

**ENONCE**

Un homme, d'origine lorraine, âgé de 64 ans est admis aux urgences la veille de Noël, pour l'apparition de deux malaises successifs, de type lipothymique, avec la notion que les malaises ne sont pas récents mais ils seraient de plus en plus rapprochés. A l'admission, ce patient signale être épuisé. Il est d'ailleurs en arrêt de travail depuis 1 mois et avait même renoncé à partir en vacances l'été précédent. Il a maigri de 8 kg dans les 6 derniers mois. Il ne prend aucun médicament. Son épouse précise qu'il se plaint de douleurs abdominales depuis plusieurs semaines. Il dit qu'il n'a pas d'appétit depuis plusieurs jours et qu'il présente des vomissements alimentaires depuis 48 h. Examen clinique du patient : - voir photographies - La température est à 38°C, la pression artérielle est mesurée à 90/70 mmHg. La fréquence cardiaque est régulière à 100/mn. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de particulier de même que l'examen neurologique. - L'abdomen est souple et non douloureux à la palpation. La glycémie capillaire est de 2,2 mmol/L (0,4 g/L). Le bilan initial effectué en urgence est le suivant : Glycémie : 2,3 mmol/L (0,42 g/L) (N = 0,7 - 1,00 g/L) Natrémie : 120 mmol/L (N = 135 - 145 mmol/L) Chlorémie : 85 mmol/L (N = 90 - 105 mmol/L) Kaliémie : 5,2 mmol/L (N = 3,8 - 5 mmol/L) Créatininémie : 140 µmol/L (N = 45 - 120 µmol/L) GB : 6500/mm<sup>3</sup> Hb : 10,5 g/dL Plaquettes : 222000/mm<sup>3</sup> ALAT : 20 UI/L (N < 35) ; ASAT : 22 UI/L (N < 35) ; phosphatases alcalines 60 UI/L (N < 90) ; Bilirubine : 6 µmol/L (N < 11 µmol/L) ; gammaGT : 40 (N < 60). TP : 100 % Alcoolémie : 0 g/L Recherche de toxiques : négative.

**QUESTION n°: 1**

Devant ce tableau, quels sont les diagnostics étiologiques possibles ? Classez-les par ordre de probabilité chez ce patient en fonction des données dont vous disposez dans l'observation. Pour chaque étiologie, indiquez les éléments en faveur ou en défaveur. Finalement un seul diagnostic doit être retenu chez ce patient. Lequel ?

**REPONSES n°: 1**

a) Le diagnostic le plus probable est celui d'**une insuffisance surrénalienne (IS) aiguë ou décompensée**. Ce diagnostic est retenu devant un faisceau de signes cliniques : la présence d'une coloration cutanée brune (photo) et de l'hyperpigmentation de mamelons et de la cicatrice, qui évoquent la mélanodermie caractéristiques de l'IS primitive. Les signes digestifs dans l'ISA sont constants : anorexie, douleurs abdominales, vomissements, l'amaigrissement est aussi retrouvé dans l'IS. L'hypotension est constante dans l'insuffisance surrénale primitive, ici la TA est basse (mesurée à 90/70 mmHg). Les hypoglycémies sont aussi décrites, survenant surtout au cours du jeûne dans le cadre de l'ISA. Fièvre. Sur le plan biologique : l'hyponatrémie et l'hyperkaliémie. L'anémie est aussi décrite parmi les signes biologiques "indirects" de l'ISL ou A. Créatinine augmentée, a priori dans le cadre d'une insuffisance rénale fonctionnelle par deshydratation (perte de sel). b) **Insuffisance hypophysaire** (corticotrope) en faveur : fièvre, amaigrissement, hyponatrémie, anémie ; en défaveur : mélanodermie, hyperkaliémie, insuffisance rénale fonctionnelle c) **Insulinome** en défaveur : perte de poids, hyponatrémie, anémie, insuffisance rénale fonctionnelle d) **Cause médicamenteuse ou toxique** : pas de médicaments, alcoolémie et recherche de toxiques négatives. e) Insuffisance hépatocellulaire : aucun signe clinique ni biologique f) **dénutrition**, insuffisance rénale : pas d'éléments dans l'observation.

**QUESTION n°: 2**

Quels sont les mécanismes physiopathologiques les plus probables de l'hypoglycémie et des troubles ioniques chez ce patient ?

**REPONSES n°: 2**

- Hypoglycémie : car en carence en cortisol, qui est une hormone hyperglycémisante (augmentant la néoglucogénèse : d'où hypoglycémie de jeûne). - L'hyponatrémie et l'hyperkaliémie sont liées à la fuite urinaire du sodium par carence en aldostérone, qui augmente la réabsorption du sodium au niveau du tube contourné distal et la sécrétion urinaire de potassium. Il existe aussi au cours de l'IS une sécrétion inappropriée d'ADH liée à la carence en cortisol, qui aggrave l'hyponatrémie (hyponatrémie de dilution)

---

**N°: 8 QUESTION n°: 3**

*Quels examens biologiques demandez-vous pour confirmer le diagnostic étiologique indiqué comme plus probable ? Argumentez votre réponse.*

**REPONSES n°: 3**

Les éléments paracliniques à rechercher sont ceux qui confirment l'insuffisance surrénale de type périphérique : - cortisolémie (ou cortisol plasmatique) effondrée - ACTH élevé - Aldostérone basse - Rénine élevée - Dans ce contexte d'urgence, l'horaire des prélèvements de cortisol et d'ACTH importe peu. Ces prélèvements sont réalisés aux urgences, avant traitement. On n'attendra pas les résultats avant d'initier la thérapeutique. Le test de stimulation par le Synacthène n'est pas nécessaire dans ce cas.

---

**QUESTION n°: 4**

*Un cliché de l'abdomen sans préparation, en position debout, a été fait devant les douleurs abdominales. Que vous apportent-il ?*

**REPONSES n°: 4**

Ce cliché met en évidence une calcification au niveau de l'aire surrénalienne gauche. Dans ce contexte, ces images orientent vers une origine tuberculeuse de l'insuffisance surrénale.

---

**QUESTION n°: 5**

*Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous en urgence ? Planifiez la surveillance.*

**REPONSES n°: 5**

Le traitement doit être entrepris en urgence car il existe un risque vital. Le patient doit être hospitalisé en service spécialisé. Il faut substituer le déficit cortisolique par de l'hydrocortisone (voie IV ou IM), après avoir effectué les prélèvements pour confirmer l'hyposécrétion et assurer un remplissage vasculaire par soluté salé isotonique ; ceci assure le maintien tensionnel, un risque de collapsus existe et permet aussi de traiter la déshydratation. - Devant l'hypoglycémie, on commencera à injecter du Glucosé 30 % puis un glucosé 5 % avec 6 à 12 g de NaCl/l et 2 g de KCl/l. - Injection d'hémisuccinate d'hydrocortisone (50 à 100 mg toutes les 6 heures). Du syncortyl\* (acétate de désoxycorticostérone) est parfois associé à l'hydrocortisone à raison de 50 mg toutes les 8 h en IM lorsque le remplissage n'est pas suffisant pour l'équilibre tensionnel. La prescription comporte les consignes de surveillance : surveillance clinique (pouls, TA, conscience horaire, diurèse, tolérance cardio-respiratoire du remplissage plus glycémie capillaire) et biologiques (ionogramme, glycémie, créatinine à répéter 4 h plus tard).

---

**QUESTION n°: 6**

*Quel sera le traitement à distance ? Indiquez les consignes "pratiques" que vous allez remettre à ce patient ?*

**REPONSES n°: 6**

Le traitement de l'insuffisance surrénalienne lente est un traitement conduit à vie. Le traitement de l'insuffisance surrénalienne est de type substitutif pour compenser le déficit hormonal (opothérapie). Cette opothérapie surrénalienne sera poursuivie à vie, arrêtée sous aucun prétexte (port de carte d'Addisonien) et adaptée au contexte du stress (éducation). Le traitement substitutif de la forme lente, est délivré per os : il comporte des gluco-corticoïdes (hydrocortisone) et des minéralo-corticoïdes (fludrocortisone ou florinef\*) associés à un régime normo-sodé. Une éducation pour prévenir la survenue de décompensation est indispensable. Les signes préliminaires d'une décompensation doivent être reconnus par le patient et la substitution surrénalienne adaptée. L'éducation pour l'insuffisant surrénalien vise le patient et son entourage (urgence de la forme aiguë) qui sont informés de la nécessité de doubler la dose en cas de stress ou de situations à risque (troubles digestifs, fièvre) voire de recourir à la forme injectable de gluco-corticoïdes (hémisuccinate lyophilisé d'hydrocortisone, ampoule à 100 mg) qui doit impérativement être délivrée. Une liste de médicaments contre-indiqués chez

l'IS est remise précisant l'interdiction de prendre notamment des laxatifs, des diurétiques. Quelques mesures d'ordre général sont attendues : Vaccinations à jour Port de la carte d'addisonien Une prise en charge à 100 % est demandée.

---

**QUESTION n°: 7**

*L'employeur du patient vous téléphone pour avoir des nouvelles de son employé et pour vous demander quand il pourra retravailler afin de savoir s'il doit éventuellement faire appel à un intérimaire. Que lui répondez-vous ?*

**REPONSES n°: 7**

"Je ne peux vous donner d'informations médicales concernant votre employé, surtout par téléphone". Toute information médicale ne peut être délivrée qu'au patient, à son médecin traitant (médecin désigné par le patient) ou au médecin conseil de la sécurité Sociale.

***Insuffisance surrénalienne chez un homme de 64 ans***

ITEM N° 255 : Insuffisance surrénale – identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

ITEM N° 106 : tuberculose – connaître les localisations extra-thoraciques

ITEM N° 6 : Le dossier médical ; l'information du malade ; le secret médical