

Cas de Mme K.

Présentation fin de stage Service Anesthésie Mulhouse
Marion Cornillot DESAR 2

Mme K., 28 ans, G2P1 34 SA, IMC 33

- Douleurs lombaires gauche d'**apparition brutale depuis 24h** + vomissements, **résistantes aux paliers 1 et 2**
- ANTCD : 1 AVB 2017 RAS, cholecystectomie, coliques néphrétiques, RAS par ailleurs, grossesse sans particularité

→ Pas de perte de liquide, pas de métrorragie, pas de contraction, MF perçus, pas de signe fonctionnel urinaire, pas de trouble du transit
- Paramètres vitaux : 140/90mmHg, 114 bpm, T 36°C, EVA 8/10
- Examen clinique : abdomen souple, dépressible, indolore, ébranlement fosse lombaire gauche +
- Echo obs : RAS, pas de kystes/ BU : Prot 1g, reste négatif

Hospitalisation

- Bio J1 : leucocytes 20 G/L, CRP 36, Hb 10.4 g.dl, pas d'insuffisance rénale ni d'altération du bilan hépatique, lipases négatives
- ECBU envoyé
 - **suspicion de colique néphrétique gauche surinfectée**,
antibiothérapie probabiliste par Cefotaxime 1gx3 en IV
- Echographie abdominale J1 : RAS

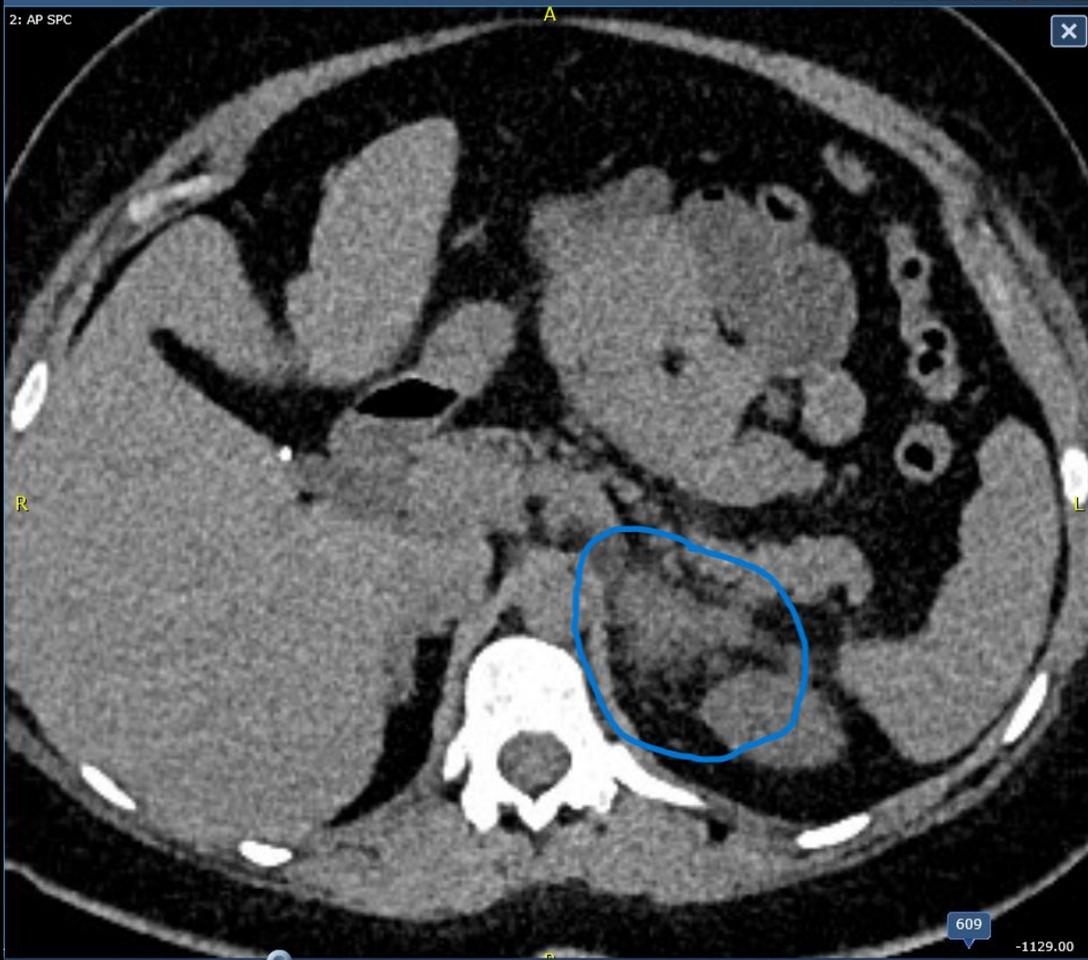
J2

Clinique : **persistance** vomissements → Primpéran, Vogalène et douleurs lombaires gauche irradiant flanc gauche

- Examen : apyrétique, abdomen sans défense, pas de selle ni de gaz depuis J0, pas de SFU
- Bio : leuco 22 G/L, CRP à **190** mg/L
- TDM non injecté : “Hypertrophie marquée de la surrénale **gauche** d'aspect hypodense avec infiltration de la graisse de la loge surrénalienne évoquant dans ce contexte un infarctus surrénalien gauche”

→ **Anticoagulant curatif**

2: AP SPC



176 de 692

Par la suite...

- Décroissance progressives des douleurs et nausées
- Discussion du dossier avec sénior anesthésie : Passage sous **HNF SC** devant **suspicion début de travail**, pour réduire délai pose péridurale (12h) + **bilan thrombophilie**

→ **Difficulté d'équilibre du TCA** durant le week-end, ajout du **bilan d'insuffisance surrénalienne**, décision le lundi d'un passage sous Lovenox 7000UI*2/SC

Le J6, EVA 0/10, déclenchement prévu à 39 SA, arrêt du Lovenox le matin du déclenchement

→ **RAD**

Revue de la littérature : Infarctus surrénalien (obstétrical)



The screenshot shows the PubMed interface. At the top left is the PubMed logo. A search bar is present with a 'Search' button. Below the search bar are buttons for 'Save', 'Email', 'Send to', and 'Display options'. The main content area displays a search result for a paper titled 'Non-Hemorrhagic Adrenal Infarction during Pregnancy: The Diagnostic Imaging Keys'. The authors listed are Pierre Chagué, Antoine Marchi, Alix Fechner, Ghina Hindawi, Hadrien Tranchart, Julie Carrara, Alexandre J Vivanti, and Laurence Rocher. The paper is from Tomography, 2021, Oct 6;7(4):533-544. The DOI is 10.3390/tomography7040046. There are buttons for 'Cite' and 'Collections'. The 'FULL TEXT LINKS' section includes 'FULL TEXT OPEN ACCESS' and 'MDPI' logos, and 'EBSE Full Text' and 'PMC' logos. The 'ACTIONS' section includes 'Cite' and 'Collections' buttons.

PubMed®

Advanced Search User Guide

Save Email Send to Display options ⚙

Tomography. 2021 Oct 6;7(4):533-544. doi: 10.3390/tomography7040046.

Non-Hemorrhagic Adrenal Infarction during Pregnancy: The Diagnostic Imaging Keys

Pierre Chagué^{1 2}, Antoine Marchi¹, Alix Fechner^{1 2}, Ghina Hindawi³, Hadrien Tranchart^{2 4}, Julie Carrara^{2 5}, Alexandre J Vivanti^{2 5}, Laurence Rocher^{1 2 6}

Affiliations + expand
PMID: 34698296 PMCID: PMC8544682 DOI: 10.3390/tomography7040046

FULL TEXT LINKS

FULL TEXT OPEN ACCESS MDPI

EBSE Full Text PMC

ACTIONS

“ Cite

📁 Collections

En 2021 : **17 cas rapportés**, **16 à droite** (2 bilatéraux) → 2 insuffisance surrénale, **CRP 50**, Leuco 15, 11/17 TDM, 9/17 IRM, 4 : factor VIII, factor V Leiden, MTHFR, 50% de suivi : 50% atrophique

Bilan proposé : homocysteine, proteines C and S, antithrombine III, factor II, VIII levels, lupus anticoagulant, anti-cardiolipine and anti-beta-2 glycoprotéine antibodies, Leiden, prothrombine gene 20210A and JAK2 polymorphisms

Article

Infarctus surrenaliens : étude institutionnelle à propos de 20 cas

December 2018 · [La Revue de Médecine Interne](#) 39:A82-A83

DOI:[10.1016/j.revmed.2018.10.350](#)

Authors:



N. Senni



Yvan Jamilloux

Hospices Civils de Lyon (Centre Hospitali...



A. Hot

Hospices Civils de Lyon (Centre Hospitali...



C. Huissoud

[Show all 8 authors](#)



Download citation



Copy link

Aux HCL de 2000-2017 :
20 cas, 47 ans, 75% femme

Etiologies :

SAPL 30%

Grossesse 25%

Sepsis 20%

TIH 20%

TE 15%

Chirurgie 15%

→ 45% unilatérale, si bilatéral = hémorragie, 9
traitement substitutif

Published online 2023 Sep 18. doi: [10.3390/jcm12186036](https://doi.org/10.3390/jcm12186036)

PMID: [37762978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37762978/)

Adrenal Gland Necrosis in Pregnancy: How to Manage? Case Series at Nantes University Hospital and Literature Review

[Mathilde Guyon](#)¹, [Manon Degez](#)¹, [Mathieu Artifoni](#)², [Thomas Goronflot](#)³, [Emilie Misbert](#)¹, [Vincent Dochez](#)¹ and [Norbert Winer](#)¹

Yariv Yogeve, Academic Editor

► [Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) ► [PMC Disclaimer](#)

Associated Data

► [Data Availability Statement](#)

Abstract

Go to: ►

Adrenal necrosis is a rare but serious cause of abdominal pain of thrombotic origin during pregnancy. There is often a delay in diagnosis and treatment. The objective was to specify the clinical and paraclinical signs suggestive of adrenal necrosis, making it possible to improve the delay

En 2023 : recherche d'un consensus

1,3% douleurs abdominales grossesse, 2012-2022 :
8 cas +24 articles (29 thrombose), + PNH clone

→ **TDM injecté ou IRM**

→ **Bilan endocrinologique systématique**

→ **Anticoagulant 3-6 mois post-partum**

→ **Imagerie + bilan à distance**

→ **Pas de prévention secondaire (selon ACOG)**

Retour des différents bilans

- **Bilan thrombophilie** : **hétérozygote facteur V**, facteur II absence mutation, TP/TCA/fg normal, AT 80%, prot C 101%, prot S 58%, SCT 0,94 DRVVT 1,00, Ac antiprothrombinase négative, IgM/G Beta2/Cardiolipine négatif
- **Bilan endocrinologique** : **Cortisol 579 nmol/ml** (ACTH 75 pg/ml (4,7-48,8))

→ pas d'insuffisance surrénalienne, hétérozygotie pour facteur V

(On aurait pu rajouter au bilan thrombophilie : homocysteine, MHTFR, clone PNH et JAK2 polymorphismes)

Mutation hétérozygote Facteur V

= mutation ponctuelle (G1691A) « résistance du facteur V à la protéine C activée » = + de thrombine ! (9% Alsaciens)

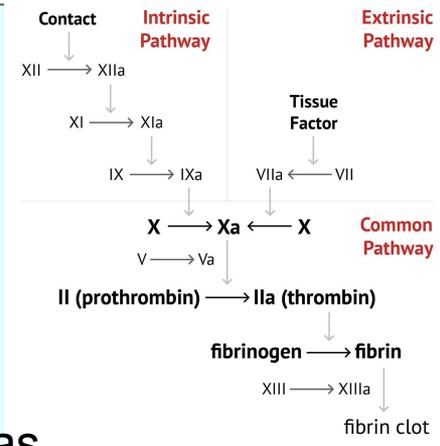
→ **risque thrombose modéré** selon conférence consensus (pas ATG), majeur ici

=/= mutation prothrombine 20210A du facteur II

→ 20 % TEV symptomatique et 40 % ANTCD familiaux, facteur de risque *10, enceinte 1/500

= 3 mois anticoagulation post-partum si MTEV, sinon 6-8 semaines

Thrombose Canada 2021, Conférence Consensus 2003



Accouchement + insuffisance surrénalienne (CT > 5mg prednisone/ > 3 semaines)

Accouchement par voie basse simple (rapide et sans complications)

Substitution en salle de naissance seulement :

- garder le traitement po habituel (horaire et dose)
- débuter dès le début de travail ou des contractions douloureuses : HSHC 50mg/6h iv, stop à la sortie SDN

Accouchement par voie basse compliquée (travail long, laborieux, hémorragie, ...)

Substitution pendant 24h : // + continuer pendant 24H postpartum 50mg/8h iv (ou sc quand déperfusée)

Accouchement par Césarienne (stress modéré)

HSHC 50mg/6h iv

- continuer en postpartum → J0 50mg/6h iv / J1 25mg/6h iv (sc si deperfusée) / J2 arrêt (prolonger si complications, stress majeur)

Prévention d'insuffisance surrénalienne en chirurgie gynécologique et en obstétrique 2007 (Pitié Salpêtrière)

Déclenchement prévu à 39SA ... mais AVB spontané à 38+1.... sans APD



D
COUCHE

BRANCARD