

Le diagnostic d'une hypertension artérielle secondaire posé 32 ans après son installation : un bilan étiologique se justifie toujours initialement et à postériori !

F. Boubaker a (Dr), S. Graja a (Dr), A. Bettaibi a (Dr), M. Kechida a (Dr), M. Jmal a (Dr), H. Sayadi a (Dr), H. Marmouch a (Dr), I. Kochtali a (Pr)

>
a Service d' Endocrinologie-Médecine Interne CHU Fattouma bourguiba Monastir, Monastir, TUNISIE

➤ Introduction :

Une hypertension du sujet jeune, résistante, sévère ou associée à un adénome ou à des antécédents familiaux d'accidents vasculaires précoces justifie toujours un bilan étiologique exhaustif.

L'hyperaldostéronisme primaire était reconnu responsable de 10% des HTA, ces chiffres sont en hausse.

➤ Observation :

Il s'agit d'une malade de 66 ans, suivie en cardiologie depuis l'âge de 34 ans pour une hypertension qui était plus ou moins équilibrée sous diurétiques de l'anse et apparentés thiazidiques, inhibiteurs calciques et de l'enzyme de conversion et antihypertenseurs centraux.

➤ Elle avait une obésité légère, un diabète insulino-nécessitant et une dyslipidémie mixte.

➤ Elle avait subi une néphrectomie unilatérale à cause d'un rein non fonctionnel..

➤ La clairance rénale était à 46 ml/min avec une albiminurie et une rétinopathie hypertensive stade 1.

➤ Elle avait aussi eu un syndrome coronarien aigu ST- et un accident vasculaire ischémique sans séquelles.

➤ Ses chiffres de kaliémie les plus bas étaient à 3,8 mmol/l avec une kaliuèse à 57 mmol/j.

L'échographie doppler des artères rénales était sans anomalies mais une masse surrénalienne droite de 2cms était objectivée, avec des caractéristiques d'adénome au scanner.

Le bilan avait conclu à un hyperaldostéronisme primaire qui était confirmé par 2 rapports d'aldostérone/rénine >23.

Une augmentation de l'aldostérone à plus de 30% après orthostatisme était plutôt en faveur d'une hyperplasie et donc en discordance avec l'imagerie.

La scintigraphie au Nor-Iodo-cholestérol ainsi que le cathétérisme des veines surrénaliennes n'étaient pas disponibles.

La malade était mise sous Spironolactone en association avec les autres traitements, son hypertension artérielle était maîtrisée à la dose de 1,5 mg/kg de spironolactone .

La décision opératoire fut litigieuse du fait de l'âge, du terrain cardiovasculaire, de la longue histoire de l'HTA et de la présence de rein unique.

Elle a été prise de façon multidisciplinaire (endocrinologues, urologues, cardiologues et anesthésistes réanimateurs), une scintigraphie myocardique était pratiquée en pré-opératoire et était sans anomalies.

➤ Discussion :

Après le diagnostic positif et celui de localisation de l'hyperaldostéronisme primaire, la prise en charge reste personnalisée.

Une HTA de longue date risque de ne pas répondre à la chirurgie, c'est pour cette raison que l'acte opératoire reste réservé selon les guidelines aux cas des adénomes diagnostiqués chez des patients jeunes (moins de 55 ans) ayant une HTA récente.

Une normalisation des chiffres tensionnels sous spironolactone en monothérapie serait prédictif de succès de l'acte . 1/ 3 des malades seront guéris de leur hypertension en post-opératoire mais la guérison biologique est la règle. Le bénéfice cardiovasculaire d'un tel résultat reste à prouver.

Le choix de la chirurgie pour notre malade était une décision difficile , ayant pris en considération le désir de la malade ainsi que la prévention éventuelle de complications supplémentaires de son hyperaldostéronisme. Les résultats opératoires de cas similaires sont peu documentés.

➤ Conclusion :

Outre les résultats opératoires à long terme de ces cas d'hyperaldostéronisme primaire « vieilliss » qui seraient à prouver notamment sur le plan cardiovasculaire , il est important de signaler devant ce cas qu'il n'est jamais trop tard pour entamer ou compléter l'exploration étiologique d'une hypertension artérielle qui paraîtrait secondaire (début à un âge jeune, difficulté d'obtenir une normotension...).