

INSUFFISANCE SURRENALIENNE

CONTEXTE

Classe thérapeutique : anti néoplasique

Terrain favorisant : corticothérapie au long cours, lésion primitive ou secondaire surrénalienne, maladie d'Addison

Mécanisme d'action : origine le plus souvent périphérique, défaut de sécrétion du cortisol et de l'aldostérone par les surrénales

DIAGNOSTIC

Signes cliniques : mélanodermie si origine périphérique, asthénie, céphalée, altération du champs visuel, trouble du comportement, hypotension artérielle, amaigrissement, anorexie +/- nausées et vomissements, aménorrhée

Signes biologiques :

Hyponatrémie, hyperkaliémie

Anémie, leuco-neutropénie, hyper-éosinophilie

Tendance à l'hypoglycémie

Effondrement du cortisol à 8h et ACTH augmenté (si origine périphérique)

Le test au synacthène ne permet pas d'augmenter les doses de cortisol.

Signes radiologiques : selon l'étiologie

Histoire naturelle :

Sous mitotane (traitement utilisé pour traiter les cortico surrénalomes)

Incidence : 100% des patients avec un cortico surrénalome fonctionnel (complicé de syndrome de Cushing) et 75% des patients avec un cortico-surrénalome non fonctionnel

Délai d'apparition : dans le mois suivant l'instauration du traitement

Durée : disparition des symptômes avec traitement, récupération après l'arrêt de la mitotane variable

Récurrence : des symptômes si mauvaise observance

Sévérité : si mauvais suivi, absence de supplémentation et/ou mauvaise observance risque d'insuffisance surrénalienne

Dose-dépendant : non

L'histoire naturelle sous ipilimumab :

Incidence : entre 1 et 10%

Délai d'apparition : de 7 à 20 semaines après le début du traitement

Durée : selon le traitement symptomatique engagé

Récurrence : non connu

Sévérité : pas d'incidence surrénale grade 3-4 rapporté pour l'instant

Dose-dépendant : non connu

L'histoire naturelle sous d'autres anti néoplasiques n'est pas consensuelle.

Echelle de sévérité :

- **Grade 1** : asymptomatique, diagnostic à l'examen clinique uniquement ne nécessitant aucun traitement
- **Grade 2** : symptômes modérés, nécessitant un traitement médical per os
- **Grade 3** : symptômes sévères nécessitant une hospitalisation et/ou traitement médical IV
- **Grade 4** : mise en jeu du pronostic vital, nécessitant une prise en charge en urgence
- **Grade 5** : décès

Complications : insuffisance surrénalienne aiguë, décès

PRISE EN CHARGE

Traitement symptomatique : supplémentation par hydrocortisone et fludrocortisone. Education du patient sur l'importance de l'observance, situation à risque de développer une insuffisance surrénalienne aiguë et les adaptations thérapeutiques ainsi que les signes cliniques devant les alarmer.

Ajustement de posologie du médicament : Si mitotane poursuite du traitement car effet secondaire attendu en rapport avec l'efficacité du traitement.

Si ipilimumab : imagerie pituitaire (IRM), tests biologiques avant d'initier un traitement par corticostéroïdes et éventuelle suspension du traitement.

Si apparition avec une autre chimiothérapie, discuter de la poursuite du traitement, des possibilités de récupération de la fonction surrénalienne.

Mesures préventives : information du patient sur cet effet secondaire attendu sous mitotane. Effet secondaire à envisager précocement devant une asthénie sans autre causes retrouvées et associée à d'autres signes clinico-biologiques évocateurs. Diagnostic précoce avant décompensation en insuffisance surrénalienne aiguë.