

Hyperaldostéronisme primaire dans une population hypertendue Bas-Normande : caractéristiques clinico-biologiques, étiologiques et évolution après prise en charge médicale ou chirurgicale.

A. Haddouche^{*a} (Dr), M. Vivien^a (Mlle), E. Deberles^a (Mlle), R. Morello^b (Dr), Y. Reznik^a (Pr)

a Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, CHU Côte de Nacre, Caen, FRANCE ; b Département de recherche Clinique et Statistiques, CHU Côte de Nacre, Caen, FRANCE

Méthode:

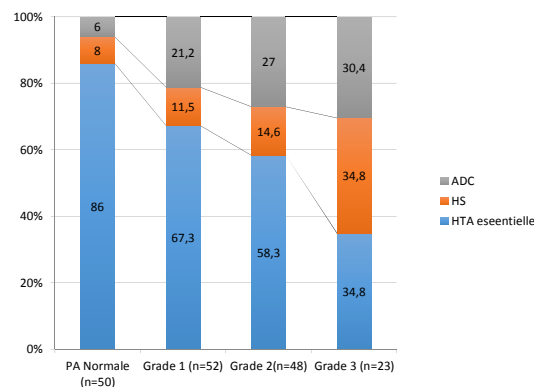
Nous avons mené une étude rétrospective, observationnelle chez 173 patients explorés entre janvier 2010 et juin 2015 au CHU de Caen pour HTA secondaire (HTA grade 2/3/résistante, HTA avec hypokaliémie ou HTA + incidentome surrénalien). L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) était dépisté par le rapport aldostérone/rénine (RAR) et confirmé par une aldostéronémie (A) basale élevée ou un freinage insuffisant après charge sodée IV (n=120) (cf poster Vivien et coll.).

Résultats :

L'HAP était confirmée chez 59 patients et exclue chez 114 classés comme HTA essentielle (HE). La TDM et/ou le cathétérisme des veines surrénaliennes (KTVS) différenciaient les adénomes (AD, n=34) des hyperplasies (HS, n=25). La pression artérielle (164/90 vs 145/83) et le nombre d'anti-HTA (2.7 vs 1.8, p<0.001) étaient significativement plus élevés pour AD/HS que pour HE. On observait une hypokaliémie chez 83% des AD vs 63% des HS et 22% des HE et une A basale pour AD et HS > HE (p<0.001). L'A basale et après charge sodée IV n'était pas différente entre AD et HS. Il existait une séparation complète de l'A post-charge des HE vs AD/HS. Parmi les 34 AD, 10 étaient identifiés par TDM seul et 24 par cathétérisme (15 concordants, 9 discordants vs TDM). 26/34 AD ont bénéficié d'une surrénalectomie (pour 8 : contre-indication ou refus de la chirurgie). 19/25 HS ont eu un suivi longitudinal, tous étaient traités médicalement. L'HTA était mieux contrôlée après chirurgie d'un AD qu'après traitement médical d'une HS (- 30±8 vs - 22±13 mm Hg), avec 1,4±1,3 vs 2,1±0,9 anti-HTA pour AD et HS respectivement, dont 9 AD sans anti-HTA. Après traitement, 96% AD vs 89.5% HS étaient normokaliémiques.

	ADC (n=34)	P	HS (n=25)	P	HE (n=114)	ADC vs HE
Sex (F/M)	22/12	NS	15/10	NS	59/55	NS
Age actuel (Année)	57,4 ± 9,3	NS	55,0 ± 15,7	NS	54,9 ± 16,2	NS
Age de découverte de l'HTA	45,3 ± 11,4	NS	43,1 ± 16,3	NS	42,1 ± 15,5	NS
Nombre de traitement antihypertenseur	2,7 ± 1,0	NS	2,6 ± 1,2	0,005	1,8 ± 1,3	<0,001
PAS (mmHg)	164 ± 23	NS	164 ± 22	<0,001	145 ± 19	<0,001
PAD (mmHg)	90 ± 13	NS	94 ± 12	<0,001	83 ± 14	0,017
Kaliémie (mmol/L)	3,2 ± 0,4	0,026	3,5 ± 0,5	0,002	3,9 ± 0,5	<0,001
Créatininémie (umol/L)	82,9 ± 27,5	NS	89,2 ± 38,4	NS	82,2 ± 15,5	NS
Prévalence Hypokaliémie	82,3%	-	63,4%	-	22,8%	-
Aldostéronémie (pmol/L)	1088,5 ± 530,4	NS	973,72 ± 528,2	<0,001	334,67 ± 284,5	<0,001
Rénine (mUI/L)	8,4 ± 4,7	NS	14,2 ± 13,7	0,017	22,4 ± 20,7	<0,001
Rapport A/R	149,9 ± 83,1	0,021	112,2 ± 124,7	0,0014	22,6 ± 22	<0,001

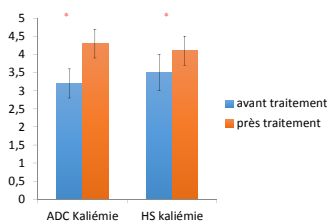
Caractéristiques cliniques et biologiques des patients étudiés.



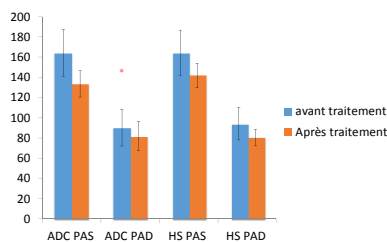
% des patients avec AD, HS et HE en fonction du grade d'HTA

	ADC (n=24)		HS (N=20)		HTA essentielle (n=76)	
	T0	T+4H	T0	T+4H	T0	T+4H
Normokaliémie	66,6%	-	85%	-	90,7%	-
Traitement neutre	91,6%	-	95%	-	100%	-
Aldostérone (pmol/L)	762,4 (594,4-930,3)	395,4 (252,6-538,3) ^{bc}	767,9(508-1027,7)	270,3(191,9-348,6) ^{ac}	288,4(236,6-340,2)	68,7(57,7-79,8) ^{ab}
Rénine (mUI/L)	10,8 (6,7-14,8)	11,3 (3,6-19,0)	12,9(5,9-19,8)	10,2(4,7-15,7)	20,5(16,7-24,4)	12,4(9,4-15,4)

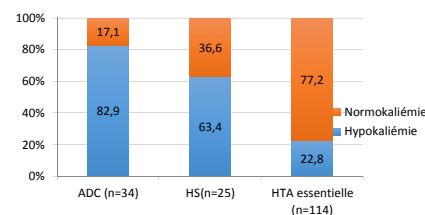
Résultats des dosages d'aldostérone et de rénine avant et à la fin du TCS.



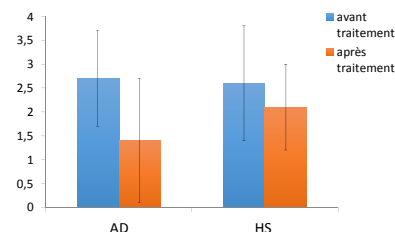
Kaliémie avant et après traitement de l'HAP



Pression artérielle avant et après traitement de l'HAP.



Proportion des patients avec AD, HS et HE en fonction de leur kaliémie initiale



Nombre de traitement antihypertenseur avant et après traitement de l'HAP.

Conclusion :

- Dans notre étude, la prévalence de l'HAP est élevée à 34% dont 58% des patients présentent un AD, cela est lié à un biais de sélection du fait du caractère monocentrique et d'un effet centre de référence.
- Les patients présentant un AD diffèrent des patients ayant une HS par un taux de potassium significativement plus bas et un RAR significativement plus élevé, mais pas de différence significative de l'aldostérone entre les groupes.
- 78% les patients présentant une hypokaliémie < 3mmol/l avaient un AD.
- Le traitement qu'il soit chirurgical ou médical a permis de manière significative de diminuer la PAS et PAD, de normaliser la kaliémie et diminuer le nombre de traitement antihypertenseur soulignant l'intérêt de la prise en charge de cette pathologie.