

Association hyperaldostéronisme primaire et sténose de l'artère rénale

F.Hadj Kacem; M.Ammar; F.Mnif; M.Mnif; N.Rekik; N.Charfi; M.Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Introduction :

Parmi les causes d'hypertension artérielle (HTA) secondaire, les sténoses de l'artère rénale (SAR) sont largement plus fréquentes que les hyperaldostéronismes primaires (HAP), et l'association de ces deux entités, chez un même patient, n'a été rapportée que de façon sporadique. Nous rapportons l'observation de deux patients hypertendus, chez lesquels s'associent une SAR et un HAP.

1^{ère} observation

- ❖ Patient âgé de 53 ans
- ❖ Antécédents familiaux:
diabète type 2, HTA, cardiopathie ischémique (IDM chez le père)
- ❖ Antécédents personnels:
diabète type 2 depuis 2000, DIN depuis 2 ans
HTA depuis 1999: HTA réfractaire (α -Méthyl-dopa 1250mg/ Nifédipine40mg/
Aténolol 100mg, Furosémide 40mg)
Hyperlipidémie type IV
IRC depuis 2007
- ❖ Non tabagique
- ❖ Clinique:
HTA systolodiastolique évoluant depuis 11ans associée à une hypokaliémie avec une hyperkaliurèse inadaptée
- ❖ Circonstance de découverte de la SAR:
lors d'une coronographie faite pour angor d'effort
- ❖ Circonstance de découverte de l'HAP:
devant un incidentalome surrénalien controlatéral à la SAR
- ❖ Confirmation de l'HAP:
Rapport aldostérone /rénine = 623
- ❖ Chronologie:
le diagnostic de SAR a précédé celui de l'HAP de 3 ans
- ❖ Traitement de la SAR:
Une dilatation endoluminale était réalisée et était sans bénéfice tensionnel
- ❖ Traitement de l'HAP:
Une surrénalectomie unilatérale . Un traitement par spironolactone était prescrit dans l'attente de la chirurgie, entraînant une nette amélioration des chiffres tensionnels et de la kaliémie

2^{ème} observation

- ❖ Patiente âgée de 32 ans
- ❖ Antécédents familiaux:
diabète type 2, HTA
- ❖ Antécédents personnels:
HTA depuis 3 ans (Monotildiem 300 mg)
- ❖ Non tabagique
- ❖ Clinique:
HTA systolodiastolique évoluant depuis 3 ans associée à une hypokaliémie avec une hyperkaliurèse inadaptée
- ❖ Circonstance de découverte de la SAR:
lors de l'enquête étiologique d'une HTA chez un sujet jeune
- ❖ Circonstance de découverte de l'HAP:
devant un incidentalome surrénalien controlatéral à la SAR
- ❖ Confirmation de l'HAP:
Rapport aldostérone /rénine = 49
- ❖ Chronologie:
le diagnostic de SAR a précédé celui de l'HAP de 3 mois
- ❖ Traitement de la SAR:
abstention
- ❖ Traitement de l'HAP:
Une surrénalectomie unilatérale . Un traitement par spironolactone était prescrit dans l'attente de la chirurgie, entraînant une nette amélioration des chiffres tensionnels et de la kaliémie

Commentaires:

- Prévalence de l'HTA réno-vasculaire chez les patients atteints ou soupçonnés d'athérosclérose est de 30%.
- Une sténose athéromateuse de l'artère rénale est rarement responsable d'une HTA. Elle est souvent la conséquence des processus athéromateux dans lequel l'HTA n'est que l'un des facteurs.
- La revascularisation de la sténose de l'artère rénale est indiquée en cas: HTA réfractaire, oedème pulmonaire, sténose bilatérale serrée, sténose sur rein unique fonctionnel, dégradation significative de la fonction rénale (augmentation de la créatinine > 30%).
- L'âge moyen de survenue de l'HAP se situe entre 30 et 50 ans. Dans notre étude l'âge moyen était de 27 ans.
- Le diagnostic d'HAP doit être évoquer devant l'association HTA, hypokaliémie et activité rénine basse.
- L'HTA est expliquée par la rétention hydrosodée responsable de l'expansion volémique, l'hypertonie sympathique et par l'hypersensibilité vasculaire. Cette HTA n'est pas toujours importante grâce au phénomène d'échappement.
- Seuls 9 à 37% des HAP s'accompagnent d'hypokaliémie. Dans notre série ce trouble ionique était présent dans 100% des cas.
- L'utilisation du rapport aldostérone/rénine plasmatique est recommandée en première intention pour dépister les patients atteints d'HAP.
- Le scanner occupe une place primordiale dans le diagnostic étiologique. Les deux causes les plus fréquentes sont l'adénome de Conn et l'hyperplasie bilatérale des surrénales.
- Les objectifs thérapeutiques sont la correction de l'HTA et de l'hypokaliémie et la prévention des effets délétères de l'aldostérone sur le système cardiovasculaire. Le traitement peut être chirurgical en cas d' adénome de Conn ou médical en cas d'hyperplasie bilatérale des surrénales et aussi dans l'adénome de Conn lorsqu'il y a une contre-indication médicale à la chirurgie ou un refus de la chirurgie par le patient.
- L'association HAP et sténose de l'artère rénale est une entité rare. Elle est expliquée par le fait que l'hyperaldostéronisme secondaire à la SAR entraine une stimulation prolongée de la corticosurrénale ce qui engendre une autonomisation du cortex surrénalien d'ou une transformation d'un état d'hyperaldostéronisme secondaire en primaire.

Conclusion:

Nos deux observations soulignent bien l'intérêt de réaliser une exploration du système rénine angiotensine devant toute HTA avec hypokaliémie associée à une SAR.