

Protocole et directives en cas de chirurgie pour les personnes atteintes d'une insuffisance surrénalienne.

Les recommandations suivantes sont valables pour toutes les personnes suivant un traitement de substitution aux glucocorticoïdes suite à une insuffisance surrénalienne, hyperplasie congénitale surrénalienne, maladie d'Addison, hypopituitarisme.

Il est obligatoire d'informer l'anesthésiste que le patient suit un traitement de substitution aux glucocorticoïdes car il est déficient en cortisol.

Un bolus d'hydrocortisone par voie intraveineuse est nécessaire avant et après la chirurgie

- *En cas de chirurgie majeure, une injection d'hydrocortisone en intraveineuse de 2mg/kg de poids corporel doit être administrée avant et après l'opération.*
- *En cas de chirurgie majeure, une injection d'hydrocortisone en intraveineuse de 1mg/kg de poids corporel doit être administrée avant et après l'opération.*

Général :

- Tout patient présentant un déficit en cortisol ne doit pas être privé de nourriture pendant plus de 6h.
- La tension artérielle doit être surveillée et enregistrée toutes les 4h.

Liste du matin pré-chirurgicale :

1. Le patient doit être de préférence, le premier sur la liste du matin.
2. Les doses normales de glucocorticoïdes du soir et du matin précédent l'intervention doivent être administrées comme habituellement.
3. **La glycémie horaire doit être surveillée** attentivement à partir de 6h.
4. Une perfusion de dextrose et de solution saline doit être mise en place, commencée et maintenue jusqu'à ce que le patient tolère les liquides buccaux.

Liste de l'après midi pré-chirurgicale :

1. Le patient doit être de préférence, le premier sur la liste de l'après midi.
2. Les doses normales de glucocorticoïdes du matin et du midi (avant le jeun) doivent être administrées comme habituellement.
3. **La glycémie horaire doit être surveillée** attentivement 4h après le début du jeun.
4. Une perfusion de dextrose et de solution saline doit être mise en place, commencée et maintenue jusqu'à ce que le patient tolère les liquides buccaux.

À l'induction :

Une injection d'hydrocortisone IV (2 mg / kg de poids corporel) doit être administrée au moment de l'induction.

Recommandations du Professeur Peter Hindmarsh, professeur de pédiatrie endocrinologie.

Document réalisé par Maladies-Surrenales.fr

Les données fournies proviennent de la littérature actuelle et doivent toujours être discutées en premier avec votre endocrinologue.

Protocole et directives en cas de chirurgie pour les personnes atteintes d'une insuffisance surrénalienne.

Pendant la chirurgie :

Pour les opérations devant durer plus de 4 heures, une nouvelle injection d'hydrocortisone sera nécessaire pendant la procédure. Alternativement, lors d'interventions prolongées et lorsque la récupération post-opératoire risque d'être lente, une perfusion d'hydrocortisone doit être envisagée.

Après la chirurgie :

Lorsque le patient sort de l'anesthésique, une dose d'hydrocortisone IV doit être administrée :

- **Pour une interventions mineures : (1mg/kg de poids corporel)**
 - **Pour une interventions majeures : (2mg/kg de poids corporel)**
1. Une mesure régulière de la glycémie post-opératoire doit être effectuée toutes les 2 heures, jusqu'à ce que le patient soit capable de tolérer les liquides buccaux.
 2. Le schéma posologique post-opératoire sera déterminé selon l'ampleur de la procédure chirurgicale et devra être mené en liaison avec l'équipe endocrinienne.
 3. il est important de se rappeler qu'une dose intraveineuse en bolus intraveineux ne dure pas plus longtemps que 4 à 6 heures dans l'organisme, ce qui doit être rappelé lors de la prise en compte du programme de traitement après le dosage.

Note :

N'oubliez pas que l'hydrocortisone a une activité minéralocorticoïde marquée et qu'il faut faire preuve de prudence dans les cas où la rétention d'eau constituerait un désavantage, par exemple un œdème cérébral lorsque de la bétaméthasone ou de la dexaméthasone devrait être utilisée.

Fludrocortisone :

Dans le cas où le patient suit un traitement à la fludrocortisone, il doit continuer à prendre son traitement sans en modifier la posologie.

Si le patient ne peut prendre son traitement par voie orale, il n'y a aucun problème à omettre la fludrocortisone car les liquides en intraveineux suffiront à maintenir le sodium dans le sang.

Chirurgie d'urgence :

Une dose en bolus d'hydrocortisone IV (2mg/kg poids corporel) doit être administrée avant la chirurgie.

Pour la post-chirurgie, une dose d'hydrocortisone IV doit être administrée :

- **Pour une interventions mineures : (1mg/kg de poids corporel)**
- **Pour une interventions majeures : (2mg/kg de poids corporel)**

L'équipe endocrinienne doit être informée et elle doit définir un calendrier de dosage et de surveillance post-opératoire qui sera déterminé selon l'ampleur de la procédure chirurgicale.

Recommandations du Professeur Peter Hindmarsh, professeur de pédiatrie endocrinologie.

Document réalisé par Maladies-Surrenales.fr

Les données fournies proviennent de la littérature actuelle et doivent toujours être discutées en premier avec votre endocrinologue.

Protocole et directives en cas de chirurgie pour les personnes atteintes d'une insuffisance surrénalienne.

Table 1 : Résumé du protocole de chirurgie :

	<u>Interventions mineures</u>	<u>Interventions majeures</u>
<u>A l'induction</u>	Hydrocortisone en IV (2mg/kg de poids corporel).	Hydrocortisone en IV (2mg/kg de poids corporel).
<u>Pendant la chirurgie</u>		Répéter l'injection d'hydrocortisone en IV toutes les 4 heures ou faire une perfusion d'hydrocortisone.
<u>Post-chirurgie</u>	<p>Lorsque le patient sort de l'anesthésique, administrer de l'hydrocortisone par voie intraveineuse (1mg/kg de poids corporel).</p> <p>Peut utiliser le schéma IV d'hydrocortisone à la place des médicaments de routine jusqu'à la tolérance des liquides buccaux. Revenez ensuite au traitement par voie orale, qui doit inclure la dose de fludrocortisone du jour.</p>	<p>Donner la même dose d'hydrocortisone IV en fin d'opération qu'à l'induction.</p> <p>Peut utiliser un schéma IV d'hydrocortisone répété. Alternativement, lorsque la récupération post-opératoire sera probablement lente, envisager une perfusion d'hydrocortisone. Continuer l'administration en IV jusqu'à tolérance des liquides. Revenez ensuite au traitement par voie orale en doublant la dose normale pendant 24 heures *, puis revenez à la normale.</p> <p>Dès que le traitement par voie orale est rétabli, reprenez la dose normale de fludrocortisone.</p>

* Le schéma posologique post-opératoire sera déterminé selon l'ampleur de la procédure chirurgicale et devra être mené en liaison avec l'équipe endocrinienne.

Liquides :

- 100ml/kg/jour si poids < 10kg.
- 80ml/kg/jour si poids entre 10 et 30kg.
- 60ml/kg/jour si poids > 30kg.

Si le patient perd du sel en cas d'hyperplasie surrénalienne congénitale, utilisez : 5% de glucose avec 0,45% de chlorure de sodium. Pour les autres cas, utilisez : glucose à 4% avec 0,18% de chlorure de sodium.

Infusion d'hydrocortisone :

Les taux d'infusion d'hydrocortisone dépendront du poids individuel, de l'état de la puberté et des taux de clairance du cortisol. Pour atteindre une concentration de cortisol de 1000 nmol/l (0,36 mg/ml) comme on pourrait le souhaiter chez un patient présentant un sepsis, les vitesses de perfusion suggérées sont décrites dans le tableau 2 ci-dessous.

Table 2 : Taux de perfusion :

<u>Situation</u>	<u>Cortisol (ml/24h)</u>	<u>Taux de perfusion (mg/24h)</u>
Pré-pubère : 10kg	74	25
10 – 20kg	147	50
20kg	294	100
Pubertaire	430	155
Post-pubère	290	105

Recommandations du Professeur Peter Hindmarsh, professeur de pédiatrie endocrinologie.

Document réalisé par Maladies-Surrenales.fr

Les données fournies proviennent de la littérature actuelle et doivent toujours être discutées en premier avec votre endocrinologue.