

C. Moutarde (Dr), R. Caiazza (Pr), F. Pattou (Pr), MC. Vantyghem (Pr),  
C. Do Cao (Dr). CHRU Lille, Lille, FRANCE

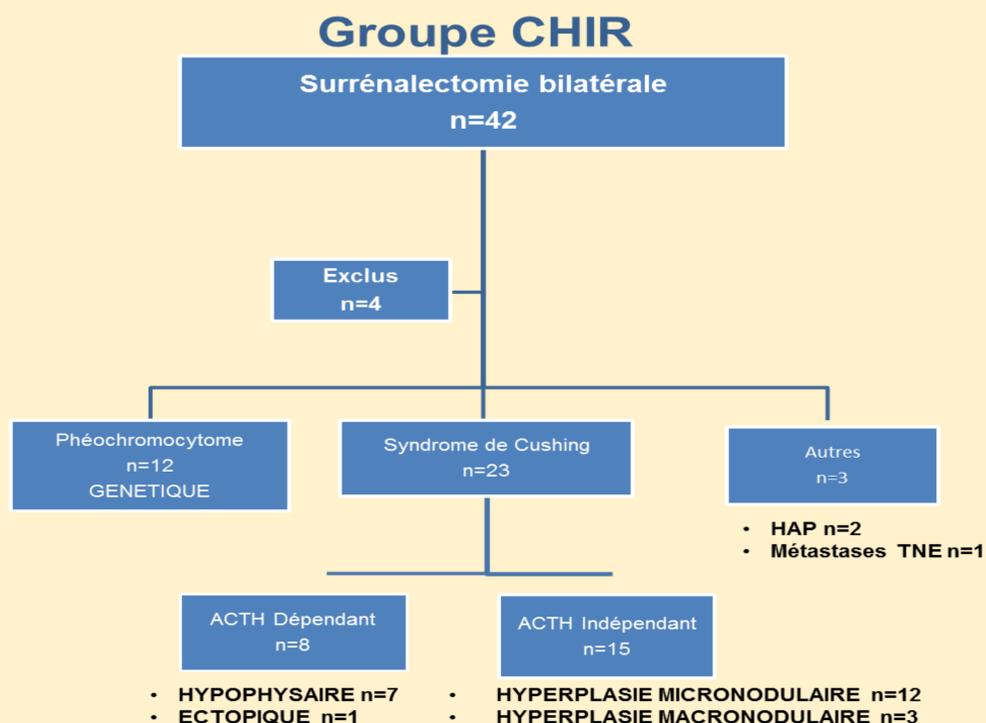
## CONTEXTE

En raison des progrès de l'imagerie et de la chirurgie, la surrenalectomie bilatérale (SB) est de plus en plus fréquente. La mortalité péri opératoire est faible mais les effets délétères de l'hyperhormonémie, motif de l'exérèse des surrénales, permettent ils de restaurer un statut cardio-métabolique favorable?

**Cette étude rétrospective compare une cohorte d'insuffisants surrénaux (IS) d'origine chirurgicale par surrenalectomie bilatérale (CHIR) et médicale (MED).**

## METHODE

70 patients avec IS (41 ans ( $\pm$  16) ; 60% femmes) étaient suivis pendant 6 années (2-16) : 38 ISSB (60% Cushing) et 32 ISM (62% polyendocrinopathie auto-immune). L'IMC, la pression artérielle (TA), la glycémie à jeun (GAJ), le cholestérol, les triglycérides (TG), les traitements à visée métabolique, l'hormonothérapie, les événements cardiovasculaires, et la survenue de décès ont été recueillis au début de l'hormonothérapie substitutive (T1) et aux dernières nouvelles (T2).



## RESULTATS

### Comparaison entre les groupes MED et CHIR au T2

| Groupe       | MED (n=32) | CHIR (n=38) | p      |
|--------------|------------|-------------|--------|
| Surpoids     | 31 (9)     | 38.7 (12)   |        |
| Obésité      | 20.7 (6)   | 16.1 (5)    | 0.6556 |
| HTA          | 21.9 (7)   | 34.2 (13)   | 0.2581 |
| TGR          | 21.4 (6)   | 21 (8)      | 0.9705 |
| Dyslipidémie | 31.2 (10)  | 21 (8)      | 0.3442 |

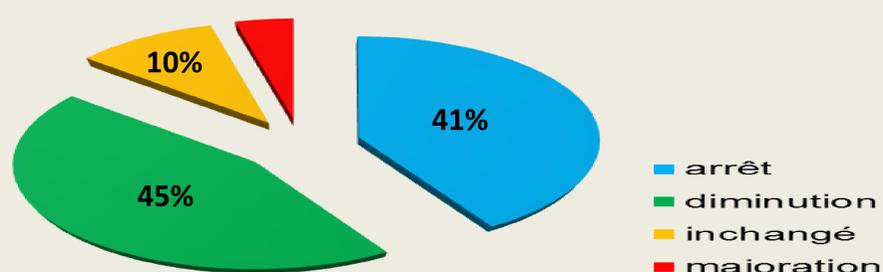
| Groupe médiane (IQR)     | MED              | CHIR             | p      |
|--------------------------|------------------|------------------|--------|
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ) | 25 (22.3-29.3)   | 25.8 (21.8-28.4) | 0.1996 |
| TAS (mmHg)               | 120 (110-130)    | 120 (110-130)    | 0.8436 |
| TAD (mmHg)               | 71 (65-80)       | 75 (70-80)       | 0.7717 |
| GAJ (g/L)                | 0.89 (0.80-1.09) | 0.89 (0.81-0.95) | 0.9884 |
| HDL-C (g/L)              | 0.69 (0.50-0.78) | 0.55 (0.48-0.77) | 0.8511 |
| LDL-C (g/L)              | 1.33 (0.99-1.41) | 1.13 (0.93-1.44) | 0.0603 |
| TG (g/L)                 | 0.92 (0.71-1.15) | 1.14 (0.97-1.69) | 0.0131 |

TGR: Trouble de GlycoRégulation; TAS/TAD: Tension Artérielle Systolique/Diastolique; GAJ: Glycémie A Jeun; TG: Triglycérides

Au T1, la prévalence des troubles métabolique était plus élevés dans le groupe CHIR que MED ( $p < 0,01$ ).

Au T2, la prévalence du surpoids/obésité, de l'HTA et des TGR étaient similaires dans les deux groupes (20-34%), mais la valeur des TG restait plus élevée dans le groupe S ( $p=0,01$ ). L'hormonothérapie est semblable dans les deux groupes. Dans le groupe CHIR, aucun patient ne développait d'HTA et sa prévalence a diminué de 58 à 34% ( $p < 0,003$ ). Les prévalences d'autres désordres métaboliques sont restées semblables. Dans le groupe MED, 22% développaient une HTA, 21% des TGR et 21% une dyslipidémie, alors que la surcharge pondérale augmentait ( $p < 0,005$ ). Il n'y a eu aucune mortalité péri-opératoire. Les événements cardiovasculaires étaient plus fréquents pour le groupe CHIR (10%) versus MED (3%) et la fréquence des décompensations aiguës était similaire.

### Evolution du traitement hypotenseur dans le groupe CHIR



## CONCLUSION

La SB est fiable et efficace, permettant une amélioration significative de l'hypertension. Un trouble métabolique est présent chez 20-30% des patients avec IS toutes causes confondues.