

URGENCES ENDOCRINOLOGIQUES

D^r Michel Procopiou | Endocrinologie Diabétologie FMH | Médecine Interne FMH | Neuchâtel

Les véritables urgences endocrinologiques sont rares mais tout praticien peut un jour y être confronté. Leur tableau clinique est généralement sévère avec une altération des signes vitaux qui vont imposer d'emblée une admission hospitalière en urgence pour un diagnostic et une prise en charge thérapeutique.

URGENCES THYROÏDIENNES

L'hyperthyroïdie sévère peut se manifester exceptionnellement sous forme de crise thyrotoxisique. En plus des symptômes classiques, le patient présente un état fébrile, une agitation psycho-motrice voire des troubles de l'état de conscience ainsi que des signes extrêmes d'hyperthyroïdie (tachycardie sinusale ou FA avec FC >150/min, décompensation cardiaque, perturbation majeure des tests hépatiques, sudations profuses avec déshydratation).

Prise en charge: prélever TSH et T4I. Si le diagnostic est très fortement suspecté (patiente déjà connue pour une hyperthyroïdie sévère mais non traitée), on peut commencer le traitement d'emblée (Propylthiouracil, bêta-bloqueurs, benzodiazépines).

L'hypothyroïdie sévère avec un tableau de coma myxœdémateux est devenue exceptionnelle (ralentissement psychomoteur pouvant aller jusqu'au coma, bradycardie, hypotension, décompensation cardiaque globale et anasarque). Il s'agit en général de patients connus pour une hypothyroïdie, ayant stoppé leur substitution ou de patients symptomatiques depuis des mois mais qui n'ont pas consulté. Une infection ou un stress intercurrent peut les décompenser brutalement.

Prise en charge: prélever TSH et T4I. Si le diagnostic est confirmé, traitement substitutif par levothyroxine voire directement par T3 (Cynomel®).

URGENCES SURRÉNALIENNES

L'insuffisance surrénalienne aiguë (crise Addisonienne) se caractérise par une hypotension artérielle (état de choc). Elle est précédée par des symptômes digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) et généraux (arthralgies diffuses, asthénie). Cliniquement, en plus de l'hypotension (principalement orthostatique) et de la tachycardie, on peut observer une hyperpigmentation cutanée ou des muqueuses (gencives) secondaire aux taux extrêmement élevés d'ACTH (activation des mélanocytes par le précurseur de l'ACTH, la pro-opiomélanocortine ou POMC). La crise Addisonienne peut être la présentation inaugurale d'une insuffisance surrénalienne primaire ou se manifester chez un patient connu et substitué à l'occasion d'un stress intercurrent (maladie fébrile, intervention chirurgicale, gastro-entérite aiguë) ou suite à l'oubli du traitement.

Il est intéressant de noter qu'en cas d'insuffisance corticotrope centrale (typiquement un patient sous traitement au long cours de stéroïdes interrompu brutalement), l'insuffisance est due à une inhibition hypothalamo-hypophysaire avec un manque d'ACTH qui va être responsable du manque en glucocorticoides. La glande surrénalienne étant intacte, la production d'aldostérone est maintenue car elle est sous contrôle du système rénine-angiotensine et les patients ne présentent quasiment jamais d'hypotension ! Ils auront par contre les autres symptômes digestifs et généraux (sauf l'hyperpigmentation et l'hyperkaliémie).

Prise en charge initiale: l'injection im (ou iv) de 100 mg d'hydrocortisone (SoluCortef®) est vitale. Si les conditions le permettent, prélever un cortisol basal (voire réaliser un test au Synacthen si le tableau n'est pas celui d'un état de choc). Restaurer la volémie (NaCl 0.9%). Rechercher et corriger une éventuelle hypoglycémie associée (40 mg de G40% ivd).

Le phéochromocytome dans des formes sévères peut se manifester par une hypertension maligne (insuffisance cardiaque décompensée, OAP, encéphalopathie avec crise comitiale, pâleur, sudations, palpitations, céphalées).

Prise en charge: prise de sang pour un dosage des mélanéprines plasmatiques libres. Si délai pour le résultat et urgence vitale avec forte suspicion clinique, CT abdominal pour rechercher une masse surrénalienne. Le traitement spécifique est l'administration en première intention d'un alpha-bloquant pur, puis d'un bêta bloqueur en association (labetolol = Trandate®) avec une surrénalectomie dès que le patient peut être endormi en sécurité et qu'il est adéquatement alpha bloqué.

URGENCES HYPOPHYSAIRES

La seule urgence hypophysaire est l'apoplexie pituitaire. L'infarctissement de l'hypophyse se présente avec des céphalées sévères et brutales (comme lors d'une hémorragie sous arachnoïdienne) et une insuffisance hypophysaire de degré variable. Dans les formes compliquées, on observe une altération de l'état de conscience et des troubles oculomoteurs par atteinte compressive des nerfs crâniens (cf passent dans le sinus caverneux qui entoure l'hypophyse).

Prise en charge: idéalement IRM avec séquences hypophysaires spécifiques (à défaut CT). Si le diagnostic est confirmé, rechercher un déficit hormonal (notamment corticotrope) et considérer une hypersécrétion (apoplexie sur adénome fonctionnel sous-jacent). En fonction de la sévérité de la clinique: dexaméthasone à hautes dose et/ou neurochirurgie en urgence.

URGENCES PANCRÉATIQUES

L'hypoglycémie est la seule urgence du pancréas endocrine. La cause la plus fréquente d'hypoglycémie est un effet indésirable du traitement du diabète. En dehors de ce contexte, les autres causes sont rares ou exceptionnelles (**abus médicamenteux à but suicidaire, pathomimie, syndrome des anticorps anti insuline, insulino**). Par contre, une étiologie de plus en plus fréquemment observée est les hypoglycémies hyperinsulinémiques après chirurgie bariatrique. Elles surviennent 1h30 à 2h30 après les repas avec les symptômes typiques de l'hypoglycémie (**sudations, palpitations, tremblement, ma-laises, troubles de l'état de conscience**). Quelle qu'en soit la cause, toute hypoglycémie, si elle est suffisamment sévère et prolongée peu causer une syncope ou un coma.

Prise en charge: obtenir une glycémie veineuse plasmatique (**le dosage sur le glucomètres pour au-tocontrôles n'est pas suffisamment précis pour les valeurs très basses**) et prélever un tube pour le dosage de l'insuline (**si le contexte le permet et qu'il ne s'agit pas d'un patient connu pour un diabète**). En cas de coma, la correction immédiate de l'hypoglycémie par injection ivd de 40 ml de G40% prime. Le glucagon (**1 ampoule im**) peut aussi être utilisé en l'absence de voie veineuse mais uniquement chez le diabétique insulinotraité.

URGENCES PARATHYROÏDIENNES

Une hypercalcémie sévère peut se présenter dans un tableau de crise hypercalcémique. Plus l'installation de l'hypercalcémie est rapide, plus elle sera symptomatique et mal tolérée (**typiquement hypercalcémie paranéoplasique avec carcinome pulmonaire épidermoïde et production de PTHrp**). Les patients présentent des symptômes digestifs (**nausées, vomissements, douleurs abdominales, consti-pation**) et généraux (**asthénie, ralentissement intellectuel, troubles de l'état de conscience, fatigue**) avec parfois un diabète insipide néphrogène secondaire à l'hypercalcémie. Les vomissements et les troubles de la vigilance vont être responsables d'une hypovolémie qui va aggraver l'hypercalcémie et précipiter la crise.

Prise en charge: prise de sang pour calcémie totale corrigée (**albumine**). Si hypercalcémie confirmée bilan sanguin (**créatinine, phosphates, PTH**) et restauration de la volémie (**NaCl 0.9%**). En général dans un deuxième temps, bisphosphonates iv. Les diurétiques de l'anse (**furosémide, torasémide**) ne sont indiqués qu'en cas de surcharge volémique iatrogène!

L'hypocalcémie sévère s'observe le plus souvent en post opératoire comme complication d'une thyroïdectomie ou d'une parathyroïdectomie. L'hypocalcémie étant brutale, les patients sont fortement symptomatiques (**paresthésies péribuc-cales et des extrémités, crise de tétanie extrême-ment angoissante, spasme laryngé dans les formes extrêmes**) déjà à des valeurs de calcémie totale <1.8-2.0 mmol/l. Les causes plus chroniques d'hypocalcémie peuvent s'accompagner de taux de calcium beaucoup plus bas mais sont le plus souvent moins voire pas symptomatiques (**déficit en vitamine D, hypomagnésémie chro-nique, insuffisance rénale chronique et autres causes néphrologiques**).

Prise en charge: la prise en charge dépendra de la sévérité biologique et surtout clinique (**voire anomalies ECG**) ainsi que de l'étiologie spécifique. Dans les formes graves: calcium iv en bolus (**Glu-conate de calcium 1 amp de 10 ml ivd**) puis en perfusion continue, administration de Rocaltrol®, correction de la cause.

24h / 24 et où que vous soyez,
vous êtes en contact...



publix.ch

Votre gestion par Internet

Un doute, une interrogation, une modification, un dossier à compléter, une facture à faire... Par une simple connexion internet et quelques clics, la solution est devant vous et ce indépendamment de l'heure et de l'endroit où vous vous trouvez. C'est aussi cela la Caisse des Médecins, présente à tous les instants pour vous simplifier la gestion de votre cabinet.

Conseils + services + logiciels = Caisse des Médecins

CAISSE DES MÉDECINS

Société coopérative · Agence Neuchâtel
Case postale 76 · Champs-Montants 16C · 2074 Marin
Tél. 032 752 35 52 · Fax 032 752 35 59
www.caisse-des-medecins.ch
neuchatel@caisse-des-medecins.ch