

Hémodialyse d'une hyperkaliémie secondaire à une insuffisance surrénalienne aigue- A propos d'un cas

F/Z. Hachelaf- A. Harbi – B. Boudour

Service d'Endocrinologie – Faculté de Médecine d'Annaba – Algérie

Introduction :

L'insuffisance surrénalienne aigue peut être déclenchée par différents facteurs et être responsable d'un état de choc et d'hyperkaliémie.

Observation :

Patient âgé de 26 ans, originaire et demeurant à Guelma, célibataire, de niveau d'instruction moyen, sans antécédents familiaux particuliers, notamment de pathologies auto-immunes, aux antécédents personnels de fièvre paratyphoïde en juin 2012. Depuis, le patient présente des signes cliniques évocateurs d'insuffisance surrénalienne : asthénie, amaigrissement non chiffré (40 Kg pour 156 cm soit un BMI à 16,43 Kg/m² à son admission), nausées et mélanodermie. Le 20 novembre 2012, le patient consulte au pavillon des urgences médicales pour un tableau d'une décompensation surrénalienne aigue : hypotension artérielle à 60/40 mmHg, hyperkaliémie à 7 mmol/l, natrémie basse à 123 mmol/l et contrastant avec une fonction rénale normale : créatinine à 77 mmol/l, ondes T amples et positives à l'ECG, échocardiographie sans anomalies en dehors d'un décollement péricardique systolique.

Le patient a été mis en attente des bilans sus-cités sous schéma de réhydratation hydroélectrolytique (sans potassium) et hémisuccinate d'hydrocortisone à raison de 100 mg en IV chaque heure puis chaque 30 mn mais sans aucune amélioration des TA : légère élévation à 80/40 mmHg.

A la réception de l'ECG et de l'ionogramme sanguin, une hémodialyse de 02 heures de temps est effectuée en urgence, ce qui a permis de stabiliser le patient et remonter sa TA à 100/60 mmHg.

Le cortisol est revenu bas à 3,20 µg/dl (8,7 – 22,4), sans dysthyroïdie clinique ou biologique associée et glycémie normale. L'ACTH est revenue élevée confirmant l'origine primaire de l'insuffisance surrénalienne.

L'enquête étiologique à la recherche de tuberculose est revenue négative : pas de notion de contage tuberculeux, IDR à la tuberculine négative, recherche de BK dans les crachats et urine négative et radiographie du thorax sans anomalies.

L'échographie abdominale centrée sur les surrénales est sans anomalies.

L'origine auto-immune est plus probable, le dosage des Ac anti 21 hydroxylase n'a pu être effectuée.

Un traitement de fond à l'hydrocortisone 25 mg/j avec une éducation Addisonnienne sont établis.

Discussion :

L'insuffisance surrénalienne est une pathologie rare et potentiellement mortelle en l'absence de traitement. L'insuffisance surrénalienne primitive, peut associer un déficit en cortisol et en minéralocorticoïdes, la mélanodermie est le seul signe spécifique. L'hyperkaliémie est l'une des complications de l'insuffisance surrénalienne aigue. Elle s'observe dans 64% des cas et elle est due au déficit en minéralocorticoïdes.

Conclusion :

Devant une insuffisance surrénalienne aigue, en l'absence d'ionogramme sanguin et d'ECG, il faut y penser à l'hyperkaliémie devant la résistance de l'hypotension artérielle au traitement à l'HHC et la réhydratation.

Références bibliographiques :

- 1- L'insuffisance surrénalienne chez l'adulte ; Jublanc *, E. Bruckert ; mise au point ; article en press ; La Revue de médecine interne xxx (2016) xxx-xxx
Paralysie ascendante hyperkaliémique révélatrice d'une insuffisance surrénale ;
- 2- J.-J. Lehot - R. Cahen ; [Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation ; Volume 28, Issue 9, September 2009, Pages 812-813](#)