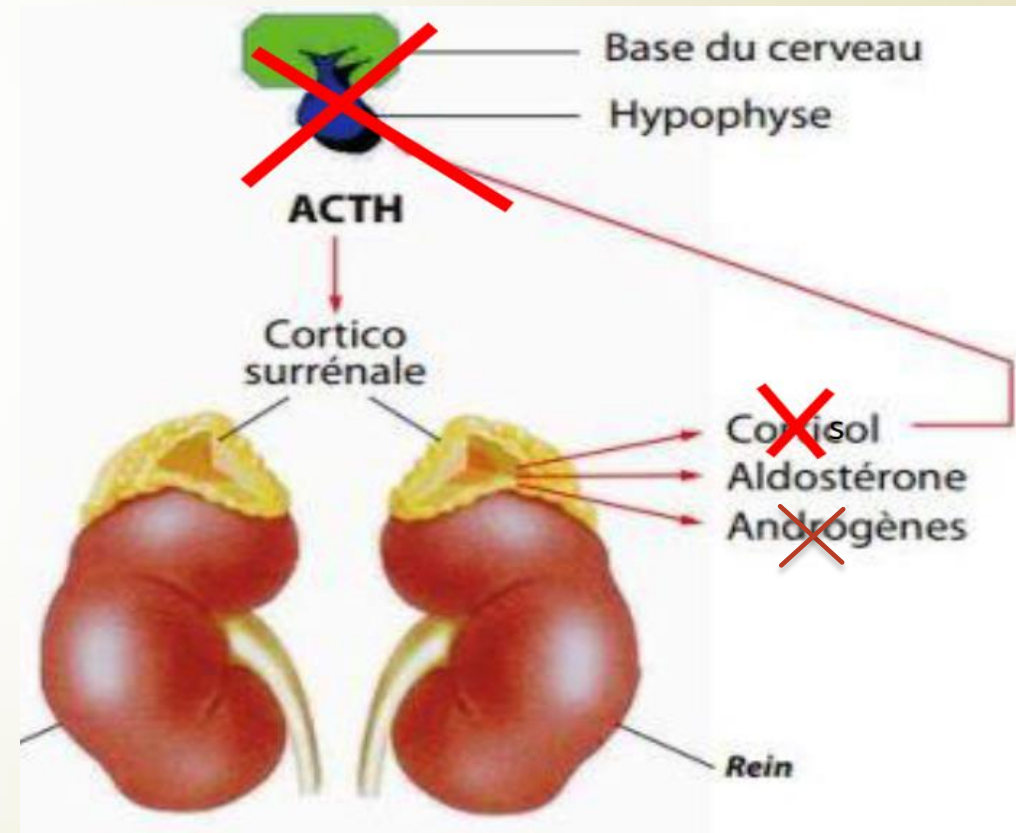
- Rappel, diagnostic
 - Traitement
 - Education thérapeutique
- 

Rappel: définition

Insuffisance surrénale primaire (ISP)
(Maladie d'Addison)



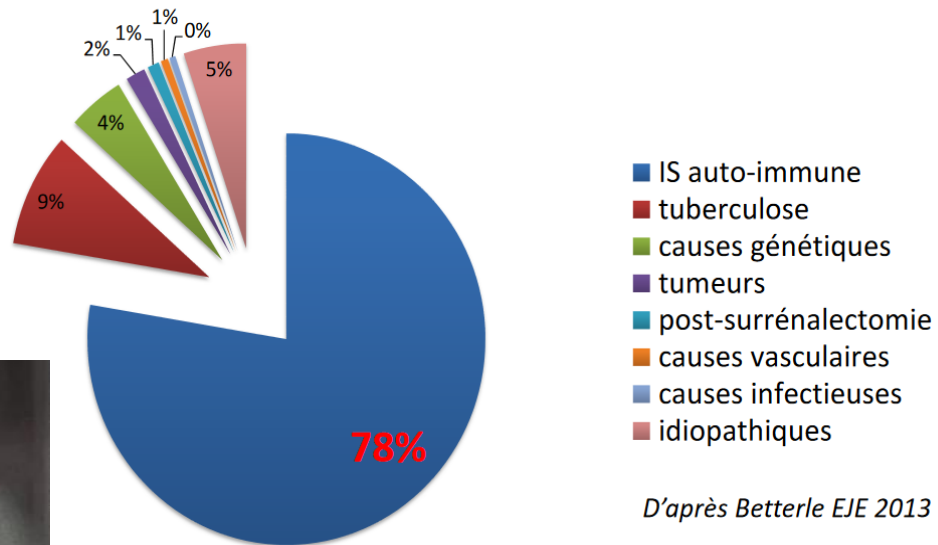
Insuffisance surrénale secondaire (ISS)
(corticotrope)



Rappel: étiologie

Causes IS primitive

Auto-immunité : 1^{ère} cause ISP



D'après Betterle EJE 2013



Causes ISS -corticotrope:

- ❑ Arrêt d'une corticothérapie prolongée++ 1ere
- ❑ Pathologie hypothalamo- hypophysaire:
 - tumeurs
 - atteinte auto-immune (hypophysite)
 - granulomatose (sarcoïdose)
 - traumatisme
 - syndrome de Sheehan
 - chirurgie hypophysaire
 - radiothérapie

Rappel: Diagnostic



ELSEVIER



CrossMark

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com

**Annales
d'Endocrinologie**

Annals of Endocrinology

Annales d'Endocrinologie 79 (2018) 1–22

Consensus

SFE/SFEDP adrenal insufficiency French consensus: Introduction and handbook

Consensus sur l'insuffisance surrénale de la SFE/SFEDP : introduction et guide

Yves Reznik^{s,l,*}, Pascal Barat^a, Jérôme Bertherat^b, Claire Bouvattier^c, Frédéric Castinetti^d, Olivier Chabre^e, Philippe Chanson^{f,g}, Christine Cortet^h, Brigitte Delemerⁱ, Bernard Goichot^j, Damien Gruson^k, Laurence Guignat^b, Emmanuelle Proust-Lemoine^l, Marie-Laure Raffin Sanson^{m,n}, Rachel Reynaud^o, Dinane Samara Boustani^p, Dominique Simon^q, Antoine Tabarin^r, Delphine Zenaty^q

^a Service d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques, hôpital des Enfants, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, Bordeaux cedex, France

Circonstances de diagnostic : quels patients ?

Clinique :

R2-1: Le diagnostic d'insuffisance surrénale primaire (ISP) peut être suspecté:

- Devant une asthénie, un amaigrissement, une déshydratation, une hypotension, une fièvre, des douleurs abdominales, des nausées, une **mélanodermie**.
- Chez un patient à plus haut risque d'ISP (diabète de type 1, dysthyroïdie auto-immune, métastases surrénaliennes bilatérales)
- Chez un patient en contexte «aigu»: collapsus inexpliqué, hypotension, vomissements ou diarrhées...

Niveau de preuve: +++

Circonstances de diagnostic : quels patients ?

Clinique :

- ▶ **R2-2: Le diagnostic d'insuffisance corticotrope** doit être envisagé devant des signes ou symptômes amenant à rechercher une insuffisance surrénale primaire (fatigue, hypotension, nausées, vomissements...), **à l'exception de la mélanodermie**
- ▶ **R2-3:** L'insuffisance corticotrope doit aussi être systématiquement recherchée, même chez des patients peu ou pas symptomatiques, **dans les maladies hypothalamo-hypophysaires**: tumeurs, maladies inflammatoires/ infiltratives, chirurgie hypothalamo-hypophysaire ou traumatisme crânien, radiothérapie

Niveau de preuve: +++

Particularité : Insuffisance corticotrope au décours d'une corticothérapie
- sujet traité à la fin de la présentation

Diagnostic de l'insuffisance surrénale primaire et corticotrope

Dosages statiques: Cortisol

Recommandation

R2-12 – La disparité des mesures par les différents kits/méthodes de dosage du cortisol interdisent de définir des valeurs-seuils universelles.

On peut néanmoins proposer à titre indicatif qu'une **cortisolémie basale** mesurée entre 7-8 h le matin :

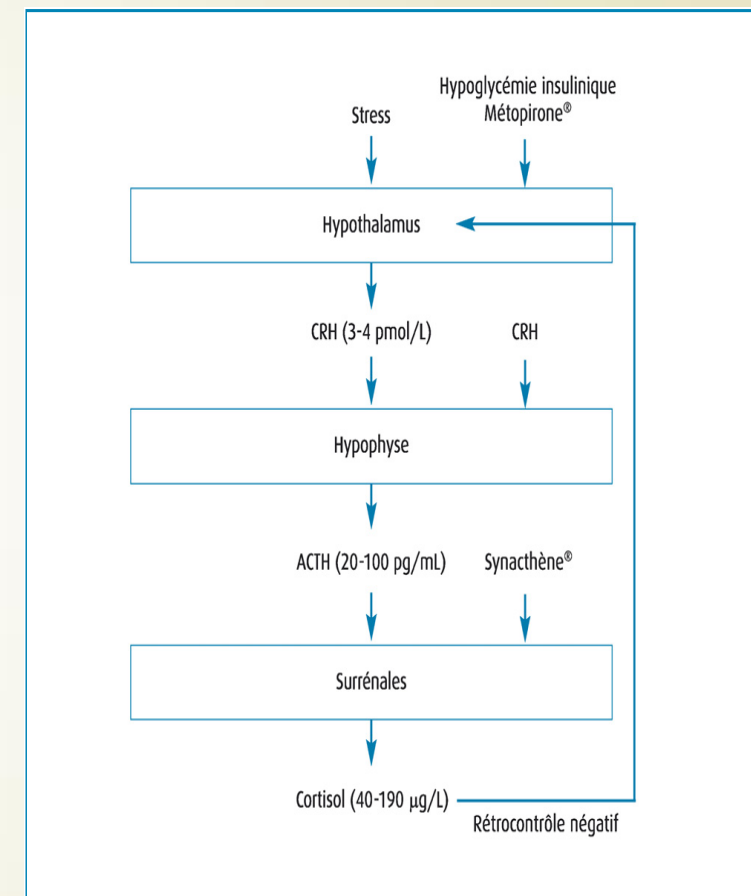
- **au-dessus de 18 µg/dl (500 nmol/l)** rend le diagnostic d'insuffisance surrénale improbable.
- **en-dessous de 5 µg/dl (138 nmol/l)** rend le diagnostic d'insuffisance surrénale très probable.
- dans la zone grise **entre 5 et 18 µg/dl (138-500 nmol/l)** rend nécessaire la réalisation d'un test de stimulation.

Niveau de preuve: faible

Tests évaluant la fonction hypothalamo-hypophyséo-surrénalienne

9

Test	Méthode	Critères
Synacthène® standard (TSS)	250µg d'ACTH iv cortisol dosé à T0, T30, T60 minutes (T30 ou T60 possible ?)	Normal : Cortisol >180-200µg/l
Synacthène® faible dose (LDS)	1µg d'ACTH iv	Normal: Cortisol >180-200µg/l
Hypoglycémie insulinique	0,1-015 U/kg d'insuline rapide cortisol à T0, T15, T30, T60, T90	Normal : Cortisol >180-200µg/l en un point Interprétable si glycémie < 0,40g/l
Métopirone	1µg/kg iv cortisol et ACTH à T-15, T0, T15, T30, T60, T90, T120	Normal : Cortisol >180-200 µg/l



Luca F, et al. Insuffisance surrénalienne cortico-induite.
Rev Med Interne (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2012.12.001>

Goichot B, Vinzio S, Luca F, Schlienger JL;
Presse NB Med 2007;36; 1065-71

Diagnostic de l'insuffisance surrénale primaire et corticotrope

Tests au Synacthène : 250 ou 1mcg

10

Recommandation

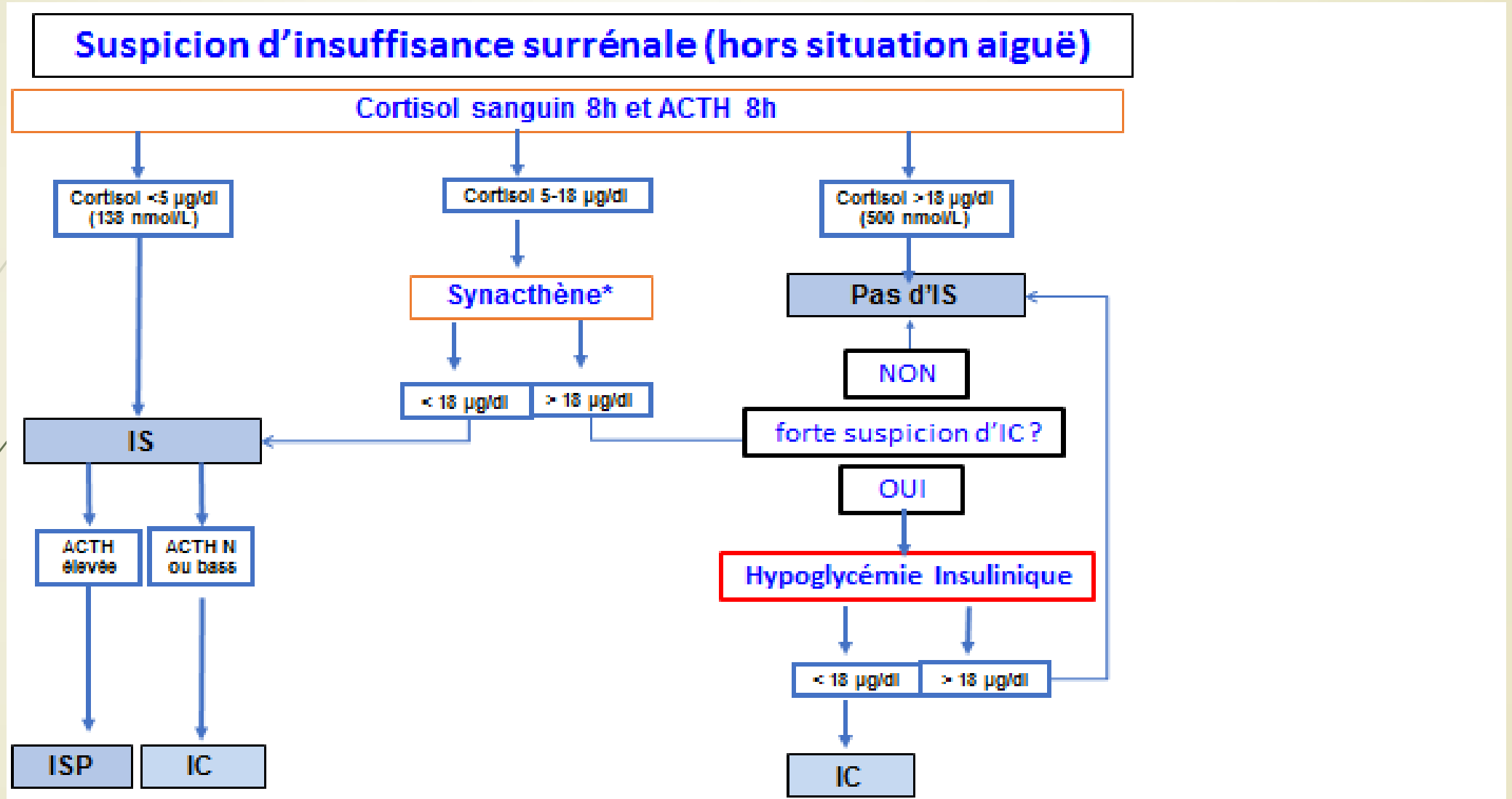
R2-15 Si le test au Synacthène montre une stimulation insuffisante du cortisol, avec un taux mesuré 30 ou 60 mn après l'injection en dessous de 18 $\mu\text{g/dl}$ (500 nmol/L), le diagnostic d'insuffisance surrénale peut être retenu et il n'est pas nécessaire de réaliser d'autre test.

Niveau de preuve: +

Ann Endocrinol (Paris). 2017 Dec;78(6):495-511

Synthèse Diagnostic IS

11

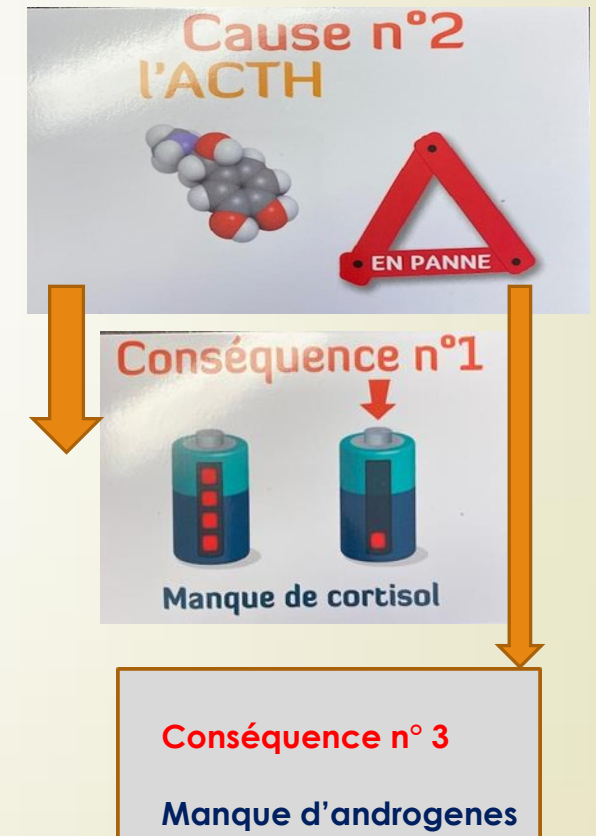
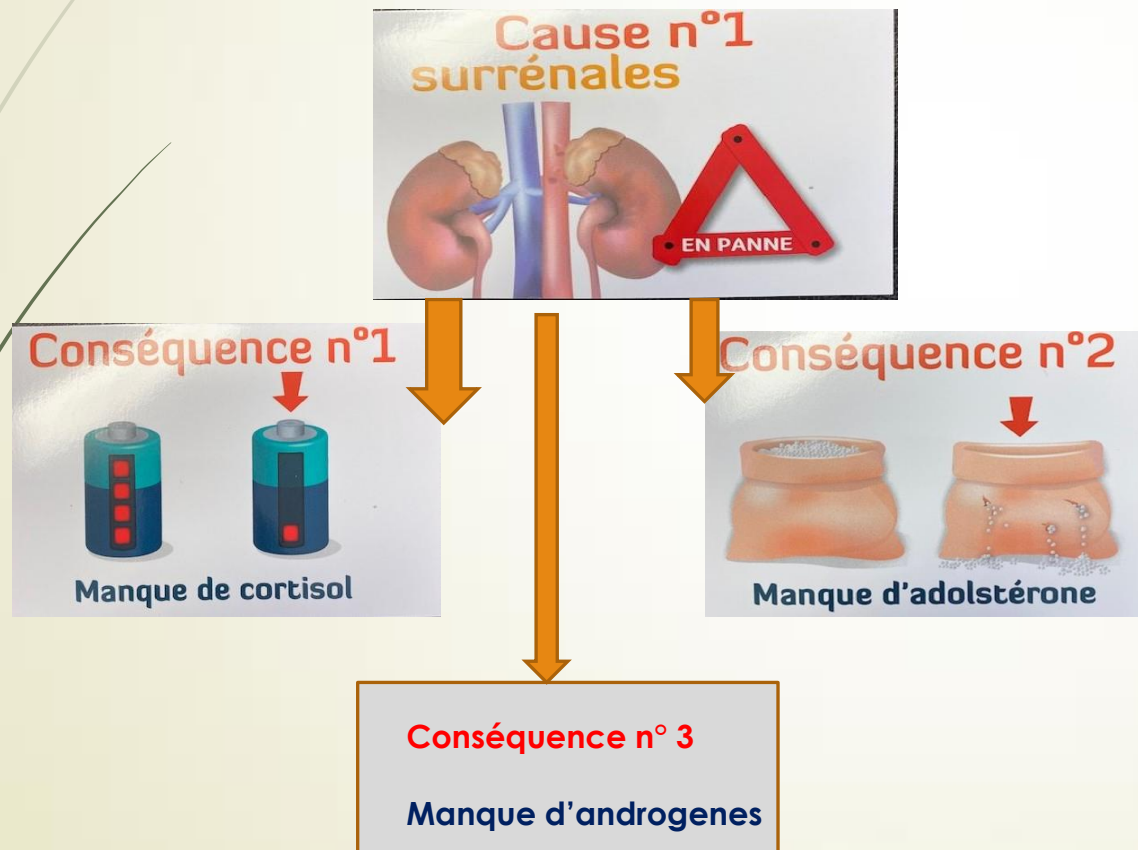


Traitement de l'IS chronique

- Tt substitutif glucocorticoïde
- Tt substitutif mineralocorticoïde
- Tt substitutif androgénique

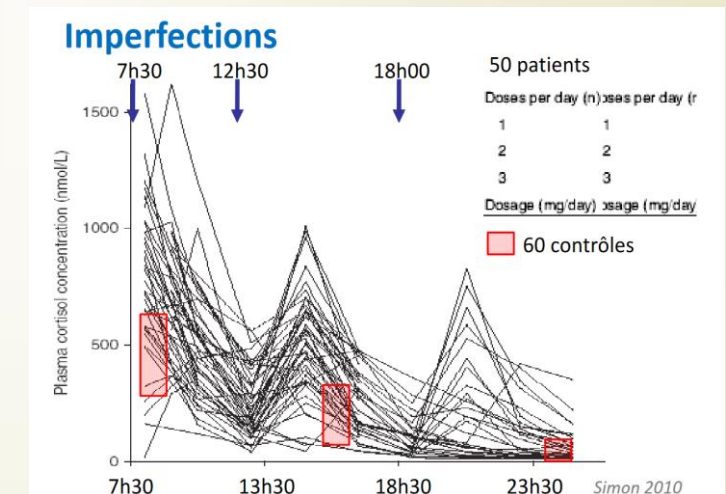
ISP – traitement à vie

ISS – traitement transitoire ou à vie



Traitement substitutif glucocorticoïde

- ❑ Cortisol = Hydrocortisone
- ❑ dose 10-25 mg / jour, dose optimale ?
- ❑ schéma de tt imparfaites
- ❑ fractionnement 2- 3 prises /j, dose max le matin
- ❑ 18 simulations: moins mauvais schéma : 10-5-5
- ❑ si inducteur enzymatique : 50-100 mg/j
 - ! interactions médicamenteuses
(liste complète disponible –pour le patient)
- ❑ adapter la dose si facteur susceptible d'induire une ISA



Principaux GC de synthèse

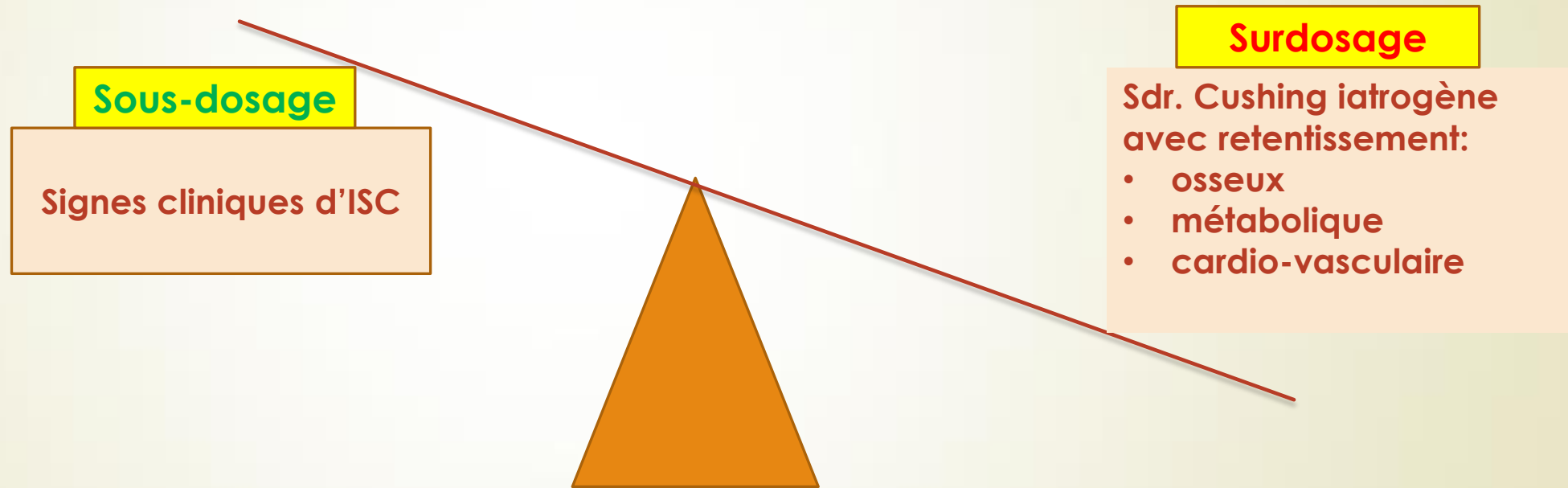
(leur utilisation dans le tt ISR –diffère entre les pays)

	Dose équivalente (mg)	Effet antiinflammatoire	Action minéralocorticoïde relative	Demi-vie plasmatique (min)	Durée d'action biologique (h)
Hydrocortisone	20	1	1	80-120	8
Acétate de cortisone	25	0,8	0,8	80-120	8
Prednisone	5	4	0,8	200	16-36
Méthylprednisolone	4	5	0,5	120-300	16-36
Triamcinolone	4	5	0	150-350	16-36
Betaméthasone	0,75	25	0	150-350	16-36
Dexaméthasone	0,60	30	0	150- >300	36-72

Autres: - **PLENADREN** (HC à libération prolongé)

- infusion continue HC -pompe Sc ou IVSE

Surveillance du tt par Hydrocortisone



Pas des dosages hormonaux en routine !

Traitement substitutif minéralocorticoïde

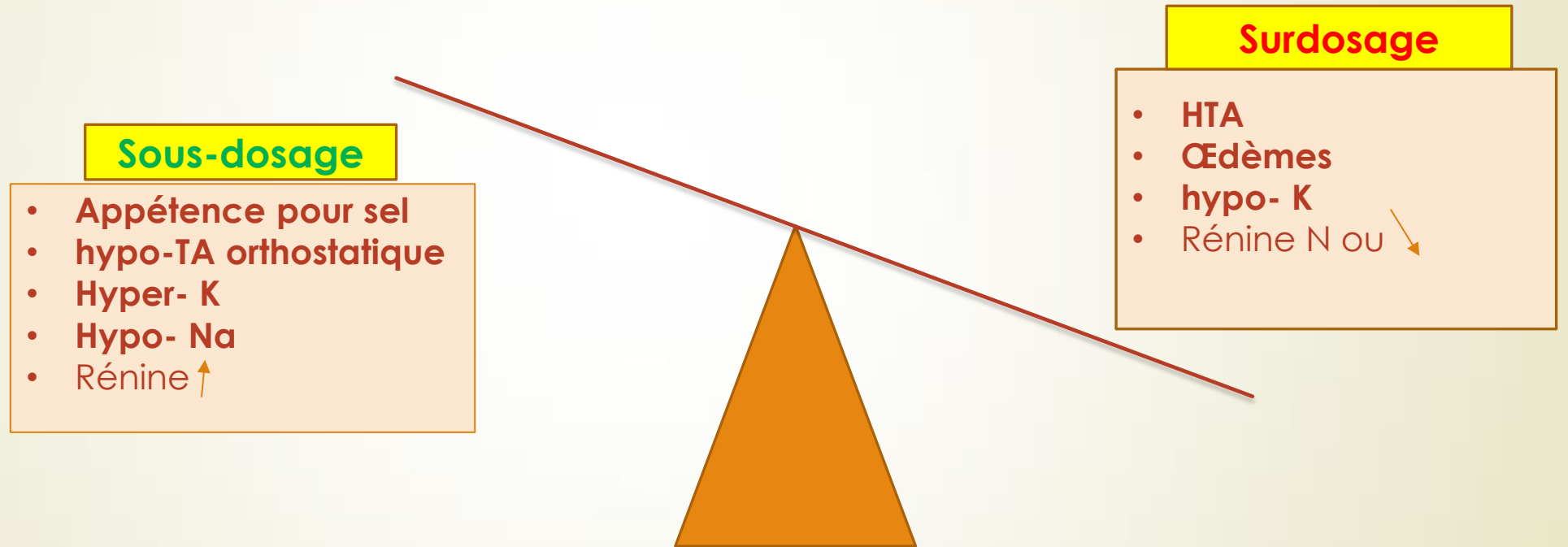
=> seulement dans l'IS primaire

- ❑ **Fludrocortisone = Flocortac**
- ❑ 1 prise le matin
- ❑ dose initiale 50 µg ou 100 µg
- ❑ apports sodés à volonté
- ❑ pas de diurétiques ni laxatives
- ❑ augmenter la dose de 50-100%
en cas de fortes chaleurs !

- ❑ Traitement pas nécessaire si
dose HHC > 50 mg/j !



Surveillance du tt par Fludrocortisone



Traitement substitutif en androgènes

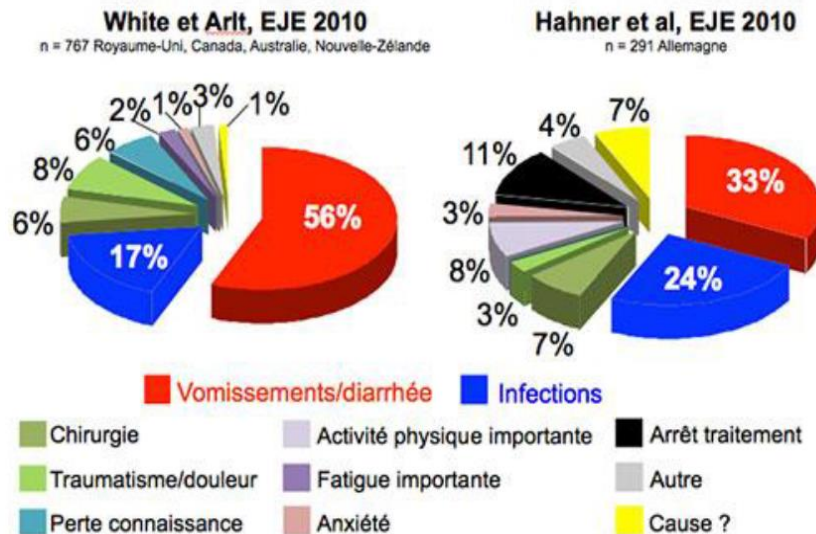
- ❑ **chez les femmes avec IS primaire ou centrale,**
avec EG / qualité de vie détériorés
malgré une substitution en gluco / mineralocorticoïdes
+ symptômes de déficit androgénique ou
DHEA plasmatique diminuée
- ❑ dose initiale 25 mg => 50 mg dehydroepiandrosterone
- ❑ 1 prise le matin
- ❑ efficacité évaluée par l'amélioration clinique
et normalisation DHEA
- ❑ arrêt du tt en cas d'inefficacité à 3- 6 mois
- ❑ effets adverses androgéniques: hirsutisme, séborrhée , acné , odorat..
=> diminuer la dose à moitié ou STOP tt
- ❑ **bénéfice non prouvé chez l'homme !**



Danger : ISR chronique => aigüe



Causes de décompensation de l'insuffisance surrénalienne



Insuffisance surrénale aigüe

- **Incidence:** 8 /100 patient- année
- **Mortalité:** 0,5/100 patient- année
- **Facteur déclenchant** identifié dans 90% cas:

=> arrêt du traitement

=> absence ou mauvaise adaptation du tt face à une **situation à risque:**

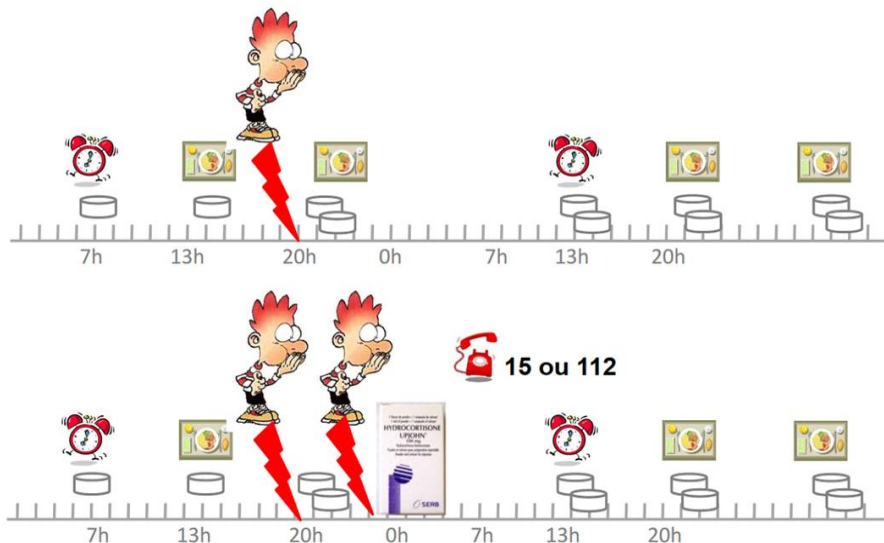
- vomissements/diarrhées ++
- infections ++
- traumatisme, chirurgie, anesthésie générale..
- choc émotionnel..

ISA – urgence vitale+++

CAT pour le PATIENT : Que faut-il faire?

- **Si** impossibilité de prendre l'hydrocortisone per os
- **Si** vomissements < 1 heure après la prise d'hydrocortisone
- **Si** pas d'amélioration des symptômes malgré l'augmentation des doses (dans les 2 à 3 heures qui suivent)
ou 2 vomissements **ou** 2 épisodes de diarrhée en < 4 heures

Consigne simple et personnalisée



➤ **Faire l'injection d'HHC 100 mg en sous-cutané +++**

➤ **Appelez le 15! indiquez :**

CRISE d'INSUFFISANCE SURRENALE AIGUE

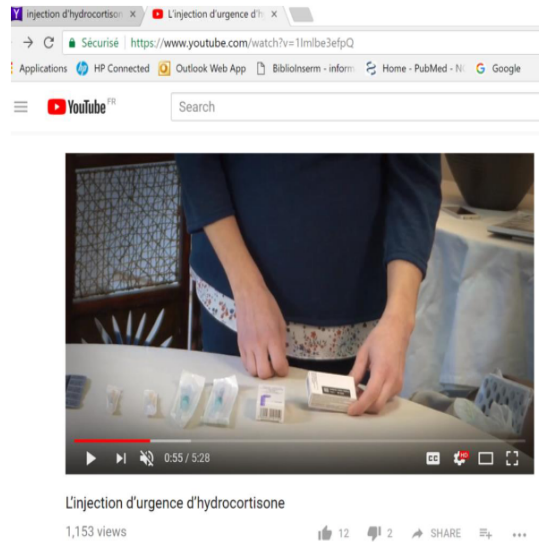
Kit d'urgence



- à température ambiante
- **1 flacon poudre HHC 100 mg**
- **1 ampoule solvant**
- **1 seringue 2 ml**
- **1 aiguille rose 1,2x40mm (préparation)**
- **1 aiguille orange 0,5x16 mm (injection)**

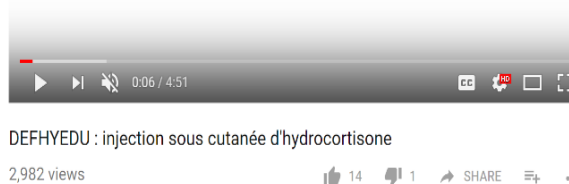
- Vérifier la date de péremption
mais
une date périmée ne doit pas empêcher l'injection

Vidéos sur youtube



Centre surrénale

PRÉPARATION ET INJECTION D'HYDROCORTISONE



Centre hypophyse

<https://www.youtube.com/watch?v=1lmlbe3efpQ>

Auto-injection d'hydrocortisone

Entraînement à l'injection

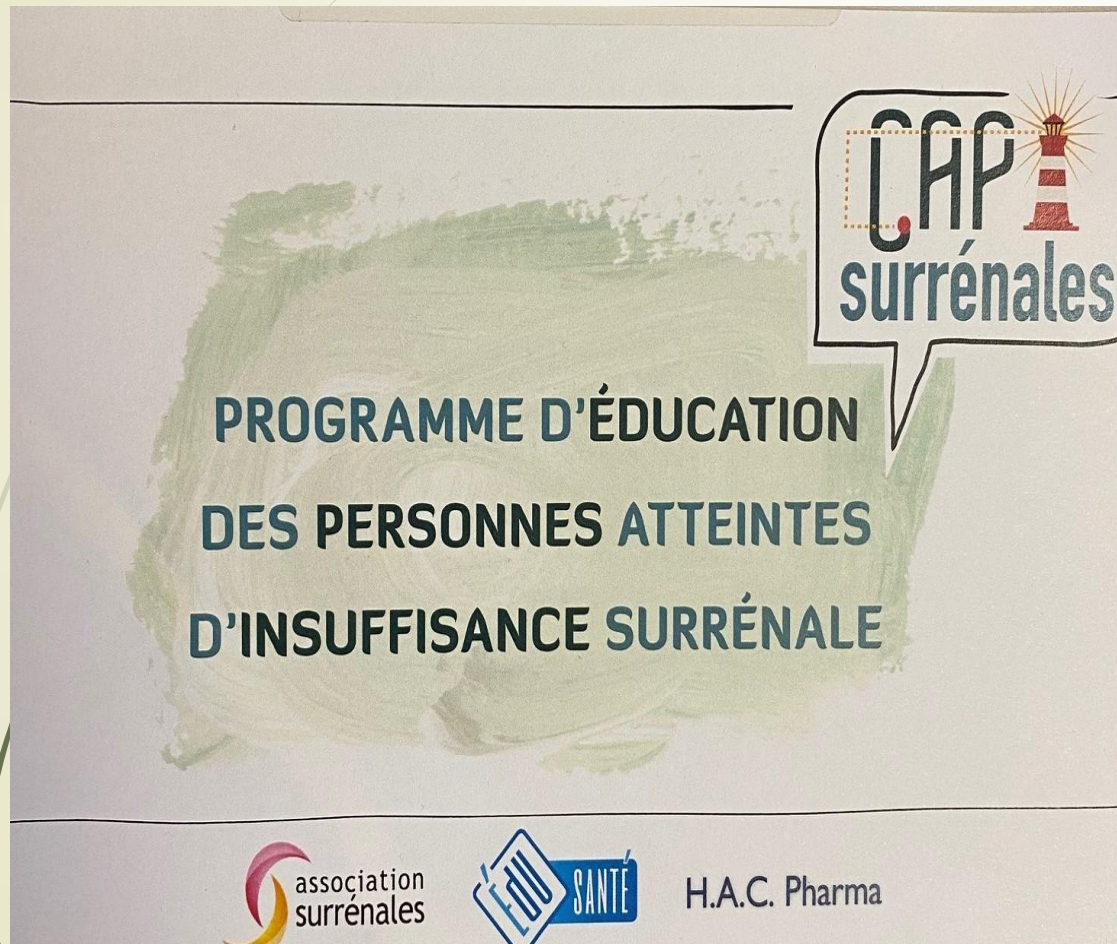


Traitement ISA : urgence vitale +++

CAT A L'HOPITAL :

- ▶ Démarrer le traitement sans attendre les résultats biologiques !!!!
- ▶ HHC bolus 100 mg iv suivi de 100 mg /24h IVSE ou 25 mg /6h iv/im
- ▶ Corriger les **désordres hémodynamiques** :
remplissage NaCl 0,9% 500 ml /15 min +/- drogues vaso-actives
- ▶ Corriger les **désordres hydroélectrolytiques** (hypo-Na, Hyper-K et l'**hypoglycémie**
NaCl 0,9 % ou G 5% + 9g Na Cl si hypoglycémie
- ▶ **traiter le facteur intercurrent** : antipyrétiques, antibiotiques , oxygène ...

Education thérapeutique ETP du patient pour éviter et/ou traiter précocement l'insuffisance surrénale aiguë



Contenu du programme éducatif

> 2 séances individuelles, le bilan éducatif partagé en début de programme et l'évaluation des acquis en fin de programme, et 6 ateliers collectifs.

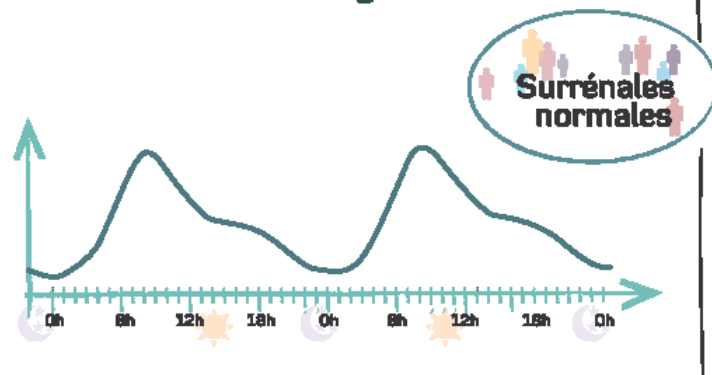
Séance individuelle	BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ	
Séance collective 1	QUELS MOTS SUR MES MAUX? Vécu aux différentes étapes de la maladie	1h30
Séance collective 2	QU'EST-CE QUE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE? Mécanismes et symptômes de la maladie	2h
Séance collective 3	ADAPTER SON TRAITEMENT POURQUOI, QUAND, COMMENT? L'hydrocortisone en pratique	2h
Séance collective 4	ET SI ON PARLAIT DE FATIGUE? La reconnaître, en parler, la gérer	2h
Séance collective 5	UN STRESS QU'EST-CE QUE C'EST POUR VOUS? Le repérer, le gérer	2h
Séance collective 6	COMMENT CONCILIER MALADIE ET VIE PROFESSIONNELLE? Problématiques du travail: quelques pistes	1h30
Séance individuelle	ÉVALUATION DES ACQUIS	

Ateliers –séances ETP



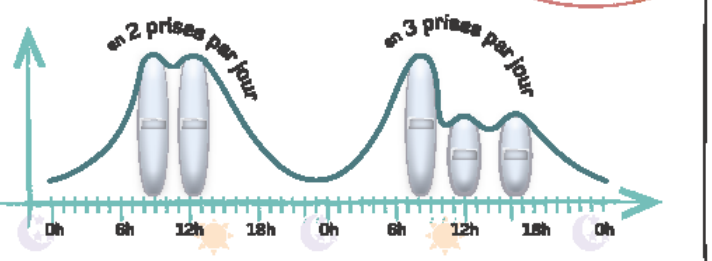
Journée Normale

Cortisol dans le sang.



Surrénales normales

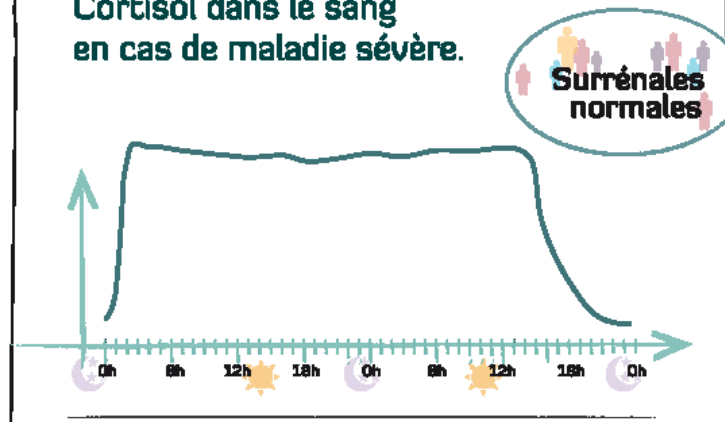
Insuffisance surrénale



CAP
surrénales

Journée Maladie

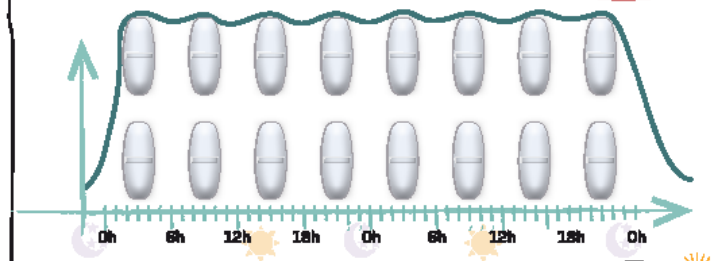
Cortisol dans le sang
en cas de maladie sévère.



Surrénales normales

L'hydrocortisone doit être
augmentée le jour et la nuit.

Insuffisance surrénale



CAP
surrénales

Fiche avec conseils pour le patients

- ▶ Le traitement par HHC **ne doit JAMAIS être interrompu**
- ▶ Votre alimentation doit être **normalement salée**;
pas de régime sans sel (hyposodé)
- ▶ Ne pas prendre de laxatifs ou de diurétiques
- ▶ **Toujours prévenir** tout nouveau médecin
(anesthésiste, urgentiste...) de votre traitement
- ▶ Porter sur vous la **carte de soins et d'urgence**
« Insuffisance surrénale »
- ▶ Avoir à domicile 2 ampoules d'Hydrocortisone 100 mg
injectable (im ou sc profonde)

REPERER LES SIGNES d'insuffisance surrénale
et informer votre entourage de ces signes

Fatigue importante
Perte d'appétit
Nausées, vomissements ou diarrhées
Maux de ventre
Douleurs musculaires, maux de tête
Vertiges, malaises évoquant une chute de tension

fiche disponible dans le Service de
Médecine Interne, Endocrinologie ,
nutrition – Hôpital Hautepierre,
Strasbourg

-remise à chaque patient et utilisée
dans les ateliers d'ETP du patient ISR

Dans ces situations:

Doubler IMMEDIATEMENT votre dose habituelle
d'Hydrocortisone et la répartir en 3 prises égales
sur la journée jusqu'à disparition des symptômes;

Si ça ne s'améliore pas rapidement
⇒ **injection HHC 100 mg sc profond**
et
Consulter !

Carte d'urgence –à toujours porter sur soi !!!

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la Santé
de la Jeunesse
et des Sports
Direction Générale de la Santé

Carte de soins et d'urgence

Emergency Healthcare Card

Insuffisance surrénale

(Adrenal insufficiency)

Groupe de maladies génétiques ou acquises responsables d'une insuffisance de production des hormones surrénaliennes (cortisol et/ou aldostérone)

Nom de la maladie* :	Name of the disease*:
<input type="checkbox"/> Déficit en glucocorticoïdes*	<input type="checkbox"/> Glucocorticoid insufficiency*
<input type="checkbox"/> Déficit en minéralocorticoïdes*	<input type="checkbox"/> Mineralocorticoid insufficiency*

(*A compléter par le médecin qui remplit la carte)

! Risque d'insuffisance surrénale aiguë à prévenir et à traiter devant toute situation d'urgence ou à l'apparition de signes d'alerte : asthénie inhabituelle, troubles digestifs et douleurs abdominales.

Cette carte est remplie et mise à jour par le médecin, en présence et avec l'accord du malade qui en est le propriétaire.
Ce document est confidentiel et soumis au secret médical.
Nul ne peut en exiger la communication sans autorisation du titulaire ou de son représentant légal. Il est recommandé de conserver cette carte sur vous avec la carte de groupe sanguin, elle est très utile voire indispensable en cas d'urgence.

IMPORTANT INFORMATION MÉDICALE



CE PATIENT A BESOIN D'UN TRAITEMENT SUBSTITUTIF QUOTIDIEN VITAL AVEC DE L'HYDROCORTISONE OU UN AUTRE GLUCOCORTICOÏDE

En cas de troubles de la conscience, vomissements répétés, diarrhée sévère, déshydratation, malaise, coma, traumatisme sévère ou intervention chirurgicale, injecter **immédiatement** 100 mg d'Hydrocortisone iv/im (ou dose équivalente d'un autre glucocorticoïde) et, suivant les situations, une perfusion iv de sérum physiologique (NaCl 0,9%).

Association Surrénales et son conseil scientifique, 2017

IMPORTANT MEDICAL INFO



THIS PATIENT NEEDS DAILY REPLACEMENT THERAPY WITH CORTISONE

In the event of serious illness, trauma, vomiting or diarrhoea, hydrocortisone 100 mg iv/im and iv saline infusion should be administered WITHOUT DELAY.

Name

Personnumber/Date of birth

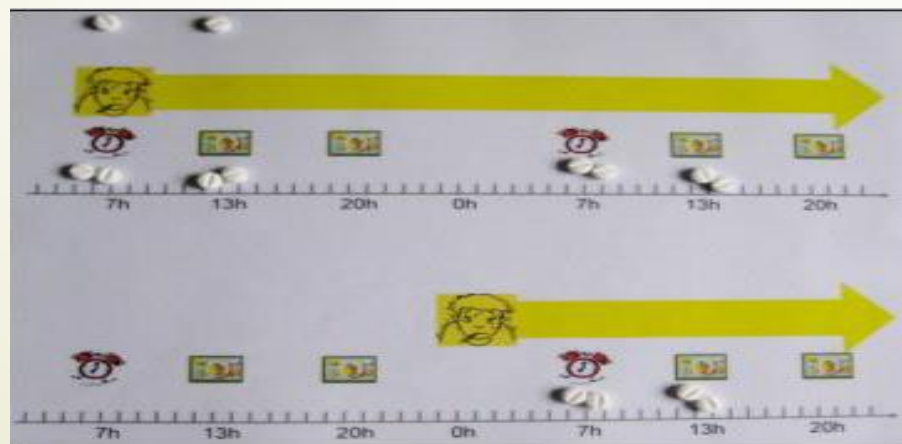
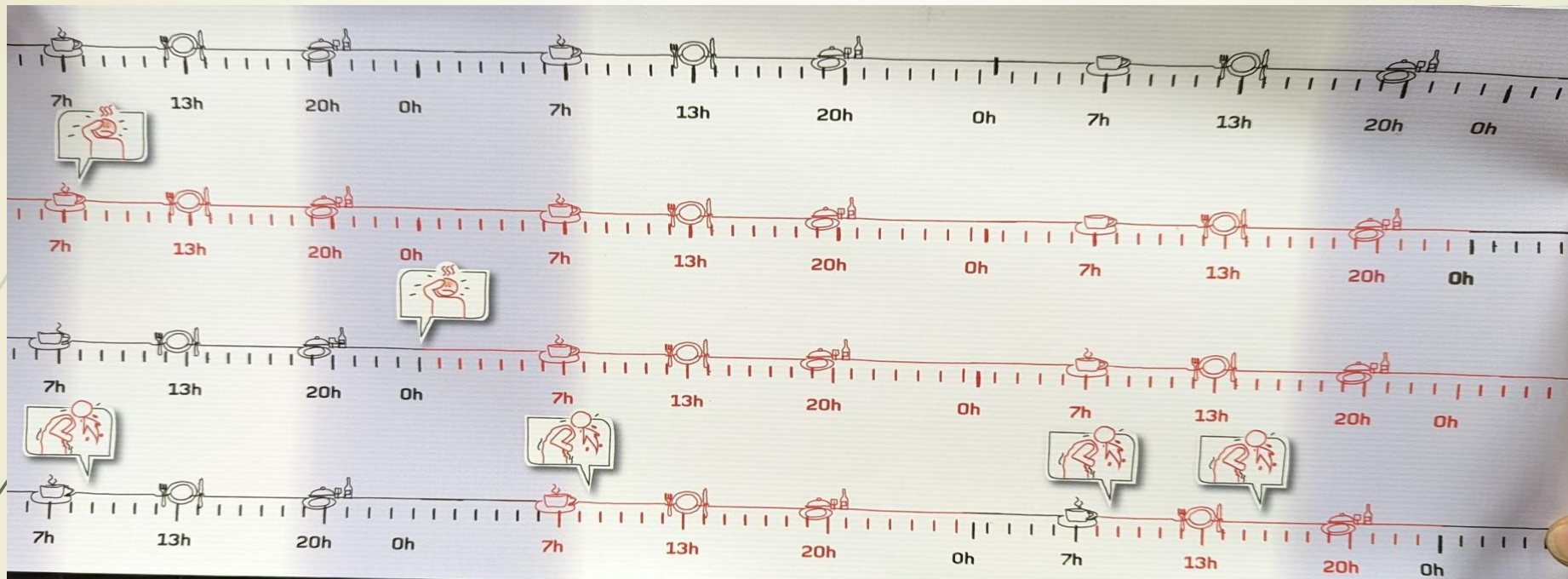
European Society of Endocrinology

European Emergency Cards

 KORTISOLBRIST Sweden	 MEDISCHE INFO Netherlands	 KORTISÓLSKORT Iceland	 MEDICINSK INFORMATION Denmark	
 KORTISOLBRIST Finland (Swedish)	 KORTISOLUVAJEEN HÄTÄOHJE Finland (Suomi)	 Backside	 INFORMATION MÉDICALE France	 LÉKÁRSKÁ INFORMACE Czech Republic

Consignes ambiguës « Doublez ou triplez la dose de HC» =>

Consignes personnalisées



Situation	Consigne
Maladie aiguë: (fièvre, infection, fracture , diarrhées au min 3 selles/j, ou choc émotionnel	Prendre immédiatement, quelle que soit l'heure, 20 mg d'hydrocortisone puis 20 mg matin, midi et soir, jusqu'à disparition du problème (en général 2 à 3 jours) Faire traiter le problème intercurrent le plus rapidement et efficacement possible
Vomissement dans l'heure suivant la prise	Reprendre la même dose de hydrocortisone
Au-delà de 2 vomissements et/ou 2 diarrhées en < de 4h, ou troubles de conscience	Faire l'injection sous-cutanée de 100 mg d'hydrocortisone, voir en Google : L'injection d'urgence d'Hydrocortisone -YouTube ou DEFHYEDU: injection sous cutanée d'hydrocortisone -YouTube
Activité physique intense et prolongée	+ 5 mg d'hydrocortisone toutes les 3h, en débutant 1h avant
Fortes chaleurs et/ou sudation intense	Boire plus d'eau et manger plus salé
Voyage en avion de plus de 6h	+ 10 mg d'hydrocortisone toutes les 6h jusqu'au petit déjeuner du pays d'arrivée
Coloscopie	A programmer le matin + 20 mg d'hydrocortisone la veille au soir et le matin; hydratation orale Juste avant, hydrocortisone 100 mg i.v. ou i.m.
Anesthésie générale, chirurgie, traumatisme, accouchement, réanimation	Hydrocortisone 100 mg i.v. ou i.m. +/- hydrocortisone 100 mg par 24h i.v. PSE (ou 25 mg toutes les 6h i.v. ou i.m.), jusqu'à reprise de l'alimentation orale; puis hydrocortisone en comprimés 20 mg matin, midi et soir Diminution progressive jusqu'à la dose habituelle Fludrocortisone à reprendre quand dose hydrocortisone <50 mg/24h

Consignes d'adaptation du traitement dans différentes situations:

Exemple pour un adulte ISR traité par HC 20 mg / j

Guignat L, Proust-Lemoine E, Reznik Y, Zenaty D. Group 6. Modalities and frequency of monitoring of patients with adrenal insufficiency. Patient education. Ann Endocrinol (Paris) 2017;78:544-58.

Où trouver des informations supplémentaires « pertinentes » ?

Centre surrénale

Recommandations « Insuffisance surrénale » PATIENT

Qu'est ce que l'insuffisance surrénale ?

L'insuffisance surrénale est due à une insuffisance de fonctionnement de la partie externe des glandes surrénales, le cortex surrénalien, qui synthétise normalement le cortisol (le principal glucocorticoïde), l'aïdostérone (le principal minéralocorticoïde) et la DHEA (le principal androgène surrénalien). Il existe un déficit constant en cortisol, parfois un déficit en aïdostérone, tandis que les androgènes surrénaliens peuvent être normaux, diminués ou en excès, en fonction de la cause de l'insuffisance surrénale.

L'insuffisance surrénale peut être liée à 2 types de mécanismes :

- les glandes surrénales peuvent être directement en cause : il s'agit d'une insuffisance dite « primaire » ou « primitive » ou « périphérique ». Les 3 hormones corticosurrénaliennes peuvent être concernées, de façon différente, selon le type de maladie. Lorsqu'il existe un déficit des 3 hormones corticosurrénaliennes d'installation progressive, le terme de maladie d'Addison est volontiers utilisé.
- la commande hypothalamo-hypophysaire peut être défectueuse : il s'agit d'un déficit « secondaire » ou « haut » ou « central », encore appelé insuffisance corticotrope. D'autres hormones non surrénaliennes, fabriquées sous le contrôle de l'hypophyse et de l'hypothalamus, peuvent être déficitaires (notamment les hormones thyroïdiennes et l'hormone anti-diurétique) ou en excès.

Il existe plus de 20 maladies rares différentes avec des particularités selon la cause (auto-immune, infectieuse, tumorale, post-chirurgicale, génétique,...), la ou les hormones déficitaires, l'âge de survenue. Un traitement par corticoïdes de synthèse est une cause très fréquente d'insuffisance corticotrope isolée.

Le traitement de fond repose sur l'hydrocortisone (ou plus rarement un autre glucocorticoïde comme la dexaméthasone, la prednisolone ou la prednisone) et/ou la fludrocortisone (Adixone), associée à des apports sodés normaux ou renforcés.

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

- arrêt du traitement substitutif (oubli, négligence, manque d'ordonnance, pour vérifier si on est vraiment « dépendant » du traitement...);
- gastroentérite, fièvre, infection, fracture, accident cardiovasculaire, chirurgie ou examen invasif (fibroscopie bronchique ou digestive,...);
- très forte émotion (heureuse ou malheureuse);
- grossesse, hyperthyroïdie;
- 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, Rinifan, Rimactan]),
 - certains antirétroviraux (éfavirenz [Atripla, Sustiva], névirapine [Viramune]),
 - la griséofulvine [Griseofulvine],
 - le millepertuis [Arkogélules Millepertuis, Elusanes Millepertuis, Mildac, Procalmil, Prosoft],
 - le mitotane [Lysodren];
 - hormones de croissance;
 - les hormones thyroïdiennes (Lévothyrox, Cynomel, Euthyral);
 - la mifépristone [Mifégyne] prescrite en cas d'interruption volontaire ou médicale de grossesse;
 - ou encore les médicaments qui bloquent une fabrication résiduelle de cortisol: mitotane [Lysodren], étomidate (un anesthésique), kétoconazole [Nizoral], métyrapone [Métopirone], mégestrol (à fortes doses) [Nomezgestrol], médroxyprogestérone (à fortes doses) [Depoprodasone, Farlutal].

Si vous êtes amené à prendre l'un de ces produits, parlez en avec votre endocrinologue, afin qu'il adapte le traitement de votre insuffisance surrénale.

- mais parfois aussi sans facteur déclenchant évident.

Comment éviter l'insuffisance surrénale aiguë ?

- N'interrompez jamais votre traitement
 - Ne restreignez pas vos apports en sel, ne prenez pas de diurétique ou de laxatif
 - En cas de facteur intercurrent:
 - gastroentérite,
 - ⚠ Au-delà de 2 vomissements ou diarrhée en moins de 4 heures : cf. le paragraphe « comment traiter une insuffisance surrénale aiguë ».
 - fièvre, infection,
 - fracture ou entorse grave,
 - accident cardio-vasculaire,
 - forte émotion représentant un stress important et inhabituel
- prenez immédiatement, quelque soit l'heure, cp d'Hydrocortisone® puis prenezcp le matin,cp le midi,cp vers 16h-17h, cp le soir, jusqu'à disparition du facteur intercurrent et appelez un médecin pour traiter le facteur déclenchant.

- Doubler la dose de fludrocortisone (Flucortac®) en cas de canicule

- En cas d'anesthésie générale pour une chirurgie ou un examen invasif, d'accouchement, de réanimation : remettez les recommandations « insuffisance surrénale » aux médecins.
 - la veille (geste programmé), doublez la dose d'Hydrocortisone®
 - avant le début de l'anesthésie / au début du travail / dès la prise en charge en réanimation, et les jours suivants avant la reprise de l'alimentation orale, vous recevrez de l'Hydrocortisone à fortes doses en injection
 - après la reprise de l'alimentation orale, reprenez l'Hydrocortisone par la bouche, à dose double ou triple de la dose habituelle, répartie en 3 prises puis diminuez progressivement sur 2 à 6 jours jusqu'à la dose habituelle; si votre traitement comporte de la fludrocortisone (Flucortac®), reprenez la à la dose habituelle
- En cas d'anesthésie légère ou d'examen invasif nécessitant d'être à jeun (à organiser de préférence le matin) : remettez les recommandations « insuffisance surrénale » aux médecins. Avant le début de l'anesthésie ou l'examen, vous recevrez de l'Hydrocortisone à fortes doses en injection
- En cas d'anesthésie locale ou d'examen stressant ne nécessitant pas d'être à jeun, doublez la dose d'Hydrocortisone® le jour de l'examen (voire la veille et le lendemain).

⚠ Comment traiter une insuffisance surrénale aiguë ?

- Si vous avez au moins 2 des problèmes de la liste suivante :
 - une sensation d'épuisement empêchant le moindre effort,
 - des vomissements répétés (plus de 2 en moins de 4 heures),
 - une diarrhée importante,
 - des douleurs abdominales intenses,
 - des maux de tête inhabituels,
 - une fièvre > 39° ou au contraire une température < 36°,
 - un malaise,
 - une fréquence cardiaque élevée (> 120/min), une tension basse (< 110 mmHg), une hypoglycémie (< 0,60 g/l)...
- Appelez (ou faites appeler) le 15 ou le 112 et dites « je fais une crise d'insuffisance surrénale aiguë ».
- En attendant les secours, débutez le traitement :
 - Hydrocortisone 1 ampoule de 100 mg en intramusculaire dans la cuisse
 - Si vous ne pouvez pas faire l'injection (ou la faire faire par une personne de votre entourage), prenez 5 à 10 comprimés immédiatement (mais les comprimés risquent de ne pas être efficaces si vous vomissez dans la demi-heure qui suit leur prise ou si la diarrhée est très importante)
 - Boire des boissons sucrées (soda au cola, jus de fruit) et salées (bouillon salé, eau de Vichy, Saint-Yorre) en alternance

ISR post-corticothérapie

32

3 classes de risques:

R3-12: Les corticothérapies de courte durée (moins de 3 semaines) ne nécessitent pas de surveillance

R3-13: Les corticothérapies de moins de 3 mois ne justifient qu'une information sur les signes d'alerte et une sensibilisation des médecins participant à la prise en charge. En l'absence de signe clinique, aucun dosage n'est recommandé.

R3-14: Au delà de 3 mois, le risque est faible mais réel, à nuancer individuellement en fonction de la durée, de la dose cumulée, de l'existence de signes d'hypercorticisme et/ou de symptômes évocateurs d'IS (notamment l'asthénie). Une éducation des patients et une information des médecins doivent être réalisés.

Avis d'experts

Ann Endocrinol (Paris). 2017 Dec;78(6):495-511

R3-15 : Deux options ont été retenues, sans que l'on puisse recommander l'une ou l'autre sur des arguments fondés sur des preuves:

- La prescription systématique d'hydrocortisone - 10 à 15 mg (8-10 mg/m²/j) en 1 prise - jusqu'à l'évaluation de la fonction corticotrope.
- OU BIEN la prescription d'hydrocortisone à prendre uniquement en cas de stress.

R3-16 : L'évaluation de la fonction corticotrope sera faite en parallèle : Le dosage du cortisol basal à 8h (ou après test au synacthène) sera réalisé plusieurs semaines après l'arrêt du corticoïde de synthèse dans le but de dépister les patients qui devront bénéficier de la poursuite du traitement substitutif par l'hydrocortisone. En cas de déficit corticotrope avéré, le dosage pourra être répété à intervalles réguliers (mois) jusqu'à récupération d'une fonction corticotrope normale.



Fin de la présentation

Merci

pour

votre

attention !

