

Une rhabdomyolyse paraplégiante révélatrice d'un adénome de Conn

Mohamed Elqatni, Fadwa Mekouar, Nawal Elomri, Youssef Sekkach, Taoufik Amezyane, Driss Ghafir.
Service de médecine interne B - HMIMV – Université de Souissi Mohamed V -Rabat - Maroc

Introduction :

Nous rapportons ici un cas d'adénome de Conn révélé par un tableau de rhabdomyolyse secondaire à une hypokaliémie profonde. La difficulté rencontrée était de poser le diagnostic d'hyperaldostéronisme devant un tableau de paraplégie flasque.

Observation:

Une patiente de 36 ans, a été admise pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs et des myalgies diffuses. Elle n'avait pas de symptomatologie digestive ou articulaire associée, mais rapportait avoir eu cinq épisodes dans les deux ans précédents, résolus spontanément. L'examen retrouvait une patiente en bon état général, une pression artérielle à 140/90 mmHg prise aux deux bras et non modifiable en ortho ou en clinostatisme, avec une fréquence cardiaque à 60 battements par minute. L'examen neurologique notait une paraplégie flasque, avec hypotonie des membres inférieurs sans irritation pyramidale ni de troubles vésico-sphinctériens.

Le bilan biologique retrouvait une hypokaliémie à 1,2 mmol/L (normale : 3,5 à 4,5 mmol/L), une hyperkaliurèse à 52 mmol/jour (normale < 20 mmol/L), une créatininémie à 8 mg/l, une TSH normale et une rhabdomyolyse : CPK à 8020 UI/l (N : 20–230), myoglobine à 1062 ng/ml (N : 0–80), aldolase à 113 UI/l (N : 0–7,6), ASAT à 210 UI/l (N : 15–38), ALAT à 142 UI/l (N : 30–65). L'exploration du système rénine-aldostérone retrouvait une élévation de l'aldostérone plasmatique à 2154 pmol/L (normale < 440 pmol/L en position couchée et < 860 pmol/L en position debout) et une activité rénine plasmatique à (2,6 ng/L) pour une normale comprise entre 3 et 16 ng/L en position couchée et entre 3 et 33 ng/L en position debout. L'électrocardiogramme s'inscrivait en un rythme sinusal régulier à 64 cycles par minute, un sous-décalage de segment ST en apicolatéral et en inférieur et un aplatissement des ondes T.

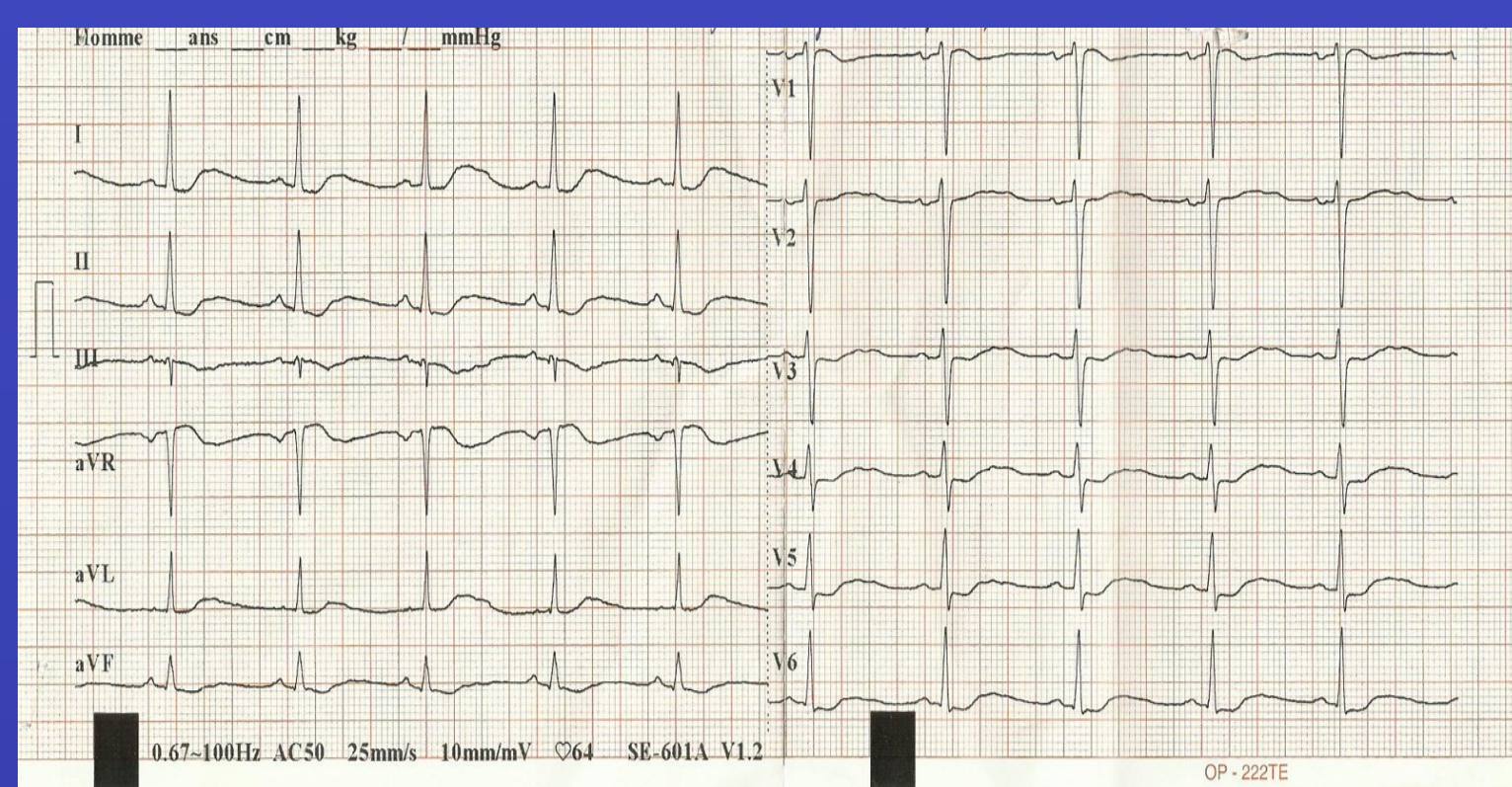


Fig 1 : ECG montrant les signes de l'hypokaliémie

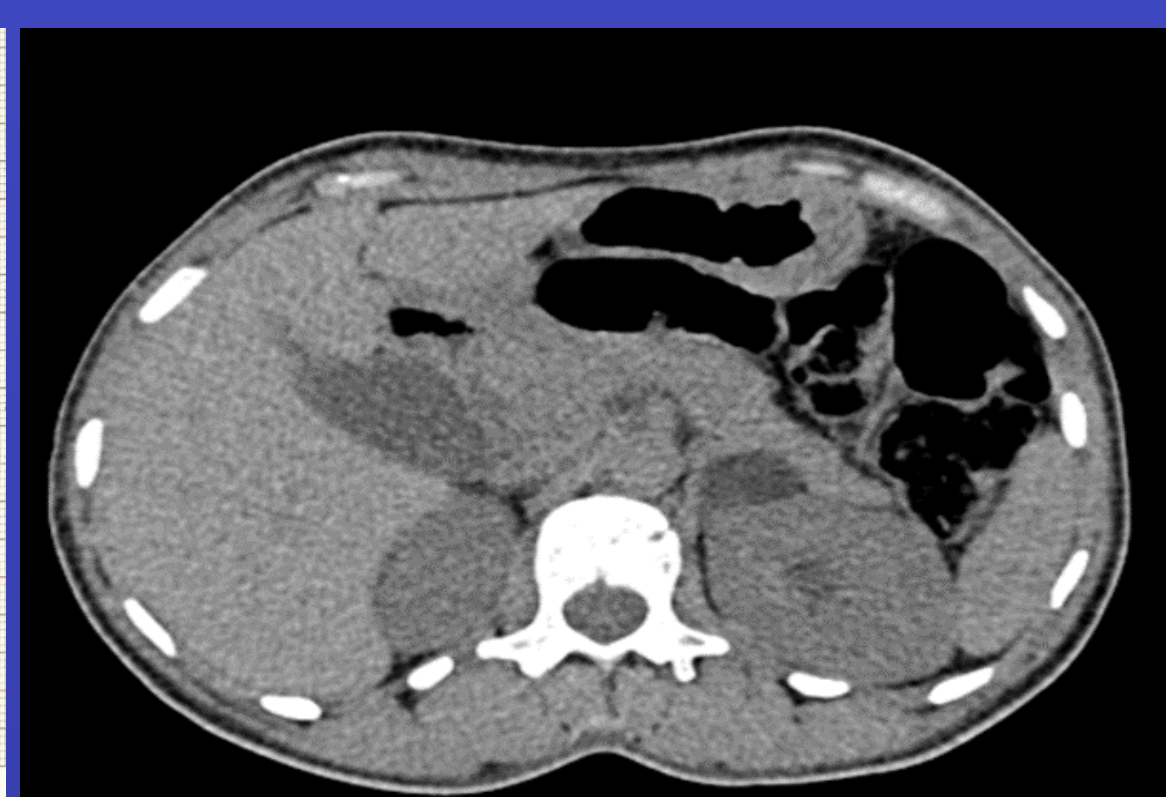


Fig 2 : TDM abdominale montrant l'adénome de la surrenale gauche

Le diagnostic d'hyperaldostéronisme posé, la patiente fut mise sous spironolactone (Aldactone®) 75 mg par jour et

du potassium (02 recharge potassique par voie veineuse centrale puis peros). Après correction de l'hypokaliémie (kaliémie revenue à 3,4 mmol/L), la paraplégie avait complètement régressé.

Une TDM abdominale réalisée dans un cadre étiologique avait mis en évidence un nodule surrenalien gauche de 2,2 cm de diamètre, compatible avec un adénome surrenalien (fig 1.).

La patiente a bénéficié d'une surrenalectomie totale gauche et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un aspect histopathologique d'un adénome corticosurrenalien.

Discussion :

L'adénome de Conn est une pathologie rare puisque elle ne représente que 1% des incidentalomes surrenaliens et moins de 1% des patients hypertendus [1-2]. Il est le plus souvent peu symptomatique ou révélé par une HTA ou ses complications et/ou une hypokaliémie. Il est cependant rare que l'hypokaliémie soit profonde et occasionne des symptômes neurologiques sévères et parfois intermittents. Ces symptômes neurologiques sont plus fréquents en Asie, spécialement chez les Taïwanais. Cette différence ethnique pourrait être expliquée par un régime plus riche en sel qu'en occident, majorant l'excrétion rénale de potassium [3].

Nous rapportons ici un cas d'adénome de Conn révélé par un tableau de rhabdomyolyse secondaire à une hypokaliémie profonde. La difficulté rencontrée était de poser le diagnostic d'hyperaldostéronisme devant un tableau de paraplégie flasque ; celle-ci étant le plus souvent due à une lésion post traumatique ou une compression de la moelle épinière dorsale ou lombaire. Mais l'absence de notion de traumatisme et des troubles sphinctériens plaident contre cette hypothèse. Ainsi, les antécédents des épisodes similaires de la paraplégie et l'hypokaliémie pouvaient également faire évoquer le diagnostic de paraplégie périodique hypokaliémique ou maladie de Westphal qui est une forme rare de paraplégie périodique primitive [4].

Dans notre cas, le diagnostic a été orienté par la présence d'hypokaliémie et une tension artérielle limite. Des cas d'hyperaldostéronisme primaire sans hypertension existent. Ces formes ont été rapportées surtout chez la femme, plutôt dans les adénomes qu'au cours des hyperplasies. Elles peuvent s'expliquer par le caractère modéré et récent de l'hyperproduction hormonale, l'absence d'accroissement des précurseurs, et la qualité des mécanismes compensateurs [5]. Le diagnostic a été confirmé par le dosage de l'aldostérone et de l'activité rénine plasmatique, et conforté par la TDM abdominale.

Conclusion :

La prise en charge de la paraplégie dans l'adénome de Conn consiste en la correction de l'hypokaliémie qui permet sa régression complète. Le traitement de l'adénome de Conn consiste en une surrenalectomie par laparoscopie [1].

Références:

- [1]. Ganguly A. Primary aldosteronism. N Engl J Med 1998;339:1828–34.
- [2]. Pessinaba S, et al. Paraplégie flasque révélant un adénome de Conn : à propos d'un cas. Ann Cardiol Angeiol (Paris) (2011), doi:10.1016/j.ancard.2011.04.002
- [3]. Huang Y. J Clin Endocrinol Metab. 1998;81:4038–41.
- [4]. Bisset M, Larger D, Berthezene JM, et al. Paralysie périodique hypokaliémique. Maladie de Westphal. Rean Urg 1997;6:309–11.
- [5]. Jean-Louis Wémeau, Claire Mounier-Vehier, Bruno Carnaille, Claire Douillard. Hyperaldostéronismes primaires : du diagnostic au traitement. Presse Med. 2009; 38: 633–642