

Valeur diagnostique du ratio aldostérone sur rénine en position assise par rapport au test dynamique au captopril

Mohammed Barigou*, Florence Ah-Kang, Delphine Alem, Alexandra Gaisset-Bernard, Valérie Houard, Jacques Amar, Bernard Chamontin, Béatrice Bouhanick.

Service de Médecine Interne HTA, CHU Rangueil, Toulouse, FRANCE

*correspondance: med_barigou@yahoo.fr

Introduction: Le dépistage d'hyperaldostéronisme primaire (HAP) repose sur le rapport aldostérone/rénine (RAR). De nouvelles recommandations françaises préconisent un RAR après 15 min assis (RARa). De nouvelles recommandations françaises préconisent un RAR après 15 min assis (RARa).

Objectifs : comparer dans une population de patients suspects d'hyperaldostéronisme primaire (HAP) les résultats du Ratio aldostérone sur rénine en position assise (RARa), actuellement recommandé comme test de dépistage, au test dynamique au Captopril.

Méthodes : 35 patients consécutivement hospitalisés pour la suspicion d'un HAP (âge 53ans, PA:137±15/83±9mmHg; nombre d'antihypertenseurs: 3±1) subissent après sevrage conventionnel médicamenteux une mesure d'aldostérone (RIA; Nle: 40-175ng/l) et de rénine active (CLIA; Nle: 4.2-59.7µUI/ml) le matin après 15 min assis (au moins 2h après le réveil). Une valeur de rénine <5 est comptée 5 (Tableau 1). Secondairement ils bénéficient d'un test au Captopril. Le test est en faveur d'un HAP si la freination de l'aldostérone est inférieure à 30% de sa valeur de base [1].

Résultats: 15/35 patients avaient une confirmation d'HAP lors du test au Captopril et 20/35 étaient négatifs (Tableau 2). En considérant le test au Captopril comme test de référence, la sensibilité du RARa au seuil de 23ng/µUI est de 53,3%, la spécificité de 90%, la VPP de 80% et la VPN à 72%. Un seuil à 19 du RARassis offre une meilleure sensibilité à 76,9% avec une spécificité à 90%, VPP et VPN atteignent 85,7% (Tableau 3). La courbe de Roc [sensibilité Vs (1-Spécificité)] montre une aire sous la courbe à 0,958 (P<0,001) (Fig. 1)

Paramètres	Moyenne ± D.S
Age (ans)	53±11
Sex ratio H/F	3
Durée de l'HTA (années)	8±7
PAS (mmHg)	137± 15
PAD (mmHg)	83±9
Nombre de TRT anti HTA	3±1
IMC (kg/m ²)	28 ±5
Kaliémie (mmol/l)	3,7 ± 0,4
Natriurèse (mmol/24h)	108±48
Kaliurèse (mmol/24h)	75±40

	Groupe Captopril Positif N = 15		Groupe Captopril Négatif N = 20		p
	Moyenne	DS	Moyenne	DS	
Age (années)	53	10	52	15	=0,95
Années d'HTA	9	7	7	5	=0,57
RAR assis (ng/µUI)	37,2	32,6	11,7	19	=0,0066
Aldostérone Pré-Captopril (ng/ml)	309	216	214	114	=0,10
Aldostérone Post-Captopril (ng/ml)	335	195	119	48	< 0,001

Tableau 2 : Comparaison des patients positifs au test au captopril vs patients captopril négatifs.

Seuil du RAR assis	Sensibilité %	95% CI	Spécificité %	95% CI	VPP %	95% CI	VPN %	95% CI
19ng/µUI	76,9	51.9 - 95.7	90.0	68.3 - 98.8	85.7	57.2 - 98.2	85.7	63.7 - 97.0
23ng/µUI	53.3	26.6 - 78.7	90.0	68.3 - 98.8	80.0	44.4 - 97.5	72.0	50.6 - 87.9

Tableau 3 : Sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positives et négatives du RAR assis par rapport au test au Captopril

Tableau 1: Caractéristiques générales de la population étudiée.

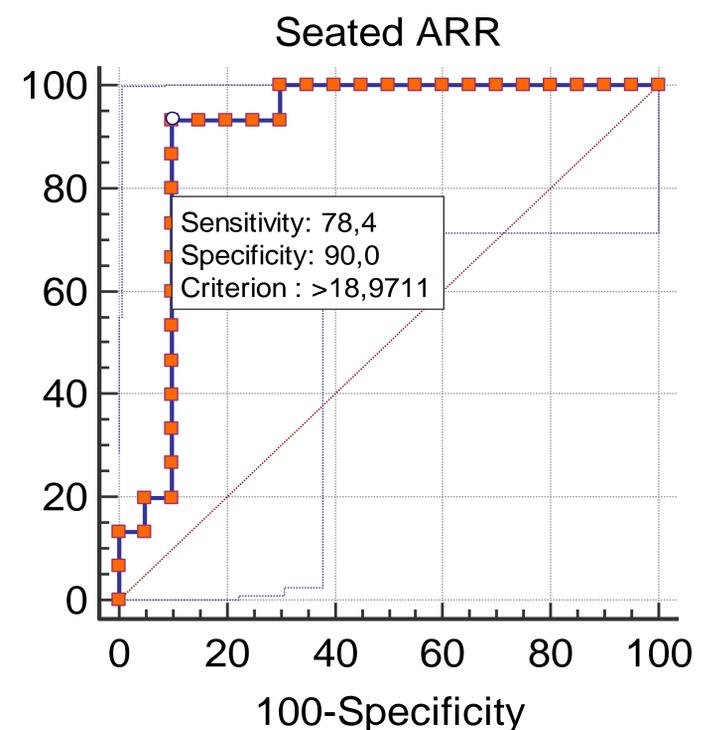


Figure 1 : Courbe de ROC Sensibilité Vs (1-Spécificité) du RAR assis avec comme référence le test au Captopril.

Conclusion: Le RAR assis actuellement recommandé dans le dépistage de l'HAP prédit de manière satisfaisante le diagnostic d'HAP lorsqu'il est comparé au test au Captopril. Un seuil fixé à 19 au lieu de 23 permet d'améliorer la sensibilité à 76,9% avec une bonne spécificité de 90%..

References: [1] Funder & al, Case Detection, Diagnosis, and Treatment of Patients with Primary Aldosteronism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Déclaration de conflits d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts par rapport à cette communication.