

Suppression surrénalienne (SS)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télé. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport _____

Mois de déclaration _____

Province _____

Date du jour _____

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.**

DÉFINITION DE CAS POUR LA SUPPRESSION SURRÉNALIENNE

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans, recevant toute forme de traitement aux glucocorticoïdes (GC) et ayant des manifestations de suppression surrénalienne (SS), définie comme suit :

- Pousée d'insuffisance corticosurrénalienne, une maladie aiguë dont la gravité est hors de proportion avec la maladie en cours et qui se manifeste par l'un ou l'autre des problèmes suivants :
 - hypotension ou état de choc
 - diminution du niveau de conscience ou léthargie
 - hypoglycémie ou hyponatrémie inexplicée
 - convulsion
 - décès

OU

- Insuffisance surrénalienne symptomatique* étayée par des données biochimiques

* Les signes et symptômes incluent l'anorexie, la faiblesse, la fatigue, la léthargie, la fièvre, les symptômes gastro-intestinaux (les nausées, les vomissements, la constipation, la diarrhée, les douleurs abdominales), les céphalées matinales, l'hypoglycémie, la myalgie, l'arthralgie, les symptômes psychiatriques et le retard de croissance.

Critères d'exclusion

Insuffisance surrénalienne non liée à un traitement aux GC, y compris une carence de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) causée par des anomalies de l'hypothalamus ou de l'hypophyse, et des troubles surrénaliens primaires comme :

- l'hyperplasie surrénalienne congénitale,
- la surrénalite auto-immune ou les syndromes polyglandulaires,
- l'hypoplasie surrénalienne congénitale,
- les syndromes de résistance à l'ACTH,
- les troubles métaboliques (leucodystrophie avec insuffisance surrénalienne, troubles de la biogenèse du peroxisome, métabolisme du cholestérol, maladies mitochondriales),
- les troubles infectieux (sepsie, tuberculose, infections à champignons, infections virales),
- les causes infiltrantes ou destructrices (hémorragie, amyloïdose, sarcoïdose, métastases),
- les médicaments inhibant la biosynthèse des stéroïdes (p. ex., kétoconazole, étomidate, suramine, aminoglutéthimide, métyrapone).

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin ____ Féminin ____

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) :

Première nation ____ Innu(e) ____ Inuite ____ Métisse ____ Asiatique ____ Noire ____ Blanche ____

Latino-américaine ____ Moyen-orientale ____ Autre (précisez) _____

Inconnue ____

SECTION 4 – PRÉSENTATION DE LA SUPPRESSION SURRÉNALIENNE (suite)

4.6 Explorations générales à la présentation

Exploration	Résultat (unités)	Valeur normale (unités)	Non effectué	Inconnu
Glucose				
Sodium				
Potassium				
Autre, précisez :				

SECTION 5 – EXPLORATIONS SURRÉNALIENNES

5.1 Explorations surrénaliennes à la présentation

Exploration	Date	Heure (p. ex., 8 h)	Résultat (unités)	Valeur normale	Date, heure et dernière dose de GC (mg/m ² or mg/kg) avant la veinopuncture	Non effectué
Cortisol	___/___/___ JJ MM AAAA				___/___/___ Heure _____ JJ MM AAAA Type (HC/Dex) _____ Dose _____	
ACTH	___/___/___ JJ MM AAAA				___/___/___ Heure _____ JJ MM AAAA Type (HC/Dex) _____ Dose _____	

5.2 Test de stimulation de l'ACTH

5.2.1 Dose de cosyntropine administrée _____

5.2.2 Réponse à la pointe de cortisol : valeur _____ unités _____

5.2.3 Moment de la réponse à la pointe de cortisol _____ (p. ex, 30 minutes)

5.3 Autre mesure du cortisol :

Précisez le type (p. ex., urinaire 24 heure) : _____ valeur _____ unités _____
valeur normale _____**SECTION 6 – PRISE EN CHARGE DE LA SUPPRESSION SURRÉNALIENNE**

	Oui	Non	Inconnu
6.1 Traitement aux GC? (Dans la négative ou si vous ne le savez pas, passez à 6.2) Dans l'affirmative, précisez :	___	___	___
6.1.1 Le taux de cortisol a-t-il été prélevé avant le traitement aux GC à la présentation?	___	___	___
6.1.2 Délai entre la présentation et la première dose _____			
6.1.3 Type _____ dose _____ (mg/kg ou mg/m ²) fréquence _____			
6.1.4 A-t-on prescrit une dose plus élevée en raison du stress?	___	___	___
6.1.5 Durée du traitement aux GC _____ (jours/semaines/mois)			
6.2 Autre traitement :	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez (p. ex., fluidothérapie IV) _____			
6.3 Aiguillage vers un endocrinologue pédiatre ou consultation avec lui?	___	___	___

SECTION 7 – ISSUE

7.1 Hospitalisation : Nombre total de jours _____ Jours à l'unité de soins intensifs _____ Toujours hospitalisé _____

7.2 Complications médicales, précisez : _____

7.3 Congé à domicile _____ Perdu au suivi _____ Décédé _____

S'il est décédé, précisez la cause du décès _____

SECTION 8 – MANIFESTATIONS D’INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE NON LIÉE AUX GC

8.1 Hyperpigmentation: Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Autre (précisez) _____

___ **J’accepte que l’équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d’information.**
___ **Je préfère que l’équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d’information.**

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d’avoir rempli ce formulaire.