

pensez à l'hypertension artérielle secondaire

H. Aynaou, S. Rouf ,E.Ichen, Y.Yaden H. Latrech .

Service d'Endocrinologie Diabétologie, CHU Mohammed VI, faculté de médecine, université Mohammed premier, Oujda, Maroc.

Introduction

L'hyperaldostéronisme primaire (HP) correspond à la production excessive d'aldostérone par la zone glomérulée de la corticosurrénale. Il s'exprime habituellement par une hypertension artérielle (HTA), une diminution de la rénine plasmatique avec augmentation de l'aldostérone, et une hypokaliémie. Depuis 1981, le rapport aldostérone/activité rénine plasmatique (ARP) ou rénine est considéré comme un marqueur de dépistage de la maladie. Nous rapportons un cas d'hyperaldostéronisme primaire chez une patiente présentant une HTA considérée pendant 8 ans comme essentielle.

Observation

Patiente âgée de 46 ans suivie pour HTA depuis 8 ans, admise aux urgences pour céphalées, un pic hypertensif, et fatigabilité des membres inférieurs.

L'examen clinique a mis en évidence une hypertension artérielle (180/110 mmHg) et le bilan biologique a montré une hypokaliémie (2.8 mmol/l), hypernatrémie (146 mmol/l), une natriurèse à 105 mmol/24h, une kaliurèse à 52 mmol/24h, hyperaldostéronémie (couchée : 94ng/l, debout : 209) avec hyporéninémie (couchée : 3.2, debout : 3.5), suggérant un HP.

Par ailleurs le cortisol libre urinaire et les dérivés méthoxylés urinaires étaient négatifs.

L'imagerie par tomodensitométrie (figure 1 et 2), a mis en évidence une hyperplasie surrénale droite et un adénome surrénalien gauche de 1.5cm. L'électrocardiogramme a montré des anomalies liées à l'hypokaliémie. Le fond d'œil a révélé une rétinopathie hypertensive.

Un traitement à base de spironolactone a été instauré, associé à une supplémentation potassique. Une surrénalectomie gauche a été réalisée 4 semaines plus tard.

L'examen histologique est en faveur d'une hyperplasie nodulaire de la surrénale. L'évolution post opératoire a été marquée par la normalisation des chiffres tensionnels avec une diminution du nombre d'antihypertenseurs, et une normalisation de la kaliémie.

Discussion

L'HP est caractérisé par une hypertension artérielle avec production excessive d'aldostérone, perte de potassium et suppression du système rénine angiotensine.

La présentation clinique n'est pas spécifique. Les patients peuvent présenter des céphalées et des palpitations comme c'est le cas de notre patiente. Même si l'hypokaliémie est habituelle, elle n'est cependant pas toujours présente [5,7].

Le dépistage initial se fait en dosant l'aldostérone plasmatique (qui sera augmenté) et l'activité de la rénine plasmatique (diminuée), tout en évitant les interférences médicamenteuses et en corrigeant l'hypokaliémie.

Il est important de faire le diagnostic d'hyperaldostéronisme, car il s'accompagne d'une importante morbidité [8].

L'imagerie par tomodensitométrie permet, dans la plupart des cas, de préciser le caractère uni- ou bilatéral de la lésion. Chez notre patiente elle a montré une hyperplasie surrénale droite et un adénome surrénalien gauche

Le traitement dépend du sous-type d'hyperaldostéronisme, Notre patiente a bénéficié d'une surrénalectomie gauche et l'examen histologique est revenu en faveur d'une hyperplasie nodulaire de la surrénale.

L'évolution post opératoire est généralement marquée par la normalisation des chiffres tensionnels mais pas toujours, et une normalisation de la kaliémie comme c'est le cas de notre patiente.

conclusion

L'hyperaldostéronisme primaire est devenu fréquent. Les moyens diagnostiques se sont affinés : ils sont aujourd'hui plus sensibles, spécifiques, permettant une meilleure prise en charge des patients.

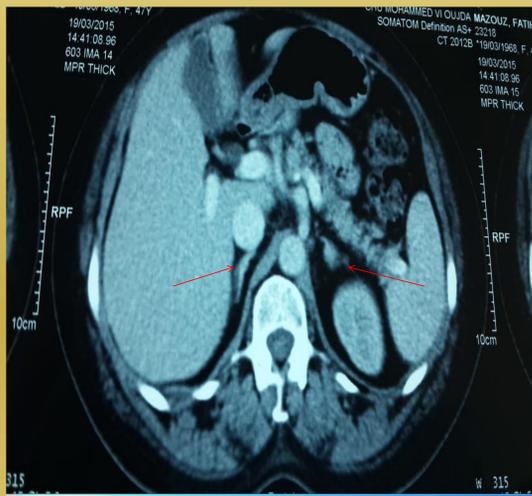


Figure1: une hyperplasie surrénale droite et un adénome surrénalien gauche

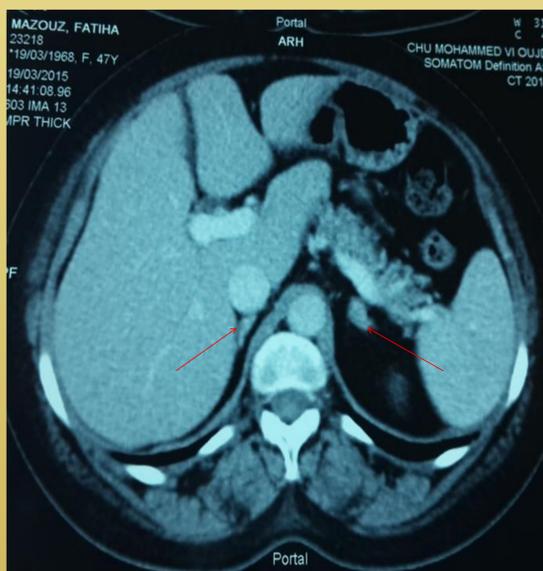


Figure2: une hyperplasie surrénale droite et un adénome surrénalien gauche



Bibliographie

1. Young WF. Primary aldosteronism: renaissance of a syndrome. Clin Endocrinol (Oxf) 2007; 66:607–18.
2. Pimenta E, Calhoun DA. Primary aldosteronism: diagnosis and treatment. J Clin Hypertens (Greenwich) 2006; 8:887–93.
3. Fallo F, Veglio F, Bertello C, et al. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in primary aldosteronism. J Clin Endocrinol Metab 2006;91:454–9.