

Cathétérisme veineux surrénalien et hyperaldostéronisme primaire?

AG Le Loupp¹, M Le Bras², N Graveline¹, D Masson¹, F Douane³, C Perret³, B Cariou², K Bach-Ngohou¹, D Dru²

¹Laboratoire de Biochimie, CHU Nantes; ²Service d'Endocrinologie, CHU Nantes; ³Service de Radiologie, CHU Nantes

Objectif: Préciser la place du cathétérisme veineux surrénalien (KTVS) dans l'exploration des hyperaldostéronismes primaires (HAP) et ses critères de qualité



Critères de qualité du KTVS

- Seuil de sélectivité: concentration sérique du cortisol dans les veines surrénaliennes ≥ 2 fois veine cave inférieure
- Seuil de latéralisation: rapport aldostérone/cortisol plasmatique ≥ 4 fois d'un côté

Patients et méthodes: Etude rétrospective sur 15 mois de 6 cas ayant bénéficié d'un KTVS pour lesquels:

- le diagnostic d'HAP a été porté sur le ratio aldostérone/rénine plasmatique et,
- dont les scanners ne permettaient pas de différencier un adénome de Conn d'une hyperplasie des surrénales

Résultats:

- 2 KTVS sur 6 n'ont pas été sélectif mais après reprise 100% des KTVS étaient interprétables
- 2 patients présentaient une latéralisation et ont été pris en charge chirurgicalement avec succès (normalisation de la kaliémie et amélioration de la pression artérielle)

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6
Sexe (H/F) - âge	H-58 ans	H-66 ans	F-23 ans	H-47 ans	H-50 ans	H-69 ans
Circonstances de diagnostic	HTA résistante sous trithérapie (2011) et supplémentation potassique (2007)	Séjour en réanimation pour HTA sévère et hypokaliémie majeure sur HTA ancienne sous quadrithérapie (1998) et supplémentation potassique	HTA gravidique compliquée d'un HELLP syndrome ayant conduit à une interruption thérapeutique de grossesse	HTA sévère sous trithérapie (2012)	HTA ancienne avec hypokaliémie supplémentée	HTA ancienne avec hypokaliémie supplémentée
Scanner des surrénales	Hyperplasie bilatérale des surrénales et aspect pseudonodulaire à droite	Hyperplasie du bras latéral de la surrénale gauche et nodule surrénalien droit (35 mm)	Hyperplasie bilatérale des surrénales et suspicion aspect pseudonodulaire de la surrénale gauche	Nodule surrénalien gauche (32 mm) et surrénale controlatérale discrètement épaissie	Hyperplasie bilatérale des surrénales et microadénome (8 mm) à gauche	Asymétrie surrénalienne au profit de la surrénale gauche avec petit épaississement localisé
Sélectivité du KTVS	≥ 2	≥ 2 après reprise	≥ 2 après reprise	≥ 2	≥ 2	> 2
Latéralisation du KTVS	Absence de latéralisation	Latéralisation à droite	Absence de latéralisation	Latéralisation à gauche	Absence de latéralisation	Absence de latéralisation
Prise en charge	Traitement médicamenteux	Surrénalectomie droite et ↘ du traitement à 1 mois post-chirurgie	Traitement médicamenteux	Surrénalectomie gauche et ↘ du traitement (3 à 1) en post chirurgie	Traitement médicamenteux	Traitement médicamenteux

Discussion: Le KTVS est le gold standard pour porter le diagnostic d'HAP latéralisé et orienter vers la chirurgie surrénalienne. Se limiter à l'imagerie amènerait à une chirurgie inutile dans 18,5% des cas et son exclusion injustifiée dans 19,1% des cas¹. En cas de diagnostic d'HAP, il est donc recommandé (consensus SFE 2013) avant tout acte chirurgical. La sélectivité des prélèvements est indispensable pour permettre une bonne interprétation du rapport de latéralisation. Ainsi, un dosage extemporané du cortisol pour vérifier la sélectivité permet de réitérer immédiatement les prélèvements en cas d'échec.