

P. Gelibert<sup>\*a</sup> (Mlle), Dr O. Gilly<sup>b</sup>, Dr A. Guedj<sup>b</sup>, Pr O. Chabre<sup>c</sup>, Pr J. Ribstein<sup>d</sup>

<sup>a</sup> interne endocrinologie; <sup>b</sup> CHU Nîmes endocrino, Nîmes, FRANCE ; <sup>c</sup> CHU GRENOBLE endocrinologie, Grenoble, FRANCE ; <sup>d</sup> CHU médecin interne, Montpellier, FRANCE

## Introduction:

L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) est une pathologie rare, probablement sous diagnostiquée du fait de difficulté diagnostique. C'est la principale cause d'hypertension artérielle résistante responsable des complications cardiovasculaire, néphrologique et métabolique. Son traitement est soit chirurgicale soit médicamenteux.

**L'objectif de l'étude** est double : caractériser une population atteint d'HAP et étudier l'intérêt du cathétérisme des veines surrénales (CVS) dans un sous-groupe traité chirurgicalement.

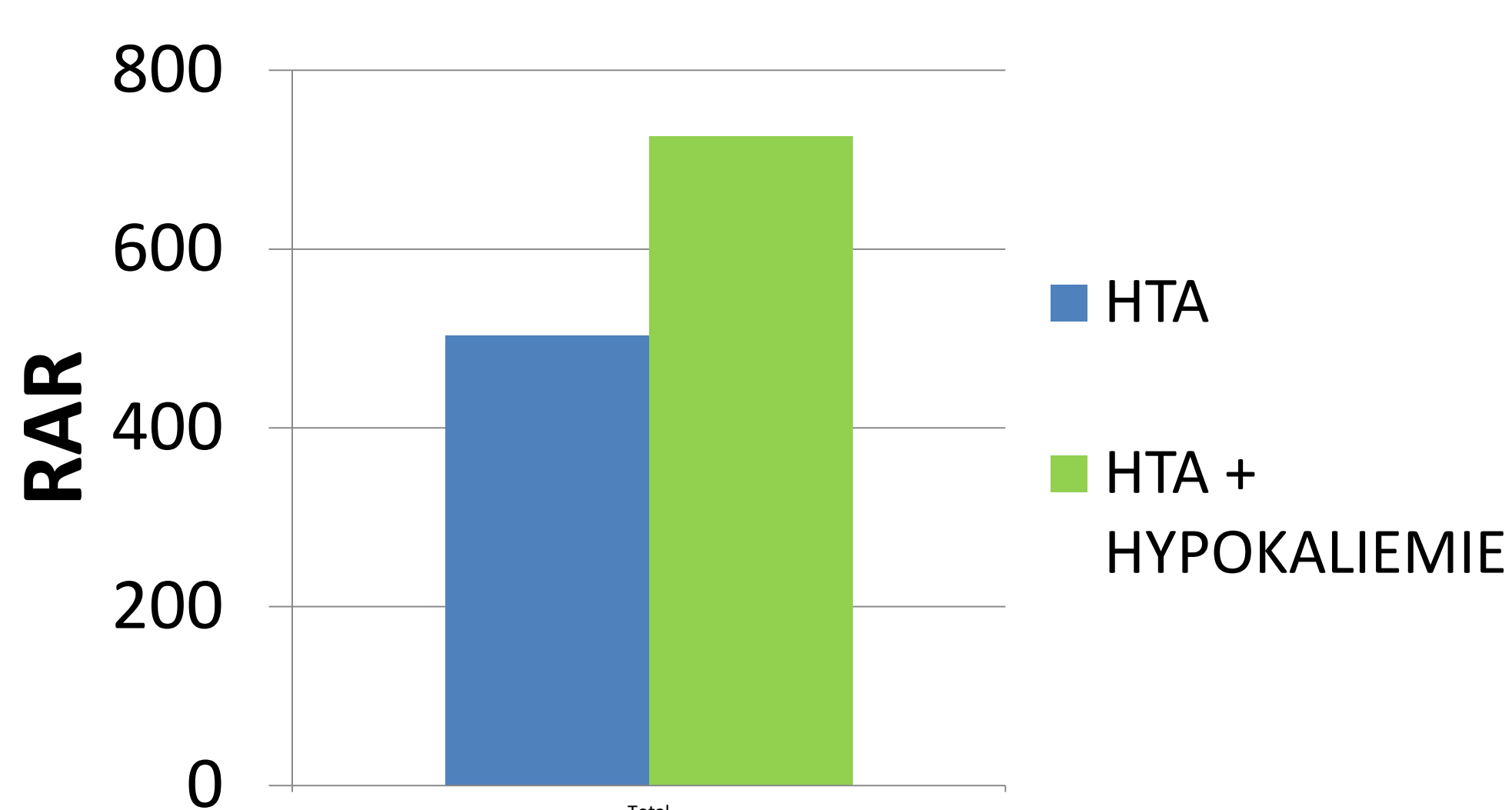
## Matériel et méthode:

Etude rétrospective observationnelle multicentrique. Les patients inclus étaient pris en charge pour une HAP entre 2008 et 2016 au CHU de Grenoble, Nîmes quel que soit le traitement choisi. Pour répondre à la seconde interrogation, nous avons extrait le sous groupe de patients avec HAP traités chirurgicalement au CHU de Montpellier n'ayant pas eu de CVS. Les paramètres étudiées étaient le mode de découverte, les dosages biologiques, les complications et la prise en charge thérapeutique. Le suivi moyen était de 52mois. Quatre critères étaient retenus pour le groupe chirurgie avec versus sans CVS : persistance hypertension artérielle (HTA), persistance de l'hypokaliémie, la présence de complication cardiaque et rénale

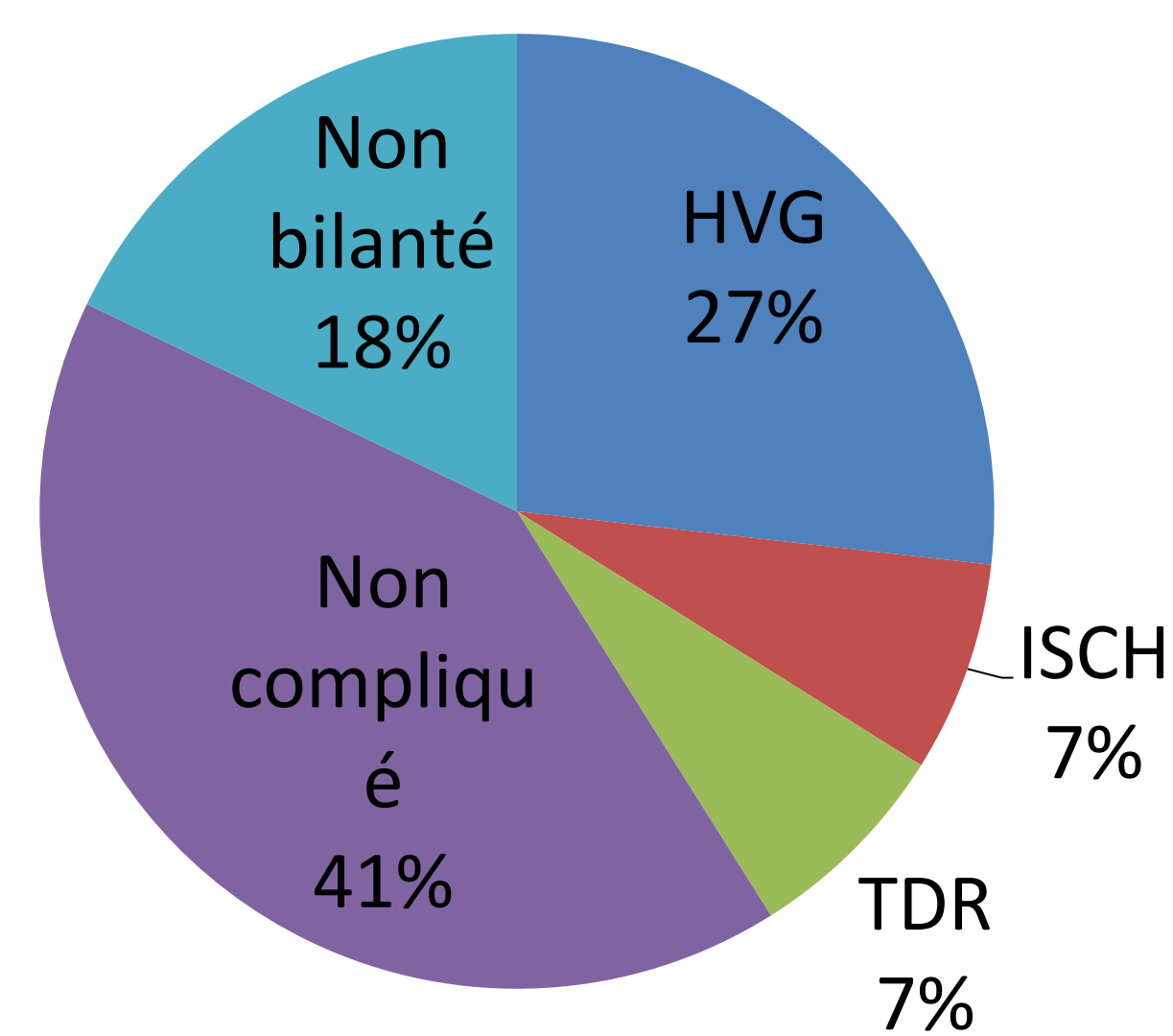
## Résultats:

Sur 56 patients inclus (15 de Nîmois et 41 Grenoblois), l'âge moyen au diagnostic était de 52ans avec une HTA sévère dans 53% et une hypokaliémie dans 57% des cas.

Le rapport aldostérone sur rénine (RAR) était plus élevé lorsqu'il y avait une hypokaliémie. Cependant aucune corrélation n'a été mise en évidence entre le RAR et la sévérité clinique

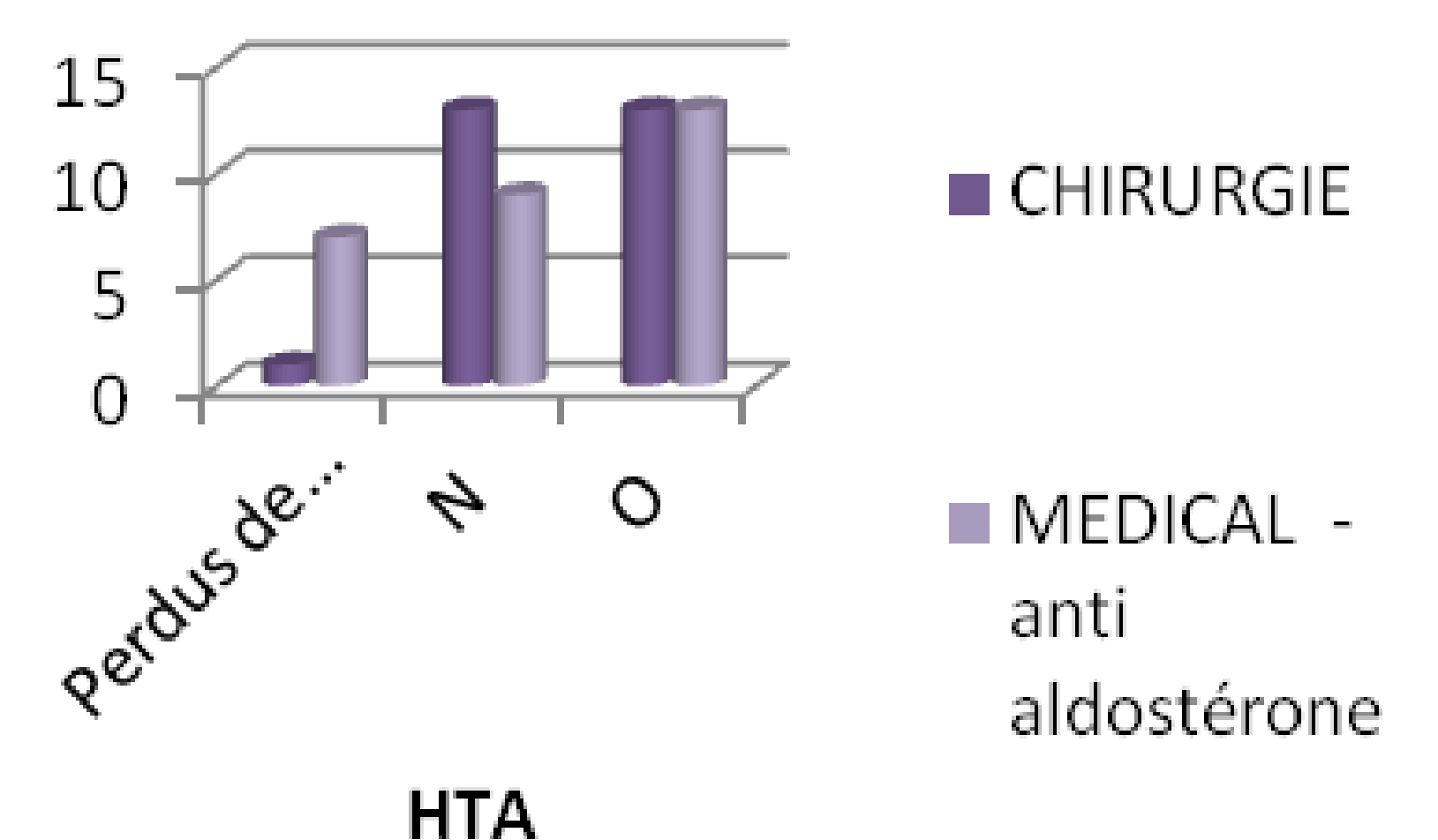


### Retentissement cardiaque de l'HAP



Les complications cardiaques lorsqu'elles étaient recherchées, étaient présentes dans 46% et une néphropathie survenait dans 23% des cas.

27 patients ont été traités par surrénalectomie unilatérale et 29 patients par anti-aldostérone avec une efficacité dans 39% sur l'hypertension et 95% sur l'hypokaliémie. L'effet était similaire entre les 2 options thérapeutiques



**Comparaison du groupe opéré avec CVS versus sans CVS : aucune différence statistiquement significative sur aucun critère.**

Persistance:	Chirurgie SANS CVS (n 26)	Chirurgie AVEC CVS (n 23)	P value
HTA	9	12	0.42
Hypokaliémie	1	1	0.88
Cardiopathie	10	11	0.35
Insuf. Rénale	8	7	0.93

## Discussion:

Le diagnostic d'HAP doit être recherché en cas HTA sévère ou résistante avec ou sans hypokaliémie, chez le sujet jeune ou lorsque le retentissement cardio-rénal est disproportionné. Le RAR reste le test de dépistage et doit être réalisé dans les conditions standardisée. Le bilan cardio-vasculaire, rénal et métabolique doit être systématique et exhaustif.

**Le CVS est actuellement recommandé avant toute surrénalectomie (consensus SFE 2016) . Cependant sa place reste à discuter avant un traitement chirurgical dans le cadre de nodule unilatéral.**

Références: Dekkers T., Lancet Diabetes Endocrinol. sept 2016; SFE/SFHTA/AFCE primary aldosteronism consensus. Ann Endocrinol. juill 2016; Mulatero JCEM janv 2013; Rossi Hypertension janv 2018