



GESTIONE DELLA CRISI SURRENALICA

In un paziente con iposurrenalismo primitivo o secondario, si definisce **crisi surrenalica** una condizione di profondo malessere con associate almeno 2 delle seguenti condizioni: grave ipotensione (PA sistolica < 100 mm Hg); nausea o vomito; grave astenia; iponatremia; ipoglicemia e, solo nelle forme primarie, iperkaliemia.

Sul piano fisiopatologico questa problematica è causata dalla perdita dell'effetto permissivo dei glucocorticoidi sui recettori adrenergici, dalla deplezione di volume per perdita di fluidi ed elettroliti e dalla perdita dell'effetto immunosoppressivo dei glucocorticoidi, con aumentata liberazione ed ipersensibilità alle citokine pro-infiammatorie (in particolare TNF- α). E' stata anche dimostrata in questa condizione una parziale resistenza all'effetto dei glucocorticoidi.

Le cause scatenanti possono essere molteplici, in particolare un'infezione, una patologia acuta gastroenterica, un intervento chirurgico, un trauma, un evento particolarmente stressante, un eccesso di attività fisica in un paziente non allenato o la sospensione della terapia steroidea sostitutiva in un paziente con iposurrenalismo noto.

Terapia

- Somministrare immediatamente 100 mg di **idrocortisone** come bolo ev, seguiti dall'infusione continua di idrocortisone alla dose di 200 mg/die (o boli di idrocortisone ev o im alla dose di 50 mg/6 ore per 24 ore). Se l'idrocortisone non fosse disponibile, somministrare come seconda scelta prednisolone (25 mg) o come terza scelta desametasone (4 mg).
- Correggere l'ipovolemia somministrando **soluzione salina isotonica** 1 L nel corso della prima ora, seguita da infusione continua (3-4 L nel corso delle 24 h).
- A seconda delle patologie intercorrenti che hanno precipitato la crisi saranno poi necessarie altre terapie, come antibiotici o profilassi antitrombotica.

Monitoraggio

- Monitorare frequentemente le condizioni cliniche, gli elettroliti plasmatici e/o la pressione venosa centrale (se possibile) del paziente, per evitare un sovraccarico di liquidi, soprattutto se il paziente è anziano o cardiopatico.
- Se non c'è risoluzione piena della crisi entro 24 ore, ricercare altre cause per il profondo stato di malessere del paziente.
- Dopo le prime 24 ore e la piena risoluzione della crisi concordare con l'endocrinologo l'inizio o la ripresa della terapia sostitutiva orale.

Se la condizione di iposurrenalismo non era nota, e la diagnosi non è quindi certa, è sempre utile eseguire un prelievo per cortisolo prima di iniziare la terapia con idrocortisone (conservabile a 4° anche per 24 ore prima dell'invio in laboratorio), purché questo **NON ritardi l'inizio del trattamento**, che è indifferibile in quanto la crisi surrenalica può aggravarsi rapidamente fino a diventare irreversibile e non rispondere più alla terapia.

Sempre a disposizione per eventuali chiarimenti.

Prof.ssa Maura Arosio