

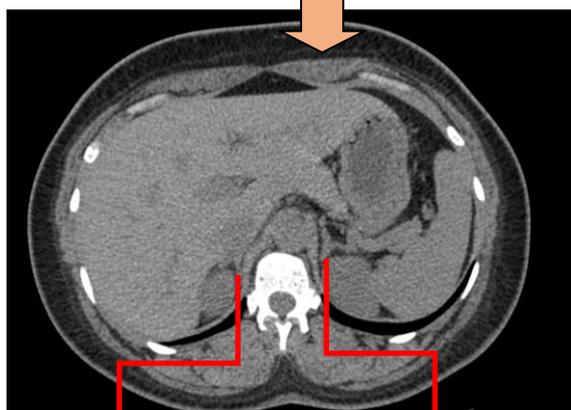
HYPERALDOSTERONISME PRIMAIRE SANS HTA : UN CAS PARTICULIER

H. Leclerc^{*a} (Mlle), B. Perrin^b (Dr), F. Lavainne^c (Dr), B. Dupas^d (Pr), C. Perret^d (Dr), B. Cariou^a (Dr), D. Drui^a (Dr)
^a CHU Nantes endocrinologie, ^b endocrinologue libérale, Nantes; ^c CHU Nantes néphrologie, ^d CHU Nantes radiologie

INTRODUCTION : L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) est évoqué devant l'association HTA-hypokaliémie ou devant une HTA résistante. La prévalence de l'HAP chez l'hypertendu serait de 8 à 13% (1). Plusieurs cas d'HAP à pression artérielle normale ont été rapportés (2). La prévalence de l'HAP serait de 6.8% (3) chez les patients normotendus avec hypokaliémie.

Cas clinique de Mme F, 31 ans, présentant une hypokaliémie sévère (2.8 mmol/L) sans HTA associée (profil tensionnel normal sur 24h en MAPA)

Les premiers dosages n'avaient pas permis le diagnostic d'HAP: *aldostérone* à 80 pg/mL ($N < 150$), *rénine basse* à 2.5 pg/mL et *rapport aldostérone/rénine (RAR)* à 16 ($N < 33$ pour notre laboratoire). L'absence d'hypercorticisme, d'hypomagnésémie et d'argument pour un diagnostic différentiel (acidose tubulaire, tubulopathie congénitale), a conduit à répéter les dosages 6 mois plus tard, complétés par un test de charge sodée.



Hyperplasie bilatérale des surrénales

1) Dosages statiques :

Date :	17/02/15	18/02/15
Kaliémie (mmol/L)	3,3	3,9
Aldostérone couchée (pg/mL)	411	648
Rénine couchée (pg/mL)	< 1	< 1
RAR couché	82	129 (N<33)
Aldostérone assis (pg/mL)	645	917
Rénine assis (pg/mL)	< 1	< 1
RAR assis	129	183 (N<40)

2) Test de charge sodée : kaliémie à 3.6mmol/L

	Aldostérone (pg/mL)	Rénine (pg/mL)
T0	791	0,6
T4 heures	325 (>150 pg/mL)	1,1

Diagnostic d'hyperaldostéronisme primaire confirmé par :

-un dosage en base d'aldostérone à 648 pg/ml soit $>2N$

-RAR à 129 ($N > 33$)

-test de charge sodée réalisé lors de la même hospitalisation : aldostérone non freinée car = 325 pg/ml soit >150 pg/ml

→ le cathétérisme des veines surrénales réalisé dans un deuxième temps était en faveur d'une secrétion bilatérale (gradient gauche/droite = 2.8 pour une latéralisation retenue si valeur >5) (4)

Prise en charge thérapeutique : La spironolactone a été introduite à 75 mg/ jour avec bonne efficacité (K: 3.6 mmol/l) et bonne tolérance (stabilité de la fonction rénale)

CONCLUSION : L'HAP est sous diagnostiqué, en particulier dans les formes rares que sont les formes "normotendues". **Devant une hypokaliémie chronique, il faut savoir répéter les dosages et proposer un test de confirmation** (5). Le seuil pathologique de RAR doit être discuté dans ces formes d'HAP (6).