

Une douleur abdominale pas comme les autres

Jérémy Desmercières

DES de Médecine d'Urgence

*CHU de Limoges
Service des Urgences Adultes*

Séminaire du 07 et 08 mars 2018



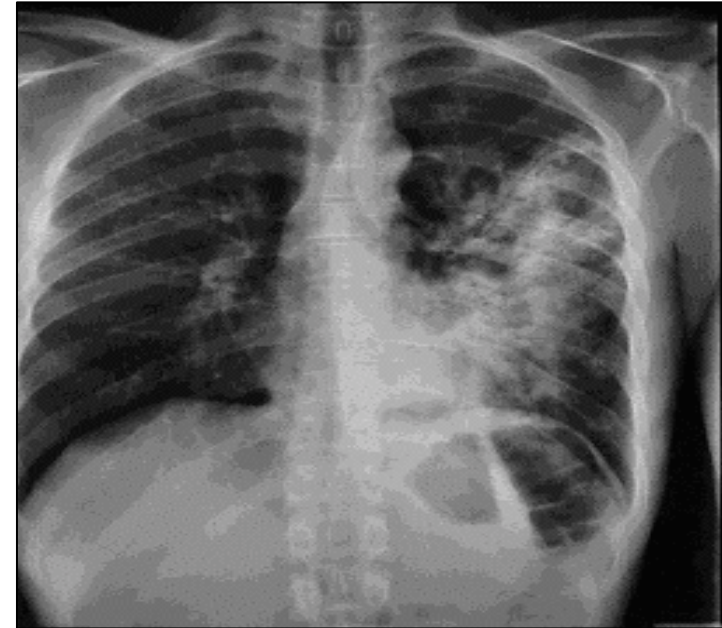
Histoire de la maladie (1)

Vous recevez aux urgences Mme L., 28 ans pour douleur abdominale fébrile à 39,2° C évoluant persistante depuis 2 jours

- [ATCD](#) :
 - Tuberculose à 12 ans
 - Exérèse d'un kyste ovarien droit
 - Contraception par stérilet au cuivre
- [Etat général](#) :
 - Asthénie depuis 1 mois, Mélanodermie aux plis de flexion
 - Perte de 6 kg depuis quelques semaines
- [Examen clinique](#) :
 - Fc :120 bpm, PA = 82/46, Bdc réguliers sans souffle audible, marbrures
 - MV bilatéral, sans BSA, FR 19 mvt/min, SPO2 96% en AA
 - Abdomen sensible de façon diffuse, BHA+, nausée, vomissements X4
 - Diurèse conservée, Contact lombaire droit, dysurie et pollakiurie
 - G15, patiente très asthénique, pupilles IRS, pas de DSM, pas de DTS

Histoire de la maladie (2)

BILAN BIOLOGIQUE	RESULTATS
Na+	120 mmol
K+	5,6 mmol
Cl-	92 mmol
Glycémie	3,2 mmol
Créatinine	136 μ mol
Urée	14 μ mol
Protéines	82 g/l
GR	4,6 x 10 ⁶ /mm ³
GB	21000/mm ³
PL	230000/mm ³
TP	92%



BU	RESULTATS
SANG	-
PROTIDES	-
LEUCOCYTES	+++
NITRITES	++

Diagnostic

Quel diagnostic évoquez vous?

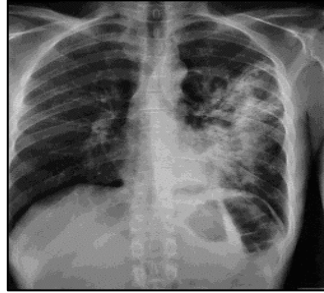
Diagnostic

Quel diagnostic évoquez vous?

**Insuffisance surrénalienne aiguë
+
Insuffisance surrénalienne chronique
périphérique
+
Décompensée par une PNA**

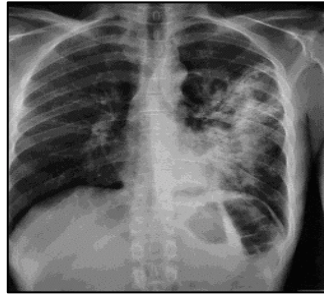
Démarche diagnostique

**Insuffisance
surrénalienne
chronique**



Démarche diagnostique

**Insuffisance
surrénalienne
chronique**

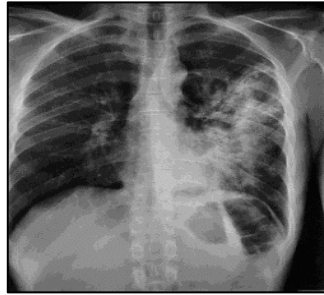


**Insuffisance
surrénalienne
aiguë**



Démarche diagnostique

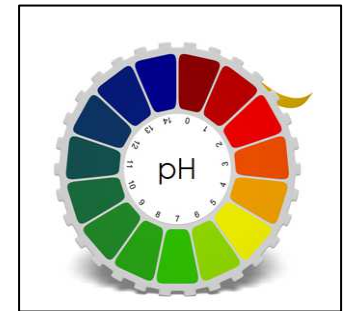
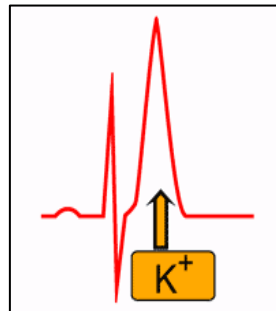
**Insuffisance
surrénalienne
chronique**



**Insuffisance
surrénalienne
aiguë**



Biologie

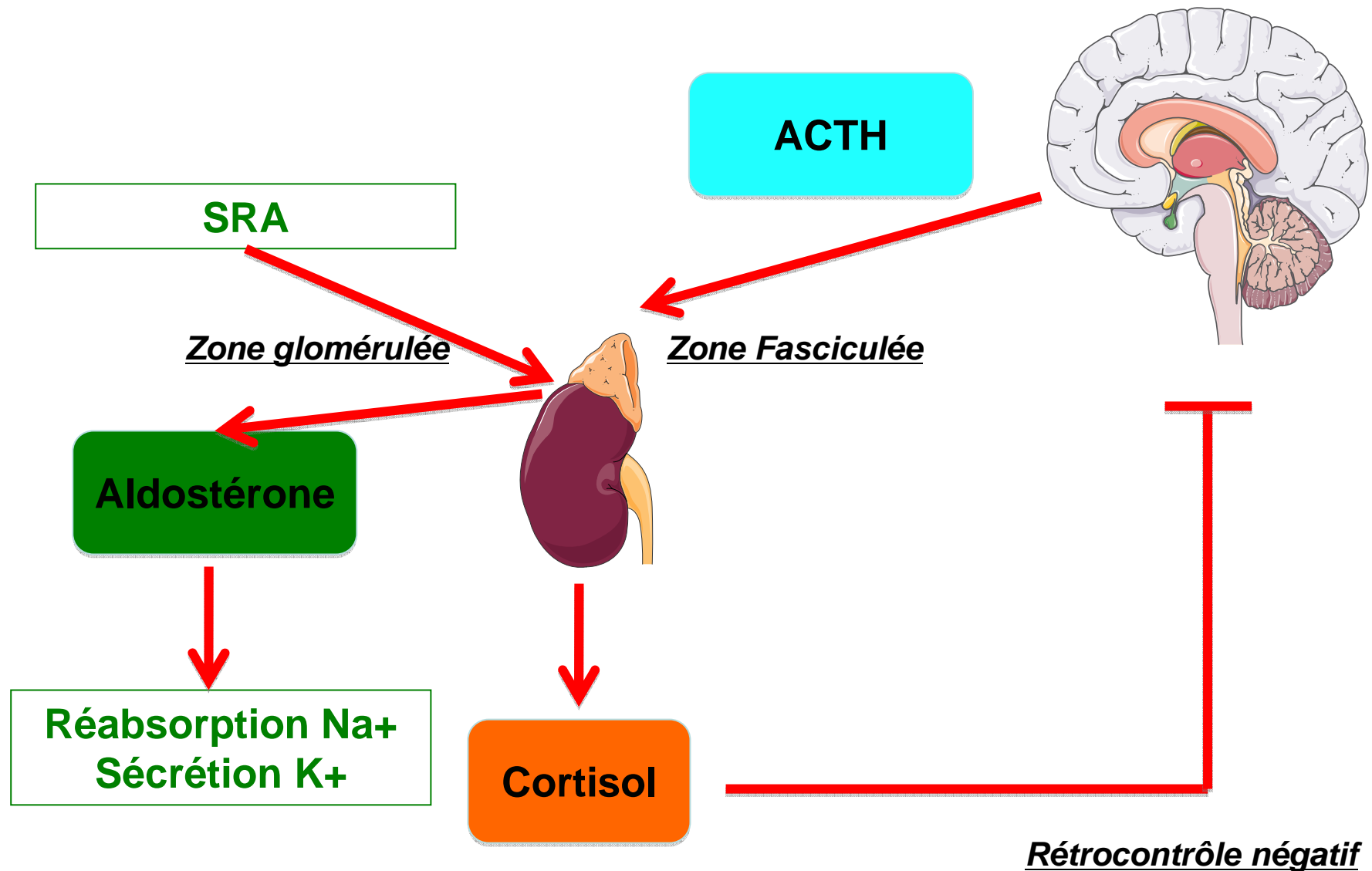


Diapositive 8

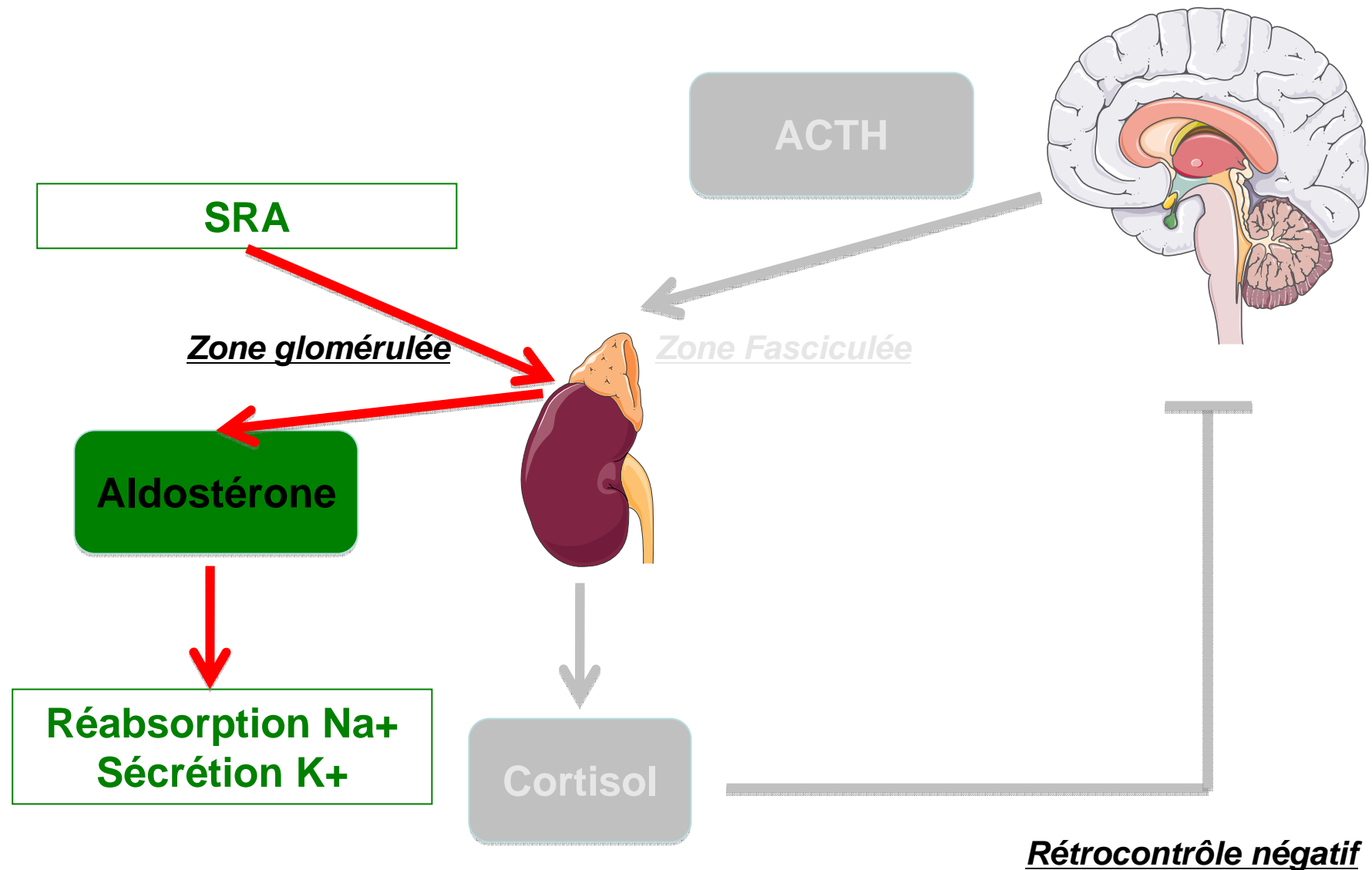
cv1

diagnostique était resté en rouge!!
christine vallejo; 05/03/2018

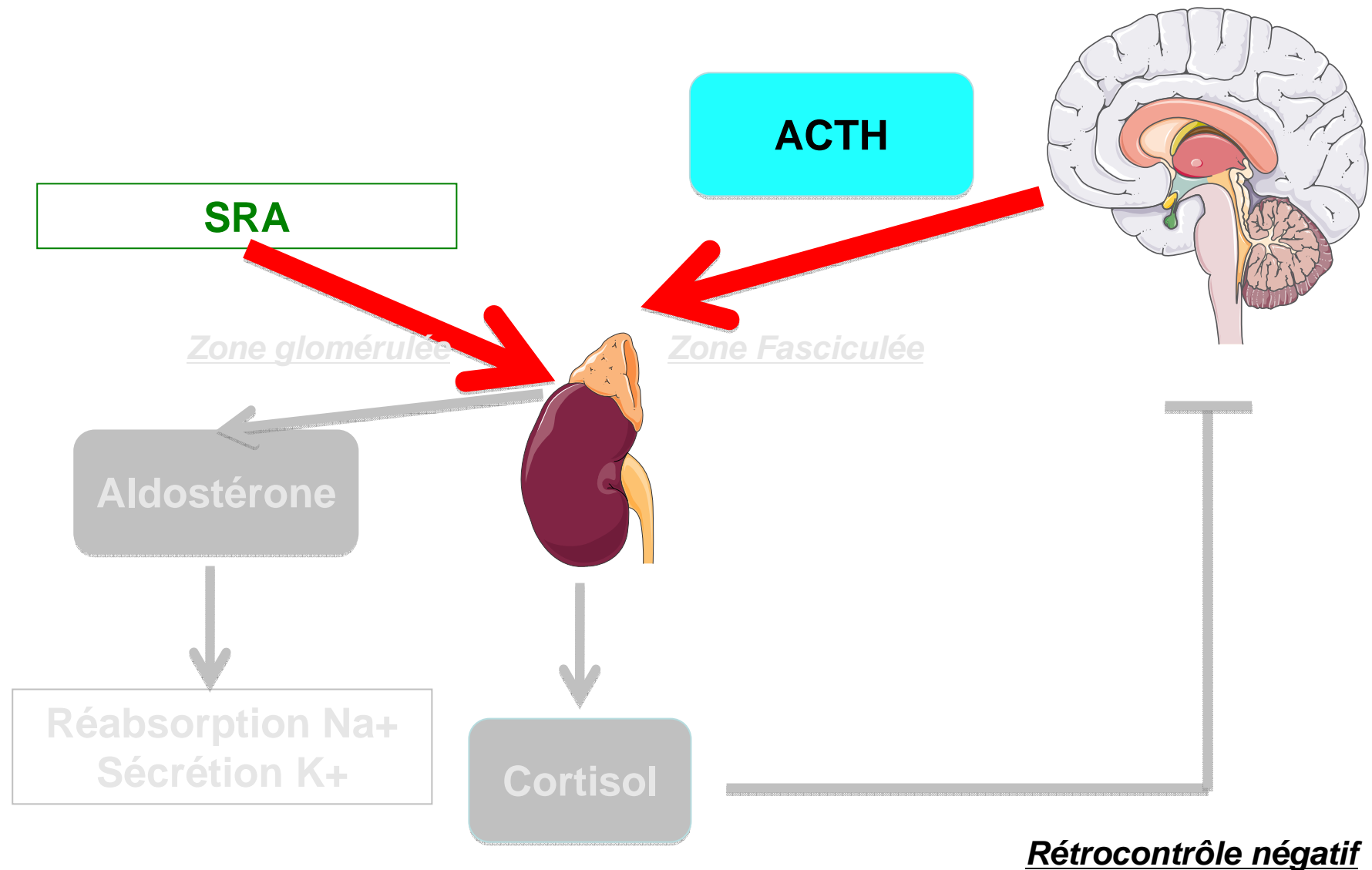
Ins. Surrénale : Physiopathologie



Ins. Surrénale : Physiopathologie



Ins. Surrénale : Physiopathologie



ISP (basse) VS ISC (haute)

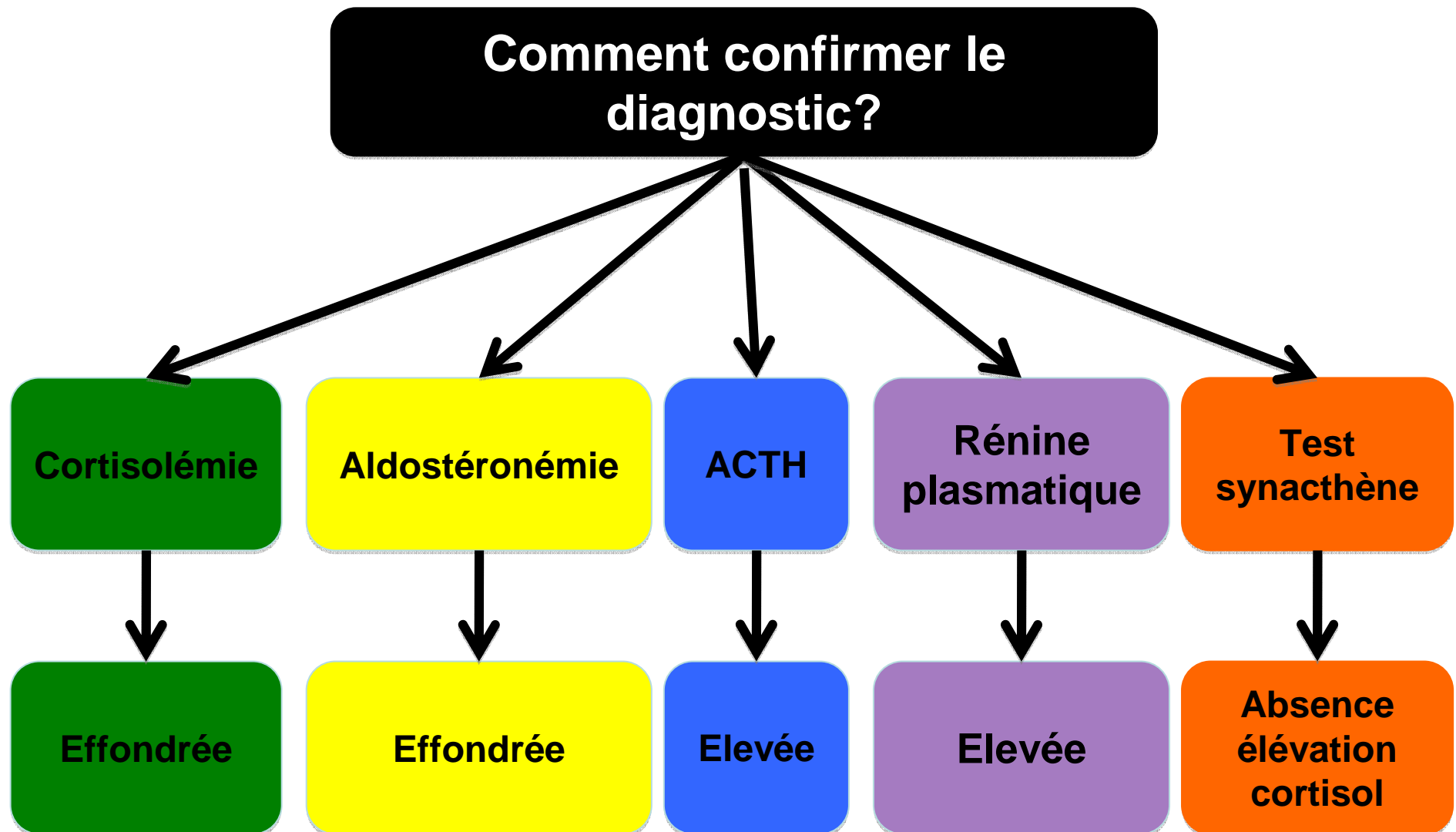
Insuffisance surrénalienne : NPC

Insuffisance surrénalienne périphérique	Insuffisance surrénalienne centrale
Mélanodermie	Dépigmentation
↑ ACTH	↓ ACTH
Hypoaldostéronisme primitif	Jamais d'hypoaldostéronisme

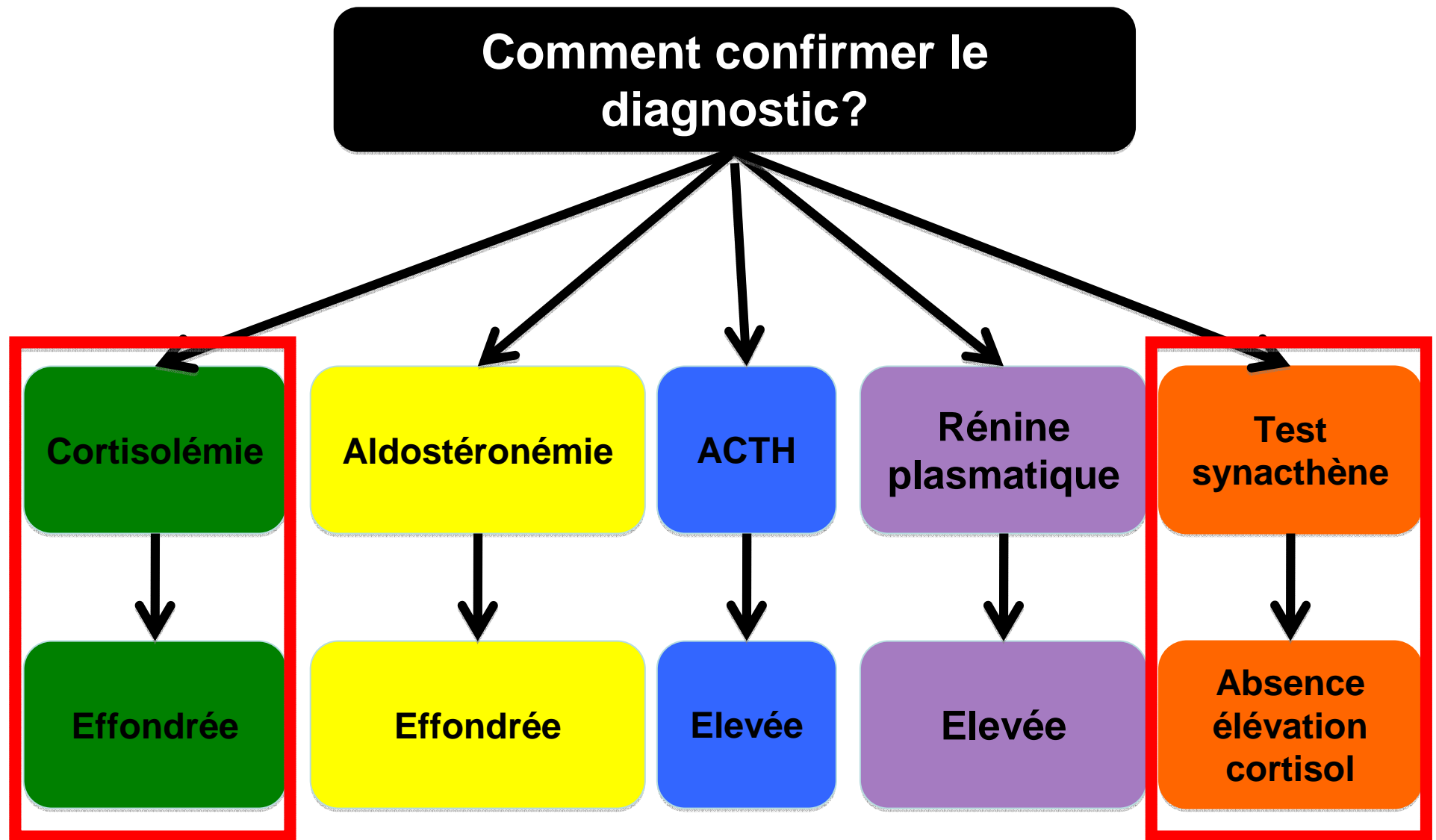
Diagnostic

**Comment confirmer le
diagnostic?**

Diagnostic



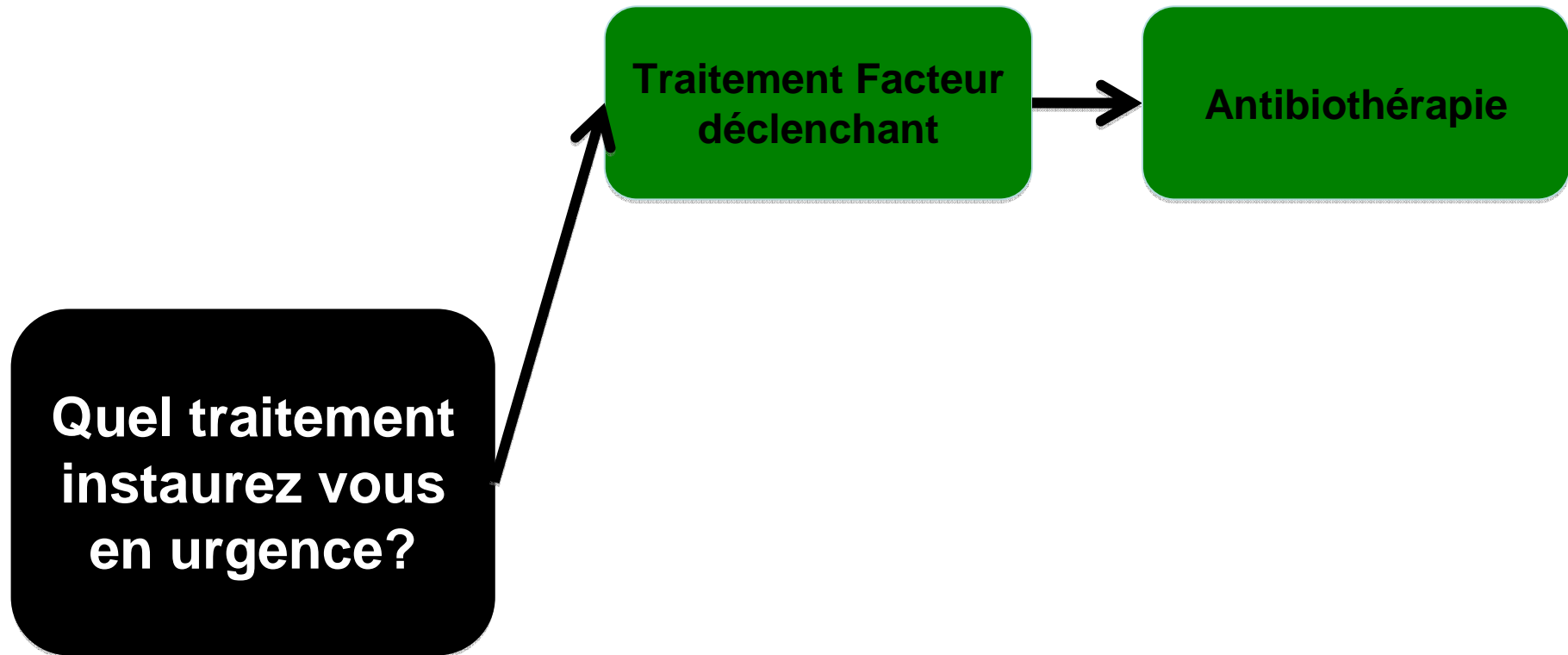
Diagnostic



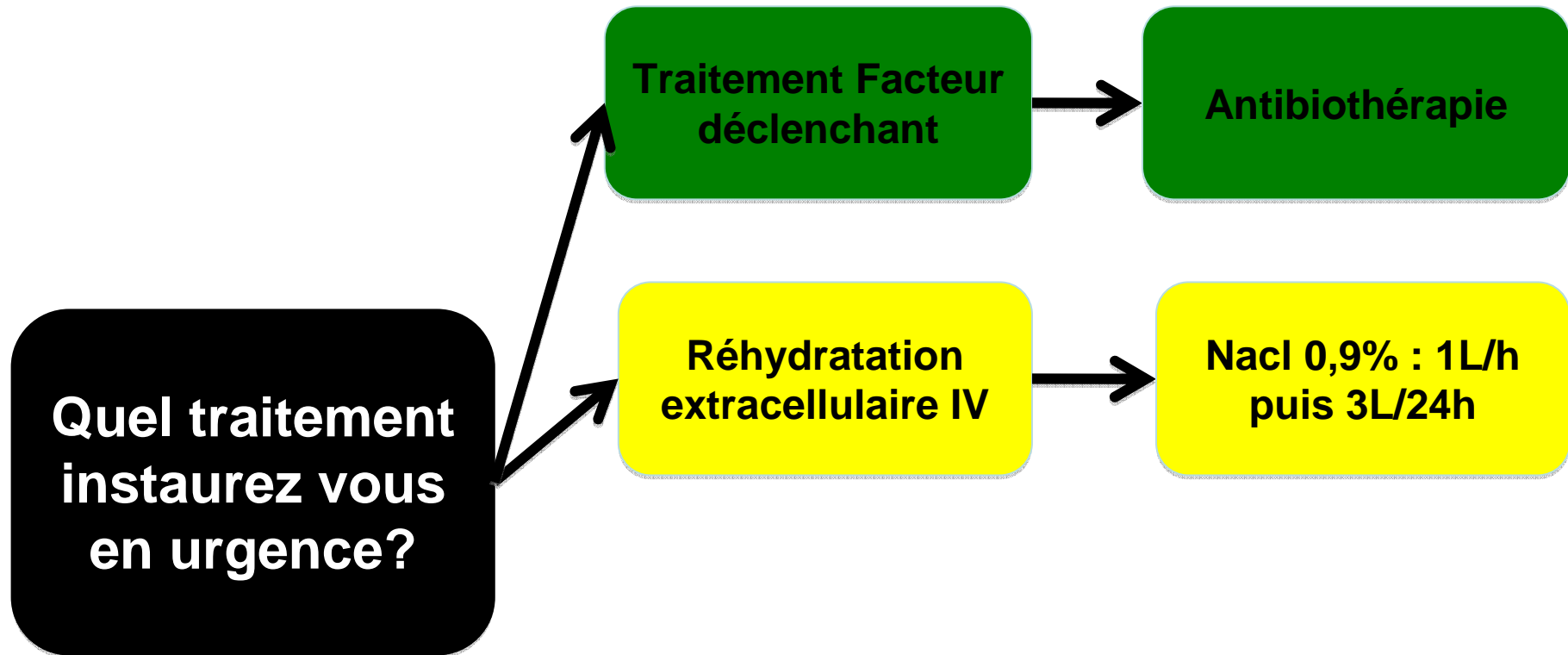
Prise en charge immédiate

**Quel traitement
instaurez vous
en urgence?**

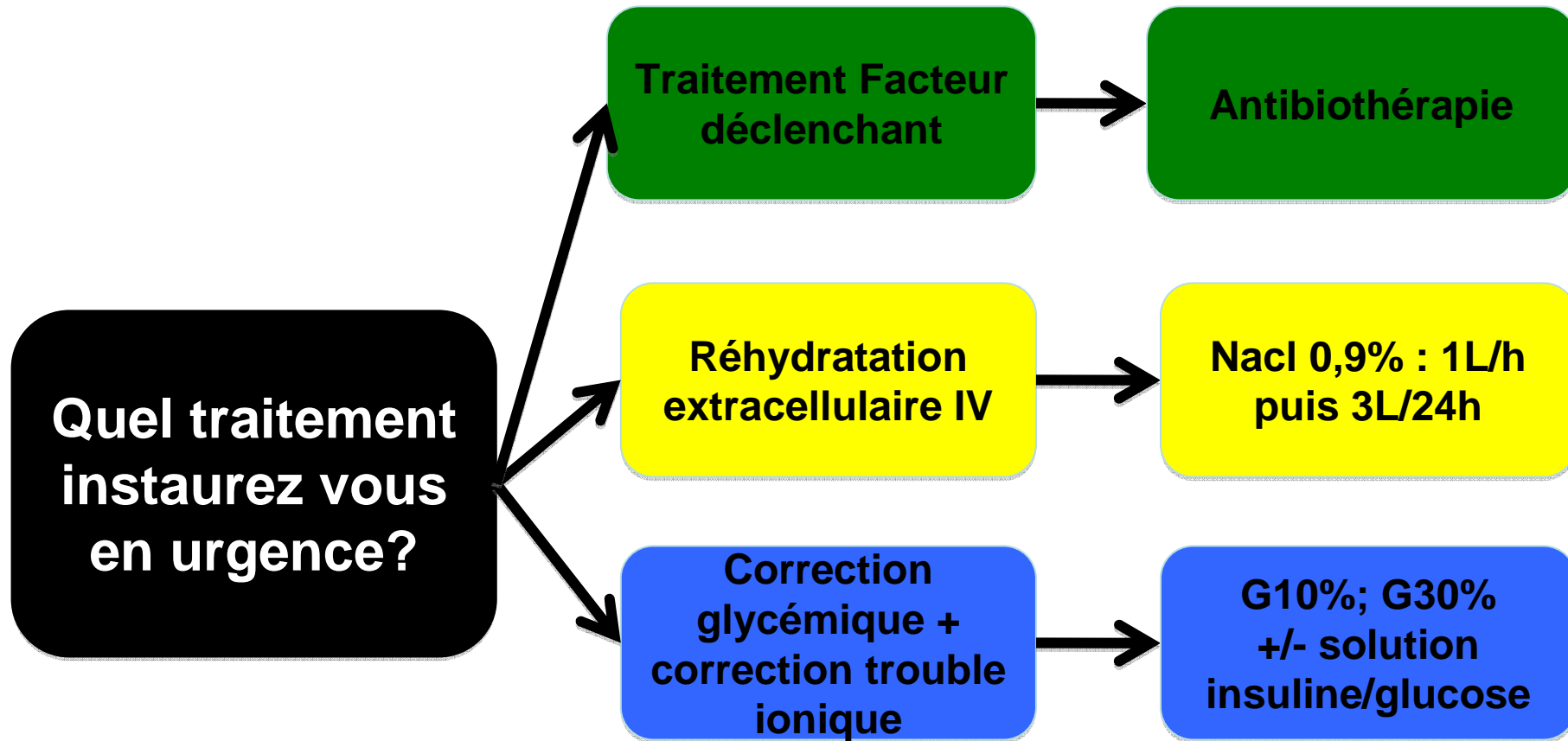
Prise en charge immédiate



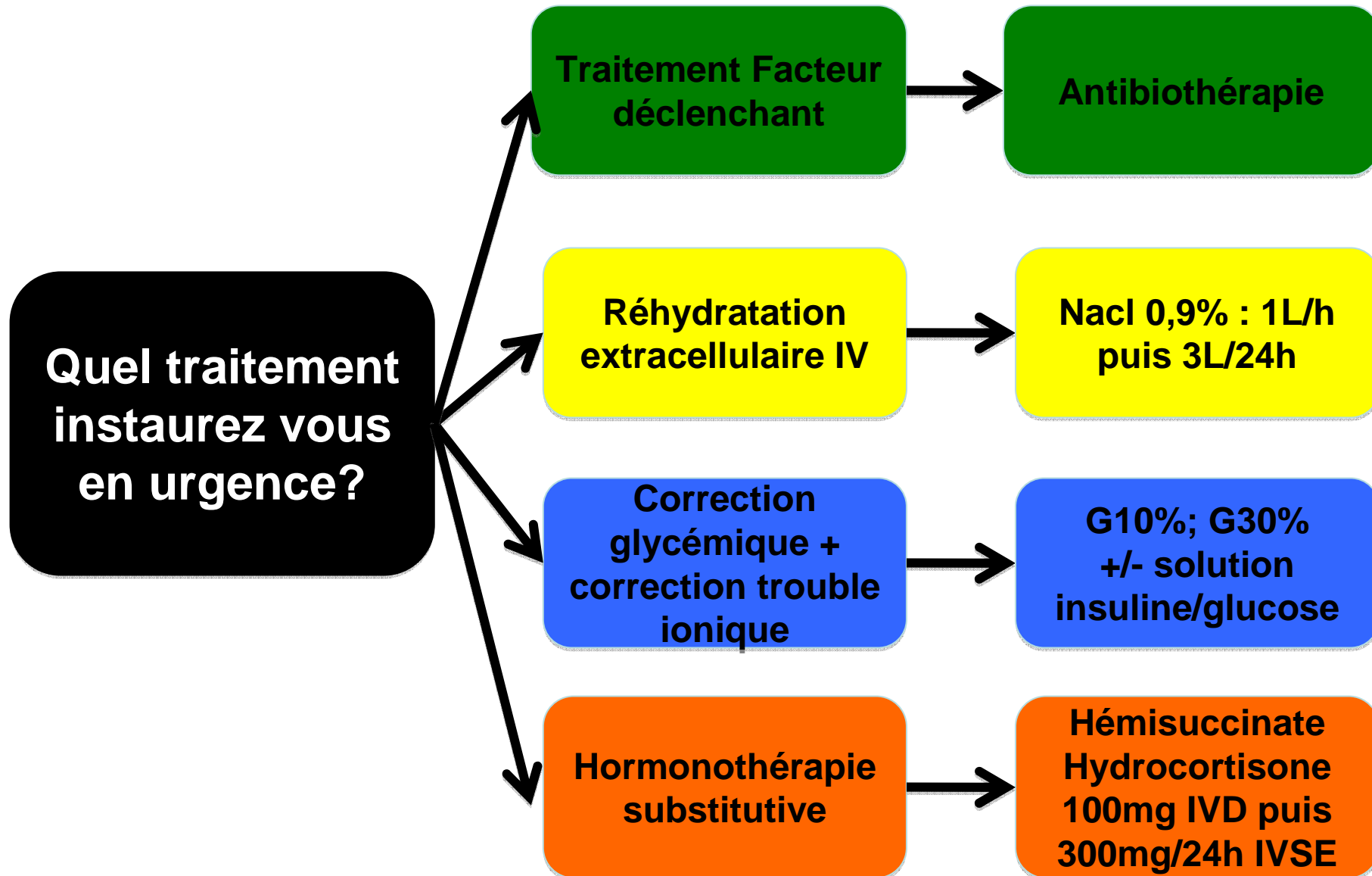
Prise en charge immédiate



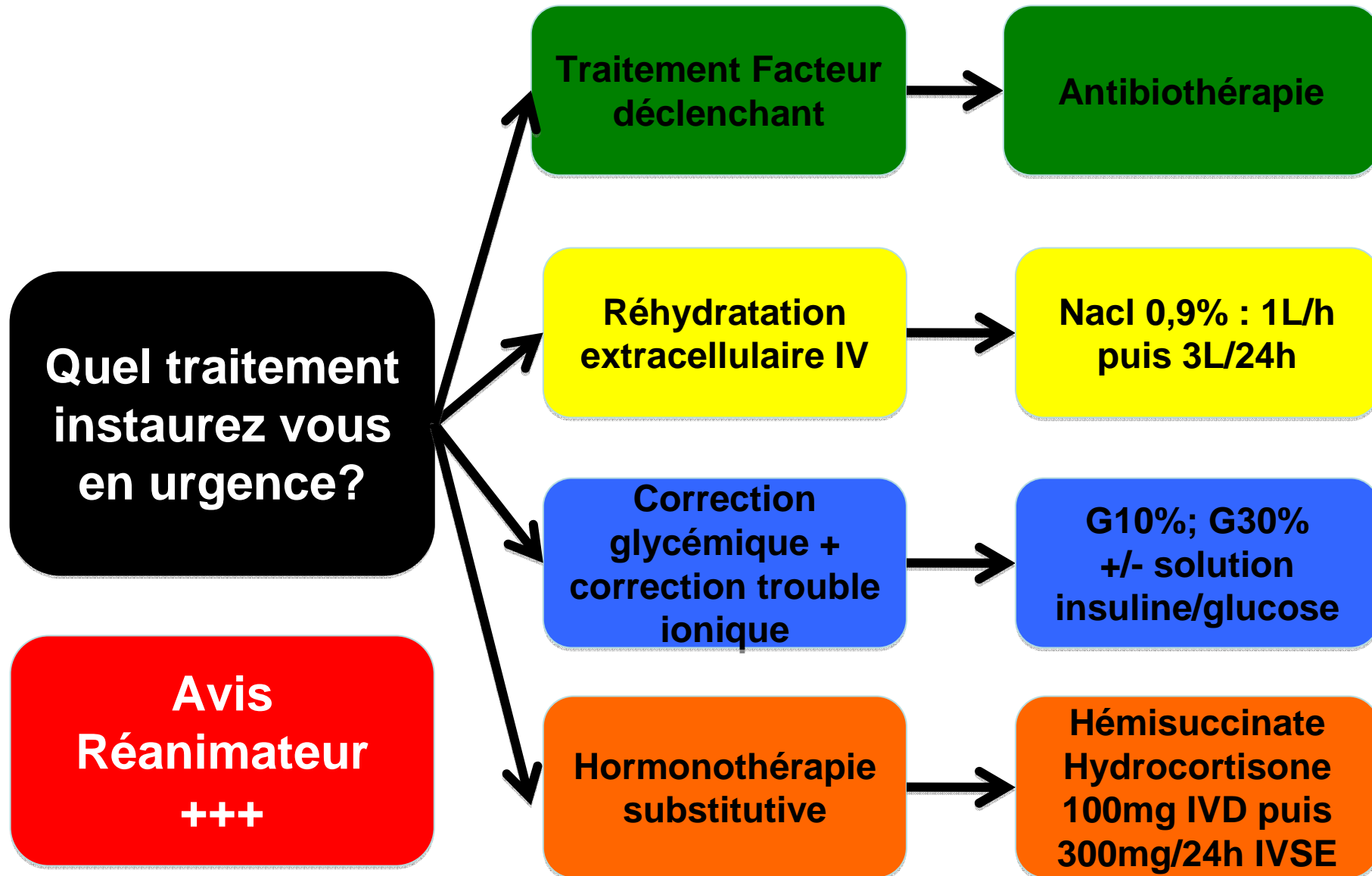
Prise en charge immédiate



Prise en charge immédiate



Prise en charge immédiate



Conclusion

Contexte

Maladie d'Addison
Hémorragie bilatérale des surrénales
Insuffisance corticotrope

Biologie

Ionogramme sanguin et urinaire, glycémie,
urée/créatinémie, GDS
Dosage du cortisol = ne doit pas retarder l'initiation du
traitement

Toute hyponatrémie + hyperkaliémie + IRA fonctionnelle dans un contexte
d'hypotension ou de choc est une ISA

Urgence thérapeutique

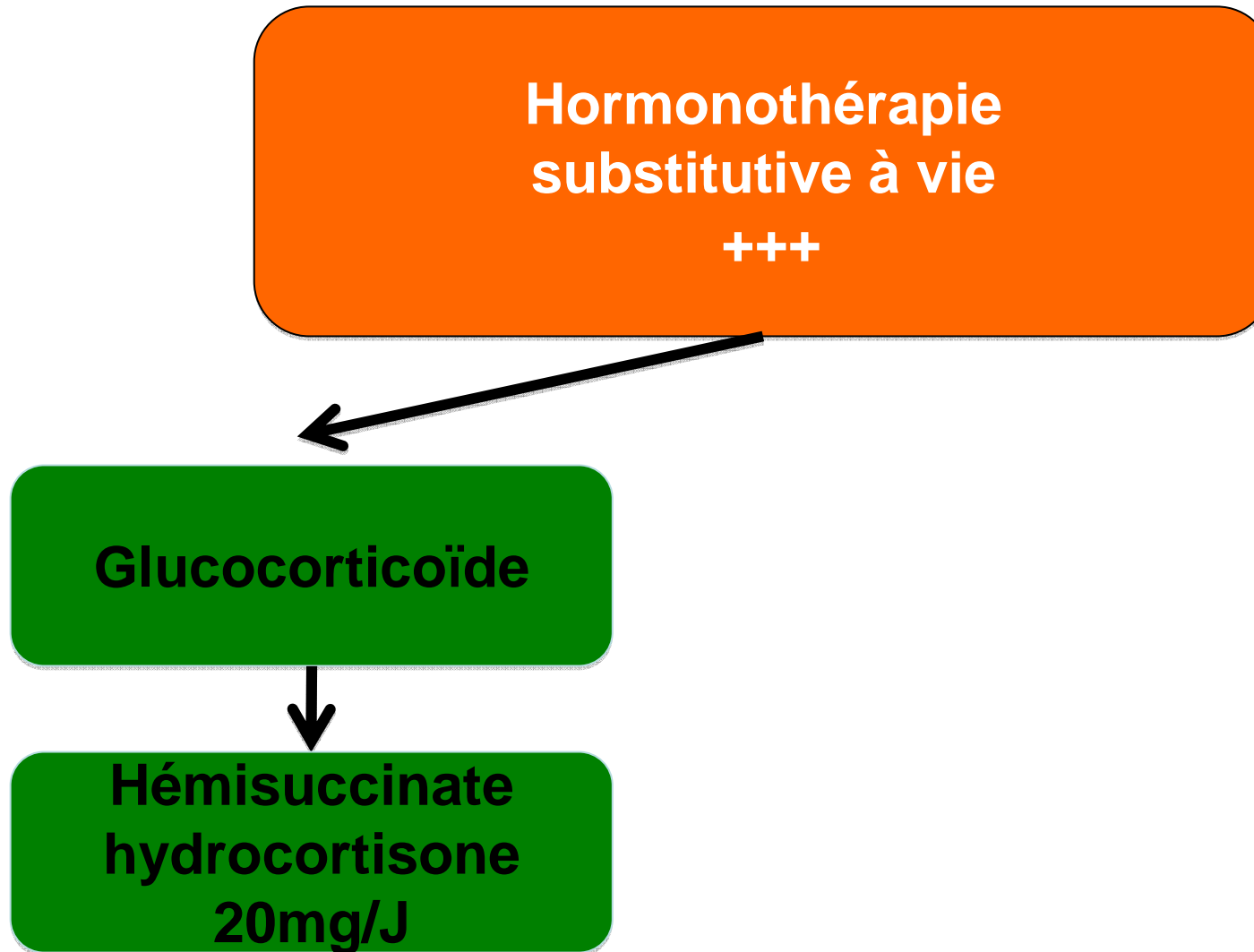
Corticothérapie :
100 mg d'HH IV puis 300
mg IVSE

Réhydratation :
1000 ml de G5% + 9g NaCl sur
1h puis 4000 ml NaCl 0,9%/24h



Merci
de
votre attention

Ne pas oublier au long terme



Ne pas oublier au long terme

