

Akutní adrenokortikální insuficience



Toto je výukový text pro pregraduální studium zveřejněný v otevřeném prostředí. **Nejde o oficiální doporučené postupy.**

Více podrobností najdete na stránce Vyloučení odpovědnosti.

Akutní adrenokortikální insuficience - stav absolutního nebo relativního nedostatku glukokortikoidů a mineralokortikoidů vyvolaný nejčastěji různými stresovými situacemi, např. infekce, horečka, úraz, operace, zvracení a průjemy, či náhlým vysazením dlouhodobé terapie glukokortikoidy.

Etiologie

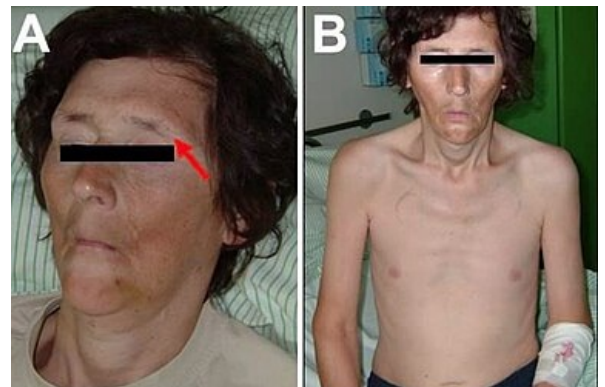
Akutní dekompenzace z důvodu stresových situací viz výše, náhlé vysazení glukokortikoidů, krvácení do nadledvin (např. v rámci meningokokové sepsy), poškození hypofýzy (včetně aktinoterapie, při terapii check-point inhibitory), polékové (osilodrostat, metopiron, ketokonazol, etomidát, rifampicin, barbituráty), autoimunitní etiologie (Addisonova choroba), st.p. bilaterální adrenalektomie, kongenitální adrenální hyperplazie, bilaterální infiltrace nadledvin (metastatická, při TBC).

Klinický obraz

Slabost, malátnost, zvracení, průjem, snížená diuréza, známky peritoneálního dráždění, sklon k hypotenzi až šokový stav (prohloubená hypotenze, tachykardie, tachypnoe, poruchy vědomí, centralizace oběhu), horečka nebo hypotermie, známky dehydratace, hypoglykémie, u Addisonovy choroby hyperpigmentace.

Diferenciální diagnostika

- Akutní gastroenteritida,
- sepsy,
- renální insuficience.



Pacientka s adrenální krizí

Diagnostika

- Anamnéza** – ptáme se na anamnézu jakéhokoliv autoimunitního onemocnění léčeného kortikosteroidy, zda nedávno nedošlo ke snížení nebo vysazení této medikace. Ptáme se i na další autoimunitní poruchy, které nevyžadují léčbu glukokortikoidy (autoimunitní hypofunkce štítné žlázy, DM 1. typu – možný dosud nediodagnostikovaný autoimunitní polyglandulární syndrom), užívání ketokonazolu (Nizoral), mitotanu (Lysodren, pro léčbu karcinomu nadledvin), check-point inhibitorů (terapie melanomu, Grawitzova tumoru atd.) a na další medikaci viz výše, pátráme po hyperpigmentaci (primomaniestace Addisonovy choroby).
- Laboratoř** – krevní obraz, mineralogram (**hyponatremie, hyperkalemie, hyperkalcemie**), urea a kreatinin, glykémie (sklony k hypoglykémii), Astrup (metabolická acidóza), CRP, náběry na kortizol a ev. ACTH (není většinou statim, nečekáme na výsledek, ideálně před podáním hydrokortizonu).
- RTG hrudníku** – v rámci dif. dg. vyvolávající příčiny, vzácně insuficience nadledvin při TBC.
- CT břicha** – při podezření na krvácení do nadledvin, metastatickém postižení.

Postup léčby

Postup léčby pacienta při akutní adrenokortikální insuficienci

- Podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření, tepová frekvence (TF), krevní tlak (TK), SpO₂, kontinuálně pacienta monitorujeme, včetně EKG (poruchy rytmu při minerálové dysbalanci), zajistíme periferní vstup.
- Co nejdříve překládáme pacienta na monitorované lůžko, ideálně na metabolickou JIP.
- Hydrocortison 100 mg i.v., následně 50 mg a 6 hodin nebo kontinuálně 50 mg za 24 hodin (netřeba znát hladinu kortisolu, stačí klinické podezření).
- Krystaloidy iniciálně 500 ml/hod, dle klinického stavu celkově 2 až 3 litry za hodinu (konkrétní přípravek volíme dle mineralogramu, např. při hyponatremii a hyperkalemii spíše fyziologický roztok), při hypoglykémii 5% glukóza.

- V případě operačních výkonů, febrilií apod. je vždy nutné navýšit substituční dávku glukokortikoidů, při horečnatých stavech i na dvojnásobek až trojnásobek.



Vyzkoušejte si kvíz Akutní adrenokortikální insuficience!