

# HYPERALDOSTERONISME PRIMAIRE : PARTICULARITES CLINIQUES, PARACLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES.

Kilani MO; Oueslati I; Melki A; Mchirgui N; Khiari K; Ben Abdallah N

Service de Médecine Interne, unité d'Endocrinologie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis., Tunisie

## INTRODUCTION

L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) est reconnu responsable de 10% des HTA. Il s'agit de la première cause, actuellement, des HTA secondaires.

Les deux principales étiologies d'hyperaldostéronisme primaire sont l'adénome de Conn et l'hyperplasie des surrénales.

Notre objectif était de relever les principales caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives de l'HAP.

## MÉTHODES

Etude rétrospective portant sur 25 patients (16 femmes et 9 hommes) ayant un hyperaldostéronisme primaire : 17 adénomes de Conn, 5 hyperaldostéronismes idiopathiques, 1 hyperplasie unilatérale de la surrénale, 1 hyperaldostéronisme primaire associé à un syndrome cushing et 1 corticosurrénalome malin.

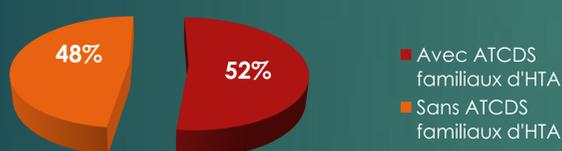
## RÉSULTATS

### Répartition des malades selon l'âge

✓ Age moyen = 54 ans (ex: 20-76 ans).



### Répartition selon la présence ou non d'ATCDS familiaux d'HTA



### Circonstances de découverte de l'HAP



### Particularités de l'HTA

✓ Ancienneté



✓ Répartition selon la sévérité de l'HTA

	PAD en mmHg	PAS en mmHg
moyenne	91,2 ± 19,88	163,4 ± 29
Valeurs extrêmes	60-140	120- 210

✓ L'HTA était sévère chez 30 % des patients.

### Bilan de retentissement de l'HTA (nbre de patients)



✓ Anomalies biologiques associées

	hypokaliémie	hyperkaliurèse	Intolérance au glucose	diabète
Nbre de patient	19	23	4	12

✓ Bilan hormonal

variation de l'aldostérone et de la rénine en position couchée



- Le rapport aldostérone/ ARP a été calculé chez 14 patients; il était supérieur à 23 dans tous les cas
- variation de l'aldostérone plasmatique après test au captopril (réalisé chez 6 patients)

	Nombre de cas
Diminution de l'aldostérone >20%	2
Diminution de l'aldostérone ≤20% ou augmentation de l'aldostérone	4

Bilan topographique

données de la TDM surrénalienne

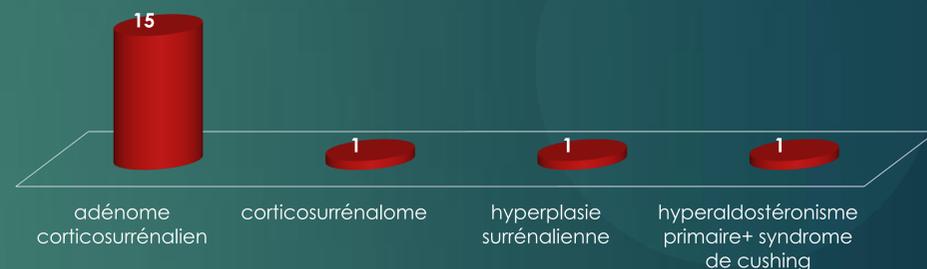


Nb: la TDM n'a été réalisée que chez 23 patients; une IRM a été faite aux deux patients restants: revenue normale chez l'un et montrant une tumeur surrénalienne droite chez l'autre.

Prise en charge

- 18 Patients ont été opérés
- Les autres patients ont été mis sous Spironolactone.

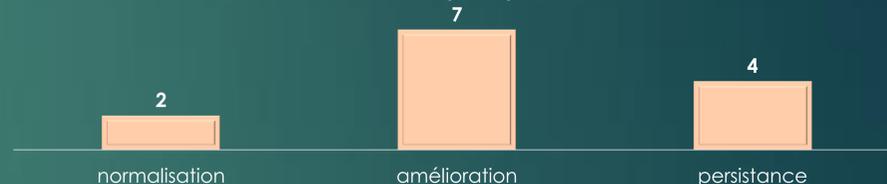
Résultats anapath après chirurgie (nombre de patients)



Evolution

- Les patients traités médicalement ont été perdus de vue.
- La kaliémie s'est normalisée chez tous les opérés
- L'HTA a persisté après chirurgie du corticosurrénalome

évolution de l'HTA chez les opérés pour adénome de Conn



## COMMENTAIRES

Le dépistage de l'HAP repose sur la mesure du rapport aldostérone/activité rénine plasmatique.

La recherche d'un HAP est recommandée chez tout patient présentant :

- une HTA sévère et/ou résistante au traitement,
- une HTA avec hypokaliémie spontanée ou induite par les diurétiques
- une HTA associée à un incidentalome surrénalien
- une HTA associée à une HTA familiale d'apparition précoce ou AVC avant l'âge de 40 ans
- une HTA avec un apparenté de premier degré porteur d'un HAP

La confirmation du diagnostic repose sur les tests dynamiques. L'utilisation de l'un des tests suivants est recommandée:

- Test de charge sodée par voie orale
- Test de perfusion saline
- Test de freination par la fludrocortisone
- Test au captopril.

Le bilan étiologique repose sur:

- La TDM surrénalienne en première intention chez tous les patients
- Le cathétérisme veineux surrénalien est recommandé si un traitement chirurgical est prévu, afin de différencier entre une sécrétion unilatérale ou bilatérale d'aldostérone

Le traitement chirurgical par surrénalectomie coelioscopique est recommandé chez les patients ayant une sécrétion unilatérale d'aldostérone ( adénome de Conn et hyperplasie primitive unilatérale).

Le traitement médical par antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes est recommandé chez les patients présentant une lésion bilatérale (hyperplasie bilatérale des surrénales et adénomes corticosurrénaliens bilatéraux). La spironolactone est proposée de première intention avec l'éplérénome comme alternative.

Selon la littérature, la chirurgie ne guérit l'HTA que dans 30% des cas mais permet un bénéfice tensionnel conséquent dans 80% des cas.